

Le Monde de l'Ergothérapie

PUBLICATION OFFICIELLE DE L'ASSOCIATION NATIONALE FRANÇAISE DES ERGOTHÉRAPEUTES





Association pour la Recherche & la Formation des Ergothérapeutes de l'Hôpital de Garches

10^{ème} Journée d'Ergothérapie de Garches – JEG

Jeudi 6 juin 2019

PRÉ-PROGRAMME

«Science de l'occupation en ergothérapie»

Comment les ergothérapeutes s'approprient-ils, dans la pratique, les concepts développés par la science de l'occupation?

*Déclaration d'activité enregistrée
sous le numéro 11 92 16598 92
auprès du préfet de région Ile de France*



En partenariat avec le Groupe Hospitalier Paris Ile de France Ouest



Avec le soutien de l'ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes)

Le Monde de l'Ergothérapie

SOMMAIRE

MAI 2019 N° 42

L'ASSOCIATION

ACTUALITÉS

DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL

POINT JURIDIQUE



EDITORIAL

3

L'ASSOCIATION

- L'ANFE publie des recommandations pour la promotion de l'activité physique par les ergothérapeutes*..... 4
- Actualités du Groupe de Réflexion sur l'Ergothérapie en Santé Mentale*..... 5
- La pédiatrie à l'honneur dans les Hauts-de-France*..... 7
- Questionnement sur la prise de rendez-vous en ligne pour les ergothérapeutes libéraux*..... 10
- Participation de l'ANFE au meeting international de l'Académie CO-OP à Milan* 12
- L'ANFE a signé un partenariat avec les ECPA* 13
- 4^{es} Assises Nationales de l'Ergothérapie : un congrès participatif très apprécié*..... 14
- Les dernières nouveautés de la revue ergOTHérapies en ligne*..... 15
- Rapport de la concertation Grand Âge et Autonomie : l'ANFE s'est mobilisée pour positionner l'ergothérapie*..... 16

ACTUALITÉS ERGOTHÉRAPIQUES

Nationales :

- Billet d'humeur : Nommer, définir, clarifier*..... 18
- Journée de la CNSA : « Et nos voisins européens, comment font-ils ? »* 20
- Ergostage : une application d'aide à la gestion de stages* 21
- Conseil de lecture* 23

Internationale :

- Congrès COTEC-ENOTHE 2020 : Appel à résumés* 24

DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL

- Secret professionnel et partage d'informations : réflexion éthique* 26
- Portrait de chercheur : Ross Parry*..... 27
- Science de l'occupation : de la théorie à la pratique - Le concept d'équilibre occupationnel : application des connaissances en ergothérapie* 29
- Les outils de communication aux publics - Les articles dans les revues professionnelles et/ou scientifiques* 33
- Publication de la version révisée de la Classification Internationale. Modèle de Développement Humain. Processus de Production du Handicap (MDH-PPH)* 35

POINT JURIDIQUE

- Nouvellement installé dans votre local professionnel, vous vous demandez quelles règles s'appliquent à votre établissement? Zoom sur les principales normes du cabinet*..... 38

Recommandations aux auteurs

Il est important de respecter le calendrier d'envoi des contributions et articles. Deux mois et demi avant la distribution dans les boîtes, le rédacteur en chef sollicite par mail les membres actifs de l'ANFE et les personnes ressources afin de rappeler la parution du prochain journal ainsi que la date butoir pour envoyer ses écrits (un mois et demi avant).

Les contributions doivent respecter quelques règles simples :

- Les textes doivent être écrits sous format Word et sans mise en page particulière car elle sera travaillée ensuite par l'éditeur ;
- Ils doivent être aérés par des titres, des espaces, des mots-clés en gras et des illustrations ;
- Les écrits peuvent aller jusqu'à 8 000 signes maximum (espaces inclus), afin que tous les articles soient de taille proportionnelle ;
- Les contributions doivent toujours comporter un titre attirant la curiosité du lecteur, pour avoir plus de chances d'être lues ;
- Il est important d'utiliser le moins possible de sigles ou alors en présence de leur explication entre parenthèses lors de la première utilisation dans le texte ;
- Les illustrations doivent être en format JPEG et avoir une définition qui ne doit pas être inférieure à 300 dpi ; elles doivent être libres de droits (ou avec autorisation des personnes figurant sur l'image) ;
- Les écrits doivent citer les sources utilisées ;
- L'article doit être signé par vos nom, prénom, fonction ou qualification, accompagné de votre photo portrait au format numérique (type photo d'identité, en couleurs sur fond uni) ;
- Les contributions sont envoyées par mail à l'adresse communication@anfe.fr.

Les formes de l'article peuvent être :

Un article de fond, une revue de presse, une fiche de lecture, une interview, une brève, un courrier des lecteurs...

Les catégories peuvent être :

La formation initiale, continue, diplômante ; les congrès et colloques ; les actualités législatives, juridiques, sanitaires et sociales ; un projet associatif ; des recherches et publications...

Les rubriques existant actuellement sont :

L'association/Les actualités nationales/Les actualités internationales/Le développement professionnel/Le point juridique.

Le comité de rédaction peut demander aux auteurs de revoir leurs écrits à la baisse ou de proposer leur parution dans le numéro suivant.

Ce journal est une publication officielle de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes. Avant leur publication, les articles sont relus et corrigés, et des modifications peuvent être suggérées par le comité de rédaction. En aucun cas le journal n'est engagé vis-à-vis des auteurs des écrits qui lui sont adressés avant la décision définitive de la rédaction. Le comité de rédaction a la possibilité de ne pas publier tout article jugé non conforme à l'éthique associative. En tant qu'éditeur principal, l'ANFE est propriétaire des textes. La rédaction autorise leur publication dans d'autres revues après demande écrite de l'auteur. Les articles sont publiés sous l'entière responsabilité de leurs auteurs et n'engagent en rien la responsabilité du journal.

Un exemplaire du journal est envoyé aux auteurs non adhérents à l'ANFE pour tout article publié.

Éric TROUVÉ
Président

Caroline OGÉREAU
Rédactrice en chef

*Pour tout renseignement et/ou envoi de texte,
merci de contacter Caroline OGÉREAU (communication@anfe.fr)*



Chers adhérents,

Ne nous trompons pas, le « court termisme », cher à JL Servan Schreiber, est bel et bien présent ; l'ANFE et l'ergothérapie, en tout cas dans son développement, ne sont pas épargnées. Une position pessimiste serait de ne pas s'en réjouir. Néanmoins, soulignons dans ce contexte **des avancées et des prises de positions significatives** dont certaines vous sont déclinées dans ce numéro.

L'ANFE, à travers son **plan stratégique** qui vous a été soumis en 2017, a tenté d'anticiper ce phénomène induit par les évolutions sociétales, technologiques et par les volontés politiques. Comme souligné précédemment, le volume des sollicitations et des travaux demeure important et ne cesse de croître. Nous ne pouvons que nous en féliciter et reconnaître aussi, sans aucune fausse modestie, que **les ergothérapeutes sont de plus en plus impliqués dans la reconnaissance de notre pratique** sur les territoires et de fait son développement. Maintenant, gardons tous une vigilance affutée car en cette période teintée de revendications et de plaintes tout azimut, il est facile de perdre notre foi et nos objectifs, et demeurons concentrés sur les axes spécifiques qui vous ont été déclinés dans le plan stratégique de l'association et pour lesquels vous nous avez accordé votre confiance.

Nous venons de tenir les 4^{es} Assises Nationales de l'Ergothérapie comme le rassemblement et le lieu d'une concertation et d'un échange important. Les symposiums qui ont été proposés ont été l'occasion d'asseoir l'ergothérapie comme une discipline « inclusive » et indispensable dans le paysage français.

Reste que sa reconnaissance par les tutelles reste encore insuffisante à notre goût, voire sous-évaluée. L'exemple récent s'appuie sur les conditions des interventions ergothérapeutiques auprès des enfants présentant des troubles neuro-développementaux, où au delà de l'intérêt qui n'est plus à démontrer de nos actions, la « banalisation » tarifaire de ceux-ci est étonnante. En souhaitant rester dans des enveloppes financières soit disant équilibrées entre les professions « de ville », levons alors l'incohérence en proposant aussi les prestations d'ergothérapie pour les autres populations. Nous avons attendu avec impatience le Plan Grand Âge et l'ANFE a été entendue en haut lieu sur ce sujet ; espérons que l'enjeu sociétal apporte des réponses appropriées et cohérentes incluant nos actions et notre expertise, que les études et les expérimentations menées valident largement.

Restons toutefois aussi objectif et prospectif : nous avons des travaux importants à mener sur plusieurs domaines : études scientifiques, recommandations de pratiques, éthique des pratiques ergothérapeutiques, respect de la législation... Notre boîte à outils reste encore à remplir dans bien des domaines.

Enfin, Ma Santé 2022, soutenue par le gouvernement, souligne le dimensionnement régional des politiques de santé. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) supportées par les Agences Régionales de Santé, seront les lieux essentiels de la déclinaison des moyens et pratiques sur les territoires. J'en profite ainsi pour soutenir et souligner tous les bénévoles des territoires qui s'efforcent de promouvoir, de développer et d'ancrer l'ergothérapie, en tout cas sa reconnaissance, dans les régions.

Ce nouveau numéro du LME vous apportera des éclairages précis sur tous ces sujets importants qui animent l'actualité de notre association et de tous les ergothérapeutes.

Je tiens ici à remercier tous les auteurs qui vous permettent de suivre l'actualité et de vous apporter des éclairages spécifiques touchant la pratique ergothérapeutique.

Guillaume PELÉ
Vice-président de l'ANFE

L'ANFE publie des recommandations pour la promotion de l'activité physique par les ergothérapeutes

Le dispositif permettant d'intégrer l'activité physique dans le parcours de soin du patient en Affection de Longue Durée (ALD) est entré en vigueur le 1^{er} mars 2017. Cette disposition est issue de l'article 144 de la loi de modernisation de notre système de santé qui consacre la prévention par l'Activité Physique Adaptée.

Le décret n°2016-1990, relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée, identifie la place des ergothérapeutes.

L'ergothérapeute y est reconnu comme un acteur clé du parcours des patients en ALD qui souhaitent initier ou recouvrer une activité physique adaptée. « Art. D. 1172-3.-Pour les patients présentant des limitations fonctionnelles sévères telles que qualifiées par le médecin prescripteur en référence à l'annexe 11-7-2, seuls les professionnels de santé mentionnés au 1° de l'article D. 1172-2 sont habilités à leur dispenser des actes de rééducation ou une activité physique, adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical ».

Dans ce nouveau paysage de santé, l'ergothérapeute professionnel du champ sanitaire, médico-social et social se doit, en tant que professionnel de santé, de participer à la promotion de l'activité physique.

L'ergothérapeute peut être sollicité afin d'établir :

- Les freins et leviers rencontrés, par toute personne vieillissante ou en situation de handicap, dans son environnement, lors de la mise en œuvre de son projet d'activité physique. La mise en avant et l'expérimentation des freins et leviers optimisent le suivi de la prescription.
- Le plus haut niveau d'intensité physique que la personne peut maintenir dans son quotidien, en lien avec son état de santé. Cette évaluation développe la perception du patient de ses habiletés, vecteur de motivation pour s'engager dans une activité jugée parfois improbable du fait de sa santé.

Afin d'accompagner au mieux les ergothérapeutes et d'unifier vos pratiques, l'ANFE a publié des recommandations de bonnes pratiques. Ce n'est en aucun cas, une obligation de forme et/ou de contenu.

Ces recommandations sont disponibles dans votre espace adhérent, sur le site internet de l'ANFE, menu « Ressources documentaires

- Les dossiers réalisés par l'ANFE », puis dans la partie des dossiers thématiques.

“Afin d'accompagner au mieux les ergothérapeutes et d'unifier vos pratiques, l'ANFE a publié des recommandations de bonnes pratiques.”



De plus, afin d'aider les médecins à comprendre l'intervention en ergothérapie dans ce domaine, **l'ANFE a réalisé un guide à l'usage des prescripteurs** abordant : l'aide à la prescription, l'évaluation, et la mise en œuvre en ergothérapie.

Ce guide est disponible dans l'espace public du site de l'ANFE, menu « L'exercice professionnel - Recherche documentaire », puis dans la partie des dossiers thématiques. **Nous vous encourageons donc à le diffuser aux prescripteurs avec qui vous êtes en contact, en y joignant également le communiqué de presse qui leur est dédié** (téléchargeable sur notre site : <https://www.anfe.fr/nos-communiqués-de-presse>).



Isabelle MARCHALOT
Cadre de santé ergothérapeute,
Ingénieur en formation,
DU ETP et Neuro Psychologie

Actualités du Groupe de Réflexion sur l'Ergothérapie en Santé Mentale

Le Groupe de Réflexion sur l'Ergothérapie en Santé Mentale (GRESM) compte **12 personnes actives**, de par leur engagement à être présentes aux réunions et aux projets retenus.

En 2018, différentes actions ont été menées :

Le GRESM a participé, par la tenue d'un stand, à **deux congrès** connus dans le monde de la santé mentale :

- Le congrès **Reh@b'**, à Lyon (en juin)
- Les **4^{es} Rencontres Soignantes en Psychiatrie**, à Paris (en octobre)

L'objectif de ces présences était de faire parler des ergothérapeutes en santé mentale, de se faire repérer dans un milieu où nous sommes très minoritaires. Depuis, **un membre du GRESM fait partie du comité d'organisation pour le prochain congrès 2020**.



De plus, le GRESM a proposé une **formation sur la réhabilitation psychosociale** pour le catalogue de formation continue de l'ANFE ; il a également été présent au groupe de travail de la Haute Autorité de Santé sur la future **certification V2020**, l'occasion d'échanger avec des psychiatres et des usagers afin de promouvoir la présence de l'ergothérapie dans les soins.

Enfin, le GRESM contribue également aux sollicitations du Conseil National Professionnel de l'Ergothérapie (CNPE).

Le groupe a pour objectif de faire du lien, de se saisir de sujets et de créer des projets fédérateurs pour promouvoir la profession d'ergothérapeute. Mais pour cela, nous avons besoin de votre participation !

Faites-nous remonter vos actions pour la semaine de la santé mentale, ainsi que vos projets de soin.

Si vous avez des projets ou des idées à partager, n'hésitez pas à nous les faire remonter et nous pourrons également vous mettre en contact entre vous.

Envoyez-nous vos messages et coordonnées par mail à l'adresse gresm@anfe.fr.

Pour 2019, 3 projets ont été retenus :

Créer une plaquette de présentation

- Améliorer notre communication
- Déterminer notre rôle auprès de la personne soignée

Réflexion sur l'ergothérapie et la réhabilitation psychosociale

- Réaliser une revue de littérature
- Écrire les grandes lignes de cette revue

Rencontre des ergothérapeutes en santé mentale

- Organiser cette rencontre
- Créer un rendez-vous pour affirmer notre profession dans notre domaine de compétence

Save the date !

Retenez sur votre agenda la date de la **Rencontre des Ergothérapeutes en Santé Mentale**, qui aura lieu le **22 novembre** à l'EPS Durand Barthélémy à Etampes.



Retrouvons-nous également le **23 mai** lors du colloque « **Révélation en santé mentale** » organisées par l'IRFSS Centre – Val-de-Loire, où la recherche en santé mentale sera abordée, et saisissons-nous de cette opportunité pour élaborer les sujets futurs.

En effet, il nous semble important de **créer un réseau de communication et d'échanges** pour être prêts pour le congrès WFOT 2022.

Ce congrès international se tiendra à Paris et nous pourrons enrichir nos expériences et connaissances si nous avons commencé aujourd'hui à les repérer.

Nous savons que chacun dans son service, son établissement, sa région, expérimente, explore ou recherche de la connaissance. Chacun doit aussi travailler sur la notion du diagnostic ergothérapeutique. Bref nous avons du pain sur la planche ; nous vous attendons !



Karine RIGUET
Pilote du GRESM
gresm@anfe.fr

BRÈVES... BRÈVES... BRÈVES... BRÈVES... BRÈVES... BRÈVES... BRÈVES...

Participation de l'ANFE au comité de suivi et d'expert de l'ATIH

L'année 2018 a permis la poursuite de la modernisation du Catalogue Spécifique des Actes de Rééducation et Réadaptation (CSARR). Les experts de chaque discipline ont été invités à relire les actes et à en évaluer la pertinence. **Les ergothérapeutes ont été entendus sur la rubrique « Activité et Participation »** ce qui a donné lieu, dans le catalogue 2019, à la modification des libellés de certains de nos actes.

Nous poursuivons notre réactualisation et cherchons à répondre aux questionnements concernant nos actes et nos champs d'expertises. Pour 2019, notre travail porte sur les libellés en lien avec la « *conduite* » et certains items de la rubrique « *appareillage* » (surtout en lien avec la posture).

Nous devons également débiter une réflexion sur certains actes : ALQ +183, ALQ+065, ALQ +110, ALQ+247, ALQ+137, ALQ+250, ALM+024, ALM+139, ALM+050, ALM+172, ALM+167, et ALM+126.

L'ATIH nous interpelle sur la cotation de ces actes et dans quelles circonstances ils sont codés ? Nous avons une petite marge de manœuvre pour enrichir ou simplifier.

Vos propositions peuvent nous aider, alors n'hésitez pas à communiquer avec l'ANFE en envoyant un mail à directeur.technique@anfe.fr.



Isabelle MARCHALOT
Représentante ANFE
au sein du groupe de travail ATIH

La pédiatrie à l'honneur dans les Hauts-de-France

La création d'un groupe de travail en pédiatrie

Depuis la fin d'année 2018, dans la dynamique apportée par la **Stratégie Nationale Autisme au sein des TND**, un groupe de travail en pédiatrie s'est constitué dans le Nord de la France. Tous les ergothérapeutes, quel que soit leur lieu d'intervention, étaient invités à participer au groupe. Une vingtaine d'ergothérapeutes ont répondu à l'appel, dont une majorité d'ergothérapeutes libéraux. Différents objectifs sont à l'origine de la création de ce groupe, mais le **besoin d'échanger, de dynamiser la pratique et de réfléchir ensemble** à son développement en étaient les principaux.

Afin d'agir efficacement, **le groupe avait besoin de connaître les besoins des ergothérapeutes sur le terrain**, mais également d'avoir des retours de famille sur l'accompagnement de leur enfant en ergothérapie. C'est dans cette démarche qu'ont été créés et diffusés **deux questionnaires**, qui serviraient ensuite de base à notre réflexion.

Des statistiques à la base de la réflexion

Un premier questionnaire était à destination des familles, et **212 réponses** ont été recueillies. Ce questionnaire nous donne des statistiques sur l'accompagnement proposé actuellement en ergothérapie :

- **59%** des enfants orientés pour un bilan ont entre 6 et 11 ans, **21,1%** ont entre 11 et 15 ans, **17,5%** ont entre 3 et 6 et **2,4%** ont moins de 3 ans.
- Au niveau des occupations :
 - 95,8% des enfants présentaient des difficultés dans les activités scolaires, et ces activités concernaient à 94,3% un objectif de suivi ;
 - 52,8% des enfants présentaient des difficultés dans les activités quotidiennes mais cela concernait un objectif de suivi pour seulement 42,9% ;
 - 56,6% des enfants présentaient des difficultés dans les activités de loisir pour 30,7% des enfants suivis dans ce domaine ;

“ Afin d'améliorer la compréhension de l'ergothérapie auprès des familles et des médecins, il est primordial que les ergothérapeutes ne limitent pas leur intervention au domaine scolaire. ”

“ 57,8% des ergothérapeutes estiment ne pas être suffisamment formés à la prise en charge précoce des enfants. ”

- **90,1%** des parents jugent que leur enfant a gagné en autonomie grâce au suivi en ergothérapie.
- **74,1%** des parents auraient aimé une prise en charge plus précoce.

Ces chiffres indiquent que **la majorité des enfants orientés en ergothérapie ont plus de 6 ans**, alors que **la Stratégie Autisme prévoit une prise en charge financière pour les enfants de 0 à 6 ans**.

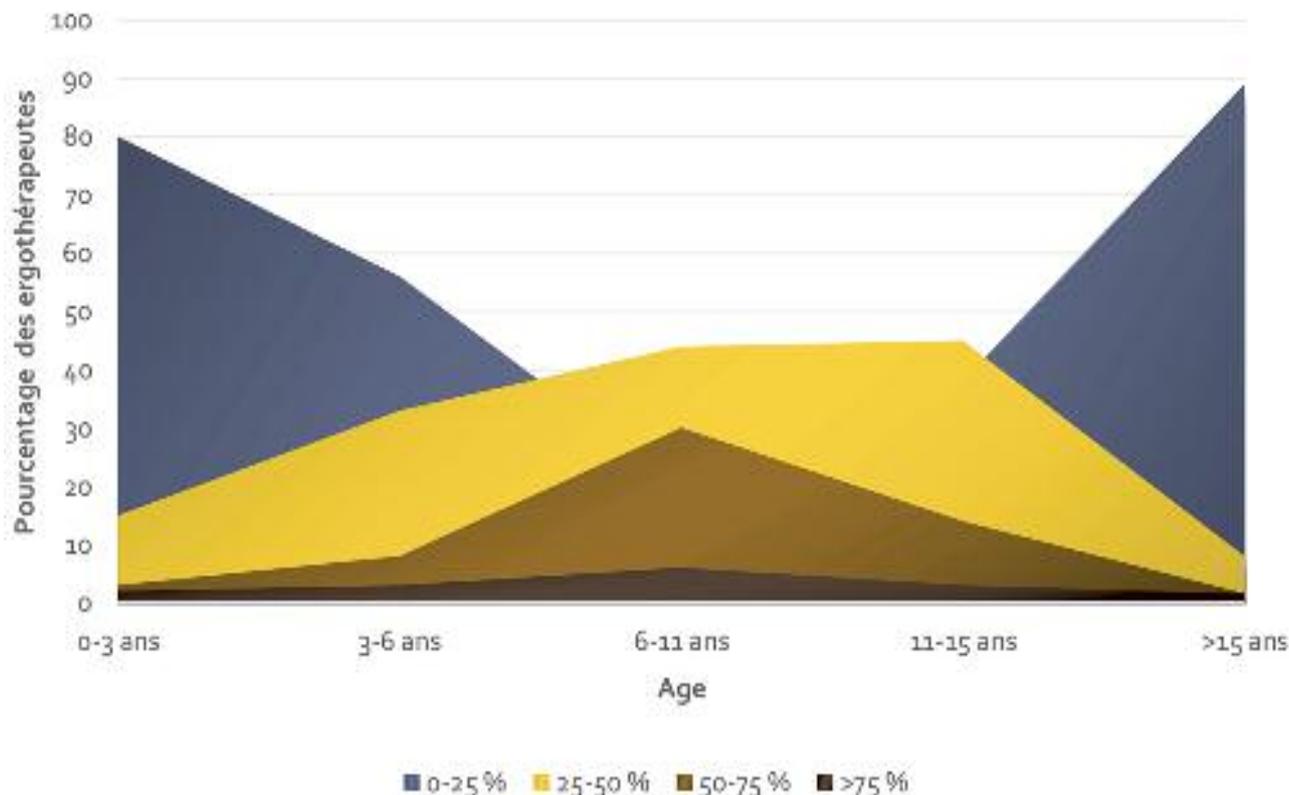
Cependant, de nombreux parents auraient souhaité un accompagnement plus précoce. **Un travail est donc à mener pour les ergothérapeutes sur la sensibilisation** des maîtres, des parents, mais aussi des établissements recevant les bébés, afin de pouvoir accompagner ces enfants au plus tôt. Les ergothérapeutes ont tendance à délaissier une partie

des occupations dans leur intervention, en se centrant sur les activités scolaires. Afin d'améliorer la compréhension de l'ergothérapie auprès des familles et des médecins, il est primordial que les ergothérapeutes ne limitent pas leur intervention au domaine scolaire.

Le deuxième questionnaire créé par le groupe était à destination des ergothérapeutes. Nous souhaitons connaître les populations rencontrées, et l'intervention des ergothérapeutes auprès des enfants présentant un **trouble du neuro-développement (TND)**.

62 ergothérapeutes de la région ont répondu au questionnaire, parmi lesquels 66,7% interviennent en libéral (tout temps confondu), les structures les plus retrouvées ensuite sont les SESSAD (22,4%), les CAMSP (17,46%), les IEM (11,1%), les IME (9,5%) et l'hôpital (7,9%). **98,5%** des ergothérapeutes interrogés prennent en charge des enfants présentant un TND. Beaucoup d'entre eux utilisent des « bilans maison » pour évaluer l'impact du trouble sur les occupations (60,9%).

À ce jour, 57,8% des ergothérapeutes estiment ne pas être suffisamment formés à la prise en charge précoce des enfants, et **73,4% estiment que la méconnaissance de l'apport de l'ergothérapie chez les plus jeunes est un frein à l'orientation vers l'ergothérapie**.



Le graphique ci-dessus montre l'âge des populations suivies en ergothérapie (libéral et structures).

Ce graphique montre que **la majorité des enfants suivis en ergothérapie ont entre 6 et 15 ans**. En revanche, on retrouve peu d'enfants de moins de 3 ans. Cela fait écho aux chiffres portant sur l'âge des enfants reçus pour un premier bilan en ergothérapie, révélés par le premier questionnaire.

Ces données mettent en avant le besoin de formation des ergothérapeutes pour favoriser le suivi des jeunes enfants, mais également le manque de connaissances des personnes entourant ces enfants : parents, assistants maternels, enseignants, mais également médecin traitant et pédiatre. En effet, aucun parent ayant répondu au premier questionnaire n'a été orienté par son pédiatre, et **seulement 2,8% ont été orientés par leur médecin traitant**.

Les objectifs mis en place par le groupe

À la suite du retour des questionnaires, le groupe s'est donné des objectifs à court/moyen terme :

- **Développer la communication entre les ergothérapeutes de la région**, afin d'harmoniser le discours et les pratiques auprès du grand public et des médecins.
- **Mettre en place des interventions dans les écoles et les crèches**, afin de sensibiliser les accompagnants aux TND et permettre une orientation plus précoce en ergothérapie.



Première réunion du groupe de travail

Retour sur la rencontre régionale des ergothérapeutes en pédiatrie

C'est dans cette dynamique qu'a eu lieu le 1^{er} mars 2019 une **rencontre régionale des ergothérapeutes en pédiatrie** à l'IFSI d'Arras. Une centaine d'ergothérapeutes et d'étudiants de l'Institut de Formation en Ergothérapie du Centre Hospitalier d'Amiens ont fait le déplacement.



À l'ordre du jour, une intervention de Nicolas Biard (directeur technique de l'ANFE) sur **la Stratégie Nationale Autisme au sein des TND**, une présentation du **fonctionnement du Centre Ressources Autisme (CRA)** du Nord-Pas-de-Calais par Rémi Desprez (cadre de santé), une présentation de **l'approche CO-OP** par Lucas Rouault (formateur CO-OP de l'ANFE), et une intervention sur **la prise en charge des enfants présentant un trouble des apprentissages**, par Pauline Dantin (ergothérapeute libérale sur la métropole lilloise et déléguée territoriale ANFE Nord). Il s'agissait avant tout d'un échange autour des actualités en pédiatrie.

Les étudiants de l'IFE ont pu à leur tour présenter leur travail autour de ces mêmes thèmes, en développant notamment l'importance de l'intervention en milieu scolaire pour les enfants autistes, ou l'utilisation de l'approche CO-OP chez les enfants dyspraxiques. D'autres étudiants ont présenté le rôle de l'ergothé-

rapeute dans l'occupation qu'est la lecture, à partir de deux tests utilisés en Grande-Bretagne. Enfin, un dernier groupe a fait le lien avec la performance occupationnelle et les nouvelles technologies.

Cette journée très enrichissante a été un succès auprès des ergothérapeutes et des étudiants.

L'intervention de Rémi Desprez a suscité une réaction des participants sur l'absence des ergothérapeutes dans les Centres Ressources Autisme. Cet échange lors de la journée a permis de proposer au cadre de santé une rencontre avec son équipe du CRA, pour échanger sur l'apport de l'ergothérapie auprès des enfants porteurs d'un trouble du spectre autistique. La rencontre est prévue prochainement dans leurs locaux.

D'autres événements seront proposés cette année dans la région, en pédiatrie mais également dans d'autres champs d'intervention.

N'hésitez pas à nous contacter par mail (nord@anfe.fr) si vous souhaitez participer ou mettre en place des actions dans votre secteur !



Pauline DANTIN
Déléguée ANFE Nord

BRÈVES... BRÈVES... BRÈVES... BRÈVES... BRÈVES... BRÈVES... BRÈVES...

Découvrez les deux nouveaux ouvrages disponibles sur notre boutique en ligne !



De l'éthique à l'ergothérapie
La philosophie au service de la pratique ergothérapique
(2^e édition, avec exercices et solutionnaire)



ABC de l'argumentation
(2^e édition)

Pour en savoir plus (résumés, tarifs, ...) rendez-vous sur notre boutique en ligne : <https://www.anfe.fr/boutique/livres>.

N'oubliez pas de vous identifier sur le site avant de passer votre commande afin de bénéficier du tarif préférentiel réservé à nos adhérents.

Questionnement sur la prise de rendez-vous en ligne pour les ergothérapeutes libéraux

Il y a quelques temps, le **Comité d'Éthique et d'Exercice** a été sollicité par rapport à l'utilisation de sites de prise de rendez-vous en ligne pour les ergothérapeutes libéraux. La question était la suivante : **faut-il fournir aux gestionnaires de ces sites des nomenclatures d'actes ergothérapeutiques plus détaillées, afin d'affiner les motifs de demande de rendez-vous en ligne** (ex : rééducation fonctionnelle, bilan cognitif, prescription d'aides techniques, etc.) ?

Avant de répondre à cette question, le Comité d'Éthique et d'Exercice a souhaité se renseigner sur le pourcentage d'ergothérapeutes concerné par cette question, ainsi que sur l'état des lieux actuel des modalités de prise de rendez-vous en ligne pour les ergothérapeutes, et en comparatif pour les autres paramédicaux.

Rappel de quelques chiffres

Afin de repositionner le contexte de cette question, rappelons que la population d'ergothérapeute en France n'a cessé d'augmenter ces dernières années et a fortiori en libéral.

“Le nombre d'ergothérapeutes qui exercent en libéral a été multiplié par 21 en 16 ans.”

Nous sommes passés de 4 433 ergothérapeutes dont 67 libéraux en 2002 (soit environ 1,5% des ergothérapeutes français) à 11 971 ergothérapeutes dont 1 432 libéraux en 2018 (ce qui représente environ 12% des ergothérapeutes français). Le nombre d'ergothérapeutes qui exercent en libéral a été multiplié par 21 en 16 ans. La part de l'exercice libéral au sein de notre profession a été multipliée par 8⁽¹⁾.

Parallèlement à cette envolée de représentants de notre profession, est apparue, depuis 2011, une exploitation de l'interface informatique importante. Depuis cette date, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) encourage ces derniers à investir la toile⁽²⁾.

Puis, en 2013, on a vu apparaître la création de Doctolib.

Ces précisions viennent souligner le fait que nous évoluons dans un contexte changeant rapidement. Néanmoins **est-il pertinent d'affiner les motifs de prises de rendez-vous en ligne ?** Pour répondre à cette interrogation, le Comité d'Éthique et d'Exercice a cherché à connaître les pratiques et demandes du terrain.

État des lieux des pratiques actuelles pour les ergothérapeutes

Création et résultat du sondage :

Avant de détailler ou non les motifs de prise de rendez-vous en ligne, le comité a souhaité sonder le terrain pour **faire un état des lieux** de cette pratique aujourd'hui. Un sondage a alors été mis en ligne ; nous remercions les participants d'avoir pris le temps de le remplir et de nous avoir aidé à objectiver notre regard sur le terrain.

Résultat du sondage :

Pour ce sondage nous avons obtenu **42 réponses d'ergothérapeutes libéraux : 64,3% d'entre eux n'utilisent pas de site de prise de rendez-vous en ligne.**

“ 64,3% d'entre eux n'utilisent pas de site de prise de rendez-vous en ligne. ”

	2002	2018	Augmentation générale
Nbr ergothérapeutes en France	4433	11971	*2.7
Nbr ergothérapeutes libéraux	67	1432	*21
Part des ergothérapeutes en libéral / pop ergothérapeute totale (%)	1,5	11,9%	*8

Fig 1 : évolution et répartition des ergothérapeutes libéraux

Parmi les utilisateurs, **93%** ont fait ce **choix individuellement**, et pour 7% ce fonctionnement a été **imposé**. À noter que **28%** des utilisateurs exercent en **Ile-de-France**.

Pour les **35,7%** d'ergothérapeutes libéraux qui utilisent les sites de prise de rendez-vous en ligne, **la patientèle/clientèle concernée représente moins de 25% des patients dans 76,7% des cas**, et entre 25 et 50% de la clientèle concernée pour les 20% restant.

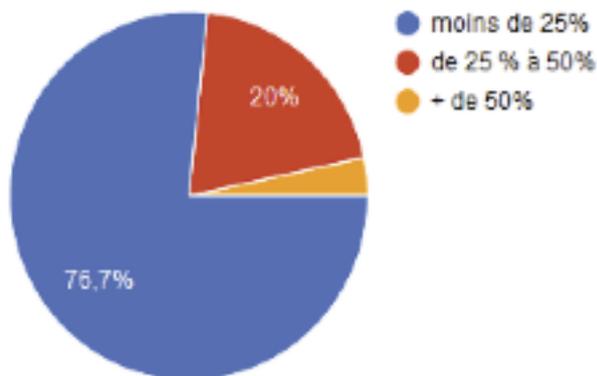


Fig 2 : proportion de la clientèle utilisant la prise de RDV en ligne.

Le nombre de personnes concernées par la prise de rendez-vous en ligne à l'échelle de ce sondage est très faible.

Concernant la **pertinence des motifs de prise de rendez-vous proposés**, pour les 35,7% d'ergothérapeutes concernés, les réponses sont mitigées à 50-50.

Le motif d'insatisfaction majoritaire est que les ergothérapeutes, pour des raisons organisationnelles de planning, préfèrent avoir en direct les personnes pour organiser la durée de leur 1^{ère} séance notamment. De plus, les suivis sont ensuite programmés à l'avance entre le thérapeute et l'utilisateur. Le déficit d'une nomenclature n'est pas abordé. Ils ne remettent pas en cause le détail des propositions de prise de rendez-vous en ligne.

Enfin, il existe une **grande disparité dans les supports utilisés**. Pas moins de **8 sites** ont été cités (RDV Live, RDV santé, Pages Jaunes, Clic RDV, Docorga, Doctolib, Keldoc, ainsi que des sites de cabinet directement). Ces outils ont des fonction-

nements différents et leurs usagers semblent en attendre des solutions différentes.

Conclusion

Sur les **1 432** ergothérapeutes exerçant en France en libéral actuellement, nous n'avons obtenu que **42** réponses. Ce résultat reflète-t-il l'intérêt des ergothérapeutes libéraux pour l'utilisation de sites de prise de RDV en ligne ?

Ce faible échantillon ne permet pas de faire de nos résultats une généralité. Néanmoins, il nous laisse penser que **les ergothérapeutes plébiscitent peu ces formules** (seulement 27% des répondants pour moins d'1/4 de leur clients). L'une des raisons semble être que la programmation des rendez-vous sur du long terme et le besoin d'informations pour les rendez-vous initiaux n'est pas compatible avec ce type de prise de RDV, et non à cause l'absence de nomenclature détaillée.

Cependant au regard du développement de cette pratique, il pourrait être intéressant de nous repositionner sur cette question dans un avenir à moyen/long terme si les problématiques des ergothérapeutes évoluent.

Sitographie :

- (1) : <https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/ADEL1%202002.pdf> (consulté le 23/01/2019)
<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx> (consulté le 23/01/2019)
- (2): <https://www.lafabriquedunet.fr/creation-site-vitrine/articles/creer-site-internet-cabinet-medical/> (consulté le 23/01/2019)



Fanny VALTHIER



Véronique VIEL

*Membres du Comité d'Éthique
et d'Exercice de l'ANFE
comiteethiqueexercice@anfe.fr*

Participation de l'ANFE au meeting international de l'Académie CO-OP à Milan

Mais que font donc les membres de l'Académie CO-OP à Milan durant le premier week-end de printemps 2019 ? Grande question qui, c'est certain, aura agité les esprits de tout bon ergothérapeute passionné par les approches centrées sur la personne...

L'ANFE, représentée par Alexandra Perrault (instructrice CO-OP) y participait, et lève pour vous ce grand mystère, façon CO-OP.

Le but de l'Académie est d'améliorer et faciliter la promotion de l'approche CO-OP, en permettant à ses membres (tous les instructeurs CO-OP) de travailler en collaboration autour de cette approche.

Pour atteindre ce but, Helene Polatajko et son équipe proposent chaque année un **plan** ambitieux, qui en 2019 comportait les 4 actions suivantes :

1. Rassembler les membres de l'Académie et mieux se connaître

Cette année, ce ne sont pas moins de **22 instructeurs**, de **12 pays différents** qui se sont retrouvés les 23 & 24 mars sous un soleil italien très accueillant. D'autres instructeurs, plus éloignés géographiquement (Australie, Canada), nous ont rejoints en vidéo conférence.

Après un tour de table durant lequel chacun a pu se présenter, Rianne, ergothérapeute aux Pays-Bas et membre du comité exécutif de l'Académie CO-OP, a resitué le contexte du groupe de travail au travers d'un bref historique de l'Académie.

2. Faire un état des lieux des formations 2018

Erni, ergothérapeute autrichienne, a présenté les données collectées auprès des 51 instructeurs répartis dans le monde. À savoir que **la formation CO-OP, a été dispensée 30 fois en 2018, formant ainsi 450 thérapeutes** à CO-OP. L'ANFE, quant à elle, a organisé **7 formations en 2018, ce qui place la France comme le pays ayant organisé le plus de formations en 2018**, répondant ainsi aux attentes de **109 ergothérapeutes** sur notre territoire.

3. Partager nos expériences concernant les formations

L'analyse des pratiques a permis d'identifier nos difficultés, nos réussites et nos stratégies. La richesse de nos échanges a soutenu l'émergence d'axes de réflexion et de pistes d'amélioration, pour tous les membres de l'Académie.

4. Communiquer autour des dernières recherches menées sur CO-OP

Chaque année, de nouvelles données probantes viennent appuyer la pertinence de l'approche CO-OP auprès d'un public toujours plus varié, allant de la pédiatrie aux adultes âgés. **CO-OP répond aujourd'hui à des personnes de profil et capacités divers**, expérimentant des difficultés dans leurs occupations, que ce soit dans les domaines des soins personnels, des loisirs ou de la productivité.



Pour les plus curieux, certains de ces travaux seront présentés au congrès EACD en mai prochain à Paris.

Comme CO-OP le veut, ce plan a été ajusté tout au long du week-end afin d'assurer l'engagement et la participation de chacun, le tout facilité par le soutien de l'association italienne des « terapisti occupazionali ».

L'étape «**vérifie**» nous permet d'être très optimiste quand aux possibilités de valider le but de l'Académie. CO-OP impliquant un processus itératif, l'Académie se retrouve tous les ans pour affiner son plan, et soutenir les thérapeutes CO-OP dans leur démarche de promoteurs de l'occupation auprès des personnes accompagnées.

Pour nous, instructeurs CO-OP français, la participation à ce meeting international permet de se positionner comme membre actif de l'Académie. L'ANFE nous offre ici l'opportunité d'améliorer notre pratique en tant qu'instructeur et chercheur, et de veiller à la qualité des formations dispensées aux futurs thérapeutes CO-OP.



Alexandra PERRAULT
Instructrice CO-OP

L'ANFE a signé un partenariat avec les ECPA

Les ECPA (groupe PEARSON) conçoivent, éditent et diffusent des tests et matériels de remédiation qui sont notamment utilisés par les ergothérapeutes.

En avril 2018, **l'ANFE a pris contact avec les ECPA pour demander à ce que la traduction du terme « Occupational Therapy » soit respectée** dans le MABC-2 (batterie d'évaluation du mouvement chez l'enfant - 2nde édition). Dans la version actuelle, le terme OT est traduit par « psychomotricien » ou « psychomotricité ».

Suite à l'intervention de l'ANFE, les ECPA se sont engagés à utiliser le terme « ergothérapeute » ou « ergothérapie » en traduction du terme OT dans les prochaines réimpressions de l'outil.

Nous avons profité de ces échanges pour signer un **partenariat au bénéfice des adhérents de l'ANFE et de l'ergothérapie.**

Dorénavant, **les adhérents de l'ANFE pourront bénéficier d'une réduction de 15% sur le prix catalogue de la gamme ergothérapie des ECPA.** Pour en profiter, les adhérents devront entrer un code (communiqué par l'ANFE)

qui sera renouvelé périodiquement ; toutes les modalités sont précisées dans l'espace adhérent du site de l'ANFE (*rubrique « ECPA » à partir de l'accueil adhérent*).

De plus, les ergothérapeutes sont invités à rédiger des articles qui seront diffusés sur le site internet des ECPA ou dans leur lettre d'information. Les productions peuvent prendre la forme d'études de cas sur des tests, de témoignages, ou autres.

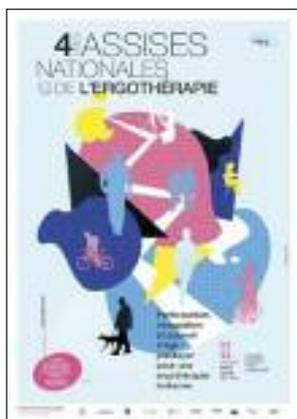
Nous invitons les ergothérapeutes à saisir cette opportunité et à communiquer sur notre métier, notre expertise et nos interventions.

Enfin, nous avons demandé à être dorénavant systématiquement associé à tous nouveaux projets de traduction ou d'adaptation d'outils venant de l'étranger.



Nicolas BIARD
Directeur technique de l'ANFE
directeur.technique@anfe.fr

4^{es} Assises Nationales de l'Ergothérapie : un congrès participatif très apprécié



Les **4^{es} Assises Nationales de l'Ergothérapie** se sont tenues les **11 & 12 avril** derniers à la Cité des Sciences et de l'Industrie, à Paris, sur le thème « **Participation, occupation et pouvoir d'agir : pour une ergothérapie inclusive** ».

Au total, **plus de 500 congressistes, 40 orateurs, 26 exposants**, ainsi que de nombreux **bénévoles et salariés de l'ANFE** étaient réunis pour cette 4^{ème} édition placée sous le signe de la participation !

Séances en plénière, ateliers participatifs, échanges de pratiques et de savoirs... ces Assises ont rassemblé des professionnels et des étudiants venus de toute la France. L'occasion d'approfondir des connaissances et de **faire émerger de très nombreuses idées** qui ont été précieusement récoltées pour l'ergothérapie de demain en France.



Un retour plus détaillé est prévu dans le prochain numéro du LME (septembre), en attendant voici quelques paroles de participants que nous avons entendues lors de ces Assises :

« Après plus de 20 ans de pratique d'ergothérapie, ces Assises ont été très stimulantes pour moi, bravo pour cette organisation ».

« J'ai appris des choses que je vais pouvoir mettre directement en pratique ».

« J'ai découvert que d'autres ergothérapeutes osaient aussi une pratique au plus proche de la vie des gens, de manière sensible et conviviale. Ce type d'ergothérapie m'a montré qu'elle n'en était pas moins considérée que celle plus normée et bilantée puisqu'elle avait sa place aux Assises ! Cela m'a fait beaucoup de bien d'entendre ces ergothérapeutes et cela m'a donné envie d'écrire aussi... ».

« Un congrès de haute qualité, qui va nourrir nos réflexions et nous outiller pour une pratique au cœur des occupations des personnes et des communautés ».

« J'ai beaucoup apprécié la séance de thérapie communautaire intégrative, qui rapproche enfin le soignant et la personne soignée ».

Merci à tous les participants qui ont fait de ces journées un excellent moment !



Vous n'avez pas pu participer aux Assises ?

Commandez l'ouvrage du congrès qui recense la quasi-totalité des **35 interventions** de ces journées.

Pour cela, rendez-vous sur la boutique en ligne de l'ANFE (<https://www.anfe.fr/boutique/livres>).



Hélène CLAVREUL
Membre du comité de pilotage
des 4^{es} Assises

Les dernières nouveautés de la revue *ergOThérapies* en ligne

La revue *ergOThérapies* est une revue professionnelle à destination de tous les ergothérapeutes et étudiants. Elle est disponible via un abonnement annuel, ou à l'achat.

“Vous pouvez dès à présent acheter un numéro ou un article au format numérique.”

ErgOThérapies est actuellement proposée en version papier (envoyée dans les boîtes aux lettres des abonnés), ou en version numérique. En plus de la possibilité d'acheter un abonnement en version numérique, vous pouvez dès à présent acheter également un numéro ou un article au format numérique.

Une boutique en ligne dédiée à *ergOThérapies* a été créée sur la plateforme. Vous pouvez y accéder par l'onglet « Revue » en page d'accueil du site de l'ANFE (www.anfe.fr), ou directement sur la page <https://revue.anfe.fr> en cliquant sur l'icône de menu en haut à gauche (3 traits horizontaux).

Les achats doivent d'abord se régler par CB sur la boutique de ce site. **Lors de vos visites, vous pourrez sélectionner, grâce à l'icône « Menu », le numéro qui vous intéresse et accéder aux titres des articles de chaque numéro.** En fonction de votre achat, vous pourrez alors acquérir immédiatement un article, un numéro ou accéder à votre abonnement.

Petit rappel des fonctionnalités de la revue *ergOThérapies* numérique :

- Un abonnement ou un achat sur la boutique de la plateforme entraîne la **création d'un compte personnel**.
- Grâce à votre compte personnel, vous pouvez **conserver l'ensemble des numéros ou des**

articles que vous aurez achetés au fil du temps. De son côté, l'abonnement, tant qu'il demeure actif, continuera de vous donner accès à l'ensemble des numéros depuis le 61 (avril 2016).

- **En achetant un article**, vous pouvez accéder à sa version numérique mais aussi à son PDF que vous pouvez télécharger librement. Tous les articles parus depuis le numéro 61 sont dorénavant accessibles à l'achat.

“Tous les articles parus depuis le numéro 61 sont dorénavant accessibles à l'achat.”

- De plus, **la version numérique de la revue est compatible avec les logiciels de bibliographie ZOTERO et MENDELEY** que nous vous conseillons d'utiliser lors de la rédaction de vos articles.
- **Les étudiants bénéficient d'une offre particulière** : ils peuvent s'abonner uniquement à la revue numérique, et bénéficient dans ce cas d'un tarif préférentiel.
- **Les adhérents à l'ANFE bénéficient de tarifs réduits** pour les **abonnements** et les **achats de numéros**.

Nous espérons que ces nouvelles fonctionnalités vous séduiront, et permettront au plus grand nombre d'ergothérapeutes et d'étudiants d'**accéder à la littérature actuelle en ergothérapie**.



Sarah BÉGUIN
Secrétaire de rédaction
de la revue *ergOThérapies*
revue.secretariat@anfe.fr

Rapport de la concertation Grand Âge et Autonomie : l'ANFE s'est mobilisée pour positionner l'ergothérapie

Par lettre de mission en date du 17 septembre 2018, le Premier Ministre a demandé à Dominique Libault de conduire une concertation nationale et de faire des propositions de réforme. **Le rapport de la concertation Grand âge et autonomie a été remis par Dominique Libault à la Ministre des Solidarités et de la santé Agnès Buzyn le 28 mars 2019** (*disponible en ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/article/rapport-de-la-concertation-grand-age-et-autonomie>*).

Dès septembre 2018, l'ANFE a sollicité la Ministre de la Santé et le rapporteur pour **présenter une offre de santé dans laquelle les ergothérapeutes pourront apporter toutes leurs compétences au service de l'amélioration de l'état de santé et de qualité de vie des personnes âgées**. Grâce à cela, nous avons obtenu un rendez-vous avec M. Libault début janvier 2019.

L'ANFE a souhaité associer l'AFEG à cette démarche et nous avons, ensemble, co-construit un argumentaire qui a été transmis à l'auteur du rapport (*disponible dans votre espace adhérent, menu « Ressources documentaires - Les dossiers réalisés par l'ANFE »*). Parmi les propositions, se trouvent notamment la **solvabilisation des interventions en ergothérapie** au sein du parcours de santé, le **recrutement d'ergothérapeutes** en structures hospitalières, dans les équipes mobiles gériatriques et dans les services de soin à domicile (SPASAD, SSIAD, SAAD) et la possibilité de **prescription d'aides techniques**.

Même si nous pouvons regretter que toutes nos revendications n'aient pas été reprises par M. Libault dans les 175 propositions que compte son rapport, nous pouvons toutefois nous réjouir que certaines d'entre elles y figurent :

- Proposition 8 : Expérimenter des « bilans d'autonomie » incluant le cadre de vie de la personne âgée. [...] **La mise en place d'un « bilan d'autonomie » élargi**, à 75 ans, permettant de

construire un projet de vie personnalisé portant prioritairement sur le cadre de vie et les conditions de vie de la personne (habitat, sanitaires, modes d'approvisionnement, isolement relatif, mode d'alimentation, mobilité à l'intérieur du domicile ou hors domicile, proximité des commerces). Les publics concernés seraient ciblés en amont sur des critères de fragilité (critère socio-économique, consommation de soins par exemple). **Il permettrait d'identifier les services à solliciter (logement, santé, social, administratifs) et d'envisager l'intervention d'un ergothérapeute**. Ce diagnostic serait conduit par des équipes du Conseil départemental ou des caisses de retraite, dans une acception élargie du travail social. Ces expérimentations seraient financées sur la base d'un appel à projet national lancé par la CNSA.

- Proposition 114 : Mobiliser un panel plus large d'expertises auprès de la personne âgée. Il est proposé de **diversifier les compétences autour de la personne accompagnée en renforçant la présence des ergothérapeutes**, psychomotriciens, orthophonistes, psychologues, professeurs de sport, voire récréologues, parmi les compétences mobilisées. Ces interventions seraient rémunérées à travers les plans personnalisés de santé. Ces compétences seraient regroupées au sein de plateformes territoriales sollicitées par les établissements et services.
- Proposition 137 : Généraliser des plans personnalisés de santé (PPS) à compter de 2020 : le plan personnalisé de santé (PPS), élaboré dans le cadre de l'expérimentation PAERPA, est un plan d'action partagé concernant les personnes âgées dont la situation sanitaire et sociale rend utile un travail formalisé entre acteurs de proximité. L'outil PPS élaboré par la HAS sert de support à la coordination des professionnels au plus près de la personne âgée afin de favoriser la prise en charge en équipe pluri professionnelle. [...] Dans ce nouveau cadre de coordination clinique de proximité, **le PPS pourra**

ouvrir l'accès à de nouvelles prestations « solvabilisées », y compris par les professionnels non nomenclaturés (par exemple les ergothérapeutes ou les psychologues). Il sera conditionné à la montée en charge dans les territoires de structurations « parcours » du système sanitaire et social (CPTS, dispositifs d'appui notamment). Il serait ouvert à l'ensemble des professionnels. Il devra être financé dans un cadre de droit commun, sur le risque.

Certaines propositions intéresseront également les ergothérapeutes. À titre d'exemple, nous retiendrons la **création d'un centre de preuves national de la prévention de la perte d'autonomie** (n°84) ou encore le **développement de la location d'aides techniques** plutôt que son acquisition (n°124).

D'autres propositions du rapport concernent des domaines variés tels que le changement de noms des EHPAD pour devenir des « Maisons du grand

âge » ou des « Maisons médicalisées des seniors », la création d'une nouvelle « prestation autonomie », en remplacement de l'APA et sur le modèle de la PCH, ou bien encore l'intégration du risque de perte d'autonomie de la personne âgée dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale. Est-ce la voie ouverte vers la création d'un « cinquième risque » ?

La prochaine étape inscrite au calendrier du gouvernement est le dépôt d'un projet de loi « Grand âge et autonomie » qui est attendu pour l'automne 2019.

D'ici là, **l'ANFE reste mobilisée auprès de ses partenaires pour défendre les intérêts des ergothérapeutes et promouvoir l'ergothérapie**, et compte bien être entendue pour que nos revendications soient inscrites dans cette loi.

Nous ne manquerons pas de vous tenir informé de l'avancée des ces travaux.

Les 8 priorités de la concertation Grand âge et autonomie :

1. Rendre les métiers du grand âge attractifs, à domicile comme en établissement ;
2. Avoir le libre choix de rester à son domicile ;
3. Améliorer la qualité du service rendu à la personne âgée sur l'ensemble du territoire et quel que soit le type de prise en charge ;
4. Mettre fin aux réponses en silo dans le parcours de la personne âgée pour simplifier leur vie et celle de leurs aidants ;
5. Repenser l'offre et sortir de l'approche binaire Ehpad ou domicile, pour proposer des solutions intermédiaires, articulées entre elles ;
6. Faire baisser le reste à charge en établissement, avec une attention particulière pour les personnes ayant des faibles revenus ;
7. Lutter contre l'isolement des aînés et des aidants ;
8. Augmenter l'espérance de vie en bonne santé en renforçant la prévention.



Nicolas BIARD
Directeur technique
de l'ANFE



Eva LARBOULETTE-NIGEN
Membre du Conseil d'Administration
de l'ANFE



Guillaume PELÉ
Vice-président
de l'ANFE

Billet d'humeur

Nommer, définir, clarifier...

La définition de notre métier s'écrit, se tricote, se tisse, se noue de multiples manières et nous vient de nombreux horizons. Quelques exemples soulignent ce besoin de définition qui traverse notre pratique : Sylvie Meyer et son équipe ont fait un travail de recensement de la terminologie utilisée par les ergothérapeutes dans le monde. Les modèles centrés sur l'occupation humaine, s'infiltrant de plus en plus dans nos instituts de formation et lieux de pratique professionnelle. Du côté de la psy, en novembre 2015, sur l'impulsion de l'ANFE, le livre blanc en santé mentale est paru. Après ce travail collectif, le GRESM (groupe de réflexion en santé mentale) a été créé et se propose de poursuivre la réflexion sur nos pratiques. Ces quelques exemples parmi d'autres, nous montrent à quel point le besoin de repères, de définitions, de références est important, tant dans la pratique professionnelle que dans l'enseignement.

Du côté de la psy, de nombreux étudiants témoignent, dans leurs questionnements, d'**un grand sentiment de confusion**. Des demandes fréquentes d'explication (site ergoppsy) sur la distinction entre les modèles conceptuels, les modalités de thérapie, les pratiques et les outils émergent, surtout au moment de l'écriture des mémoires de fin d'étude. Les derniers messages en date sont ceux d'étudiants se demandant « *si les TCC sont de l'éducation thérapeutique* », ou si les concepts psycho-dynamiques, qui sont des références interdisciplinaires, sont « *valables pour les ergothérapeutes ou pas* »...

Les confusions sont nombreuses et se situent à bien des niveaux. Ainsi, au niveau des **modèles conceptuels**, la confusion règne souvent entre le méta-modèle du soin (le modèle bio-psycho-social dans lequel nous sommes tous et toutes plongés), les modèles interdisciplinaires (qui nous permettent de communiquer avec les autres thérapeutes) et les modèles plus pratiques en ergothérapie (qui intègrent des éléments conceptuels des théories autour de l'occupation humaine). Il est important de pouvoir bien identifier ces différents niveaux (du plus global au plus pratique) et leurs liens.

Au niveau de **l'éducation thérapeutique** aussi, il y a des confusions. Le fait qu'il s'agisse d'une

modalité de thérapie parmi d'autres (directivité, non directivité, mixte, mono-animation ou coanimation, coopération avec les patients, etc...), n'est pas toujours bien identifié. Et puis, il y a aussi les outils (bilans, activités, remédiation cognitive, techniques diverses) et les grands domaines d'intervention (prévention, soins psychiques, réhabilitation) qui sont parfois mis au même niveau que celui des concepts, et parfois, sans véritablement identifier leur origine.

Comment dès lors aider les étudiants à sortir de toutes ces confusions de niveau pour leur permettre d'identifier d'où viennent des termes, souvent mal définis et mal utilisés, et à quoi ils correspondent ?

En termes d'enseignement, il semble important de pouvoir d'abord **différencier et distinguer les modèles interdisciplinaires**, en les simplifiant. En « psy », il s'agit des modèles psycho-dynamiques (Winnicott et la transitionnalité), humanistes (Rogers et l'empathie), des TCC (thérapies cognitivo-comportementales qui se réfèrent aux théories de l'apprentissage) et des thérapies systémiques ou interactives (qui se réfèrent aux dimensions groupales, qu'elles soient familiales ou sociétales). Lors de l'enseignement à l'IFE de Nancy, ces modèles sont travaillés en amont des cours par les étudiants et un choix leur est demandé, afin de les aider à commencer à formuler leur propre pensée et non pas à appliquer un seul modèle. La connaissance de ces modèles interdisciplinaires est garant de la possibilité de communiquer avec les autres thérapeutes, mais aussi de pouvoir structurer notre propre pensée et de proposer une pratique véritablement intégrative.

La notion de **thérapie intégrative**, qui nous vient des psychothérapies brèves, prolonge l'idée d'une vision holistique du patient, une notion chère à l'ergothérapie. Dans nos discussions entre enseignants, il est souvent souligné que toutes les approches devraient pouvoir coexister, en nous permettant d'utiliser ce qui convient, selon le patient, l'institution ou nos propres choix et orientations. A l'intérieur d'une pratique intégrative, nous pouvons alors nous référer à des concepts psy-

cho-dynamiques, à des théories humanistes ou cognitivo-comportementales (en psy) ou à des concepts véhiculés par les modèles de l'occupation humaine. Cette préoccupation d'intégration qui traverse la santé mentale pourra peut-être nous permettre aussi d'entrer dans une dimension intégrative entre tous les ergothérapeutes, pratiquant plus en « psy » ou plus en « somatique », dépassant ainsi les anciens clivages qui ont parfois encore, la vie dure.

Les sciences de l'occupation, qui sont considérées comme se rapprochant des sciences fondamentales, trouvent souvent un écho dans les thérapies cognitivo-comportementales, avec leur souci de bilans et de protocoles prévisibles, engendrant parfois des confusions issues de cette proximité. Ces confusions sont clairement perceptibles dans les questions des étudiants, peinant parfois à savoir à quels concepts ils doivent se référer lorsqu'ils souhaitent réaliser un mémoire en santé mentale, hésitant entre les concepts des modèles interdisciplinaires (le plus souvent les TCC dans ce cas) et ceux des sciences de l'occupation.

Il est également important d'interroger et d'intégrer **les modèles pratiques ou appliqués**, en ergothérapie (de type MOH ou MCREO) qui nous proposent de promouvoir la santé par la promotion de l'occupation. Ces modèles nous offrent des logiques de pratiques, permettant d'établir un diagnostic grâce à des bilans adaptés, d'obtenir ainsi un « *profil occupationnel* » et de proposer des actions thérapeutiques, ciblées, adaptées. Ces modèles pratiques sont enseignés dans les IFE et utilisés dans différents domaines d'intervention. Le modèle Kawa, centré sur les étapes de vie, se révèle également intéressant par sa dimension métaphorique. Dans ce domaine des modèles proposés en ergothérapie, il reste tout aussi important, lors de l'enseignement, de pouvoir proposer aux étudiants, de les identifier, les connaître, les expérimenter. Enfin, en faire une analyse critique, pour pouvoir s'orienter et faire un choix éclairé parmi tous ces modèles, reste une expérience nécessaire.

Il est tout aussi important d'accompagner l'évolution actuelle autour de l'**empowerment**, cette philosophie qui incite à aider les personnes à s'auto-déterminer et qui fleure bon l'autonomie, l'engagement, la motivation, les capacités de changement, autant de concepts situés au cœur de notre métier. C'est de cette philosophie, accom-

pagnée peut-être de quelques considérations d'économie financière, qu'a pu naître la modalité de thérapie qu'est l'éducation thérapeutique. De ce côté là aussi, lors de l'enseignement, l'expérimentation personnelle reste un incontournable pour que les étudiants puissent toucher du doigt l'intérêt d'une telle modalité d'accompagnement des patients. Les Assises 2019 sont venues renforcer encore plus l'importance de ce pouvoir d'agir, en y ajoutant la notion d'ergothérapie inclusive.

À travers la liste de discussion yahoo-ergopsy, les rencontres du GRESM ou le site ergopsy, nous sommes en contact entre enseignants travaillant en psychiatrie (psychologie mentale ou santé mentale, selon le nom utilisé dans nos lieux de pratique). Nous constatons que les contenus des cours et les modalités d'enseignement varient selon les IFE. Nos questionnements en ce qui concerne l'enseignement, laissent émerger **un souci d'harmonisation** des cours dispensés dans les différentes IFE. Nous remarquons, en effet, que les étudiants, lorsqu'ils sont en stage ailleurs que dans leur région, sont parfois en décalage, voire en difficulté, avec des références variées, multiples et protéiformes. Certains enseignants tentent déjà de partager leur méthodologie ou leurs outils de cours, ce qui pourra à terme, favoriser une harmonisation de l'enseignement qui va dépendre aussi de celle de nos pratiques professionnelles.

Mais au-delà de ce souci d'harmonisation, qui nous pousse à travailler ensemble et ne rime pas avec une pensée uniforme, l'enseignement devrait pouvoir rester aussi un lieu où les étudiants peuvent construire leur propre pensée. Nommer, définir et clarifier sont des mots importants dans le cadre d'une transmission d'un savoir, mais construire sa propre pensée par analyse réflexive et critique reste une des expériences fondatrices du sentiment d'identité professionnelle personnel. Et cette capacité de penser s'exerce, avant tout, dans sa propre écriture. Les mémoires de fin d'année en sont une modalité et nous allons retrouver bientôt, les questions (im)pertinentes des étudiants...

Muriel LAUNOIS
Ergothérapeute, enseignante
à l'IFE de Nancy,
créatrice du site ergopsy.com



Journée de la CNSA :

« Et nos voisins européens, comment font-ils ? »



Caisse nationale de
solidarité pour l'autonomie

A l'initiative de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, s'est tenue, le 29 janvier dernier, une **journée d'étude et d'échanges sur les pratiques existantes en Europe au regard des politiques du handicap.**

Un certain nombre de missions ont été engagées sous forme de voyages d'études afin de recueillir et d'analyser des bonnes pratiques et des pratiques innovantes. Ainsi la session 1 était consacrée à l'accompagnement des personnes polyhandicapées, la session 2 à la réponse inclusive et à l'accompagnement adapté pour les personnes âgées en perte d'autonomie, la session 3 à l'accès et au maintien dans le logement des personnes en situation de handicap psychique, quant à la session 4, elle abordait les organisations territoriales pour le maintien à domicile des personnes ayant des besoins d'accompagnement.

« Une organisation sociale est inclusive lorsqu'elle module son fonctionnement, se flexibilise, pour offrir, au sein de l'ensemble commun, un "chez-soi pour tous", sans toutefois neutraliser les besoins, désirs ou destins singuliers. » selon Charles Gardou (*Faire face*, n° 716, février 2013).

Ainsi le Réseau Habitat partagé, étudié comparativement aux Pays-Bas, en Allemagne et en Suisse, permet de dégager des grands axes : un maintien à domicile doit être pensé dans le quartier, avec des lieux intergénérationnels, utilisant un *case manager*, articulant divers partenariats et décloisonnant les professions de santé et les travailleurs sociaux, afin de garantir la continuité de vie et une réelle liberté de choix.



Projet : La place du marché, mention spéciale du Concours d'idées CNSA Lieux de vie collectif & autonomie 2118.

Pour la problématique d'inclusion au cœur des organisations territoriales des personnes âgées très dépendantes, les exemples en Belgique et dans le canton de Vaud en Suisse, mettent en lumière la question des droits effectifs et des libertés individuelles, des zones d'habitat et de soin, des habitats intermédiaires pour les personnes âgées, des démarches inclusives y compris pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : les initiatives doivent partir du terrain, dans une co-construction.

Quant à la médiation animale, chaque pays a défini sa propre règle. En Italie, la médiation est très cadrée avec des intervenants formés ; aux Pays-Bas, c'est la modalité « à la bonne franquette » ; alors que la France mixe ces deux réalités et qu'en Allemagne elle est assurée pour une grande partie par du bénévolat. En France, une réflexion réglementaire émerge sur la base de la pratique italienne par une recommandation de bonnes pratiques HAS : responsabilité et liberté d'initiative locale répondent à un double principe.

De nouveaux modèles intégrés et innovants d'organisation territoriale pour le maintien à domicile ont été rapportés avec des expériences basques et danoises : *self-management* de sa santé, *empowerment*, outils numériques, unités mobiles, e-médecine et e-santé, téléassistance, stratification populationnelle du risque à 6 niveaux (de l'autonomie aux soins) et passer du diagnostic au parcours.

D'autres interventions ont souligné la diversité des organisations territoriales aboutissant dans certains cas, comme en Andalousie ou en Catalogne, à un maillage très décentralisé avec une dominante du secteur public. D'autres idées : relégitimer l'attention à l'autre, éviter l'empilement au profit de coordination et du soutien des proches, développer des modes d'exercice pluriprofessionnel, favoriser l'économie circulaire pour l'accès aux aides techniques.

Une journée très riche en enseignement pour réfléchir notamment au virage ambulatoire et anticiper tous les changements nécessaires pour parvenir à des politiques et des pratiques ouvertes à toute la population sans discrimination.

Hélène HERNANDEZ
Vice-présidente du CNPE



Ergostage : une application d'aide à la gestion de stages

Introduction

Comme dans toutes les professions de santé, les étudiants en ergothérapie se forment en alternant des périodes en institut de formation et des temps d'immersion professionnelle.

Cette alternance participe à la construction de l'identité professionnelle des étudiants. Les étudiants ont ainsi **5 stages** à effectuer pour une durée totale de **36 semaines**.

À ce jour, **les 25 instituts d'ergothérapie représentent au niveau national environ 800 étudiants par année**, 2 400 en formation et 4 000 stages environ par année universitaire.

L'obtention d'un stage pour chaque étudiant peut être difficile au regard des multiples paramètres dont il faut tenir compte dans sa recherche et son attribution (typologie des stages, cohérence du parcours de formation, mobilité géographique des étudiants, moyens de déplacements, ressources...).

Après avoir rappelé les textes qui régissent la mise en œuvre des stages et les règles établies entre instituts visant à harmoniser les pratiques d'attribution des stages, nous nous proposons d'évoquer **l'apport et les enjeux de l'application Ergostage** qui permet à une quinzaine d'instituts de contribuer au développement d'un outil collaboratif visant à **optimiser les réponses des instituts vis-à-vis des offres de stage**.

Les textes de référence

L'arrêté du 5/7/2010 sur la réingénierie de la formation rappelle que pour l'étudiant, les stages sont « *des lieux d'intégration des connaissances, par la voie de l'observation, de la contribution aux soins et aux interventions ergothérapeutiques, de l'accompagnement des personnes, de la participation aux réflexions menées en équipe et par l'utilisation des savoirs dans la résolution des situations.* »

Les directions pédagogiques des instituts de formation portent la responsabilité du stage en agréant les lieux de stage. Pour cela, les établissements doivent signer une **charte d'encadrement** et fournir aux instituts un **livret d'accueil** dans lequel sont identifiées les situations que les étudiants peuvent rencontrer en stage et les compétences qu'ils peuvent faire évaluer. Enfin, une **convention de**

stage contractualise le stage entre l'étudiant, l'établissement et l'institut de formation.

Le tutorat des étudiants s'effectue par des ergothérapeutes, diplômés depuis au moins 3 années. L'instruction du 4 novembre 2016 relative à la formation des tuteurs de stages paramédicaux indique que les structures accueillant des étudiants doivent être incitées à inscrire les professionnels dans une formation de 28 heures à la fonction tutorale basée sur un cahier des charges national. **Quatre compétences sont attendues de la part des tuteurs :** compétences sociales et relationnelles, compétences pédagogiques, compétences réflexives, compétences organisationnelles.

La gestion des stages et les règles du SIFEF

Le SIFEF (Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie Français) vise l'amélioration permanente « *de la mise en œuvre des réformes des études, des programmes et des modalités pédagogiques de la formation* » (www.sifef.fr). La question des stages y est régulièrement évoquée.

Dès 2015, les instituts ont été amenés à s'accorder sur un fonctionnement qui constitue les règles du SIFEF pour la gestion des stages :

- L'attribution des stages est faite par l'institut et non par l'étudiant ;
- La demande d'affectation de stage est faite exclusivement par le responsable de stage de l'institut ;
- La campagne annuelle de prospection démarre la dernière semaine de janvier pour l'année universitaire suivante ;
- La réservation de stage n'est pas possible au-delà de l'année universitaire N+1 ;
- Le placement nominatif des étudiants se fait à partir du lundi de la semaine 12 (mi-mars) pour l'année suivante pour les semestres 3, 4, 5 et 6 ;
- Pour le stage de février du semestre 2, le placement débute à partir du lundi de la semaine 40 (début octobre) lorsque les étudiants de 1^{ère} année démarrent leur formation.

Ces règles doivent être portées à la connaissance des étudiants par les Instituts de Formation en Ergothérapie (IFE) dès leur entrée en formation. Partant du constat que certaines places offertes par des établissements restaient disponibles alors

qu'elles auraient pu être mises à la connaissance d'instituts en recherche de solutions pour des étudiants, **quelques instituts ont imaginé la création d'un outil visant l'optimisation des démarches de placement**. L'idée d'une application informatique était lancée !

L'application Ergostage

La société EPSILON développe depuis des années des logiciels de gestion de la scolarité utilisés par certains instituts de formation. Cette société a donc été sollicitée pour lancer le **développement d'un outil dédié à la gestion des stages par les IFE**.



Un premier groupe de **10 instituts volontaires** nommé « Ergostage SIFEF » s'est constitué ; à ce jour, une quinzaine d'instituts y participent. Ce partenariat est basé sur le principe d'échanger sur les pratiques de recherche de stages et de partager leurs bases de données des stages (plus de 2 600 établissements référencés, soit plus de 4 700 services...).

Les règles de gestion des stages fixées par le SIFEF sont intégrées dans la procédure de placement. L'application Ergostage génère, aux dates établies par le SIFEF, des mails adressés aux établissements de la base de données. Les lieux de stage indiquent leurs possibilités d'accueil et les priorités accordées aux instituts de proximité. Les responsables des stages des instituts valident les propositions de stage et les mettent en ligne auprès des étudiants qui peuvent exprimer trois vœux de stage. Suite à d'éventuels arbitrages, le positionnement d'un étudiant sur une offre déclenche l'envoi d'un mail dans l'établissement qui doit confirmer en retour l'accueil définitif. Dans tous les cas, l'établissement garde la possibilité de faire son choix de l'institut avec lequel il souhaite s'engager (y compris avec les instituts qui formulent leurs demandes en dehors de l'application Ergostage).

Dans un premier temps, les offres des établissements s'adressent aux instituts de proximité (priorité

à la région d'appartenance). Puis, les instituts de proximité peuvent libérer volontairement les places non pourvues. Le logiciel indique à tous les instituts utilisateurs de la plateforme que des places restent disponibles.

Ainsi, **Ergostage se veut être un outil fonctionnel et accessible**. Dans les établissements, les correspondants pour les stages (services RH, cadres de santé, ergothérapeutes...), tout comme les instituts de formation, peuvent mettre à jour les informations qui les concernent. En opérant ainsi, **Ergostage devient une base de données régulièrement consultée et actualisée**. Cela permet progressivement d'élargir la palette des choix pour les étudiants. Sur le plan du financement de l'application, les IFE qui utilisent l'application en assument le coût et ce, au prorata du nombre d'étudiants.

Évolutions de l'outil

Ergostage en est à sa 3^e année d'existence. Son ergonomie d'utilisation a déjà bien évolué depuis l'origine et doit se poursuivre pour en faciliter l'accès. Une aide en ligne est notamment sur le site du SIFEF dans la partie actualités.

La libération des places par les instituts reste une étape perfectible et le travail d'information auprès des terrains d'accueil des instituts adhérents à la démarche est à accentuer.

Dans les évolutions possibles, nous pouvons aussi imaginer qu'Ergostage puisse inclure les documents attachés à l'agrément des terrains de stage par les directeurs d'IFE, les règles de gestion des frais de transport des étudiants en stage, la gestion numérique du portfolio... Ce sont quelques pistes de réflexion et d'évolution pour l'avenir.

Références :

- Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute
- Instruction n° DGOS/RH1/2016/330 du 4 novembre 2016 relative à la formation des tuteurs de stages paramédicaux



Yves PRUDENT
Directeur IFE La Musse,
Membre du SIFEF

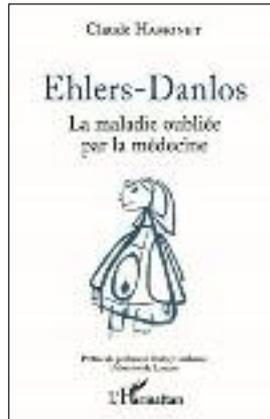


Jean-François GUICHOUX
Formateur CS,
Responsable des stages, IFE de Rennes

Conseil de lecture

« Ehlers-Danlos - la maladie oubliée par la médecine »

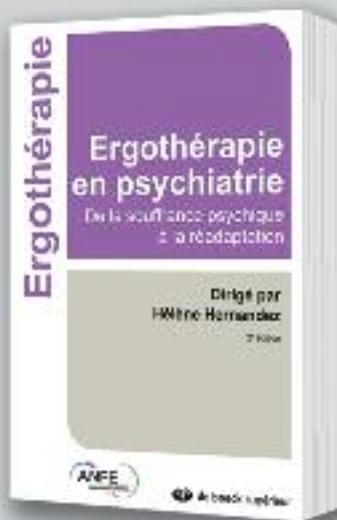
La maladie d'Ehlers-Danlos est une maladie héréditaire qui touche, de façon diffuse mais très variable, l'ensemble du tissu conjonctif, c'est-à-dire la quasi-totalité des tissus du corps humain, à l'exclusion du système nerveux. Le diagnostic est possible, avec certitude, sur un regroupement significatif de signes cliniques et la présence d'autres cas familiaux. La transmission est systématique à tous les enfants de parents dont un, au moins, est atteint. C'est un argument pour éviter l'accusation erronée de violences sur un nourrisson qui présente des ecchymoses ou des fractures spontanées. Toutes les personnes avec un Ehlers-Danlos peuvent avoir des anévrismes qui sont à rechercher systématiquement.



Ce n'est pas une maladie rare mais au contraire très fréquente (2% de la population française). Ce n'est pas une maladie orpheline puisque des traitements efficaces ont pu être mis en place pour atténuer les conséquences fonctionnelles, principalement des orthèses dont des vêtements compressifs spéciaux et l'oxygénothérapie intermittente.

Ce livre vient apporter les réponses que des centaines de milliers de patients attendent pour expliquer leurs souffrances et les multiples situations de handicap qu'ils rencontrent au quotidien, le plus souvent dans l'incompréhension parfois hostile de leur entourage et de leurs médecins.

Claude Hamonet - Éditions L'Harmattan,
www.editions-harmattan.fr



ERGOTHÉRAPIE EN PSYCHIATRIE

De la souffrance psychique à la réadaptation

Sous la direction d'Hélène Hernandez, membre du Conseil d'administration de l'Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE) et directrice de l'Institut de formation en ergothérapie, à l'université Paris-Est Créteil Val-de-Marne.

2^e édition 2016 • 288 pages •
9782353273461 • 37,5 €

- L'approche ergothérapique ne se limite pas à la prise en charge des handicaps physiques. Grâce à une maîtrise et une connaissance approfondies de la psychopathologie, les ergothérapeutes peuvent apporter des solutions adaptées aux souffrances psychiatriques.

- Cette nouvelle édition d'Ergothérapie en psychiatrie pose un cadre conceptuel et théorique à l'action ergothérapique en psychiatrie et en santé mentale.

Les auteurs, tous praticiens, décrivent leur pratique dans ce secteur de soins bien particulier. Les exemples donnés exposent les possibilités et les perspectives offertes aux patients, mais aussi les limites des aides apportées.

- Cet ouvrage s'adresse non seulement aux professionnels qui souhaitent nourrir leur pratique, mais aussi aux étudiants en ergothérapie.



Disponible auprès de l'ANFE www.anfe.fr, de votre librairie et sur www.deboecksuperieur.com



Congrès COTEC-ENOTHE 2020

Appel à résumés

Le prochain congrès COTEC-ENOTHE sera organisé du 23 au 26 septembre 2020, à Prague (République Tchèque).

Ce congrès aura pour thème « **Bâtir la résilience des individus, des communautés et des pays** » (« *Building resilience in individuals, communities and countries* »).



L'ANFE y sera évidemment présente et encourage chacun à prendre part à cet évènement, notamment à travers la présentation de travaux. Ceux-ci ne doivent pas nécessairement être issus de recherches purement académiques ; ils peuvent également être le reflet d'une pratique de terrain, de projets pilotes, de mémoire.

À cet égard, **la soumission d'abstracts est possible dès maintenant et jusqu'au mois de septembre**. Les auteurs seront informés de l'acceptation de leur travail à la fin de cette année. Les directives d'écriture seront prochainement disponibles.

Toutes les informations nécessaires sont disponibles sur le site internet du congrès :

<https://www.cotec-enothe2020.com/>

Théo BRUNOIS
Délégué ANFE au COTEC
cotec@anfe.fr



BRÈVES... BRÈVES... BRÈVES... BRÈVES... BRÈVES... BRÈVES... BRÈVES...

L'ergothérapie compte un nouveau Docteur !

Toutes nos félicitations à **Nicolas Biard** (directeur technique de l'ANFE) qui est officiellement **Docteur** depuis mi-janvier 2019.

Le sujet de sa thèse doctorale portait sur :
« *L'apprentissage de procédures médicales par vidéo : effets de la segmentation et du contrôle du rythme par l'apprenant* ».

Pour en savoir plus :
<http://www.theses.fr/2019REN20002>

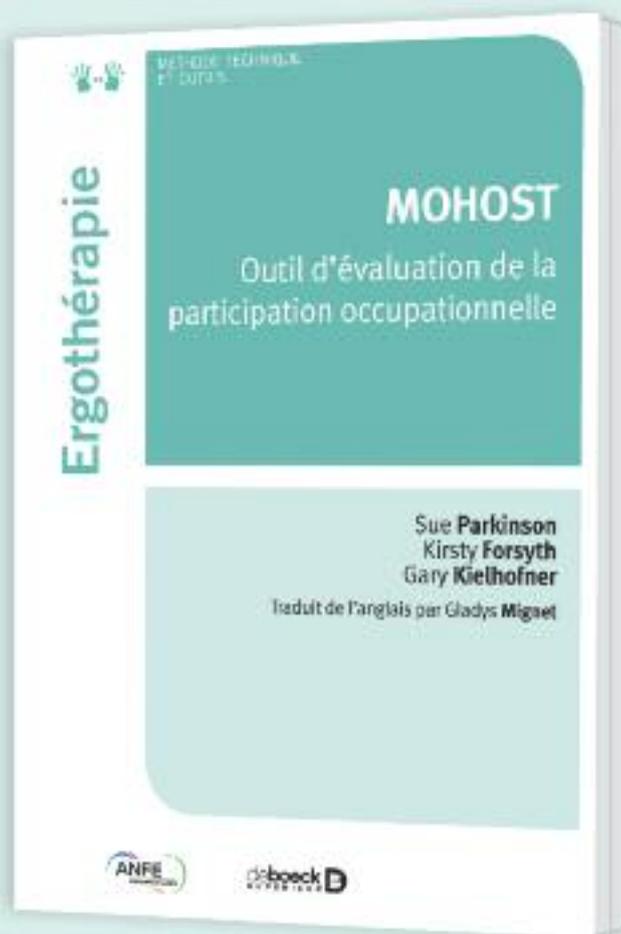


MOHOST

Outil d'évaluation de la participation occupationnelle

Sue Parkinson, Kirsty Forsyth, Gary Kielhofner

Traduit de l'anglais par Gladys Mignet



Gladys Mignet est titulaire du diplôme d'État d'ergothérapeute depuis 2009.

En 2014, elle a réalisé un diplôme universitaire « Recherche en sciences infirmières et paramédicales » (Université de Bordeaux, ISPED) avec pour objectif de définir la méthodologie de validation transculturelle pour le MOHOST en France.

En parallèle, elle intervient dans plusieurs instituts de formation en ergothérapie et est formatrice à l'ANFE depuis 2016 sur le modèle de l'occupation humaine.

Édition 2017 • 152 pages
9782353274314 • 37,90 €

Le MOHOST (*Model of Human Occupation Screening Tool*), basé sur le modèle de l'occupation humaine (MOH), est un outil d'évaluation, qui peut être utilisé avec des adultes et des personnes âgées, quelle que soit leur pathologie, au domicile comme en institution.

Il permet d'évaluer la participation occupationnelle de la personne, avec ses forces et ses limites, en parcourant les différents domaines du MOH. Grâce au MOHOST, l'ergothérapeute regroupe les données sur la motivation, les habitudes, les rôles, les habiletés et l'environnement de la personne pour analyser la façon dont ces éléments influencent la participation.

En proposant aux ergothérapeutes français un outil simple et pratique, cette traduction vise à soutenir une démarche centrée sur la personne et sur l'occupation, étayée par un modèle conceptuel qui a fait ses preuves dans le monde entier.

Disponible en librairie, sur www.anfe.fr
et sur www.deboecksuperieur.com

Secret professionnel et partage d'informations : réflexion éthique

Lors de la parution du LME précédent (n°41 de février 2019) nous vous avons proposé un article sur « *Le secret professionnel et le partage d'informations* ». Ce dernier reprenait les définitions (du secret partagé, du droit au secret de la vie privée et du secret médical) d'un point de vue strictement législatif.

Dans ce deuxième volet consacré au secret partagé, nous aimerions aborder ces mêmes définitions d'un point de vue éthique et proposer une réflexion sur la mise en pratique de ces deux logiques : législatives et éthiques.

Dans le premier article, après avoir rappelé la définition du **secret partagé** (qui s'est avéré être un ensemble de **principes d'échanges d'informations**) nous avons ouvert la conclusion sur ces questionnements: **“Cependant, au quotidien ne sommes-nous pas parfois à la limite de la législation et du respect des droits du patient ? Comment gérer le besoin d'information et le secret ?”**

Pour engager une réflexion à ce sujet nous vous proposons cette situation d'appel⁽¹⁾:

Un patient informe son médecin qu'il est porteur du VIH mais que son conjoint n'est pas au courant. Le médecin prévient son patient de l'importance du partage de l'information de sa séropositivité à son conjoint. Le patient ne souhaite toujours pas, malgré ses précisions, partager cette information.

Et vous, dans cette situation que feriez-vous ?

– **Faut-il divulguer malgré son refus, l'état de santé de ce patient à son conjoint ?** Peut-on parler de secret partagé dans ce cas de figure ? Ou faut-il parler d'assistance à personne en danger en prévenant le conjoint des risques qu'il encourt ? Marceau Long, haut fonctionnaire d'état, écrivait en 1991 que *“le secret médical doit rester une garantie fondamentale pour le patient et le médecin. Mais l'intérêt général de la santé publique ne doit pas permettre qu'il soit un refuge derrière lequel on s'abrite alors que l'intérêt de la personne n'est pas véritablement en cause”*.⁽²⁾

Nous savons qu'il existe une dérogation au secret médical, qui trouve sa légitimité dans l'article 226-14 du Code Pénal qui dit que : *“le secret n'est pas applicable dans les cas où la loi en impose ou en autorise la révélation”*.

– **Ou faut-il préserver le secret médical et le respect de la volonté du patient de ne rien communiquer de sa séropositivité ?** *“Le secret est un principe général et absolu revêtant même un caractère d'ordre public dont la violation peut donner lieu à des sanctions pénales (art 226-13 du Code Pénal), civiles (art 9 ou 1240 du Code Civil) ou ordinaires.”* (citation issue de référence (1)). Nous connaissons en France la forte valeur du secret médical, qui puise sa force dans ses origines anciennes ; et nous connaissons le cadre législatif qui en formalise le droit et l'obligation. Faut-il alors ne rien dire sur les risques encourus par le conjoint de ce patient ? Cette situation d'appel a fait l'objet d'une mise en

cause judiciaire pour ce médecin, lequel avait fait le choix de divulguer la séropositivité de son patient à son conjoint. Le médecin a invoqué son obligation d'assistance à personne en danger. Mais selon la loi, le VIH ne fait pas partie des cas de dérogations légales. Le médecin n'avait aucun droit légal de rompre le secret médical étant donné que le risque de contamination par le virus VIH ne constitue pas un péril imminent aux yeux de la loi.

“Le fait que la législation pose un cadre légal au secret partagé, au secret médical et à la vie privée, n'empêche aucunement aux questions éthiques de se poser.”

Par l'intermédiaire de cet exemple, nous souhaitons attirer votre attention sur une chose : le fait que la législation pose un cadre légal au secret partagé, au secret médical et à la vie privée, n'empêche aucunement aux questions éthiques de se poser.

Au contraire, il y a une confrontation quasi permanente des définitions législatives et éthiques. Maël Lemoine écrit en 2007 “[qu']un problème éthique consiste pour partie en une situation considérée de telle sorte qu'une obligation y est cherchée sans pouvoir être établie” et *“même claire, la loi ne dissout pas un problème éthique.”*⁽³⁾

Alors à la question de savoir si au quotidien nous ne sommes pas parfois à la limite de la législation et du respect des droits du patient ? Et bien peut-être. En tout cas, nos choix de partage (ou non) d'informations ne devraient peut-être **pas uniquement** se baser sur nos valeurs personnelles et professionnelles ou **uniquement** sur nos connaissances du cadre législatif, mais sur **le résultat de l'interrogation de ces deux notions**.

Bibliographie :

- (1). <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Humanisme-deontologie/secret-medical-et-hiv-antinomiques> (consulté le 10/03/2019).
- (2). Mouneyrat Marie-Hélène, « Éthique du secret et secret médical », *Pouvoirs*, 2001/2 (n° 97), p. 47-61. DOI : 10.3917/pouv.097.0047. URL: <https://www.cairn.info/revue-pouvoirs-2001-2-page-47.htm> (consulté le 10/03/2019).
- (3). Lemoine, M. (2007). *Intimité et secret médical. Médecine & Droit*, 2007(84), 73-79.



Marie GAWALKIEWICZ



Fanny VALTHIER

Membres du Comité d'Éthique et d'Exercice de l'ANFE
comiteethiqueexercice@anfe.fr

Portrait de chercheur



**Ross
Parry**

Tenir un verre, donner un coup de raquette, marcher dans un rayon au supermarché. Même les activités les plus courantes de la vie impliquent une séquence intégrée de mouvements.

De façon générale, la réussite ou non d'une action motrice dépend des caractéristiques mécaniques spécifiques à la tâche (force, vitesse, énergie...), ce que l'on peut appeler les paramètres fonctionnels. En même temps, on observe une variabilité importante dans le mouvement humain, et dans la plupart des cas, il existe une multitude de solutions motrices aux paramètres fonctionnels dans une situation donnée.

La façon dont une personne aborde une activité motrice peut alors varier selon son expérience, ses capacités sensorimotrices et sa relation aux alentours.

Pour Ross Parry, ces constats représentent le point de départ de sa recherche sur le contrôle moteur humain. Enseignant-chercheur à l'Université Paris Nanterre, son travail consiste à explorer comment le système nerveux central produit des mouvements dirigés vers un but en interaction avec le corps et l'environnement. En utilisant des méthodes provenant de la psychologie, de la biomécanique et de la neuroscience comportementale, son travail intègre une démarche expérimentale pour caractériser l'activité motrice et identifier les mécanismes physiologiques impliqués dans la coordination du mouvement. La combinaison des protocoles impliquant des sujets sains et des personnes souffrant de maladies neurologiques, lui permet de poursuivre des objectifs fondamentaux dans les domaines de la psychologie et de la neuroscience, ainsi que des objectifs appliqués en ergonomie et en rééducation.

Originaire d'Australie, Ross a commencé sa carrière professionnelle après l'obtention d'un « Bachelor of Occupational Therapy » de l'Université de Queensland en 2004. Pendant sa carrière d'ergothérapeute, il a eu l'opportunité de travailler dans de nombreux centres, y compris des hôpitaux, des

services sociaux et des entreprises de conseil. Plus précisément, son travail auprès des personnes souffrant de lésions cérébrales et de maladies neurodégénératives a suscité un fort intérêt dans la perception, la cognition et la coordination motrice chez l'homme.

En 2011, Ross a repris des études en France, à l'Université Pierre et Marie Curie. Dans cette réorientation vers la recherche, il a effectué un Master en Rééducation et Ingénierie Médicale, suivi d'un Doctorat en Sciences Cognitives. Son travail actuel lui permet de mobiliser ses expériences acquises en tant qu'ergothérapeute, d'explorer des approches permettant de faire avancer les pratiques en rééducation, et de partager ses travaux avec d'autres professionnels de santé.

Toujours proche de ses débuts en ergothérapie, Ross garde un intérêt particulier pour la dextérité et le contrôle moteur du membre supérieur.

Dans ses premiers pas de chercheur, il examinait les capacités sensorimotrices qui interviennent dans l'utilisation d'outils primitifs. Grâce à une analyse cinématique des gestes de percussion, les résultats de cette étude ont souligné que la maîtrise de ces tâches n'était pas une fonction d'une coordination spécifique du bras mais plutôt une sensibilité à l'énergie cinétique produite par le geste (*Bril et al.; Parry et al., 2014*). Ces travaux, réalisés avec l'EHESS (École des Hautes Études de Sciences Sociales) et l'Université Paris Descartes, ont suscité l'intérêt par des chercheurs en anthropologie et en primatologie.

Plus récemment, son travail sur le membre supérieur s'est orienté vers la dextérité dans la manipulation d'objet. Cet axe de recherche implique l'utilisation d'un objet instrumenté doté d'une centrale inertielle et des capteurs de forces montés sur chaque face de la boîte. Cet outil permet d'étudier la régulation des forces de prise selon différents mouvements de préhension. En étudiant ces variables chez différentes populations cliniques (sclérose latérale amyotrophique, patients désafférentés), il est donc possible d'explorer les effets de lésions du système nerveux central sur la dextérité (*Parry et al., 2018a*).

Avec le service de Médecine Physique et de Réadaptation à l'Hôpital Pitié Salpêtrière, une de ces études a mis en valeur comment l'amplitude et la précision temporelle des ajustements de force

de la prise varient selon les différents types de prises utilisées par des patients hémiparétiques (*Parry et al., sous presse*). À terme, la finalité de ce travail serait d'élaborer une méthode pour distinguer et quantifier des troubles de la dextérité pendant les gestes de vie quotidiennes.

Comprendre l'émergence des troubles de la marche en situation de vie quotidienne représente un deuxième axe de recherche pour Ross. Ce travail, initié lors de son doctorat à l'Institut du Cerveau et de la Moelle Épineuse se focalise sur les personnes souffrant de la maladie de Parkinson.

Dans le cadre de ce projet, Ross a travaillé sur une approche écologique impliquant la triangulation de données phénoménologiques, comportementales et physiologiques afin de démêler les éléments variés qui contribuent à l'émergence des différents patterns de marche, voire des blocages dans des situations différentes (*Parry et al., 2017*). Ceci a permis une typologie précise des troubles de la marche chez cette population en fonction des perceptions sensorimotrices, du mouvement par rapport à l'environnement et de l'activité électromyographique (*Parry et al., 2015 ; Parry et al., 2016*). En particulier, ces résultats suggéraient que la sensation de proximité était centrale à la régulation de la marche, et deuxièmement que la valence attribuée aux éléments dans leur environnement avait

un effet important sur la dimension spatiale de ces sensations de proximité (*Parry et al., 2018b*). À partir de ces principes, un objectif pour l'année à venir est de formaliser un modèle théorique pour ce couplage perceptuomoteur lors de la marche en situation réelle.

Plus récemment, Ross s'est intéressé au contrôle moteur lors des interactions homme-robot. En travaillant avec des chercheurs de l'Institut des Systèmes Intelligents et de Robotique, il réalise des expériences pour explorer comment faire apprendre de nouvelles synergies motrices pendant des séances d'entraînement avec un exosquelette du membre supérieur (*Proietti et al., 2018*). Les résultats préliminaires de ces expériences indiquent que différents profils d'apprentissage émergent en réponse à un champ de force correctif. C'est-à-dire que pour certaines personnes on observe une rétention de la coordination imposée, alors que pour d'autres personnes on observe une adaptation dans le sens contraire aux forces qui étaient appliquées par l'exosquelette. Une priorité actuelle est de comprendre les caractéristiques individuelles permettant de prévoir le profil d'apprentissage observé. Avec ces connaissances, il serait possible d'envisager un paramétrage personnalisé des modes de contrôle robotique pour favoriser l'acquisition d'une coordination interarticulaire spécifique.

Parcours universitaire :

2017 - Doctorat en Sciences Cognitives

Spécialité : Cerveau, Cognition, Comportement (*Université Pierre et Marie Curie, Paris VI*)

2013 – Master de Sciences et Technologies

Mention : Rééducation et Ingénierie Médicale / Parcours : Recherche Clinique en Rééducation (*Université Pierre et Marie Curie, Paris VI*)

2009 – Postgraduate Studies in Soft Tissue Therapy

Department of Healthcare Sciences (*James Cook University*)

2004 – Bachelor of Occupational Therapy

Faculty of Health and Rehabilitation Science (*University of Queensland*)

Parcours professionnels :

2018 – Maître de conférences universitaire

CeRSM : Centre de Recherche sur le Sport et le Mouvement, STAPS (*Université Paris Nanterre*)

2017 - Chercheur post-doctorant

ISIR – Institut des Systèmes Intelligents et de Robotique (Sorbonne Université)

2013 – Doctorant

ICM – Institut du Cerveau et de la Moelle Epinière (*Université Pierre et Marie Curie*)

2005 – Ergothérapeute

Queensland Health (AUS), King Faisal Hospital (KSA), National Health Service (UK)

Science de l'occupation : de la théorie à la pratique

Le concept d'équilibre occupationnel : application des connaissances en ergothérapie

Introduction

La notion d'équilibre a été introduite dès 1922 par Meyer comme une notion essentielle au cœur de la base philosophique en ergothérapie (cité par Wilcock et al., 1997 ; Wilson et Wilcock, 2005). En soulignant la nécessité de prendre soin des rythmes de la vie quotidienne, et plus particulièrement du maintien de l'équilibre des quatre domaines d'occupation (*Big Four*) relatifs au travail, au jeu, au repos et au sommeil, Meyer a été un véritable précurseur (Bryden et McColl, 2003).

Par ailleurs, l'idée d'équilibre a également été centrale dans les conceptions contemporaines de la santé en invitant à diversifier les occupations. La notion de variété d'occupations est mise en tension avec celle « d'homéostasie » (c'est-à-dire d'équilibre) qui a été définie par Cannon (1932) comme la coordination complexe des réactions physiologiques qui maintiennent la plupart des équilibres dynamiques du corps pour faire face aux perturbations internes du système provoquées par l'environnement. **L'objectif de cet article est de documenter le concept d'équilibre occupationnel au regard du concept d'équilibre de vie et de proposer des pistes de réflexion pour appliquer ces connaissances dans la pratique professionnelle en ergothérapie.**

Définition du concept d'équilibre occupationnel

La perception de l'équilibre est personnelle, influencée par la culture, les valeurs et les attentes environnementales (Backman, 2004). Le fait d'associer l'idée d'équilibre à la gestion des occupations quotidiennes a demandé à de nombreux auteurs de proposer différentes classifications (ou taxonomie) des occupations. Or, il paraît ardu de diviser de façon arbitraire les occupations, car cela peut entraver la compréhension des relations complexes, imbriquées et interdépendantes des occupations entre elles.

Pour cause, Law, Polatajko, Baptiste et Townsend se réfèrent dans le Modèle Canadien de Rendement Occupationnel (MCRO) à l'idée d'équilibre comme un **déterminant nécessaire ou satisfaisant entre**

les trois domaines d'occupation, à savoir les soins personnels, les activités de productivité et les loisirs (1997). Ann Fisher (2006) distingue quant à elle, les activités personnelles et les activités instrumentales de la vie quotidienne. Alors que Wilcock et al. (1997) ont étudié le rapport entre l'équilibre occupationnel et la santé selon une classification qui repose sur les occupations physiques, mentales, sociales et de repos. Il ressort que l'équilibre occupationnel est corrélé à la santé de façon significative.

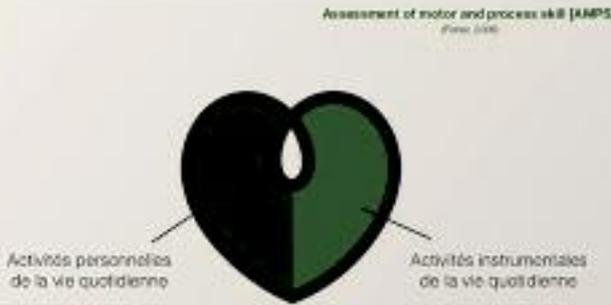
Matuska et Barrett (2014) signalent que l'équilibre de vie est souvent confondu avec l'équilibre occupationnel. Pour Wagman, Håkansson, Jacobsson, Falkmer, & Björklund (2012), il existe plusieurs définitions liées au concept « d'équilibre ». Les auteurs préconisent de mener des recherches approfondies pour définir davantage les limites de ce concept clé. Dans le cadre de cet article de vulgarisation (ou de transfert des connaissances), l'équilibre occupationnel sera étudié distinctement de l'équilibre de vie (cf. n°41 du LME de février 2019). En fait, ces concepts renvoient à deux niveaux de considérations personnelles. L'équilibre de vie se réfère aux valeurs personnelles de l'individu par rapport au sens de son existence (Pentland & McColl, 2008), alors que l'équilibre occupationnel correspond à la « perception individuelle d'avoir la bonne quantité d'occupation et la bonne variation entre les occupations » (Wagman, Håkansson, & Björklund, 2012, p. 322)¹.

Limite de l'équilibre occupationnel : les situations de déséquilibre occupationnel

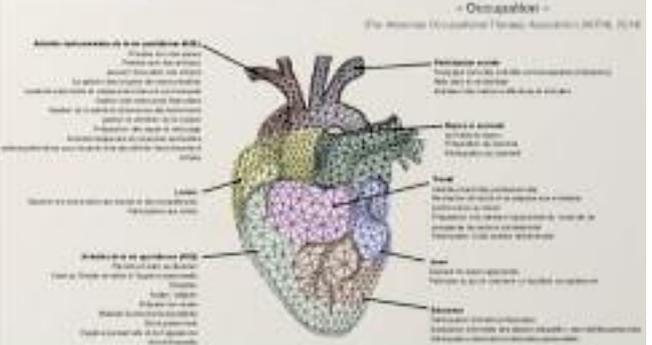
L'équilibre et la situation opposé de déséquilibre occupationnel sont des concepts complexes qui demeurent dépendants de la subjectivité de l'expérience et de la perception de la santé (Wilcock et al., 1997). Il est à noter que l'équilibre occupationnel ne peut être dissocié des composantes liées au stress et/ou à l'anxiété. Leurs relations ont été documentées dans l'étude de Håkansson et al, 2009 où l'équilibre occupationnel est négativement asso-

1. Traduction libre.

L'occupation comme **coeur** de métier pour les ergothérapeutes ?



Modèle Canadien de Bien-être et d'Engagement Occupationnel [MORÉO] (Pausajo et al., 2015)



Mais, le concept d'occupation est à la fois complexe, dynamique et il se distingue difficilement de l'activité.

cié au stress perçu par les individus. Parmi les limites du concept, Marie-Josée Drolet indique le risque (2017) que l'équilibre occupationnel corresponde à « une organisation du temps où un individu consacre un nombre d'heures relativement équivalent à chacun de ces différents types d'activités » (p. 10). Ergothérapeute et professeur d'éthique, elle exprime ses réticences quant aux notions « objectivantes ou normalisantes », préférant les notions d'engagement, de justice ou de signifiante occupationnels.

L'évaluation de l'équilibre occupationnel

L'utilisation du temps est un élément important de l'équilibre occupationnel, car elle reflète une partie de la nature et de la complexité des occupations quotidiennes (Edgelow & Krupa, 2011). Bejerholm (2010) définit l'équilibre occupationnel selon trois situations distinctes pour caractériser la gestion des occupations : les situations d'inertie (manque d'initiative, d'activité), d'équilibre et de surmenage (excès d'initiative, d'activité).

Plusieurs instruments ont été développés pour mesurer l'équilibre occupationnel. Dür et al., (2014) ont mené une étude pour évaluer l'étendue de la correspondance entre les instruments de mesure et les nombreuses définitions de l'équilibre occupationnel. Dans ce présent article, la description du Questionnaire sur l'Équilibre Occupationnel : QEO (i.e. *Occupational Balance Questionnaire : OBQ*) (Wagman et Håkansson, 2014) sera privilégiée.

Wagman et Håkansson (2014) indiquent que le questionnaire sur l'équilibre occupationnel démontre une bonne validité de contenu, une cohérence interne et une fiabilité test-retest chez un échantillon d'adultes suédois. Une traduction du questionnaire en langue française et la validation transculturelle seraient des perspectives pertinentes pour la communauté des ergothérapeutes francophones pour évaluer les relations entre l'équilibre occupationnel, le stress, la santé perçue et le bien-être des individus. Par rapport à l'Inventaire de l'Équilibre de Vie (IEV) qui mesure l'équivalence et la congruence des occupations dans 53 activités (Mastuska, 2012 ; trad. Larivière et Levasseur, 2016), le QEO est un questionnaire plus

global qui mesure la satisfaction envers la quantité et la variété d'occupations à travers 13 items (cf. Tableau 1 en bas de page). Les participants indiquent pour chaque item la réalisation des occupations énumérées selon une échelle de scores de 0 (totalement en désaccord) à 5 (totalement en accord).

Illustration clinique

Le concept d'équilibre occupationnel est de plus en plus documenté en ergothérapie, mais peu de cliniciens l'utilisent dans leur pratique professionnelle quotidienne.

Une étude de cas est donc présentée afin d'illustrer la situation d'une personne âgée, en perte d'autonomie, vivant à domicile en Ile-de-France.

a) État occupationnel de Mme C

Mme C est âgée de 83 ans et elle habite seule dans un appartement au deuxième étage dans une ville en région parisienne. Elle a travaillé comme secrétaire dans une administration publique. Veuve depuis de nombreuses années, elle a présenté un syndrome de glissement depuis 2015 à la suite du décès soudain de son fils, âgé de 45 ans. Sa fille puînée habite dans le même département et se rend régulièrement auprès de sa mère malgré une activité professionnelle et une vie de famille bien remplies. Mme C marche avec un déambulateur à domicile et utilise de rares fois un fauteuil roulant manuel. Il est à noter que la présence d'escaliers est un facteur limitant aux

sorties à l'extérieur. Les résultats obtenus à l'QEO indiquent un score total de 17 (soit 26,2 %) sur 65 points (correspondant au score maximum de 5 points pour les 13 items). Mme C éprouve des limitations d'activités pour faire les choses seules (item 5) et elle rencontre de grandes difficultés pour la satisfaction à l'égard du temps passé dans la vie quotidienne (item 9), à l'égard du nombre d'occupations réalisées (item 10) ainsi qu'à l'égard de temps passé pour les activités de repos et de sommeil (item 13). Ces résultats s'expliquent du fait de la rumination d'idées noires et des problèmes d'insomnies la nuit.

b) Besoins exprimés par Madame C

Activité de productivité : Mme C étant retraitée, ses ressources financières répondent modestement à ses besoins quotidiens. N'ayant pas un empan d'activités (nombre d'activités par jour) très important, son budget est principalement consacré à l'achat de denrées alimentaires, aux produits ménagés et au financement du service d'aide à domicile. **Activités de loisirs** : Mme C est recluse chez elle, la faiblesse de son état de santé physique et mentale limite ses déplacements à son appartement. En effet, Mme C n'exprime plus l'envie de s'adonner à des loisirs ou de sortir en dehors de son appartement. Elle continue néanmoins à apprécier les pâtisseries et à écouter de temps à autre de la musique classique. **Activités de soins personnels** : Mme C réalise avec difficultés les activités de toilette et d'habillage. Ces occupations nécessitent l'aide partielle d'une tierce personne. La fin de semaine, en raison d'une réorganisation du service de soins à

	Intitulés des items du Questionnaire sur l'équilibre occupationnel ²	Score min.- max. (0-5)
Item 1	Équilibre entre faire les choses pour les autres / pour soi-même	2-5
Item 2	Percevoir ses occupations comme significatives	2-5
Item 3	Temps pour faire les choses désirées	1-5
Item 4	Équilibre entre travail, maison, famille, loisirs, repos et sommeil	0-5
Item 5	Équilibre entre faire les choses seul / avec les autres	1-5
Item 6	Avoir suffisamment à faire pendant une semaine habituelle	0-5
Item 7	Avoir suffisamment de temps pour faire des occupations obligatoires	0-5
Item 8	Équilibre entre occupations physiques, sociales, mentales et reposantes	1-5
Item 9	Satisfaction du temps passé dans la vie quotidienne	1-5
Item 10	Satisfaction à l'égard du nombre d'activités pendant une semaine habituelle	1-5
Item 11	Équilibre entre occupations obligatoires / volontaires	1-5
Item 12	Équilibre entre les activités donnant / prenant de l'énergie	1-5
Item 13	Satisfaction à l'égard du temps passé au repos, à la récupération et au sommeil	1-5

2. Traduction libre.

Tab. 1 : Items du Questionnaire sur l'équilibre de vie (Wagman et Håkansson, 2014)

domicile, sa fille est parfois contrainte d'agir comme aidante naturelle pour l'aider à s'apprêter et à se lever du lit. **Activités de repos** : Mme C souffre d'une perturbation du rythme de sommeil (coucher à 11:00 PM et heure de lever du lit à 04:30 AM). Son sommeil est perturbé par des pensées angoissantes, des cauchemars et des idées noires.

c) Formulation du diagnostic ergothérapeutique

Mme C éprouve des difficultés pour s'engager dans l'ensemble de ses occupations quotidiennes. Les facteurs qui restreignent son engagement occupationnel relèvent tant de troubles de la santé mentale, de la santé physique que de la santé sociale. Pour cause, le traumatisme lié à la perte de son fils provoque une situation d'inertie dans la réalisation des occupations quotidiennes. Cela entraîne en cascade et de façon interdépendante : une perte d'appétit constante, une fragilité générale, l'apparition d'une grande fatigue, la limitation du temps d'activité, des situations de dépendance pour les occupations quotidiennes, une faiblesse musculaire, la diminution progressive du périmètre de marche, la chronicité de l'isolement social ainsi que l'altération des relations avec les membres de sa famille.

Suite à une situation de glissement (baisse de la vitalité), Mme C est peu sensible aux effets de la médication antidépressive qui n'est d'ailleurs pas associée à un suivi thérapeutique. Pour cause, rares sont les professionnels (psychiatres, psychologues, psycho-thérapeutes, ergothérapeutes, etc.) qui interviennent à domicile de façon régulière. Toutes les sphères de l'équilibre occupationnel sont perturbées lors de la passation du QEO, Mme C éprouve en effet une insatisfaction globale pour la réalisation de ses occupations quotidiennes. Indépendamment de la faisabilité pour assurer un suivi régulier par un(e) ergothérapeute à domicile (absence de financement à l'heure actuelle) et pour collaborer étroitement avec une équipe pluriprofessionnelle, il semble nécessaire d'établir une relation de confiance avec Mme C afin : (1) de l'accompagner à retrouver davan-

tage de vitalité, (2) de faciliter l'instauration de relations harmonieuses avec sa fille, (3) de promouvoir l'engagement dans des occupations divertissantes, apaisantes, voire spirituelles, et plus généralement, (4) de recouvrer un sens à son existence de façon durable et avoir une image positive de soi.

Conclusion

S'il s'avère difficile de distinguer avec précision les limites de l'équilibre de vie et de l'équilibre occupationnel, il importe aux ergothérapeutes français de fonder leur pratique professionnelle au-delà du cadre biomédical habituellement admis. Il paraît également fondamental de comprendre le lien qui existe entre l'engagement dans les occupations, la santé perçue, le sentiment de bien-être et la gestion du stress en focalisant son attention sur la notion **d'équilibre** comme la clé de voûte pour accéder à une satisfaction de vie. **Le concept d'équilibre occupationnel offre de nouvelles perspectives pour les ergothérapeutes afin de faciliter et de garantir aux individus une bonne quantité d'occupations et une bonne variation entre les occupations !**

Références :

- Backman, C. (2004). Occupational balance: Exploring the relationships among daily occupations and their influence on well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(4), 202-209.
- Jonsson H, Persson D. (2006). Towards an experiential model of occupational balance: An alternative perspective on flow theory analysis. *Journal of Occupational Science*. 13, 62-73.
- Wagman, P., Håkansson, C., & Björklund, A. (2012). Occupational balance as used in occupational therapy: A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(4), 322-327. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.596219>
- Wilcock A, Chelin M, Hall M, Hamley N, Morrison B, Scrivener L, et al.. (1997) The relationship between occupational balance and health: A pilot study. *Occupational Therapy International*. 4, 17-30.



Yannick UNG,

Ergothérapeute, PhD.

Chercheur associé au laboratoire du CERMES3 (Université Paris Descartes)

Directeur Recherche et Développement (R&D) en réadaptation (Merci Julie)

yannick.ung@me.com

Les outils de communication aux publics

Les articles dans les revues professionnelles et/ou scientifiques

Nombre d'entre nous ont l'occasion de lire des articles dans des revues professionnelles et/ou scientifiques dédiées à l'ergothérapie. Quelques revues nationales existent en langue française, comme la revue *ergOTHérapies* (en France), ou le RAE, *Recueil annuel belge francophone d'ergothérapie* (en Belgique). La RFRE (*Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*), concerne quant à elle plusieurs pays et est consultable en ligne exclusivement. **Des revues ou journaux concernant l'ergothérapie existent dans la plupart des pays ou des régions où cette discipline est présente**, et un certain nombre de revues anglophones ont une renommée qui dépasse les frontières, tels l'AJOT (*American Journal of Occupational Therapy*), le BJOT (*British Journal of Occupational Therapy*), ou encore le *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*...

Bien que leur notoriété, et donc leur facteur d'impact, soient différents selon les publications, celles-ci ont en commun de **publier des écrits valorisant l'ergothérapie**, mais également de **publier des types d'articles différents selon l'objectif et le lectorat visés**.

Pourquoi écrire ?

Écrire dans une revue professionnelle peut répondre à plusieurs objectifs pour le rédacteur de l'article. Il peut s'agir de **partager une pratique originale** qui peut être utile à d'autres ergothérapeutes ; de **vulgariser** un sujet ardu ou méconnu ; de **partager une expertise** dans un domaine de pratique ; de **présenter une expérimentation** apportant des preuves d'efficacité d'une intervention dans un cadre précis ; d'oser une **parole militante** ; de **présenter l'état du savoir** à un moment donné, sur une problématique particulière... et finalement, de **permettre aux ergothérapeutes de découvrir des outils, modèles, concepts utiles pour leur pratique**, de s'inscrire dans une dynamique commune, et de comprendre les enjeux de la profession chacun selon sa culture et le contexte médico-social de son pays d'exercice.

Quels sont les différents types d'articles que l'on peut trouver dans une revue professionnelle et/ou scientifique ?

Ils sont nombreux, et **chaque type d'article correspond à un objectif donné**. Les revues privilégient

un ou plusieurs types d'articles selon leur ligne éditoriale et le lectorat visé. Ces informations sont généralement indiquées dans les **recommandations aux auteurs** (author guidelines). La revue *ergOTHérapies*, par exemple, fait le choix de publier plusieurs types d'articles :

- Les **articles scientifiques** peuvent revêtir plusieurs formes différentes, chacune assez codifiée dans sa forme et sa méthodologie : par exemple des **revues de littérature** (état de l'art sur une problématique donnée), ou des **articles scientifiques originaux** (qui présentent et discutent les résultats d'une recherche originale apportant des résultats nouveaux, ou répondant à des objectifs originaux).
- Les **articles de pratique professionnelle** présentent une problématique de terrain, ou la mise en place d'une nouvelle modalité d'évaluation, de traitement thérapeutique, d'accompagnement... en lien avec des connaissances étayées sur la problématique et son contexte.
- Les **articles d'opinion** permettent à un auteur de développer sa pensée et ses connaissances, en lien avec un contexte particulier.
- Les **articles courts** présentent les objectifs, modalités, résultats et impacts d'une intervention ou d'une recherche, dans un format restreint.
- Les **fiches de lecture** présentent un ouvrage récemment paru, ses auteurs, et leur intérêt pour les ergothérapeutes.
- Les **fiches méthodologiques** présentent un outil ou un éclairage, directement utilisables pour les ergothérapeutes, pour mieux intégrer une démarche de recherche, d'expérimentation ou de lecture critique.

D'autres revues proposent d'autres types d'articles : quel que soit votre projet, il doit y avoir une forme d'écriture qui vous correspond, ou à laquelle vous pouvez vous adapter.

Comment proposer un article ?

Commencez par **choisir le type de publication où vous souhaitez écrire**, en fonction du lectorat concerné. Par exemple, si vous souhaitez faire connaître internationalement les résultats d'une recherche originale, une revue scientifique (d'ergothérapie ou non) avec un bon facteur d'impact semble indiquée ; si vous souhaitez présenter aux ergothérapeutes de votre région, ou à d'autres professionnels, l'expertise particulière que vous avez

développée auprès d'un certain public, il sera cohérent de proposer votre article à un magazine local ou une revue nationale.

Lorsque vous avez choisi une publication, renseignez-vous sur celle-ci pour **vérifier si sa ligne éditoriale correspond bien à votre projet**, et consultez ses recommandations aux auteurs, généralement en ligne ou à réclamer au secrétariat de la publication concernée.

Ces recommandations donnent de précieuses informations vous permettant de vous « couler » dans la forme d'écrit attendue par la publication : les types d'articles publiés, leurs caractéristiques attendues (nombre de mots, de références bibliographiques, plans-types...), la ligne éditoriale générale de la publication, et des informations sur les personnes à qui envoyer votre manuscrit.

Attention : **les droits d'auteurs deviennent généralement la propriété de la revue où est publiée un article**, il n'est donc pas possible de publier un même article à plusieurs endroits sans l'accord de la première publication. Soyez donc vigilants à **ne pas multiplier les envois pour proposer votre article** : dès

qu'une publication a montré son intérêt pour votre écrit, elle en a la primeur et ne doit pas être mise en concurrence avec une autre.

Enfin, n'hésitez pas à interroger les secrétaires de rédaction des revues visées : ils sont à même de répondre à vos questions ou de vous orienter vers les bons interlocuteurs !

“ Une formation à l'écriture d'article est dispensée par le service formation continue de l'ANFE. ”

Si vous avez envie de vous lancer dans l'écriture d'article et que vous ressentez le besoin de vous former,

sachez qu'une formation à l'écriture d'article est dispensée par le service formation continue de l'ANFE. Le collège recherche de l'ANFE peut également vous accompagner dans votre projet d'écriture (college-recherche@anfe.fr).

Sarah BÉGUIN
Secrétaire de rédaction de la revue *ergOTHérapies*
revue.secretariat@anfe.fr



LA SCIENCE DE L'OCCUPATION POUR L'ERGOTHÉRAPIE



Doris Pierce est ergothérapeute et chercheuse en science de l'occupation. Elle est également présidente de la chaire d'ergothérapie à l'université du Kentucky de l'Est (États-Unis).

La traduction de cet ouvrage a été réalisée par Marie-Chantal Morel-Bracq avec l'aide d'un groupe d'ergothérapeutes francophones et anglophones travaillant pour la plupart en institut de formation en ergothérapie. Un total de dix-sept ergothérapeutes a participé à la traduction de cet ouvrage.

Août 2016 • 368 pages •
9782353273515 • 45 €

• Une approche scientifique est nécessaire à la construction et à la reconnaissance d'une pratique ergothérapeutique autonome et originale.

• Depuis les concepts clés de l'occupation jusqu'à leur application clinique, cet ouvrage explique comment une approche scientifique de l'occupation peut organiser la pratique la plus adaptée et bénéfique pour les patients.

• Il fait le lien entre science et pratique et défait, grâce à de nombreuses illustrations cliniques, la façon dont la science de

l'occupation peut inspirer et enrichir l'ergothérapie. Riche de témoignages de thérapeutes et de soignants, fondé sur les données objectives et basé sur les preuves les plus rigoureuses, ce livre défait et donne les clés d'une pratique contemporaine et efficace de ce métier en perpétuel développement.

• Cet ouvrage est une référence pour les étudiants en ergothérapie. Il leur apportera un fondement scientifique solide indispensable pour comprendre l'occupation dans leur pratique. Il inspirera et inspirera également les praticiens d'expérience.



Disponible auprès de l'ANFE www.anfe.fr, de votre librairie et sur www.deboecksuperieur.com



Publication de la version révisée de la Classification Internationale. Modèle de Développement Humain. Processus de Production du Handicap (MDH-PPH)

Le Réseau International sur le Processus de Production du Handicap (RIPPH) a le plaisir d'annoncer la publication de la **Classification Internationale. Modèle de Développement Humain. Processus de Production du Handicap (MDH-PPH)**, version révisée de la *Classification Québécoise. Processus de Production du Handicap* (1998).

Pourquoi cette révision ? En quoi consiste-t-elle ?

Un bref rappel historique situera l'origine de cette classification, son ancrage anthropologique et son évolution.

À l'origine

Lorsque en 1979, l'Office gouvernemental québécois des personnes handicapées (OPHQ) confie à Patrick Fougeyrollas, alors jeune chercheur en anthropologie (et militant associatif), l'étude des besoins et ressources des personnes handicapées, celui-ci se saisit d'une classification expérimentale récemment publiée par l'OMS, *Classification des Déficiences, Incapacités, Handicaps* (CIDIH ou CIH, OMS, 1980).

Bien que principalement orientée vers le dénombrement des déficiences et incapacités dans une perspective épidémiologique, cette classification prend aussi en considération la dimension sociale du handicap en définissant celui-ci en termes de « désavantage social ». Dans cette brèche ouverte dans l'approche médicale du handicap, P. Fougeyrollas concentre alors ses travaux sur les conditions environnementales qui engendrent la production de situations handicapantes pour les personnes ayant des incapacités.

Modèle de développement humain et processus de production du handicap

Poursuivant ses travaux anthropologiques sur le handicap, dans le contexte de la révision de la CIDIH (CIH) orchestrée par l'OMS pendant la décennie 1990, P. Fougeyrollas et l'équipe de recherche de la Société Canadienne pour la CIDIH forgent et mettent à l'épreuve les concepts de facteur personnel, facteur environnemental, habitude de vie, situation

de handicap (résultat de l'interaction des facteurs personnels et des facteurs environnementaux), organisés en un modèle anthropologique : **le modèle de développement humain**.

Applicable à tout être social, **ce modèle illustre la dynamique du processus interactif entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux** déterminant la possibilité pour une personne quelle qu'elle soit de réaliser ou non les habitudes de vie correspondant à son âge, son sexe et son identité socioculturelle.

Appliqué à la problématique des personnes ayant des déficiences et des incapacités, ce modèle interactif permet alors de **rendre compte du processus dynamique de production du handicap** (voir schéma page suivante).

En 1998, le RIPPH publie la première classification interactive du handicap sous le titre *Classification Québécoise. Processus de Production du Handicap (PPH)*. Celle-ci aura une influence décisive sur la révision de la CIDIH (CIH) et la prise en compte des facteurs environnementaux dans la *Classification internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé* (CIF, OMS, 2001).

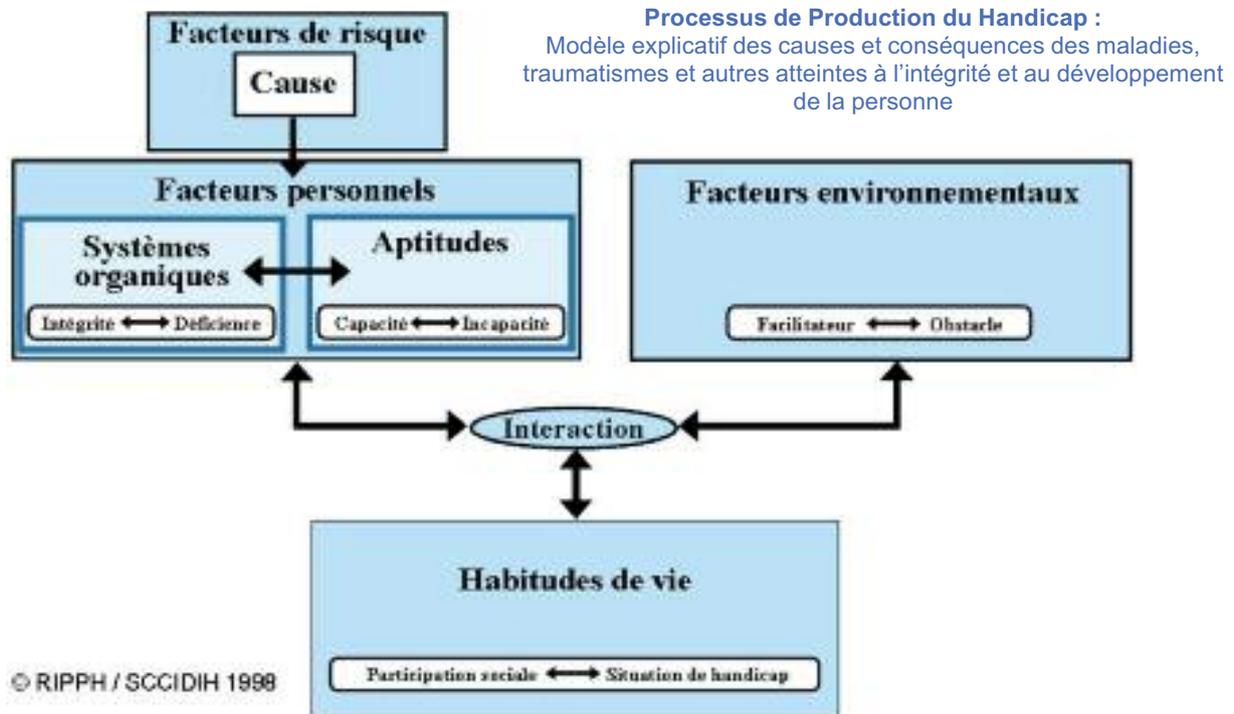
En 2010, dans son ouvrage « La funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap », P. Fougeyrollas approfondit l'approche anthropologique du modèle de développement humain et apporte d'importantes clarifications conceptuelles, socle de la révision de la Classification québécoise PPH.

Principales modifications apportées à la classification révisée

• Changement de titre

En prenant le titre de *Classification Internationale. Modèle de développement humain – Processus de production du handicap*, le modèle MDH-PPH tout en conservant les caractéristiques fondamentales du PPH, réaffirme son **ancrage dans une lecture anthropologique de construction culturelle des êtres humains** mais se repositionne dans une perspective

“En 1998, le RIPPH publie la première classification interactive du handicap.”



plus vaste qui ne se limite pas aux problèmes de santé. La classification réaffirme également son rayonnement international et sa pertinence pour l'évaluation de l'application de la Convention des Nations unies pour les droits des personnes handicapées (ONU, 2006).

• Introduction des facteurs identitaires

Dans le schéma conceptuel révisé, les facteurs identitaires figurent comme nouvelle dimension conceptuelle des facteurs personnels (avec les systèmes organiques et les aptitudes). Leur définition a été précisée : « Les facteurs identitaires sont les caractéristiques sociodémographiques, économiques, culturelles et les caractéristiques individuelles (âge, sexe, genre, orientation sexuelle, groupe d'appartenance culturelle, valeurs, croyances, objectif de vie, ...) que la personne s'attribue ou qui sont susceptibles de lui être attribuées dans son contexte de vie ». Une liste indicative de ces facteurs a été développée. L'impact de ces facteurs identitaires sur la réalisation des habitudes de vie est également mis en exergue.

• Accent mis sur la temporalité

Le MDH-PPH insiste sur la nécessaire prise en compte diachronique (comparaison dans le temps) du développement humain et des situations de handicap pour pouvoir décrire les changements survenus dans une situation.

• Clarification de la notion de facteur de risque et introduction de la notion de facteur de protection

Dans le PPH 1998, les facteurs de risque (causes potentielles de déficience ou autre atteinte à l'intégrité et au développement de la personne) constituaient une dimension à part entière de la

classification, mais ne s'appliquaient qu'aux facteurs personnels. La nouvelle approche élargit la portée de cette notion en considérant que les facteurs environnementaux et les habitudes de vie autant que les facteurs personnels peuvent représenter des facteurs de risque ou à l'inverse des facteurs de protection de l'intégrité et du développement de la personne. Cette évolution conceptuelle supposait une révision du schéma conceptuel et l'introduction dans la classification, des facteurs de risque et de protection comme qualificatifs de tous les domaines et dimensions conceptuels.

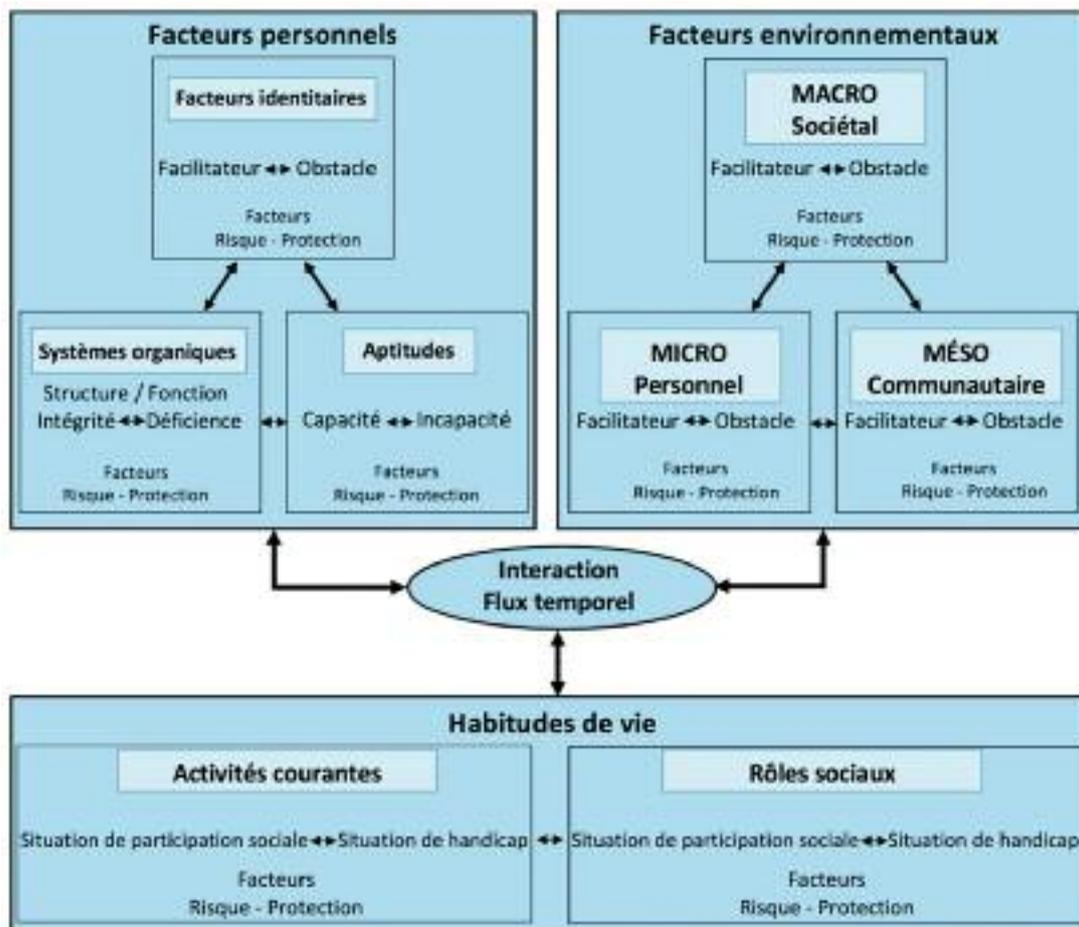
• Révision des facteurs environnementaux

Tout en conservant une grande partie de la nomenclature initiale des facteurs environnementaux, la classification MDH-PPH propose une **réorganisation de la nomenclature en trois sous-systèmes inter-reliés** :

- le **micro-environnement** personnel correspond aux contextes spécifiques à la personne comme sa famille immédiate, ses proches, son domicile, son poste d'étude ou de travail, soit tous les contextes qui lui sont propres et peuvent être spécifiquement adaptés à ses besoins ;
- le **méso-environnement** correspond à tous les contextes physiques et sociaux avec lesquels la personne interagit pour réaliser ses habitudes de vie, et qui sont conçus pour, ou présents dans, la collectivité locale d'appartenance ;
- le **macro-environnement** réfère aux dimensions sociétales dont la composition, le développement et les modifications ne peuvent se réaliser sur le plan local d'une collectivité et concerne l'ensemble de la société tout en régulant la vie sociale de chaque citoyen.

La nomenclature propose une illustration de ces 3 dimensions spatiales afin d'aider les utilisateurs à

Modèle de développement humain et de processus de production du handicap (MDH-PPH)



© RIPPH 2018

identifier les facteurs environnementaux sur lesquels porteront leurs interventions en fonction du contexte dans lequel se situe leur action.

Aux **qualificateurs** de l'environnement de la version initiale (obstacle ou facilitateur) viennent s'ajouter les facteurs de risque et de protection.

L'utilisation des facteurs de risque et de protection comme qualificateurs d'une situation s'inscrit dans le cadre d'une scénarisation préventive des éléments susceptibles de générer ou de prévenir une atteinte de l'intégrité ou du développement de la personne.

• Mesure des aptitudes en termes de capacité

Considérant que les aptitudes ne peuvent se mesurer en termes d'incapacité mais au contraire en termes de capacité, la Classification MDH-PPH substituée aux « Échelles de sévérité de l'incapacité » (PPH 1998) des « Échelles qualitatives des aptitudes » comportant notamment une « Échelle qualitative de la capacité ».

• Comment utiliser le modèle conceptuel et la classification MDH-PPH

Un long chapitre pédagogique est consacré à la présentation détaillée de situations individuelles ou collectives et à l'utilisation de la classification MDH-PPH pour classer et analyser les informations, pour mettre en relief les éléments problématiques, identifier les

facilitateurs, les obstacles, les facteurs de risque et de protection, faire surgir des questions nouvelles et rechercher des informations complémentaires avant de déterminer le plan d'action qui sera élaboré avec la ou les personnes concernées. L'usage de la classification fait également l'objet de réflexions éthiques afin de respecter le droit de la personne à s'auto-déterminer.

L'utilisateur de la *Classification Internationale Modèle de Développement Humain et Processus de Production du Handicap* découvrira d'autres actualisations de la version 1998 (réorganisation de l'ensemble du manuel, révision de l'historique de la classification, du guide de codage, ...).

Pour se procurer la Classification Internationale Modèle de Développement Humain et Processus de Production du Handicap : www.ripph.qc.ca

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter Catherine Barral : barral.cat@gmail.com.



Patrick FOUGEYROLLAS
Vice-président du RIPPH

Nouvellement installé dans votre local professionnel, vous vous demandez quelles règles s'appliquent à votre établissement ?

Zoom sur les principales normes du cabinet

Les cabinets paramédicaux sont des établissements recevant du public (ERP) classés en 5^e catégorie de type U, dits établissements sanitaires, en application des articles R. 123-18 et R. 123-19 du Code de la Construction et de l'Habitation. Ces établissements sont soumis à des règles relatives :

- à l'accessibilité pour les personnes handicapées,
- aux installations électriques,
- à la sécurité incendie,
- aux risques liés à l'amiante, aux risques naturels et technologiques.

Vous êtes propriétaire ou exploitant d'un établissement recevant du public de 5^{ème} catégorie. Vous êtes à ce titre **responsable de la mise en œuvre des mesures de prévention et de sauvegarde** propres à assurer la sécurité du public comme le prévoit notamment l'article

R. 123-3 du Code de la construction et de l'habitation. Toutes les surfaces affectées à l'accueil du public sont soumises à la réglementation des ERP, à l'exception des normes d'accessibilité.

➔ Accessibilité pour les personnes handicapées

Le cabinet est autorisé à n'offrir qu'une partie de ses locaux à l'accès des personnes handicapées.

Pour rappel, la loi du 11 février 2005 prévoyait la mise en accessibilité de tous les établissements et installations recevant du public pour le 1^{er} janvier 2015. Les établissements recevant du public devaient faire des démarches auprès de la mairie ou de la préfecture de police pour les établissements situés à Paris (demande de dérogation ou dépôt d'un « agenda d'accessibilité programmée » ou dépôt d'une attestation d'accessibilité).

Si vous entrez dans des locaux qui ne sont pas accessibles, il y a trois possibilités :

- Si le bail met **à la charge du propriétaire** les travaux de mise aux normes : ce dernier doit faire les démarches (dépôt du cerfa 15797*01) auprès de la mairie ou de la préfecture de Police à Paris ;
- Si le bail met **à la charge du locataire** les travaux de mises aux normes : vous devez déposer le cerfa 15797*01 à votre mairie ou à la préfecture de Police à Paris ;
- Si vous êtes propriétaire du local : vous devez faire les démarches (dépôt du cerfa 15797*01) auprès de la mairie ou de la préfecture de Police à Paris.

Certains documents doivent être remis au locataire selon les situations, vous trouverez toutes les informations sur le guide édité par le gouvernement que vous pouvez télécharger à cette adresse : <https://www.ecologique-solaire.gouv.fr/>

NB : **En cas d'activité dans un local mixte**, habitation et professionnel, la mise aux normes d'accessibilité

n'est pas obligatoire si les parties professionnelles du local sont aussi utilisées pour un usage personnel ou familial en dehors des heures d'ouverture du cabinet.

Un registre public d'accessibilité doit être mis à la disposition du public dans votre local. Il peut être sous forme dématérialisée, ou mis en ligne sur le site internet du cabinet.

Vous pouvez prendre modèle sur le site :

<https://www.ecologique-solaire.gouv.fr/Fichessyntheses>

➔ L'installation électrique

- L'emploi de douilles volantes ou de fiches multiples est interdit ;
- Les alimentations mobiles des appareils électriques ne doivent pas faire obstacle à la circulation du public ;
- Il doit y avoir au moins deux circuits normaux séparés, chaque circuit permettant d'éclairer tout le local, afin d'éviter une extinction accidentelle de toutes les lumières. L'éclairage de secours, constitué d'ampoules espacées au maximum d'une distance égale à la hauteur du plafond et assurant un éclairage de 10 lumen par m², balise le cheminement vers la sortie lorsque le local comporte une salle d'une superficie de plus de 100m², des escaliers ou des circulations horizontales de plus de 10 mètres.

Dans les autres cas, les personnes présentes dans le cabinet doivent disposer de lampes électriques portatives.

➔ La sécurité incendie, le cabinet doit être doté :

- D'extincteurs portatifs à eau pulvérisée de 6 litres minimum par surface de 200m² et par étage. Tous les extincteurs doivent être facilement accessibles au public et leur emplacement doit être signalé par un pictogramme.
- D'un système de détection des fumées,
- Pour les cabinets situés en étage ou en sous-sol, un plan doit être apposé à l'entrée de l'immeuble pour faciliter l'intervention des sapeurs-pompiers. Ce plan indique l'emplacement des locaux techniques et les dispositifs de coupure des fluides notamment.
- À l'intérieur du cabinet, une affiche doit indiquer le numéro d'appel des sapeurs-pompiers, l'adresse du centre de secours de premier appel et les dispositions immédiates à prendre en cas de sinistre.
- Les matériaux utilisés pour la construction et la décoration doivent être résistants au feu (classement MO à M4).
- Le local doit disposer de sorties suffisantes en nombre et en largeur, signalées et balisées si nécessaire compte tenu de la surface des locaux.

Les commissions de sécurité sont chargées de vérifier que les règles de sécurité sont correctement

appliquées dans les établissements recevant du public. Elles sont composées de techniciens, d'experts et d'officiers sapeurs-pompiers. Elles sont obligatoirement consultées lors de la demande de permis de construire et à tout moment à la demande de la mairie. Elles peuvent effectuer des visites inopinées. L'ensemble du matériel cité précédemment doit être maintenu en bon état de fonctionnement.

NB : il doit être tenu un registre de sécurité sur lequel sont reportés les renseignements indispensables à la bonne marche du service de sécurité et, en particulier :

- Le personnel chargé du service d'incendie ;
- Les diverses consignes, générales et particulières, établies en cas d'incendie y compris les consignes d'évacuation prenant en compte les différents types de handicap ;
- Les dates des divers contrôles et vérifications ainsi que les observations auxquelles ceux-ci ont donné lieu ;
- Les dates des travaux d'aménagement et de transformation, leur nature, les noms du ou des entrepreneurs et, s'il y a lieu, de l'architecte ou du technicien chargés de surveiller les travaux.

➔ L'amiante et les risques naturels et technologiques

Le propriétaire du local doit fournir un **dossier technique** qui sera annexé au bail comprenant :

- Le diagnostic de performance énergétique prévu à l'article L 134-1 du Code de la Construction et de l'Habitation ;
- L'état des risques naturels et technologiques ;
- Le certificat de recherche d'amiante prévu par l'article R1334-39-5-1 du code de la Santé Publique si le local a été construit avant 1997.

De plus, le propriétaire doit indiquer si son bien a déjà subi un ou plusieurs sinistres indemnisés au titre de la garantie catastrophes naturelles.

➔ ATTENTION aux multiples arnaques concernant les normes du cabinet !

Vous pouvez consulter les « Infos Arnaques » sur le site internet de la DGCCRF (Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes) :

<https://www.economie.gouv.fr/dgccrf/infos-arnaques>

➔ Où s'informer ?

- La mairie sur le territoire de laquelle votre établissement est implanté ;
- Le service départemental d'incendie et de secours ;
- La commission de sécurité compétente.

➔ À venir

- Obligation pour les ERP de 5ème catégorie de se doter d'un défibrillateur automatisé au plus tard le 1^{er} janvier 2022.
- La loi du 28 juin 2018 relative au défibrillateur cardiaque prévoit l'obligation pour certains types d'établissements recevant du public de **se doter d'un défibrillateur automatisé externe visible et facile d'accès**. Lorsqu'un même site accueille plusieurs ERP, ces derniers peuvent mettre en commun le défibrillateur.
- Le décret du 19 décembre 2018 prévoit que sont soumis à l'obligation de détenir un défibrillateur les ERP de catégorie 5 dont **les établissements de soins. Sont ainsi visés les cabinets médicaux et paramédicaux donc vous !**
- L'installation du défibrillateur doit intervenir au plus tard **le 1^{er} janvier 2022 pour les ERP de catégorie 5**.

Loi 2018-527 du 28 juin 2018. Décret 2018-1186 du 19 décembre 2018.

Céline DELRIEU
Attachée juridique de l'ANGAK



64, rue Nationale - CS 41362 - 75214 PARIS CEDEX 13
Tél. : 01 45 84 30 97

COMITÉ DE PUBLICATION

Directeur de publication : Éric TROUVÉ - Rédactrice en chef : Caroline OGÉREAU

Ont participé à la création de ce numéro, grâce à leurs envois : BÉGUIN Sarah, BIARD Nicolas, BRUNOIS Théo, CLAVREUL Hélène, DANTIN Pauline, DELRIEU Céline, FOUGEYROLLAS Patrick, GAWALKIEWICZ Marie, GUICHOUX Jean-François, HERNANDEZ Hélène, LARBOULETTE-NIGEN Eva, LAUNOIS Muriel, MARCHALOT Isabelle, PELÉ Guillaume, PERRAULT Alexandra, PRUDENT Yves, RIGUET Karine, VALTHIER Fanny, VIEL Véronique, UNG Yannick.

Maquette et mise en pages : Caroline OGÉREAU : communication@anfe.fr & Thierry CANEZZA : 21, rue Jean-Giono - 13009 Marseille
Couverture : Caroline OGÉREAU

Partenaire éditorial : Éditions De Boeck Supérieur - 5, Allée de la 2^e Division Blindée - 75015 PARIS -
www.deboecksuperieur.com

Impression : Imprimerie Bietlot - rue du Rond-Point 185 - 6060 Gilly - Belgique

Dépôt légal : Mai 2019 - ISSN : 1960-1581



Facebook : ANFE



Twitter : ANFE_Ergo_OT



LinkedIn : Association ANFE

ergoThérapies

La revue française de l'ergothérapie

Ne manquez pas les prochains numéros de la revue ergoThérapies !

Pour ces dossiers thématiques, vous pouvez proposer différents types d'articles.

N'hésitez pas à nous contacter pour plus de précisions.

Vous pouvez aussi proposer des articles sans rapport avec ces thèmes, ils paraîtront en complément des dossiers.

Avant de rédiger un article, n'oubliez pas de consulter les recommandations aux auteurs de la revue :

en pages 2-3 des revues ergoThérapies, ou sur www.anfe.fr/revue-ergotherapies.



Coordinatrice
de ce numéro :
Agnès AVRIL
agnès.avril@gmail.com

INTERVENTION PRÉCOCE : L'ERGOTHÉRAPIE DES BÉBÉS ET DES TOUT PETITS

Tout au long de la vie, et depuis la naissance, nous sommes des êtres en développement, qui participons activement à interagir avec notre environnement. Mais quelles sont les occupations des tout petits ? Et comment les ergothérapeutes peuvent-ils les favoriser, en lien avec les choix de leurs familles pour eux ?

Les neurosciences, et en particulier les études concernant la plasticité cérébrale, nous invitent à agir le plus précocement et le plus quotidiennement possible pour (ré)éduquer les jeunes enfants dits « à risque » quant à une difficulté de développement. De nouvelles formes d'intervention, comme la guidance parentale et l'élaboration de programmes de stimulation pour la maison, émergent, guidées par la recherche scientifique.

De par la diversité et la cohérence de nos interventions autour de l'oralité, la sensorialité, la sensori-motricité, le jeu, l'environnement adapté ; de par nos modèles de pratique, centrés sur l'occupation et une vision bio-psycho-sociale (et non seulement biomédicale) ; de par notre connaissance du neuro-développement : nous jouons un rôle unique auprès des plus jeunes enfants et de leurs familles.

Vous exercez auprès de nourrissons, bébés, jeunes enfants, personnels de petite enfance, jeunes parents, nous attendons vos écrits !

Date limite pour soumettre un article : 1^{er} avril 2019

Date de publication : Octobre 2019

LES MALADIES NEUROMUSCULAIRES

Les maladies neuromusculaires regroupent environ 330 pathologies rares, génétiques, multi-systémiques et évolutives. Les personnes touchées requièrent souvent un accompagnement pluridisciplinaire, qu'il soit médical ou paramédical. En ergothérapie, profession incontournable de la réadaptation auprès de cette population, de nombreuses compétences sont exploitées pour compenser l'impact des troubles dans la vie quotidienne et pour restaurer la réalisation des occupations tout au long de la vie. D'autre part, ces pathologies, longtemps considérées comme incurables pour la plupart et certaines avec une espérance de vie très faible ou faible, ont connu de nombreuses victoires ces dernières années. Il s'agit notamment de l'amélioration de la prise en charge respiratoire ayant permis un allongement de l'espérance de vie, de l'arrivée progressive de nouveaux traitements et même des médicaments de thérapie génique ; modifiant l'accompagnement en ergothérapie. C'est pourquoi la revue a souhaité consacrer un premier numéro dédié aux différentes facettes de l'ergothérapie en faveur des personnes ayant une maladie neuromusculaire.

Date limite pour soumettre un article : 1^{er} juillet 2019

Date de publication : Janvier 2020



Coordinatrice
de ce numéro :
Flie CLUPIER
flie@clupier.com



Coordinatrice
de ce numéro :
Patricia PELÉ
patricia.pelle@wanadoo.fr

L'ERGOTHÉRAPIE DANS LA COORDINATION ET LE PARCOURS DE SOIN

Depuis 2010, les politiques de santé proposent la mise en place de parcours de soins pour les patients et usagers afin d'améliorer leur prise en charge. Le plan 2018-2022 prolonge cette dynamique en impliquant davantage les Agences régionales de santé (ARS), leur permettant de se structurer selon les besoins des territoires. Une place importante est donnée aux projets et initiatives locales.

Ainsi depuis 2014, des Plans de soins personnalisés (PPS) voient le jour pour coordonner l'accompagnement des personnes âgées : par exemple, l'expérimentation PAEREA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie). Des programmes personnalisés de soins existent aussi pour les personnes en situations de handicap ou encore pour les personnes atteintes d'un cancer (plan cancer 2009-2013).

Quelle place ont les ergothérapeutes dans ces parcours de soins ? Participent-ils à des projets avec les ARS ? Pour coordonner ces parcours de santé, des Diplômes Universitaires « Coordination de soins », des Diplômes Inter-Universitaires « gestionnaire de cas » sont proposés et accessibles aux ergothérapeutes. Les ergothérapeutes s'inscrivent-ils dans ces formations ?

Vous avez obtenu l'un de ces diplômes, vous êtes professionnellement concerné par cette thématique, écrivez-nous vos expériences et vos réflexions.

Date limite pour soumettre un article : 1^{er} octobre 2019

Date de publication : Avril 2020

Merci de nous envoyer vos articles à revue.secretariat@anfe.fr

Adhérer à une Association de Gestion Agréée
permet de bénéficier de nombreux avantages

Laquelle choisir pour un Ergothérapeute ?

Pour moi : c'est l'ANGAK

Association Nationale de Gestion Agréée de Professions de Santé



- **Cotisation minorée l'année de début de votre activité libérale**

89 € ttc

- **Cotisation 2018 si déjà adhérent :**

195 € ttc

- **Eligible au Micro BNC: On peut vous aider ! Cotisation à **40€ ttc****



ANGAK : 8 rue de Périole - B.P 85817 - 31505 - TOULOUSE cedex

Contactez-nous : tél 05 61 99 52 10 - mail: info@angak.com - Site: www.angak.com

Salon handica

20^e ÉDITION

Mer | Jeu | JUIN
05 | 06 | 2019
LYON EUREXPO



ENTRÉE
GRATUITE

TOUTES LES SOLUTIONS
POUR + D'AUTONOMIE

BADGE D'ENTRÉE VISITEUR SUR

www.handica.com

HANDICAP

GRAND ÂGE

MAINTIEN À DOMICILE

SALON PROFESSIONNEL & GRAND PUBLIC

MATÉRIELS - SERVICES - CONSEILS

250 EXPOSANTS

La Région
Auvergne-Rhône-Alpes

GRAND LYON
la métropole

RHÔNE
LA DÉPARTEMENT

Handimat
Aider - Reformier - Aider

réseau
Incapables
L'esprit de solidarité
à tous les états

APF
France
handicap

HANDIRECT

UF
RT

ANFE
Association Nationale
des Fabricants de
Équipements
de Prothèse

Équipement
de Prothèse
de France

Association
de
Handicapés

les PROthèses

Cnh