

Le Monde de l'Ergothérapie

PUBLICATION OFFICIELLE DE L'ASSOCIATION NATIONALE FRANÇAISE DES ERGOTHÉRAPEUTES





1^{ÈRE} RENCONTRE NATIONALE DES ERGOTHÉRAPEUTES EN SANTÉ MENTALE

22 novembre 2019

8h30 - 16h30, EPS Barthélémy Durand - Étampes (91)



**Ateliers participatifs
Conférences**

Être

Agir

Devenir

**Quelle place
prend l'ergothérapie
dans le parcours de soin ?**

Organisé par le Groupe de Réflexion sur l'Ergothérapie en Santé Mentale (GRESM) de l'ANFE

Participation et inscription à envoyer par mail à gresm@anfe.fr

Le Monde de l'Ergothérapie

SOMMAIRE

SEPTEMBRE 2019 N° 43

L'ASSOCIATION

ACTUALITÉS

DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL

POINT JURIDIQUE



EDITORIAL

3

L'ASSOCIATION

Formation continue : découvrez les nouveautés du catalogue 2020	4
Nouveau format pour la formation à l'adaptation du cadre bâti	5
Semaine Nationale de l'Ergothérapie.....	6
Forfait intervention précoce : publication des tarifs et conditions proposés aux ergothérapeutes	7
Évolution du CSARR 2019.....	8
Actualités du Réseau pour le Développement Durable en Ergothérapie.....	9
Annuaire des libéraux : une nouvelle formule, plus rapide pour vous, plus ergonomique pour le public	11
ESP, CPTS, PTA : quelle coordination des professionnels de soins primaires en ambulatoire à l'échelle des territoires ? Exemple de la CPTS Orléanaise	12
Assemblée Générale annuelle	15
Le programme de prévention en ergothérapie du Lifestyle Redesign® pour les personnes vieillissantes peut-il être adapté à la pratique en France ?	16
Sessions en ergothérapie du CIPEG	19
L'ANFE défend la profession : les kinésithérapeutes ne feront pas d'acte pour évaluer le domicile du patient.....	20
Retour sur les journées « Ergothérapie pratique » de Nancy.....	21
Participation du groupe ErgoInSens au congrès européen d'intégration sensorielle	23
Règles professionnelles	25

ACTUALITÉS ERGOTHÉRAPIQUES

Nationales :

Le Service Sanitaire : de l'injonction au projet pédagogique	26
Conférence « Vers une certification fondée sur la culture du résultat pour les patients » ..	29
Compte-rendu de la réunion du Haut Conseil des Professions Paramédicales.....	30
Billet d'humeur	31
Conseil de lecture	32
Retour sur la 10 ^e journée d'ergothérapie de Garches	33
La fiche de lecture de l'UNAE	34
Nominations	35

Internationale :

L'ergothérapie au Canada.....	36
-------------------------------	----

DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL

Portrait de chercheur : Alice Pellichero	38
Science de l'occupation : de la théorie à la pratique - Approche centrée sur la personne, son environnement et ses occupations : l'utilisation de la MCRO pour donner la direction et le sens au projet de soins.....	40
Science de l'occupation : de la théorie à la pratique - Le concept d'équilibre du style de vie : application des connaissances en ergothérapie.....	44
La nécessité d'une écriture professionnelle	48

POINT JURIDIQUE

Loi Pacte : tour d'horizon des principales nouveautés.....	52
--	----

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,

L'été vient de se terminer et une nouvelle année « académique » débute avec le vote de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Cette loi prévoit notamment la mise en place de structures territoriales de soins primaires et de réseaux de santé pour coordonner les parcours de santé des patients et mieux structurer l'offre de soins sur les territoires. Les ergothérapeutes peuvent s'inscrire dans ces nouveaux collectifs de soins : CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé), PTA (Plateforme Territoriale d'Appui), ESP (Équipe de Soins Primaires), MSP (Maison de Santé Pluridisciplinaire),... Il est difficile de s'y retrouver dans tous ces nouveaux dispositifs, aussi, vous trouverez dans ce numéro 2 articles qui expliquent les missions de ces dispositifs et qui illustrent la façon dont les ergothérapeutes peuvent s'y inscrire.

Ces nouvelles formes d'exercice permettent le travail interprofessionnel, mais engendrent également parfois de la confusion dans l'esprit des décideurs, des prescripteurs et des usagers sur les rôles et spécificités de chaque professionnel de santé. Plus que jamais, il est important pour la profession d'explicitier ce que nous faisons, la plus-value de notre intervention et notre spécificité. Nous devons donc communiquer sur l'ergothérapie, sur notre démarche et nos outils. Pour cela, il est indispensable d'avoir des supports de communication professionnels avec un langage accessible. Tout cela ne peut avoir du sens que si nous basons notre pratique sur des éléments de preuves, avec une assise scientifique qui permet de prouver l'efficacité de nos interventions aux prescripteurs, décideurs et usagers. C'est en empruntant ce chemin que notre profession gagnera en maturité et pourra se développer. Les anglo-saxons, qui évoluent dans un système de politique de santé différent du nôtre, appliquent déjà cette stratégie depuis plusieurs années en réalisant des études de « rentabilité » de leurs actes (*cost-effectiveness*). Chacun d'entre nous doit s'engager dans une démarche d'écriture en gardant à l'esprit qu'il faut écrire ce que l'on fait et faire ce que l'on écrit.

L'ANFE contribue à la diffusion des savoirs et à la communication auprès du grand public, par la réalisation de dossiers thématiques tels que ceux réalisés par les bénévoles de l'association et publiés récemment : l'activité physique du quotidien, les soins palliatifs, l'intervention précoce. D'autres sont en cours d'écriture et devraient paraître très prochainement : comprendre l'ergothérapie en pédiatrie, l'oncologie, la santé communautaire. Par ailleurs, un groupe communication a vu le jour avant l'été pour développer de nouveaux outils de communication sur l'ergothérapie auprès du grand public et des décideurs.

L'année à venir s'annonce déjà riche en projets d'écriture et de communication. Continuons à mutualiser nos forces pour écrire sur nos pratiques !

Nicolas BIARD
Directeur technique à l'ANFE

Formation continue : découvrez les nouveautés du catalogue 2020

Chaque année le Service Formation Continue déploie une offre de formation attractive en relation avec l'actualité et les évolutions du secteur de la formation.

Pour l'année 2020, nous avons élaboré, avec nos formateurs, quatre nouvelles formations sur les thématiques suivantes :

Intervention précoce en ergothérapie pour les enfants avec Trouble du Neuro-Développement (réf. E31)

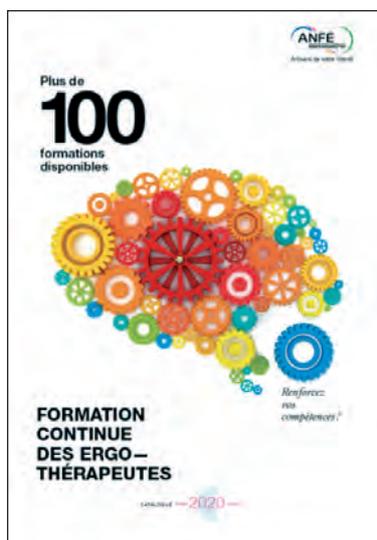
Cette formation s'inscrit dans le cadre de la stratégie pour l'autisme au sein des Troubles Neuro-Développementaux (TND) 2018-2022 et la mise en place des forfaits intervention précoce, notamment sur le secteur libéral proposant d'intervenir auprès des enfants présentant des différences de développement afin de limiter le sur-handicap. Cette formation vise à développer les pratiques d'intervention précoce auprès des jeunes enfants à risques, repérés avec des troubles du neurodéveloppement. Ce programme est proposé en deux jours puis un jour à 2-3 mois d'intervalle. Elle est animée par un groupe de formateurs intervenant auprès de ce public en institution ou en libéral.

Obésités : rééducation et réadaptation pour une reprise des activités (réf. PE13)

Cette formation a pour objectif d'élaborer un programme d'intervention personnalisé en ergothérapie auprès de personnes obèses et obèses morbides. Les formatrices ont choisi de l'animer selon la méthodologie d'apprentissage par problème qui se base sur la participation active des stagiaires dans une démarche d'expérimentation et de questionnement. Le programme, qui se déroule sur 3 jours, abordera cette problématique en prenant en compte son aspect multidimensionnel.

Préconiser les solutions informatiques pour les personnes déficientes visuelles (réf. IT24)

Ce programme se déroule en partenariat avec la fédération des aveugles de France. Il permettra de faire le lien entre la problématique visuelle et l'outil



informatique pour l'aide à la préconisation d'outil en lien avec le projet de la personne. La session aura lieu à la Fédération des Aveugles sur 4 jours ce qui permettra aux stagiaires de tester le matériel.

Compensation des déficiences du membre supérieur : de l'évaluation à l'attribution d'aides techniques (réf. IT23)

La fonction du membre supérieur est incontournable pour la réalisation des activités de la vie quotidienne de toute nature. Face à l'altération

de celui-ci, la perte d'autonomie peut être majeure. Ce nouveau programme de 2 jours a pour but de découvrir et d'expérimenter les dispositifs techniques de compensation disponibles en partant de l'évaluation de la problématique, à la préconisation en passant par l'accompagnement de la prescription pour compenser les problématiques de membre supérieur.

Autre nouveauté : le programme « *Formation à l'adaptation du cadre bâti pour améliorer ses connaissances en matière de handicap et de bâtiment* » évolue en **formation hybride** avec une partie en ligne, ouverte et à distance accessible pendant 8 semaines et une journée en présentiel (*plus d'informations dans l'article dédié dans ce numéro*). Les sessions de 2019 sont ouvertes.

Consultez le catalogue 2020 sur notre site internet :

<https://www.anfe.fr/les-formations>.

Inscrivez-vous dès maintenant en ligne en saisissant la référence de la formation qui vous intéresse :

<https://www.anfe.fr/s-inscrire>.

Pour toute question ou information complémentaire, contactez le Service Formation Continue au : 01 45 84 30 97.



Hélène CORLAY,
Chargée d'ingénierie de formation
sfc.ingenierie@anfe.fr

Nouveau format pour la formation à l'adaptation du cadre bâti

Ce stage, très apprécié depuis des années, est à présent proposé par l'ANFE sous un **nouveau format**, à savoir en **e-learning** et en **présentiel**.

Cette prestation de formation se fait en ligne (15 heures à minima) **et en présentiel** (1 jour), et reste dans le même esprit "pratico/pratique" que la formation qui était proposée uniquement en présentiel. Les formateurs restent les mêmes : Valérie Darde (*ergothérapeute*) et François Lucas (*artisan*), qui ont formé jusqu'à présent **800 stagiaires, dont 600 ergothérapeutes**.

Cette formation à distance, traite tous les sujets liés à l'adaptation du cadre bâti, pour l'usager lui-même et pour les aidants éventuels.

Les 90 vidéos construites et séquencées pour vous, seront visionnables à volonté, pendant 8 semaines. La journée en présentiel, quant à elle, a pour objectif de répondre à toutes questions permettant d'amé-

liorer les pratiques, tout en favorisant les échanges entre les participants, des cas concrets seront soumis aux stagiaires. Une journée qui s'annonce très riche. Pour les ergothérapeutes hors Europe et France métropolitaine, la journée en présentiel sera remplacée par des prestations à distance.

En 2019, deux sessions ont déjà débuté, d'autres sessions sont planifiées en 2020 et des sessions supplémentaires seront planifiées en cours d'année selon les besoins.

Consultez le programme détaillé de cette formation sur notre site internet : www.anfe.fr/s-inscrire en saisissant la référence ALO1.



François LUCAS
Formateur ANFE

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

Le Jour d'Après : recommandations pour une meilleure prise en charge de post-accident cardio-neurovasculaire

Le 19 juin, l'ANFE a participé à la présentation du groupe d'experts du projet "Le Jour d'Après", dédiée à la restitution de son **guide de recommandations pour une meilleure prise en charge de post-accident cardio-neurovasculaire**.

L'ANFE a été sollicitée sur ce groupe de travail, et la communauté médicale ainsi que des associations de patients ont souligné l'importance de l'implication des ergothérapeutes.

Ce guide aborde **14 recommandations** pour une meilleure prise en charge du post-accident cardio-neurovasculaire, **dont 6 où l'ergothérapeute est impliqué** :

N°1 ➔ Lancement d'une ligne d'appel pour une orientation optimale du patient auprès des professionnels (psychologue, médecin, nutritionniste, ergothérapeute, infirmier).

N°3 ➔ Généraliser avec des professionnels de santé des entretiens réguliers dédiés à l'adaptation du mode de vie du patient.

N°6 ➔ Élaborer un parcours de soins standardisé (prise en charge, prévention, réadaptation, retour au domicile).

N°9 ➔ Identifier toutes les ressources médicales et paramédicales en mesure d'accompagner durablement les patients.

N°13 ➔ Former les professionnels de santé aux enjeux de l'activité physique adaptée aux pathologies cardio-neurovasculaires.

N°14 ➔ Intégrer à la nomenclature des actes les interventions d'ergothérapie et de psychomotricité, en libéral ou à domicile, et permettre leur prise en charge financière.



Pour télécharger le livret des recommandations, rendez-vous sur le site :

<https://www.amgen.fr/-/media/amgen/full/www-amgen-com/www-amgen-fr/downloads/livret-de-recommandations->

Semaine Nationale de l'Ergothérapie

Du 18 au 24 novembre - « S'engager pour sa santé »

Cette année, la **Semaine Nationale de l'Ergothérapie** (SNE) revient pour sa **5^e édition**, autour de la thématique « **S'engager pour sa santé** ».

L'ANFE organise depuis **10 ans** les **Semaines Nationales de l'Ergothérapie** ; ainsi, tous les deux ans, de nombreux événements sont organisés dans toute la France afin de **rassembler les ergothérapeutes, le grand public, et les autres professionnels de santé autour d'un thème de santé publique**. Pour rappel, les éditions précédentes portaient sur les thématiques suivantes : « *Ne vous fiez pas aux apparences, la plupart des handicaps sont invisibles* » (2017), « *Rester mobile, rester actif, rester soi-même* » (2014), « *L'ergothérapie fait avancer l'accessibilité* » (2012), « *Bien vieillir, j'en fais mon projet, c'est le nôtre aussi!* » (2009).

La SNE a pour objectifs de :

- **Communiquer** auprès du grand public et des autres professionnels de santé autour d'une thématique de santé publique.
- **Sensibiliser** aux différentes approches en ergothérapie, en lien avec le thème défini.
- **Mobiliser** les acteurs de terrain autour de la création de temps forts susceptibles de **fédérer** et de contribuer à la constitution de réseaux de professionnels de santé.

Cette année la thématique « S'engager pour sa santé » est l'occasion de proposer des événements pour parler de la prévention, de la promotion de la santé et/ou de l'ergothérapie. Ces échanges pourront se faire à l'occasion d'**ateliers**, de **ciné-débats**, de **conférences**, d'**expositions**...

La prévention et la promotion de la santé sont des thématiques d'actualité. En effet, le premier axe de la stratégie nationale de santé 2018-2022 qui oriente la politique de santé en France est intitulé « *Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie* » insistant sur une volonté de promouvoir les comportements favorables à la santé.

Il est important que les ergothérapeutes investissent ce nouveau champ d'action via l'approche communautaire ou populationnelle. En effet, ce dernier fait déjà partie du référentiel de compétences

de l'ergothérapeute via la compétence 5 « *Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique* » (arrêté du 5 juillet 2010). Ce dernier précise que l'ergothérapeute est amené à « *Collaborer avec différents groupes sociaux à la promotion de la santé et du bien-être de leurs membres par le biais de leur engagement dans des activités significatives et significatives* ».

Notre rôle est alors de permettre à un groupe de personnes, une population, de se maintenir en santé via la participation à des occupations (de loisirs, de productivité, de soins personnels). Dans ce cadre de pratique, l'ergothérapeute pourra s'appuyer sur son raisonnement clinique via une analyse de la demande, des besoins et des ressources, la réalisation d'un diagnostic ergothérapeutique et la mise en œuvre d'un programme d'intervention en lien avec les habitudes de vie.

Pour organiser un événement lors de la SNE, nous vous invitons à consulter les modalités sur notre site internet (menu « *Événements - Semaine Nationale de l'Ergothérapie* » en bas de page), ou à vous rapprocher du délégué territorial ANFE de votre région (liste des délégués disponible sur le site, menu « *L'association - Nos comités - Comité territorial* »).

Pour plus d'informations, rendez-vous sur la page du site dédiée à la SNE, ou envoyez un mail à : evenement-sne@anfe.fr.

La SNE ce n'est que tous les deux ans, alors nous comptons sur votre participation pour contribuer à la promotion de l'ergothérapie !



« Cette année la thématique « S'engager pour sa santé » est l'occasion de proposer des événements pour parler de la prévention, de la promotion de la santé et/ou de l'ergothérapie. »



Nolwenn PROVOT
Déléguée ANFE Centre
et coordinatrice de la SNE 2019

Forfait intervention précoce : publication des tarifs et conditions proposés aux ergothérapeutes

L'arrêté relatif au contrat type pour les professionnels de santé dans le cadre du forfait intervention précoce TND est paru au Journal Officiel le 27 avril 2019.

Cet arrêté précise les **prestations visées par les professionnels, le cadre de l'intervention** et les **engagements de la plateforme et du professionnel libéral**. Ainsi, l'ergothérapeute s'engage notamment à : **respecter les recommandations de bonnes pratiques établies par la HAS, utiliser les outils recommandés par la HAS, accueillir l'enfant dans un délai de 2 mois, réaliser des comptes rendus d'évaluation et d'intervention** (tous les 3 mois) et **participer aux réunions d'équipes pluriprofessionnelles** organisées par la plateforme.

Le professionnel libéral est rémunéré « pour la séquence de prestations qu'il réalise par le versement par la plateforme d'un forfait versé par étapes : après réception du bilan ou de l'évaluation, et tous les trois mois après réception du compte rendu d'intervention du professionnel.

Ce forfait s'élève à :

- **140 €** pour une évaluation par un ergothérapeute des besoins de l'enfant dans la réalisation des activités de la vie quotidienne en lien avec son développement sensori-moteur, sensoriel et cognitif ;
- **1 500 €** pour une évaluation par un ergothérapeute et une séquence d'interventions précoces d'un ergothérapeute »

« Le forfait « bilan et interventions précoces », s'appliquant aux ergothérapeutes et psychomotriciens, comprend la partie bilan ou évaluation et un minimum de 35 séances d'interventions de 45 minutes chacune, à réaliser sur cette période de douze mois. Toutefois, le nombre, la durée et la fréquence des séances pourront varier pour s'adapter aux capacités de l'enfant et correspondre aux recommandations de bonnes pratiques. Dans ce cas, les comptes rendus spécifient à la plateforme la quotité de temps retenu et la fréquence des séances.

Ces forfaits s'entendent comme incluant la rédaction des comptes rendus de bilan et d'intervention et les temps de coordination avec la plateforme, ainsi que les coûts de déplacement quel que soit le lieu d'exercice.

Un complément pourra être versé, à titre dérogatoire et au prorata du nombre de prestations supplémentaires en cas de prolongation de la séquence d'interventions dans l'attente d'une décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, sans que cette prolongation ne puisse dépasser six mois ».

Le texte complet du contrat-type est disponible à l'adresse suivante :

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038423672&dateTexte&categorieLien=id&fbclid=IwAR3kpqebWf_QVikFV2dXj1tB6Hflsz-Q7nlxwpti8Ggz27L3px6x95gqW4

Pour rappel, mi-mars, l'ANFE avait exprimé son mécontentement quant aux conditions proposées et avait demandé au gouvernement de revoir les conditions de contractualisation avec les ergothérapeutes (voir le communiqué de presse dédié sur notre site : <https://www.anfe.fr/nos-communiqués-de-presse>). Depuis, le gouvernement a proposé le forfait détaillé précédemment.

Malgré l'avancée majeure de ce forfait intervention précoce pour limiter le reste à charge des familles, l'ANFE a rappelé au gouvernement que les conditions proposées aux ergothérapeutes libéraux risquent de limiter sa mise en application sur tous les territoires, et donc son effet. La principale réserve concerne la non prise en charge des frais de séances en dehors du cabinet.

Découvrez notre **dossier thématique** sur la **prise en charge précoce des troubles du neuro développement chez le jeune enfant (0-7 ans)**.

Ce document est construit comme un **argumentaire** afin de mettre en avant l'**importance du rôle de l'ergothérapeute** dans le cas de la détection et de la prise en charge précoce des troubles du neurodéveloppement chez l'enfant de 0 à 7 ans. Nous vous encourageons donc à le **diffuser aux autres professionnels de santé** (pédiatres, ...) afin qu'ils conseillent aux parents de leurs jeunes patients de consulter un ergothérapeute.

Ce dossier est disponible dans votre espace adhérent, menu "**Ressources documentaires - Les dossiers réalisés par l'ANFE**", ainsi que sur la partie publique du site (« Exercice professionnel - Recherche documentaire »).



Évolution du CSARR 2019

L'année 2019 a vu une nouvelle évolution du CSARR (Catalogue Spécifique des Actes de Rééducation et Réadaptation).

Les ergothérapeutes ont travaillé sur les actes « *Activité et participation* » et certains actes « *Appareillage* » (positionnement et conduite).

Appareillage

Niveau réflexif uniquement. **L'année 2020 devrait voir évoluer les actes en lien avec le positionnement et la conduite.** Si vous avez des manques, des doutes ou des souhaits de nouveau libellé, il est important de nous en faire part.

Activité et participation

Dissociation ABVQ, AIVQ et ASVQ

Selon les définitions internationales, par AVQ nous entendons la somme des Activités de base (ABVQ), des Activités instrumentales (AIVQ) et des Activités sociales (ASVQ).

Le CSARR 2019 permet de coder de façon dissociée les 3 évaluations ABVQ - AIVQ et ASVQ et les 3 séances qui correspondent. Ceci valorise vos interventions et multiplie les actes exploitables.

Suppression de l'acte ZGQ+217

La spécificité de l'ergothérapeute est d'**évaluer les écarts entre ce qu'une personne perçoit et ce qu'elle fait en situation.** Ceci permet une complémentarité entre la perception de la personne (ce qu'il pense qu'il peut faire), de sa famille, des auxiliaires de vie, des infirmiers, aide-soignants, etc. (ce que nous pensons qu'il peut faire). Nous avons pris l'option de ne pas développer un acte ne traitant que de l'évaluation par questionnaire puisqu'il met en avant la perception de la personne sans feedback associé.

Cet acte était en effet très codé mais par une multitude de professionnels. Il ne devenait plus un acte caractérisant une intervention ergothérapeutique. Cela ne veut pas dire qu'une évaluation par questionnaire n'est pas codable, mais plutôt que cette évaluation est incluse dans un acte plus général incluant une mise en situation.

Exemple : Si vous souhaitez coder la passation de la MIF.

La **MIF** comme le **BARTHEL** sont des évaluations de base de la vie quotidienne (ABVQ), ces deux évaluations seront codées en **ZGQ+137** (évaluation initiale des capacités du patient pour les activités de base de la vie quotidienne avec mise en situation). Cet acte comprend : **identification du besoin du patient**, de ses souhaits et prise de connaissance de la **perception** du patient de ses capacités, ... **observation** de sa participation, observation des compensations, **appréciation des écarts** entre la réalisation de l'activité, les déficiences et les exigences, etc.

La MIF répond parfaitement à **une étape** de ce code. **Intégration de l'acte ABVQ dans le CSARR 2019**

La dépendance (habillage, transfert, alimentation, continence, comportement, communication) est codée dans chaque établissement de santé. Elle a un impact direct sur la T2A.

Existe-t-il un lien entre le CSARR et la dépendance ? Oui, les actes **ZGQ+137, ZGQ+046 et ZGQ+279** (évaluation initiale, intermédiaire et finale des ABVQ) sont des actes évaluant les mêmes items. Ceci permet d'obtenir un écrit de plus appuyant la cotation dépendance.

Exemple : Si vous souhaitez valoriser votre codage dépendance en vous servant du codage CSARR : une personne lombalgique suivie par plusieurs professionnels peut avoir un codage dépendance continence pré supposé à 1 (indépendante puisqu'elle ne demande pas en chambre pour aller aux toilettes). En ergothérapie, il y a une mise en avant par la personne d'une problématique de fuite urinaire lorsqu'elle se retourne la nuit dans son lit qui est plus mou que celui de l'hôpital. Lors de la mise en situation dans un lit plus classique, sur le plateau ergothérapie, cette fuite est mise en évidence (plusieurs fois par semaine, c'est-à-dire dépendance à 3). L'information est notée dans la fiche de suivi dans la rubrique « *Évaluation intermédiaire des ABVQ* » code ZGQ+046. Imaginons que la personne augmente systématiquement les fuites lors d'activité au gymnase avec l'E-APA ou lors d'exercices physiques avec le masseur-kinésithérapeute. Trois situations incrémentant objectivement un codage dépendance. Puisqu'il est indiqué que nous devons inscrire la cotation dépendance la plus élevée en fonction de l'état de santé, nous obtenons une cotation dépendance à 4. Valorisation et réalisme.

Remarque : Si vous souhaitez inscrire la MCRO ou encore le DASH qui sont des échelles de qualité de vie, le ZFQ+112 le permet. Cet acte comprend : « *appréciation de la capacité d'auto-évaluation du ressenti du patient* ».

Les évolutions CSARR sont toujours contraignantes car elles demandent une adaptation. Ceci est cependant toujours fait en concertation avec l'ANFE, l'ATIH (organisme chargé de l'élaborer et de le faire évoluer) et avec des professionnels de terrain.

Tous ont le même objectif : garantir des changements valorisant nos interventions et suivant l'évolution de nos pratiques.

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

Bon codage !



Isabelle MARCHALOT
Représentante ANFE
au sein du groupe de travail ATIH

4^e rencontre du Réseau pour le Développement Durable en Ergothérapie (R2DE)

Samedi 25 mai 2019, 15 membres du Réseau pour le Développement Durable en Ergothérapie (R2DE) se sont réunis à Paris pour échanger sur les projets en cours :

- En réponse à un Appel à Manifestation d'Intérêt en lien avec le développement durable lancé par l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), des ergothérapeutes du R2DE, ont proposé le projet « **Ecotech** », **une plateforme d'économie circulaire des aides techniques**, qui a été sélectionné comme lauréat dans la catégorie « projet à expérimenter » (*voir article dédié à la page suivante*).
- Un groupe du R2DE a œuvré pour la **création d'une séquence pédagogique** (quizz, exposé avec diaporama, analyse de la durabilité d'actions...) afin de **sensibiliser les étudiants en ergothérapie aux problématiques environnementales**.
- Le R2DE porte un projet en partenariat professionnel (projet 3P) avec des étudiants de l'Institut de Formation en Ergothérapie de l'ADERE (Paris) visant à créer un **annuaire recensant les solutions d'économie circulaire des aides techniques sur l'Île-de-France**.
- Un groupe de travail a été créé au sein du réseau afin de concevoir puis diffuser une **plaquette de pratiques vertueuses à destination des professionnels de rééducation/réadaptation**.
- Le R2DE lance également des appels à participation pour former un **groupe de recherche pour identifier un calculateur carbone adapté aux besoins des ergothérapeutes**, ainsi qu'un groupe dédié à collecter des informations et/ou des témoignages liés **au recyclage des thermoformables**.



La seconde partie de la réunion a été dédiée à la présentation en visio-conférence de Philippe Perrin, éco-infirmier et fondateur de l'Institut de Formation en Santé Environnementale (IFSEN) sur le thème de la **santé environnementale**. Ce concept décrit comment l'environnement affecte notre santé, mais aussi

comment les soins impactent l'environnement. Actuellement, du fait des conséquences du système de santé sur l'environnement, « *nous nous soignons à court terme, mais nous nous rendons malade à long terme* ». Pour Philippe Perrin, il apparaît important de **travailler sur la prévention primaire** et de dépasser un modèle centré sur le curatif pour limiter l'impact environnemental des soins. Par ailleurs, **l'usage du terme « développement durable » a été discuté au profit de l'acception « développement de la durabilité »**. Selon Philippe Perrin, il semble nécessaire pour la population générale de s'inscrire dans une démarche de « **décroissance soutenable et acceptable** ».

En outre, plusieurs points de sensibilisation et de vigilance ont été communiqués pour réduire les quantités de déchets au travail, tels que :

- **Limiter l'usage des désinfectants** : leur usage massif impacte fortement la biodiversité. Il faut d'abord se questionner : si un patient est en bonne santé d'un point de vue microbiologique, pourquoi aurait-il besoin d'un usage plus important que le reste de la population au quotidien ? Il est important de se positionner sur un usage raisonné des solutions hydroalcooliques notamment car elles perméabilisent la peau et les systèmes respiratoires.
- **Veiller à l'usage des colles** : il faut faire attention à bien ventiler les lieux de travail et privilégier des produits moins émissifs.
- **Avoir un usage raisonné des médicaments** : en termes d'écobilan, l'industrie des médicaments consomme énormément d'énergie.
- **Porter attention à la dématérialisation** : il est urgent d'avoir une sobriété numérique ! L'émission d'un email, c'est du CO2 indirectement produit.

En conclusion de cette réunion, nous constatons que les sollicitations extérieures faisant appel au réseau, tout comme le nombre croissant d'ergothérapeutes s'impliquant dans le R2DE, témoignent d'un intérêt grandissant pour mener des démarches durables en lien avec des éléments concrets de nos pratiques. Ainsi, les acteurs se multiplient pour créer des projets à travers le R2DE, et il nous reste encore beaucoup d'idées à mettre en place !

Lucie PORTE
Ergothérapeute D.E.,
Membre du R2DE
r2de@anfe.fr



Plateforme ECO-TECH : lauréat de l'Appel à Manifestation d'Intérêt développement durable de l'AP-HP

L'Appel à Manifestation d'Intérêt (AMI) sur le développement durable proposé par l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) a primé, le vendredi 24 mai, 6 projets toutes spécialités confondues. La remise des prix a eu lieu au Ministère de la transition écologique et solidaire, en présence d'**Emmanuelle Wargon, Secrétaire d'État** auprès du Ministre de l'écologie et de **Martin Hirsch, Directeur général de l'AP-HP**.



L'AP-HP est le premier employeur en Ile-de-France, mais aussi un grand consommateur d'énergie (1,2% de la consommation du Grand Paris), d'eau (4 millions de m³ par an), de déchets (37.000 tonnes par an dont 16% de déchets infectieux) et de bouteilles plastiques (15 millions par an). À travers cet AMI, lancé en novembre 2018, l'AP-HP souhaitait **identifier et promouvoir des innovations pouvant accélérer la transition écologique dans le domaine de la santé durable**.

Parmi les 301 candidatures, 72 dossiers étaient portés par des agents de l'AP-HP et 229 concernaient des contributions externes (associations, start-up, professionnels de santé, etc.). Tous les projets soumis devaient proposer des solutions **"pour l'hôpital ou adaptables à l'hôpital"**, en précisant les modalités de mise en œuvre au sein de l'AP-HP, dans le but de créer une **dynamique de développement durable** dans le domaine de la santé.



Le projet **"Plateforme ECO-TECH"** a été lauréat dans la catégorie **"Projet à expérimenter"** parmi les trois catégories proposées. Porté

par Sandra Vaz (ergothérapeute à l'hôpital Broca), l'équipe dédiée à la conduite du projet est composée de Marietta Kersalé (ergothérapeute à l'hôpital Bicêtre), Sarah Thiébaud (ergothérapeute formatrice à l'IFE d'ADERE) et Yannick Ung (ergothérapeute PhD et chercheur en réadaptation). Ce projet est soutenu par le **Réseau pour le Développement Durable en Ergothérapie (R2DE)**, groupe d'intérêt de l'ANFE.



"La plateforme ECO-TECH vise à fournir une meilleure accessibilité des aides techniques dans les hôpitaux."

La plateforme ECO-TECH (ECONomie circulaire des aides TECHniques) vise à fournir une meilleure accessibilité des aides techniques dans les hôpitaux en créant une **plateforme de prêt et d'essai à destination des patients de l'AP-HP pour les professionnels de la rééducation et de la réadaptation**. Ces aides techniques proviendront de dons par un appel au grand public et elles seront mises à disposition des patients **gratuitement** (le prêt étant contractualisé).

Cette plateforme sera à la fois un lieu où seront reconditionnées, entreposées et mises à disposition des aides techniques, et un réseau interprofessionnel permettant le partage d'informations relatives à ces aides techniques. L'essai, supervisé par un ergothérapeute et/ou un kinésithérapeute, permettra de garantir une **réponse adéquate**

de l'aide technique au(x) besoin(s) du patient dans la logique d'une **consommation responsable**. Le prêt, dont la durée et les conditions seront contractualisées, permettra un **accès plus simple et plus rapide aux aides techniques**, en particulier pour les personnes ayant de faibles ressources. Le bénéfice sera ainsi triple : **social, économique et environnemental**.

L'AP-HP s'engage à remettre à l'équipe projet lauréate jusqu'à 30 000 euros pour soutenir la mise en

œuvre de la plateforme. La prochaine étape du projet consiste à **expérimenter ce dispositif à l'hôpital gériatrique Broca**, dans le but de le dupliquer au sein des autres hôpitaux de l'AP-HP.

Nous nous réjouissons d'avoir pu représenter le R2DE et les ergothérapeutes au Ministère de la transition écologique et solidaire, et espérons que ce dispositif pourra être étendu à d'autres secteurs de la santé !



Sandra VAZ
Ergothérapeute D.E.
Membre du R2DE
r2de@anfe.fr



Marietta KERSALE
Ergothérapeute D.E.,
Membre du R2DE
r2de@anfe.fr

Annuaire des libéraux : une nouvelle formule, plus rapide pour vous, plus ergonomique pour le public

L'annuaire des libéraux est particulièrement visité, aussi nous avons souhaité améliorer ses fonctionnalités pour répondre à la fois à vos attentes et aux besoins du public.

Ainsi désormais, **les adhérents ayant une activité libérale**, qu'elle soit partielle ou unique, **saisissent eux-mêmes toutes leurs coordonnées professionnelles et sélectionnent dans des menus déroulant ce qui correspond à leur pratique** (*rendez-vous dans votre espace adhérent, menu "Mes informations annuaire"*).

En cours d'année, si une de ces données vient à changer, il suffit de se rendre dans son espace adhérent pour faire la modification. **Vous n'avez donc plus de mail à nous adresser pour figurer dans l'annuaire ou faire un changement d'adresse.**

En revanche, si vous voulez être supprimé de l'annuaire, vous devez nous en faire la demande en écrivant à accueil@anfe.fr.

Coté public, il bénéficie dorénavant d'une recherche par nom, département, public et mots-clés, ce qui facilite la lecture des résultats et ainsi la prise de contact avec l'ergothérapeute.

ESP, CPTS, PTA : quelle coordination des professionnels de soins primaires en ambulatoire à l'échelle des territoires

La loi du 26 janvier 2016 dite loi de modernisation de la santé a permis l'exercice coordonné en ambulatoire en lui donnant trois outils majeurs de la coordination des acteurs de santé : il s'agit de la création des **Équipes de Soins Primaires (ESP)** ainsi que les **Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)**. Ces deux entités ont été complétées par un dispositif de **Plateformes Territoriales d'Appui (PTA)**, à l'initiative des Agences Régionales de Santé (ARS). Des précisions sur ces modalités d'exercice ont été apportées par l'instruction n°DGOS/R5/2016/2092 du 2 décembre 2016.

La combinaison de ces mesures pose un cadre pour une réelle évolution des pratiques professionnelles sur les territoires, au service du développement de la prise en charge ambulatoire et de l'amélioration du parcours coordonné du patient. Elles sont également susceptibles de réduire les hospitalisations évitables ou les prises en charge en urgence. L'instruction vise à décrire les modalités de création des ESP et des CPTS, ainsi que le rôle des ARS dans le soutien et l'émergence de ces projets.

Si ces dispositifs de coordination existent depuis 2016, elles ne sont pas encore déployées sur l'ensemble des territoires. **Dans la présentation de la stratégie « Ma Santé 2022 », le gouvernement souhaite développer davantage ce mode d'exercice.** Le manque de compréhension des professionnels de ces nouveaux dispositifs concourt certainement aux difficultés de mises en œuvre. Nous allons donc présenter les finalités et organisation de chacun de ces dispositifs.

L'Équipe de Soins Primaire : à l'échelle de la patientèle

Les ESP correspondent à un **mode d'organisation coordonné conçu par des professionnels de santé de 1^{er} et 2nd recours de ville**, dont au moins un médecin généraliste et un professionnel paramédical, regroupé ou non sur un même site, **dans le but de se réunir autour d'un projet de santé commun.** Leur projet s'organise autour de leur patientèle et peut couvrir des thématiques variées, choisies par ses membres. Il peut notamment s'agir de la prise en

charge de personnes vulnérables (précaires, personnes handicapées ou atteintes de maladies chroniques) ou encore de soins palliatifs à domicile. L'équipe doit ainsi contribuer à structurer le parcours de santé des patients et organiser la continuité des réponses. Ce projet doit être transmis à l'Agence Régionale de Santé (ARS) en vue d'une contractualisation. Le territoire couvert par le projet de l'ESP correspond à celui de sa patientèle. Aucun statut juridique particulier n'est prévu concernant les ESP. Elles peuvent prendre la forme de structures d'exercice coordonné (maisons de santé pluri-professionnelles ou centres de santé) ou encore d'autres formes de coopération plus légères.

La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé : à l'échelle de la population

Les CPTS émanent des initiatives des acteurs de santé et en particulier des professionnels de santé de ville. Elles s'inscrivent dans une approche de responsabilité populationnelle, ainsi le projet ne vise pas seulement à améliorer la réponse à la patientèle de chaque acteur, mais aussi à organiser la réponse à un besoin en santé sur un territoire. C'est ce qui les distingue fondamentalement des ESP. Elle est organisée à l'échelle du territoire (30 000 à 50 000 personnes). Environ 200 sont en fonctionnement ou en projet. Également créée à l'initiative des acteurs de santé, elle est composée de professionnels de santé regroupés sous la forme d'une ou de plusieurs ESP, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours et d'acteurs médico-sociaux et sociaux. **La loi de modernisation de notre système de santé précise que les regroupements de professionnels répondant à la définition des pôles de santé, deviennent automatiquement, sauf opposition de leur part, des CPTS.**

La CPTS doit elle aussi élaborer un projet de santé afin d'organiser la réponse aux besoins de santé identifiés pour le territoire. L'objectif est notamment de concourir à la structuration des parcours de santé et à la réalisation des objectifs du **Projet Régional de Santé (PRS)**. Le projet de santé doit être transmis à l'ARS en vue d'une contractualisation. À défaut

d'initiative des professionnels, l'ARS peut prendre, en concertation avec les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) et les représentants d'autres formes d'associations, les initiatives nécessaires à la constitution de CPTS.

Le Plan d'accès territorial aux soins, lancé par le gouvernement en octobre 2017 et qui se déploie actuellement en région, présente les CPTS comme un **outil phare afin d'apporter des réponses adaptées et dédiées aux besoins en soins de chaque territoire.**

La Plateforme Territoriale d'Appui : pour les parcours complexes

Une PTA s'organise à l'échelle du département pour un bassin de population d'environ 500 000 personnes. Elle n'a vocation à intervenir que pour l'appui à la coordination des patients en situations complexes. Il devrait y en avoir une à deux par département en moyenne.

Les PTA viennent en appui aux professionnels de santé, notamment libéraux, lorsqu'ils ont des difficultés à prendre en charge des patients présentant plusieurs pathologies, parfois associées à des problèmes sociaux, psychosociaux ou économiques. Ces PTA s'appuient sur les initiatives des professionnels de santé de ville, les ESP et les CPTS lorsque de telles initiatives existent déjà, les dispositifs étant complémentaires. Qu'elles portent ou pas la PTA, les ESP et CPTS peuvent bénéficier des services offerts par les PTA : notamment pour les missions d'information et d'orientation ainsi que celles concernant l'appui à l'organisation des parcours.

La PTA répond à trois types de missions :

- L'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leurs territoires pour répondre aux besoins des patients avec toute la réactivité requise. La plateforme peut par exemple identifier une aide à domicile, orienter vers une place en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EPHAD)...
- L'appui à l'organisation des parcours complexes dont l'organisation des admissions en établissement et des sorties. En cela, la plateforme apporte une aide pour coordonner les interventions des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux autour du patient.
- Le soutien aux pratiques et aux initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordina-

tion. Dans ce domaine, la plateforme appuie de manière opérationnelle et logistique les projets des professionnels.

Le déclenchement des services de la plateforme est activé par le médecin traitant ou par un autre professionnel en lien avec lui.

Aujourd'hui, une cinquantaine de PTA sont en fonctionnement. Certaines sont issues de l'expérimentation Territoires de Soins Numériques (TSN), d'autres d'anciens réseaux de santé ou encore des Coordinations Territoriales d'Appui (CTA) mises en place dans le cadre de l'expérimentation Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) après un élargissement de leur champ d'actions initialement limité aux personnes âgées.

La mise à disposition des fonctions d'appui et la création de PTA relèvent de la compétence des ARS. Cependant, il est précisé dans les textes qu'elles doivent en priorité tenir compte des initiatives des professionnels de santé. À défaut, les ARS pourront prendre en main la création des PTA.

En conclusion, les ESP et les CPTS présentent l'avantage de pouvoir être créés sur la base du volontariat par les professionnels eux-mêmes et d'être assez libres dans leur mise en œuvre puisque la forme juridique notamment, est variable. De plus, ces dispositifs bénéficient, une fois leur création actée, de l'appui des ARS notamment sur le plan financier. **Les ergothérapeutes peuvent donc s'inscrire dans ces dispositifs et même en être à l'initiative.** Pour plus d'informations, n'hésitez pas à contacter votre ARS.

Sources :

<https://www.ars.sante.fr/lorganisation-des-parcours-de-soins-de-sante-de-vie-0>

https://www.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/2016-01-11_lexique_VF_0.pdf

<https://solidarites-sante.gouv.fr/>

<http://www.jurisante.fr>

<http://www.paps.sante.fr>

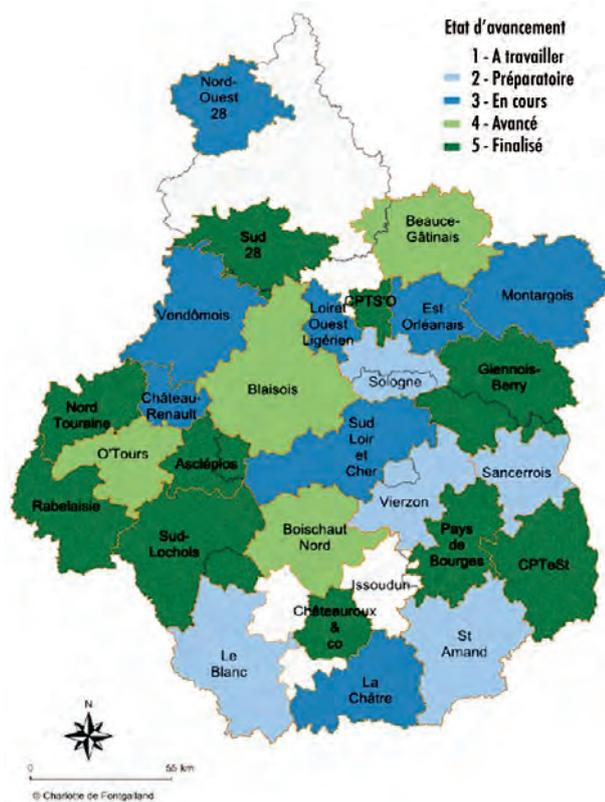


Nicolas BIARD
Directeur technique à l'ANFE
directeur.technique@anfe.fr

Les CPTS dans la région Centre et l'exemple de la CPTS'Orléanaise

Il y a 10 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) dans la région Centre – Val-de-Loire.

La fédération des URPS (Unions Régionales des Professionnels de Santé) médecins libéraux a aidé à cette création notamment en finançant les postes de coordinatrice dans un premier temps.



Carte des CPTS dans la région Centre en janvier 2019

Les CPTS visent à améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé libéraux, à faciliter la coordination des soins ambulatoires et à favoriser ainsi l'attractivité des territoires. Le but étant de travailler ensemble pour des domaines d'actions ou de prévention, et de mutualiser des formations communes interdisciplinaires.

“La CPTS'Orléanaise comprend 16 communes sur les 22 de l'agglomération orléanaise et plus de 1 500 professionnels inscrits.”

La CPTS'Orléanaise comprend 16 communes sur les 22 de l'agglomération orléanaise et plus de 1 500 professionnels inscrits.

C'est une association loi 1901, pour y adhérer, il faut :

- Être professionnel de santé libéral défini par le code de santé publique
- Pratiquer sur la zone définie
- Adhérer à la charte (adhésion gratuite)
- Participer à au moins un groupe de travail

Les axes stratégiques du projet de la CPTS'Orléanaise

Améliorer l'accès et la coordination des soins

Dans un contexte de désertification médicale et paramédicale, **un des enjeux majeurs de la CPTS est de réunir l'ensemble des professionnels de santé du territoire** et de leur permettre d'échanger sur leurs difficultés et besoins, ainsi que sur la mise en place de nouvelles pratiques professionnelles afin d'améliorer l'accès aux soins pour toute la population sur l'ensemble du territoire.

Quatre actions ont été ciblées par les professionnels de santé de la CPTS'Orléanaise :

1. Améliorer la continuité de soins (soins non-programmés)
2. Développer la coordination par la communication pluri professionnelle
3. Améliorer les relations ville-hôpital
4. Se former ensemble

Améliorer la structuration des parcours de santé

Par le terme “parcours”, on entend la prise en charge globale et continue des usagers du système de santé dans une logique du bon soin, par les bons professionnels et au bon moment. Cela nécessite une coordination des soins, mais également des interventions impliquant d'autres acteurs de la santé (secteurs médico-social et social, collectivités, associations d'usagers, etc.). Dans la logique de parcours, sont ainsi inclus des soins coordonnés au plus près du patient, de la prévention et de l'accompagnement.

Cinq actions prioritaires ont été fixées pour cet axe :

1. Tabagisme
2. Maladies respiratoires
3. Obésité
4. Lombalgies
5. Troubles de l'apprentissage

Ses liens avec le Projet Régional de Santé

La CPTS'Orléanaise s'articule autour des orientations stratégiques du PRS suivantes :

- Développer l'accès à la santé et au juste soin de qualité
- Repenser les pratiques et les organisations autour de l'utilisateur

Exemples d'actions réalisées avec le groupe de travail « Sevrage tabagique » dont l'objectif est de réduire les risques liés au travail :

- Une formation par un tabacologue a été proposée à tous les professionnels de la métropole d'Orléans, pour que tout le monde ai les mêmes bases de travail. 40 professionnels de santé (libéraux ou non), en ont bénéficié.
- Constitution d'une fiche de synthèse sur le sevrage tabagique à destination de tous les professionnels de santé.
- Il y a eu 2 journées de sensibilisation lors du « Mois sans tabac » : le travail pluridisciplinaire associant des professionnels de santé très variés a permis la mise en place de stands, 241 personnes ont été accueillies.

Dans le cadre du groupe de travail sur les troubles des apprentissages, les orthophonistes ont présenté leurs évaluations en mai 2019. En septembre 2019, ce seront les ergothérapeutes et les psychomotriciens qui présenteront les leurs conjointement. Ces éclairages sont précieux pour permettre aux réseaux de professionnels d'avoir les mêmes connaissances afin d'améliorer la continuité des soins.

La CPTS'Orléanaise se veut dynamique et est un véritable moyen pour les professionnels de se rencontrer, de croiser leur pratiques. Les groupes de travail permettent à chacun d'être acteur dans cette

communauté. Il est sûr que ce travail aura des bénéfices importants pour le parcours de santé de chacun. Plus le réseau de professionnels se connaît et connaît le réseau existant d'établissements sanitaires et médico-sociaux, moins le parcours de santé des personnes sera complexe. Le réseau ville-hôpital sera également plus facile à organiser avec des communautés de libéraux.

Ce sont des communautés dans lesquelles les ergothérapeutes peuvent faire connaître leurs domaines de compétences et se créer un réseau de connaissances professionnelles riche.

Bibliographie :

<https://www.cpts-centrevalde Loire.fr/sites/default/files/media/image/2019-02/map-v3.PNG>

<https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/les-communautés-professionnelles-territoriales-de-santé-cpts>

https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/system/files/2019-02/Carre_CPTS_janvier2019.pdf

https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/system/files/2019-01/BSP_Tabac_CVL_Janvier2019.pdf



Céline MIODINI

Déléguée territoriale ANFE Centre
centre@anfe.fr

Assemblée Générale annuelle

L'Assemblée Générale annuelle se tiendra le **samedi 23 novembre** prochain, à **Paris**. Le lieu vous sera indiqué ultérieurement.

Chaque année vous êtes un peu plus nombreux à être adhérent et nous vous en remercions. **Nous souhaitons donc vous faciliter l'accès à votre premier droit en tant que membre, c'est-à-dire voter à l'Assemblée Générale.** Pour cela, nous mettons en place cette année le **vote électronique**.

En quoi ça consiste ?

Vous pourrez voter de n'importe où, au moyen de votre smartphone, de votre tablette ou de votre ordinateur, du moment qu'il est connecté à internet.

Vous recevrez un mail sur l'adresse que vous nous avez donnée lors de votre adhésion, dans lequel nous vous inviterons à voter dans un espace sécurisé et sur une période donnée.

Le dépouillement se fera lors de l'Assemblée Générale, en quelques minutes.

Soucieux de respecter vos données personnelles, l'anonymat du vote ainsi que la garantie de la fiabilité des résultats ; nous avons fait le choix d'une solution technologique qui sépare la phase d'authentification (réalisée chez un huissier de justice) de celle du vote. Pour vous ce sera transparent.

D'ici le vote, nous vous reparlerons régulièrement de cette nouvelle modalité afin qu'elle vous soit bien familière. Nous vous espérons très nombreux à y participer.



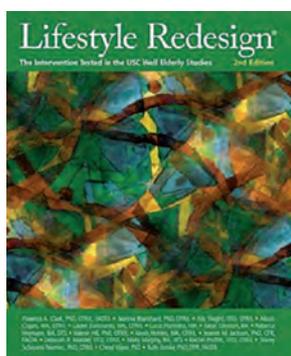
Catherine LAKS
Directrice de l'ANFE
directeur@anfe.fr

Le programme de prévention en ergothérapie du Lifestyle Redesign® pour les personnes vieillissantes peut-il être adapté à la pratique en France ?

Une étude de transférabilité réalisée conjointement par ReSanté-Vous, l'IFE de Bordeaux et l'ANFE.

Qu'est-ce que le Lifestyle Redesign® ?

Dans les années 90 à Los Angeles (USA), lors de la création du programme doctoral en science de l'occupation, Florence Clark et son équipe ont développé un programme de prévention en ergothérapie pour les personnes vieillissantes.



Ce programme, fondé sur les liens entre l'activité et la santé, était destiné à aider les personnes âgées à se maintenir le plus longtemps possible en bonne santé grâce à un réajustement de leur style de vie.

Une première série d'études a cherché à mieux connaître les problèmes occupationnels rencontrés par les personnes confrontées au vieillissement. D'une part, « *les stratégies utilisées par les personnes vieillissantes pour rester engagées dans des occupations significatives tout en s'adaptant au défi du vieillissement avec une incapacité* » (Clark et al., 2016, p. 298) et d'autre part, « *les domaines dans lesquels les répondants avaient l'impression d'être le plus mis au défi, ainsi que toutes les solutions correspondantes qu'ils avaient trouvées pour répondre à leurs problèmes.* » (Clark et al., 2016, p. 299).

Ces connaissances ont permis d'élaborer le programme du Lifestyle Redesign® dont le manuel a été réédité en 2015 (Clark et al., 2015).

Le programme vise à lutter contre la fatalité des problèmes de santé et d'isolement liés au vieillissement

en apportant une aide aux personnes vulnérables ou fragiles pour qu'elles puissent réfléchir à leurs occupations, repérer les activités favorables pour leur santé, mettre en pratique des changements et développer leur autonomie.

Il s'étend sur six à neuf mois, au rythme d'une rencontre hebdomadaire en groupe et d'une séance individuelle par mois. L'objectif du programme est de mettre en place des changements durables dans les schémas d'activités, ce qui est rendu possible par le nombre de rencontres, les expérimentations et les mises en situation collectives mais aussi individuelles dans le contexte de vie.

Lors des rencontres en groupe, l'ergothérapeute cible, selon les besoins du groupe, un des 12 thèmes du manuel, relatifs aux occupations quotidiennes comme : l'impact des activités de vie quotidienne sur la santé, la mobilité, la gestion du stress et de l'inflammation, les repas et la nutrition, la sécurité au domicile et dans la ville, les relations sociales.... Pour chaque thème, les connaissances apportées par l'ergothérapeute, avec l'appui éventuel de spécialistes, permettent de susciter des discussions et un partage d'expériences. Les activités sont réalisées à plusieurs et une réflexion personnelle permet d'envisager des changements dans les occupations quotidiennes. Chaque mois, l'ergothérapeute orga-

nise une sortie avec les participants pour expérimenter diverses activités en relation avec les thèmes abordés.

Parallèlement et dès les premières séances, chaque participant est invité à élaborer

ses propres objectifs pour améliorer sa santé, comme marcher autour de chez soi, s'intégrer dans un club, reprendre une activité cuisine...

Une première étude d'envergure a montré les effets positifs du programme auprès de 361 personnes

“Le programme vise à lutter contre la fatalité des problèmes de santé et d'isolement liés au vieillissement.”

de plus de 60 ans vivant de façon indépendante dans deux résidences publiques à Los Angeles (Clark et al., 1997) ainsi que son efficacité financière concernant les coûts médicaux des personnes concernées (Hay et al., 2002).

Une deuxième série d'études a élargi le dispositif à différents contextes communautaires de Los Angeles et intégré l'étude du fonctionnement cognitif des personnes. Cette étude randomisée auprès de 460 personnes entre 60 et 95 ans a montré des résultats significatifs concernant les douleurs physiques, la vitalité, le fonctionnement social, la santé mentale, le fonctionnement cognitif et la satisfaction de vie. Les résultats positifs perdurent dans le temps. L'efficacité financière du programme a été prouvée dans ce contexte (Clark et al., 2011).

Est-il possible de transférer ce programme en France?

Un programme d'intervention élaboré aux États-Unis n'est pas forcément applicable en l'état dans un autre pays et une autre culture, il est donc nécessaire d'en étudier la transférabilité.

Le réseau européen ENOTHE (European Network of Occupational Therapy in Higher Education) avait déjà engagé ce type de démarche au début des années 2000 et mis en évidence l'importance d'étudier localement les besoins des personnes âgées (ENOTHE, 2008).

Le contexte français qui a longtemps favorisé une perspective très médicale de la santé n'était alors guère prêt à s'intéresser à ce programme de prévention primaire proposé par des ergothérapeutes. Mais aujourd'hui, l'évolution démographique et le coût colossal des dépenses de santé obligent les décideurs à réorienter les politiques de santé. Ainsi, la Stratégie Nationale de santé 2018-2022, comme le rapport Libault (concertation autonomie Grand Âge 2019) met en avant la promotion de la santé et la prévention, et souligne l'importance de favoriser des comportements favorables à la santé.

Cette nouvelle orientation des politiques au niveau national incite les décideurs à s'intéresser à des démarches de prévention telles que le Lifestyle Redesign®. Plusieurs expérimentations ont déjà émergé comme le programme PAERPA (Personne Âgée En Risque de Perte d'Autonomie) dans quelques régions françaises. Toutefois, la perspective originale des ergothérapeutes dans sa complexité n'est pas toujours bien comprise. Faire connaître et reconnaître le Lifestyle Redesign® qui

s'appuie totalement sur la science de l'occupation semble indispensable et pertinent aujourd'hui.

Il s'agit alors d'étudier d'une part, l'adéquation et l'ajustement du contenu du programme aux besoins locaux des personnes âgées en France, et d'autre part, l'insertion la plus pertinente possible dans le parcours de santé des personnes vieillissantes afin de trouver les financements adéquats. Un soutien des décideurs publics est incontournable.

L'étude engagée à Bordeaux

L'IFE du CHU de Bordeaux est financé par la région Nouvelle-Aquitaine. La région cherche à promouvoir des actions novatrices en santé et a été intéressée par le programme du Lifestyle Redesign® il y a deux ans. Elle a alors lancé début 2018 un appel à projet pour l'expérimentation de programmes innovants en santé.

Une réponse a été élaborée par la structure ReSanté-Vous, l'IFE de Bordeaux et l'ANFE, proposant une étude de transférabilité du Lifestyle Redesign® menée conjointement par les trois partenaires. Resanté-Vous, pilote du projet, représenté par Fanny Soum-Pouyalet (chargée de recherche et d'innovation et ergothérapeute), coordonne sa mise en œuvre ainsi que la réalisation des focus groupes auprès des ergothérapeutes autour de la prévention primaire en gérontologie. Ces derniers sont complétés par la réalisation de 27 entretiens semi-directifs sur le bien vieillir et ses dimensions culturelles auprès de Néo-Aquitains de plus de 60 ans. Les étudiants de l'IFE de Bordeaux en assurent la réalisation. **L'ANFE, représentée par Nicolas Biard (directeur technique) et Marie-Chantal Morel-Bracq (membre du comité scientifique), apporte le soutien scientifique et assume la coordination nationale et internationale du projet.** Un comité de pilotage associant à ces parties prenantes Guy Le Charpentier (directeur de Resanté-vous) et Virginie Bonnici (coordinatrice pédagogique de l'IFE de Bordeaux), garantit la bonne réalisation du projet. Le projet a reçu un financement pour une étude des besoins occupationnels des personnes âgées de la région de Bordeaux en 2018-2019.

L'analyse de cette première phase fait ressortir des spécificités propres à notre culture qui devront être intégrées dans un programme inspiré du Lifestyle Redesign® dont l'expérimentation devrait se dérouler pendant l'année universitaire 2019-2020.

Le financement d'un projet d'expérimentation du programme sur neuf maisons de quartier à Bordeaux et un site en Charente vient d'être validé pour l'année à venir 2019-2020 par la Conférence

des Financeurs. Également à Lille, Amélie Saragoni a obtenu un financement d'un an pour mettre en place ce programme de prévention inspiré du Lifestyle Redesign.

Bibliographie :

- Clark, F, Azen, S P, Zemke, R, Jackson, J, Carlson, M et al. (1997). Occupational therapy for independent living older adults: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 278(16), 1321-1326. doi:10.1001/jama.1997.03550160041036
- Clark F., Jackson J., Carlson M., Chou C.-P., Cherry B., Jordan-Marsh M., Knight B., Mandel D., Blanchard J., Granger D., Wilcox R., Ying Lai M., White B., Hay J., Lam C., Marterella A., Azen S. (2011) Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people : results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial, *Journal of Epidemiol Community Health*. Doi :10.1136/jech.2009.099754
- Clark, F., Jackson, J., Pyatak, E. (2016). Le développement d'un programme de recherche intégré en science de l'occupation : Les études des Well Elderly Studies et de prévention des escarres de l'université de Californie du Sud (USC), in Pierce D. (trad. M. C. Morel-Bracq, coord.) *La Science de l'occupation pour l'ergothérapie*. Louvain-la -Neuve : De Boeck-ANFE, p. 291-308.
- ENOTHE (2008) *Developing a health promoting occupational therapy program for community living older people: Experiences from a European project group*. Amsterdam: Enothe.



Marie-Chantal MOREL-BRACQ
Directeur des soins honoraire,
Membre du Comité Scientifique
de l'ANFE



Fanny SOUM-POUYALET
Docteur en anthropologie,
Ergothérapeute à ReSanté-Vous



Guy LE CHARPENTIER
Directeur ReSanté-Vous

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

Dossier soins palliatifs



Après les dossiers sur la promotion de l'activité physique et l'ergothérapie, **l'ANFE a réalisé un dossier complet sur la thématique des soins palliatifs**, comprenant 3 documents :

- [Recommandations professionnelles](#)
- [Fiche de poste](#)
- [Prise de position](#)

L'objectif de ces documents est de **proposer des recommandations professionnelles de l'ANFE sur l'ergothérapie en soins palliatifs**, ainsi que de **décrire l'intervention de l'ergothérapeute** (fiche de poste), afin d'améliorer les pratiques et de définir des politiques pertinentes.

Ces documents sont en ligne dans votre espace adhérent,
menu "Ressources documentaires - Les dossiers réalisés par l'ANFE",
puis dans la partie des [dossiers thématiques](#).

Les documents "**Fiche de poste**" et "**Prise de position**" sont également en ligne sur la partie publique du site (Exercice professionnel - Recherche documentaire) ; en revanche, les **recommandations professionnelles** sont **exclusivement dédiées aux adhérents**.

Sessions en ergothérapie du CIPEG

Les 3 & 4 avril derniers a eu lieu le Congrès Interdisciplinaire des Professionnels En Gériatrie (CIPEG) au Corum de Montpellier. À cette occasion, **3 sessions sur l'ergothérapie ont été organisées par l'ANFE**, ainsi que par l'Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie (AFEG).



La première session de la matinée avait comme thématique **l'équilibre occupationnel et la prévention**. Elle a commencé par une définition de l'équilibre occupationnel de la part de M.C. Morel-Bracq (*ergothérapeute, Directrice des soins honoraires et ancienne Directrice de l'IFE de Bordeaux*). Ensuite, I. Marchalot (*cadre de santé et coordinatrice du service ergothérapie à l'institut de MPR de Hérouville Saint Clair*) a parlé de l'équilibre occupationnel de la personne âgée, en lien avec les compétences de l'ergothérapeute. M.C. Morel-Bracq a continué en présentant le *Lifestyle Redesign* (*voir article à ce sujet pages 16 à 18*), toujours en lien avec l'équilibre occupationnel, qui est une intervention en ergothérapie, créée en Californie, et qui a pour but de déve-

lopper un mode de vie sain et signifiant auprès des personnes âgées. La session s'est terminée avec F. Soum-Pouyalet (*ergothérapeute à ReSanté-Vous à Bordeaux*) qui nous a présenté l'expérimentation du *Lifestyle Redesign*, à travers le programme « Vieillir comme du bon vin ».

La deuxième session de la matinée traitait de **différents accompagnements proposés en ergothérapie** pour les personnes âgées. La première intervention, réalisée par N. Miglianico (*ergothérapeute à la FIDEV, Lyon 9^e*) traitait de la prise en charge des troubles auditifs, de la collaboration, ainsi que des dispositifs techniques de compensations qu'il était possible de mettre en place. Ensuite, A. Saragoni (*ergothérapeute au GHICL à Lille*) a présenté un programme d'éducation thérapeutique du patient chuteur à domicile. Pour finir, E. Bosshardt (*ergothérapeute en HDJ gériatrique au CHU de Grenoble*) nous a présenté « Accompagner en interdisciplinarité », qui est un programme de mise en place d'ateliers d'aide aux aidants accompagnant une personne ayant des troubles cognitifs.

Ces deux sessions ont été modérées par N. Biard (*ergothérapeute, Directeur technique ANFE*) et A. Bourcet (*ergothérapeute, Délégué territorial ANFE Languedoc-Roussillon*).

La troisième session, celle de l'après-midi, était consacrée aux **approches innovantes dans la maladie de Parkinson**. Elle a débuté par une présentation de C. Vigouroux (*ergothérapeute au SSR La Cadène à Toulouse*) concernant la traduction d'un guide de recommandations de bonne pratique en ergothérapie auprès de personnes atteintes de la maladie de Parkinson. S'en est suivi une présentation du Docteur R. Parry (*ergothéra-*



peute, Docteur en sciences cognitives Université Paris Nanterre / institut des systèmes intelligents et de robotique Jussieu) traitant de l'interaction individu/environnement dans l'émergence des troubles de la marche. Ensuite, L. Panloup (ergothérapeute au CH Mauriac) et Dr P. Brethone (CH Mauriac) ont abordé la prise en charge de la Maladie de Parkinson en court séjour dans une unité d'hébergement spécialisée en EHPAD : l'Unité Parkinson d'Ydes. Pour finir, P. Doize (cadre de santé au CHU de Nîmes) et V. Nouvel (ergothérapeute au CHU de Nîmes) ont présenté le programme Patient actif / Patient sortant du CHU de Nîmes ayant pour objectif de prévenir la dépendance iatrogénique liée à l'hospitalisation. Cette session a été modérée par F. Nouvel (ergothérapeute à Nîmes) et C. Vigouroux (ergothérapeute à Toulouse).

Au total, 780 personnes ont participé au CIPEG, avec environ **50 ergothérapeutes présents sur les sessions dédiées à l'ergothérapie**. La grande place donnée aux ergothérapeutes dans ce congrès est le reflet de la reconnaissance de notre profession dans l'accompagnement des personnes âgées. L'ANFE poursuivra ce partenariat avec les organisateurs pour les prochains congrès.



Arthur BOURCET
Délégué territorial
Languedoc-Roussillon
languedocroussillon@anfe.fr

L'ANFE défend la profession : les kinésithérapeutes ne feront pas d'acte pour évaluer le domicile du patient

L'avenant n°5 à la convention nationale entre l'UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie) et l'UNKSML (Union nationale des syndicats de masseurs-kinésithérapeutes libéraux) a été signé en novembre 2017 et paru au journal officiel le 8 février 2018. Ce texte permet de favoriser l'accès aux soins de kinésithérapie dans les territoires pour la population et d'assurer la mise en place d'actions de prévention. Il prévoit également « d'expérimenter la mise en place d'un forfait prenant en charge l'évaluation du domicile du patient et la définition d'une prise en charge du handicap au domicile du patient » dans le cadre de personnes « en situation de handicap sévère ».

L'ANFE s'est immédiatement saisie de ce dossier et a envoyé un courrier au directeur de la CNAM pour contester l'application de cette expérimentation par les masseurs-kinésithérapeutes et demander à y être associée.

Depuis, l'ANFE et le CNPE (Conseil National Professionnel de l'Ergothérapie) ont participé à 2 réunions du comité des sociétés savantes. Ce comité, composé également de la SOFMER (Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation), du CNKS (Collège National de la Kinésithérapie Salariée) et de représentants de la CNAM, a pour mission de définir la méthodologie de l'expérimentation (territoires, population cible...) et les critères d'évaluation.

Recommandations HAS à l'appui, **le premier combat de l'ANFE et du CNPE a été de redéfinir le cadre de cette expérimentation en demandant de revoir les termes « évaluation du domicile du patient » en « évaluation du patient au domicile »**. Notre demande a été soutenue par les médecins de la SOFMER et est en bonne voie de validation par le groupe de travail.

Nous ne souhaitons pas crier victoire trop vite et nous restons vigilants pour que cette demande de modification paraisse bien dans les textes définitifs de cette expérimentation.

Dans un contexte de politique de santé en pleine mutation, avec des velléités pas toujours fondées de quelques professionnels de santé de déborder de leurs champs de compétences, **l'ANFE reste en veille pour défendre la profession face à ce type de dérives.**



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



Hélène HERNANDEZ,
Vice-Présidente
du CNPE et
représentante ANFE

Retour sur les journées « Ergothérapie pratique » de Nancy

L'ANFE et l'Institut de Formation en Ergothérapie - Lorraine Champagne-Ardenne de Nancy ont organisé les 9^{es} journées « Ergothérapie pratique » les 24 & 25 mai 2019.

Les membres du comité d'organisation ont proposé **8 thématiques** en lien avec des centres d'intérêt professionnels régionaux : le simulateur du vieillissement, la méditation en pleine conscience, le positionnement au fauteuil roulant, l'évaluation des fonctions cognitives en gériatrie, l'intégration neuro sensorielle, la gestion de l'agrippement et les troubles de la déglutition.

Le directeur de l'IFE, l'équipe pédagogique et une délégation d'étudiants ont aménagé l'institut pour accueillir confortablement ces ateliers pratiques avec le souci de permettre le partage de pratiques professionnelles dans un environnement favorable aux échanges et à la convivialité.

Les participants, pour la majorité ergothérapeutes de la région du Grand Est, ont pu profiter durant leurs temps de pause de la présence de quelques sponsors venus présenter leurs actualités.



Le comité d'organisation, soutien du travail de réflexion engagé par le groupe d'intérêt ANFE sur le Réseau pour le Développement Durable en Ergothérapie (R2DE), a fait appel pour les repas à un prestataire qui propose des produits de saison locaux et partage nos valeurs d'inclusion sociale (*ESAT La ferme de la faisanderie - 54 - Bainville-sur-Madon*). De plus, afin de limiter les déchets plastiques et

dans la continuité d'une démarche écoresponsable initiée par les étudiants depuis la rentrée 2019, des gobelets réutilisables à l'effigie de l'évènement ont été mis à disposition.

Les ateliers

Simulateur du vieillissement

(animateurs : M. Chef et J. Hochet)

Les participants ont vécu l'expérience du vieillissement grâce au port d'une **combinaison de simulation du vieillissement**. Leur corps augmenté de modifications sensorielles et perceptuelles, ils ont pu **prendre conscience des difficultés rencontrées par les personnes âgées au travers d'un parcours d'activités**, et à partir de cette expérience, engager une réflexion collaborative sur les pratiques professionnelles.



Méditation de pleine conscience

(animatrice : A. Issele)

La méditation de pleine conscience consiste à **porter une attention délibérée sur le moment présent sans jugement de valeur**. Centrée sur les sensations, les émotions, les pensées, elle amène de la présence à ce qui est réellement, en deçà du voile de nos conditionnements et peut participer à instaurer un attachement plus sécurisé. La pratique suivie d'échanges a permis aux participants d'envisager la méditation de pleine conscience comme une **médiation pertinente en ergothérapie, favorisant la volonté, l'autonomie et l'art de vivre au quotidien**.

Positionnement au fauteuil roulant

(animateurs : A. Weller, J-P. Durand)

L'installation d'une personne au fauteuil roulant est une problématique rencontrée quel que soit le secteur d'activité dans lequel nous exerçons. Cet atelier a permis aux participants de **mener une réflexion collaborative autour des fondamentaux théoriques de l'installation au fauteuil roulant** afin de définir les bases d'une démarche commune vers un bon positionnement.

Évaluation des fonctions cognitives

en gériatrie : EXOSTIM

(animateur : L. Lamothe)

L'augmentation de l'espérance de vie amène les ergothérapeutes du secteur gériatrique à accompagner les personnes vieillissantes au maintien de leurs capacités

cognitives. Le logiciel EXOSTIM offre une **évaluation cognitive normalisée éditable** et un **programme d'entraînement individuel ou collectif**. Les participants ont pu échanger sur leurs pratiques évaluatives, tester le logiciel sur des tablettes tactiles mises à leur disposition et s'approprier le contexte d'utilisation de cet outil.

Intégration NeuroSensorielle

(animatrice : M. Tasinato)

Les participants ont pu découvrir les outils spécifiques de l'Intégration NeuroSensorielle (INS) ainsi que l'analyse et la prise en compte des particularités sensorielles individuelles dans le suivi en ergothérapie. Cette méthode est principalement utilisée en pédiatrie mais cet atelier a ouvert un espace de réflexion aux ergothérapeutes pour envisager cette forme d'accompagnement à d'autres populations.



Une salle dédiée à l'INS a été aménagée à l'IFE de Nancy et inaugurée en janvier 2019. Les participants ont donc pu **expérimenter des ateliers autour de trois dimensions : un pôle de restauration vestibulaire, un parcours sensori-moteur et un espace multi sensoriel**.

Approche ludique des habiletés personnelles et sociales

(animateurs : M. Launois, V. Boichot, R. Picherit, B. Schmitt)

Les participants ont découvert et expérimenté des **jeux du commerce**, parfois détournés, des **jeux créés par des ergothérapeutes**, parfois co-crésés avec des patients, des **jeux issus de protocoles d'ETP**. Ces jeux utilisés principalement dans les domaines de l'autonomie et des habiletés sociales en santé mentale auront peut-être, suite à cet atelier, un avenir dans d'autres champs de pratiques ergothérapeutiques.

Gestion de l'agrippement

(animateurs : C. Vezin et sa collaboratrice)

Les situations de saisie ou d'agrippement dans certains services d'ergothérapie peuvent être fréquentes. Elles nécessitent la **maîtrise de techniques spécifiques** pour pouvoir s'en libérer sans dommage personnel, tout en préservant l'intégrité physique et psychologique du patient, du résident ou de l'utilisateur. Après une expérimentation de ces différentes techniques, les participants ont échangé sur leurs difficultés de terrain et l'apport envisagé de cette expérience pratique pour leur quotidien professionnel.

Troubles de la déglutition

(animatrice : M. Falcetta)

Cet atelier a abordé, dans un premier temps, les troubles de la déglutition sur un **versant théorique**, reprenant les bases d'anatomie de la sphère ORL ainsi que les mécanismes de la déglutition pour comprendre

les difficultés rencontrées ; puis un **versant pratique** a permis d'expérimenter concrètement ces difficultés. Les participants ont été invités à réfléchir à la posture à adopter par les ergothérapeutes lors de la prise de repas ainsi que les différentes précautions à prendre pour garantir la sécurité des résidents.



La première journée a été clôturée par une conférence (ouverte à l'ensemble des ergothérapeutes) de Nicolas Biard, directeur technique de l'ANFE, sur le **forfait intervention précoce pour les enfants présentant un**

TND (voir article à ce sujet page 7). Cette intervention a permis de **présenter les modalités d'organisation et de financement** de ce forfait, mais également les **conséquences concrètes** que cela peut engendrer sur la pratique des ergothérapeutes. Les échanges avec la salle ont permis de répondre aux interrogations des professionnels.

En marge de ces journées, B. Giovanella et J. Arnould, ergothérapeutes au centre psychothérapeutique de Nancy ont présenté **l'Echelle Lausannoise d'Auto-évaluation des Difficultés Et des Besoins** (ELADEB). Cet outil a pour vocation **d'aider le patient à autoévaluer le ressenti de ses difficultés et de son besoin d'aide**. Cet accompagnement permet au patient de se responsabiliser et de développer l'autonomie nécessaire à son engagement futur dans les activités du quotidien.



Si ces journées « Ergothérapie pratique » ont favorisé les échanges sur des thématiques spécifiques, elles ont aussi contribué à **renforcer la dynamique professionnelle entre ergothérapeutes de la région Grand Est**, dynamique réamorcée lors de rencontres ANFE initiées par les délégués territoriaux (Cécile Aubert et Quentin Fraisse). Ces réunions ont pour objectif **d'élaborer un document de référence de promotion des compétences ergothérapeutiques** en partant de l'expérience des ergothérapeutes de la région autour des principaux axes du projet régional de santé élaboré par l'ARS du Grand Est. Ce document vise à identifier et inclure notre profession aux projets de promotion de la santé (notamment dans le domaine de la prévention) par les instances gouvernementales.

Nous remercions vivement les ergothérapeutes pour leur participation à ces événements régionaux ! Rendez-vous pour la prochaine édition...



Cécile AUBERT
Déléguée territoriale
ANFE Lorraine
lorraine@anfe.fr

Participation du groupe ErgoInSens au congrès européen d'intégration sensorielle

L'ESIC (European Sensory Integration Congress) s'organise depuis quelques années tous les deux ans, dans différents pays d'Europe. **Cette année, pour sa 6^e édition, le congrès se tenait les 21 & 22 juin à Thessalonique (Grèce), sur le thème "Translating Sensory Processing into Quality of Life in Various Environments".**



Ainsi, **le groupe d'intérêt ANFE ErgoInSens était présent** lors de ces deux jours qui ont réuni des ergothérapeutes en pédiatrie, principalement venant d'Europe, ainsi que des invités provenant des États-Unis.



Dans les européens, les pays présents (entre autres) étaient la Finlande, l'Autriche, la Grèce, le Royaume-Uni. Les présentations étaient autour de la pratique de l'Intégration Sensorielle et la différenciation de ce qui entre dans la **fidélité ASI** (Ayres Sensory Integration), et des projets qui s'inspirent de l'ASI mais qui ne le sont pas. Par exemple, le projet de recherche présenté par Sharon Cermak (PhD/OTR), pour mettre en place des stratégies de base sensorielles dans l'adaptation des cabinets dentaires pour les enfants avec des Désordres de Modulation Sensorielle.

On a assisté à la présentation du **SP3D** (Sensory Processing 3 Dimensions Scale) qui sortira fin 2019 par la WPS. Il a été conçu par l'équipe de Lucy Miller, et présenté par Shelley Mulligan, Sarah Schoen et Lucy Miller (PhD/OTR). Le public ciblé est de 3 ans à adulte, il mesure le processus sensoriel dans trois

chapitres : Modulation, Discrimination et Désordre Moteur de Basse Sensorielle.

De plus, le **SOSI-M** a été présenté, les Observations Cliniques d'Erna Blanche (PhD/OTR), étalonnés. Gustavo Reinoso (PhD/OTR) a présenté ce travail de recherche qui est en cours, le bilan étalonné devrait sortir prochainement.

Zoé Mailloux a présenté le projet **EASI** (Evaluation Ayres Sensory Integration) qui s'inscrit dans Vision Ayres 2020, le centenaire de la naissance de Jean Ayres. Le projet Ayres 2020, a pour but de travailler sur la fidélité au modèle d'Intégration Sensorielle selon Jean Ayres, dans la révision bibliographique, à travers des groupes de travail, ainsi que revisiter les outils d'évaluation. Le projet EASI serait une nouvelle version du SIPT, ce projet est d'une ampleur internationale.

Il est ressorti du congrès l'importance de la recherche et de l'évidence comme moteurs dans la pratique de l'Intégration Sensorielle.

- Les notions de bien-être/la qualité de vie/l'Intégration Sensorielle et l'ergothérapie.
- Le jeu au centre de notre intervention en pédiatrie.
- L'intervention de l'ergothérapie au cœur de la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé).



Cette participation au congrès a permis au groupe ErgoInSens de constater le grand champ d'action de l'ergothérapie en pédiatrie, les progrès qui se font grâce à la recherche, le développement des outils d'évaluation conçus par des ergothérapeutes,

les efforts dans chaque pays pour faire connaître les particularités sensorielles des enfants et proposer un traitement adapté en ergothérapie avec le model ASI.

Le prochain congrès d'Intégration Sensorielle européen aura lieu en avril 2021 à Tenerife (Espagne). Pour plus d'informations, contactez le groupe ErgoInSens : ergoinsens@anfe.fr.



Olga JIMENEZ-NODET
Membre du Groupe ErgoInSens



Patricia SAN SEBASTIAN
Coordinatrice du groupe ErgoInSens

Arrivées et départs de bénévoles

L'ANFE c'est aussi et surtout de nombreux ergothérapeutes bénévoles qui s'investissent et donnent de leur temps pour l'ergothérapie et la profession.

Zoom sur les arrivées et les départs de bénévoles au sein de l'association :

Bienvenue !



Jérémy ENEZ
Délégué Territorial en Bretagne
Ergothérapeute, EHPAD, Chateaugiron
bretagne@anfe.fr



Lucile SALLEY
Déléguée Territoriale en Normandie
Ergothérapeute en libérale dans le Calvados
normandie@anfe.fr

Bonne continuation et merci !

Nous remercions chaleureusement l'ensemble des bénévoles ci-dessous qui arrêtent leurs missions après plusieurs années (ou mois) à nos côtés. Nous leur souhaitons une bonne continuation et encore merci à tous pour leur investissement !

Comité d'Ethique et d'Exercice :

Laure CABRIT et Valérie GIAUME

Comité Scientifique - Collège Recherche :

Yannick UNG (*collège recherche*)

Comité Territorial :

Véronique PERON (*déléguée Bretagne*), Louis TIERSONNIER (*délégué Hauts-de-Seine*), Claire SEYER et Kadiatou BARADJI (*déléguées Seine-et-Marne*), Perrine BEGUIOT (*déléguée Lorraine*), Mélodie MOREIRA (*déléguée Provence - Alpes - Côte d'Azur*), et Elise MIKOLAJZYK (*déléguée Champagne-Ardenne*).

Règles professionnelles

En 1999, la charte des ergothérapeutes libéraux est créée pour instaurer un cadre d'exercice des ergothérapeutes exerçant en libéral (à l'époque une vingtaine !) dans une approche se voulant également protectrice du client.

En 2009, la charte est abandonnée par l'ANFE car son contenu concerne à 90% tous les ergothérapeutes quel que soit leur mode d'exercice. L'idée d'un texte plus général commence alors à germer.

En 2013, l'ANFE adopte de nouveaux statuts et change sa gouvernance. Aux côtés du Conseil d'Administration qui élabore la stratégie de l'association, un **Comité d'Éthique et d'Exercice** est créé. Sa première mission est d'**élaborer des règles professionnelles**. La démarche du Comité d'Éthique et d'Exercice a consisté dans un premier temps à étudier le code des masseurs-kinésithérapeutes, la charte des psychomotriciens, le code de déontologie des ergothérapeutes du Canada et de la Suisse ainsi que les écrits du groupe de travail « Éthique et Déontologie » infirmier et le code avant la réforme infirmier.

À partir de 2014, le Comité d'Éthique et d'Exercice a débuté la **redaction des règles professionnelles** en alimentant ses réflexions avec les questions juridiques remontant du terrain.

En 2017, une **première version des règles professionnelles** est adressée à un cabinet d'avocat avec qui débute une collaboration de deux années en vue de l'adoption d'un texte final garantissant sa complétude, sa conformité et sa pérennité au regard du droit national et international.

Les juristes du cabinet apportent ainsi leur éclairage sur le choix du vocabulaire et l'articulation des articles avec les lois existantes dans des domaines connexes.

Désormais, **deux versions des règles professionnelles sont disponibles** : l'une comporte uniquement les articles, l'autre est enrichie de

commentaires éclairant la compréhension au moyen d'exemples issus de la pratique professionnelle.

L'objectif de ce texte unique est d'**identifier un ensemble de comportements qui font consensus et qui sont considérés comme indispensables à l'exercice de la profession**.

Composé de 38 articles, il répond et actualise différents questionnements exprimés par les adhérents auprès de l'ANFE, comme les notions de **prescription médicale**, de **sécurité des informations**, de **consentement de la personne**, de **propriété intellectuelle**... Le cadre de travail de l'ergothérapie est décrit afin d'inscrire et maintenir la profession dans la conformité d'une profession du champ de la santé et afin de protéger le public.

Ainsi, les règles professionnelles comprennent l'ensemble des droits et devoirs des ergothérapeutes, quels que soient leurs modes d'exercice ou lieux d'exercice. Elles clarifient notamment les **relations avec les patients, les autres membres de la profession et les autres professionnels**.

La publication de ce texte marquera la **reconnaissance de l'ensemble d'une profession** de plus en plus nombreuse et autonome.

Le Conseil d'Administration a adopté le texte tout en souhaitant le soumettre au vote des adhérents lors de la prochaine Assemblée Générale annuelle.

Vous pouvez d'ores et déjà **prendre connaissance de la version commentée** en vous rendant dans l'espace adhérent du site de l'ANFE.

Nous avons également créé une adresse mail dédiée reglesdexercices@anfe.fr pour vous permettre de laisser un commentaire, ou de poser une question. Nous tenterons d'en faire la synthèse avant l'Assemblée Générale.

Après adoption du texte par les adhérents, celui-ci sera soumis à l'avis du Conseil National Professionnel de l'Ergothérapie (CNPE) ; puis une première démarche sera entreprise auprès du Ministère de la Santé en vue d'une promulgation officielle.

“Les règles professionnelles comprennent l'ensemble des droits et devoirs des ergothérapeutes, quels que soient leurs modes d'exercice ou lieux d'exercice.”



Isadora DONY
Ergothérapeute



Laurence KOCH
Ergothérapeute



Catherine LAKS
Directrice de l'ANFE
directeur@anfe.fr

Le Service Sanitaire : de l'injonction au projet pédagogique

Affiché au programme présidentiel d'Emmanuel Macron, **le service sanitaire est un projet pédagogique national s'adressant aux filières de formation des métiers de la santé**. Son objectif premier est la **préparation des futurs professionnels aux pratiques de la prévention**. Pour cela, le projet prévoit de faire intervenir les étudiants directement auprès de populations de tout ordre sur les thèmes prioritaires de santé publique (axes de la stratégie nationale de santé 2018-2022). La collaboration interprofessionnelle est également recherchée et les différentes filières de formation ont pour missions de faire coopérer les étudiants lors des interventions.

Six filières de formations se sont vu imposer la mise en œuvre du service sanitaire pour la rentrée universitaire 2018 : médecine, odontologie, maïeutique, pharmacie, kinésithérapie et soins infirmiers. Profitant d'une collaboration étroite avec l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de la Croix-Rouge Centre-Val de Loire, l'Institut de Formation en Ergothérapie de Tours s'est proposé d'intégrer le projet au même moment.

Modalités générales du service sanitaire

L'arrêté du 12 juin 2018, relatif au service sanitaire, précise le cadre et les conditions à respecter dans la construction des projets. Trois compétences sont visées :

- Concevoir et mettre en œuvre des actions de conseil, de promotion de la santé et de prévention ;
- Développer une posture éducative ;
- Concevoir et mettre en œuvre un dispositif d'évaluation de l'action.

Un total de **210 heures** doit être dévolu au service sanitaire, soit **six semaines à temps plein** mais **sans nécessité de continuité** entre celles-ci. Il faut également préciser que le service sanitaire est conçu en deux parcours : la formation sur les **aspects théoriques** (105 heures) et la réalisation d'**actions concrètes de prévention** par les étudiants (105 heures). Il est donc demandé à chaque filière de formation d'aménager leurs unités d'enseignement pour intégrer ces deux parcours de formation.

À ce titre, l'accomplissement des différentes étapes du service sanitaire peut faire valoir d'examen pour l'obtention des crédits universitaires des unités d'enseignement correspondantes. Les choix d'organisation, de déplacement ou de remplacement des temps d'enseignement et de stage sont laissés à la discrétion des filières de formation. L'espace d'innovation pédagogique est donc important et doit permettre à tous de s'approprier le projet. Cependant, cette liberté reste relative du fait de l'interprofessionnalité exigée dans la réalisation des actions concrètes des étudiants. Dans les faits, chaque structure de formation tente d'établir des périodes communes pour permettre aux étudiants de différentes filières de se rencontrer et de réaliser ensemble leur action de prévention.

Concernant plus spécifiquement la réalisation de l'action concrète, les filières de formation doivent contractualiser un partenariat avec différentes structures (établissement d'enseignements, structures de santé, médico-sociale et d'accompagnement sociale, entreprises, etc.) dans lesquelles interviendront les étudiants. Une convention est alors signée (*annexe II de l'arrêté du 12 juin 2018*) et un référent de proximité de la structure d'accueil est désigné afin d'accompagner les étudiants dans leurs actions de prévention. Dans le choix de ces partenariats, l'aspect financier doit être pris en compte. En effet, si les textes prévoient le remboursement des frais de déplacement des étudiants, il s'avère que le dispositif peut ne pas encore être normalisé. Les structures de formation ont donc à charge de subvenir à ces frais selon les mêmes modalités que pour des stages classiques (*article 10 de l'arrêté du 12 juin 2018*).

Mise en place d'un partenariat inter-filières, le cas de l'IFE de Tours

En région Centre-Val de Loire, deux instances se sont organisées pour soutenir et contrôler la construction des dispositifs du service sanitaire : le comité régional stratégique du service sanitaire (prévu par l'arrêté du 12 juin 2018 et piloté par l'Agence Régionale Santé) et le Collegium Santé Centre-Val de Loire (groupement des filières de formation en santé

de la région). Le cadre est resté assez ouvert, permettant à chaque filière de formation de construire son propre projet et de choisir ses partenaires pour la coopération interprofessionnelle. L'objectif étant d'aller vers une montée en charge des partenariats entre filières sur les prochaines années.

Pour la formation en Ergothérapie de Tours, le partenariat a été réalisé avec l'Institut de Formation en Soins Infirmiers Indre-et-Loire de la Croix-Rouge. Plusieurs raisons ont déterminé ce choix. Tout d'abord nous travaillons au sein de la même structure : l'Institut Régional de Formation Sanitaire et Social de la Croix-Rouge. Nous répondons ainsi aux exigences de celle-ci et bénéficions de facilités d'organisation autour de périodes communes. De plus, travailler avec la filière de formation en soins infirmiers permet de profiter d'un réseau de partenaires important en ce qui concerne les structures où se dérouleront les expérimentations des étudiants. En effet, ils travaillent en étroite collaboration avec l'organisation des infirmiers scolaires. Or l'éducation nationale est l'un des interlocuteurs privilégiés pour le service sanitaire. Les écoles, du primaire au lycée, ont ainsi constitué la moitié de nos structures partenaires.

Concordance des plannings et identification des unités d'enseignement concernées

Le planning d'alternance des stages du référentiel de formation infirmier est sensiblement identique à celui des ergothérapeutes. Cependant les périodes de stage entre la 2^e et 3^e année de formation sont inversées par rapport à celles que nous connaissons. Ainsi, lorsque les 2^{es} années infirmiers sont en stage, les 2^{es} années ergothérapeutes ont cours à l'institut. Aussi, pour pouvoir bénéficier de périodes communes, nous avons dû faire travailler les 2^{es} années d'une formation avec les 3^{es} années de l'autre.

Au niveau des unités d'enseignement concernées, celles de la formation en soins infirmiers sont essentiellement concentrées sur la 1^{ère} et 2^{ème} année de formation, semestres 2, 3 et 4. Pour les ergothérapeutes, c'est davantage au semestre 5 de la 3^{ème} année que les unités d'enseignement correspondent. Nous retrouvons en effet les enseignements sur la santé publique, la pédagogie et l'éducation thérapeutique du patient. Cependant, d'autres unités d'enseignement peuvent également être concernées, notamment celles sur la méthodologie de projet et sur les techniques de com-

munication du semestre 3, la démarche clinique du semestre 1, l'évaluation des pratiques professionnelles du semestre 6, et d'autres encore.

Nous avons ainsi pu déterminer, sur l'ensemble du programme de formation des ergothérapeutes, 105 heures qui préparent directement ou indirectement à la formation théorique du service sanitaire.

En ce qui concerne les 105 heures dévolues à la conduite de l'action de prévention, il a été convenu de baliser des périodes communes entre infirmiers et ergothérapeutes allant d'une demi-journée à cinq jours pleins. Au regard de l'alternance cours/stage et des acquis théoriques des étudiants, ces demi-journées ont été programmées sur les semestres 3 et 4 de la formation en soins infirmiers (2^e année) et 5 et 6 de la formation en ergothérapie (3^e année).

Organisation de l'action de prévention

L'action de prévention en elle-même a été construite en trois phases : détermination de la problématique de santé et préparation de l'action, conduite de l'action de prévention, évaluation de l'action. Elles se sont déroulées de la manière suivante :

- Semestre impair (3 pour les infirmiers et 5 pour les ergothérapeutes) : préparation de l'action (63h, évaluations des UE comprises)
 - Rencontre des étudiants et constitution de 29 groupes : 7h en septembre. Désirant laisser au moins 2 étudiants ergothérapeutes par groupe, et devant le nombre d'étudiants infirmiers (144 contre 30 étudiants ergothérapeutes), la moitié des groupes ne comprenaient pas d'étudiants ergothérapeutes.
 - Appariement des groupes à un public cible et à une structure associée : 7h en septembre.
 - Enquête sur le terrain, détermination des besoins de santé, des savoirs, des compétences et des comportements à acquérir : 28h en octobre et en janvier.
 - Construction de l'action de prévention à conduire. 21h en octobre et en janvier.
- Semestre pair (4 pour les soins infirmiers et 6 pour les ergothérapeutes) : réalisation de l'action et évaluation (42h évaluations des UE comprises)
 - Préparation et répétition de l'exercice d'accompagnement et/ou de communication : 14h en février et en mai.

- Réalisation de l'accompagnement et/ou de la communication auprès du public cible (durée variable selon le projet de prévention) : 14h en mai/juin.
- Évaluation de l'action de prévention sous forme d'un poster et d'une notice explicative du projet réalisé : 14h en juin.

Les 105 heures dévolues à l'action de prévention ont nécessité un réaménagement de certaines unités d'enseignement, notamment celles de santé publique et de l'unité intégrative du semestre 5, ainsi que celles sur la recherche et l'évaluation des pratiques du semestre 6.

Retour sur les actions réalisées par les étudiants et quelques chiffres

Les différentes structures partenaires du service sanitaire ont accueilli très positivement les actions réalisées par les étudiants. Celles-ci sont aussi diver-

sifiées que les publics auprès desquels ils ont dû intervenir, allant des écoliers du primaire au personnel militaire d'une base aérienne. L'ensemble des heures prévues par l'arrêté du 12 juin 2018 ont pu être respectées et totalement intégrées au programme de formation, sans ajout d'heures supplémentaires. Cela a toutefois nécessité un réajustement des projets pédagogiques, voire un abandon de certaines séquences d'enseignement.

Du côté des étudiants ergothérapeutes, s'ils sont globalement satisfaits du travail accompli, ils font remonter plusieurs difficultés. La plus notable est la difficile coordination avec une autre filière de formation et la différence des représentations, compétences et attentes de chacun. Il a parfois été difficile pour les étudiants ergothérapeutes de maintenir un discours centré sur les occupations. Fort de notre expérience, une préparation des étudiants au vécu de cette situation est envisagée pour l'année à venir ainsi qu'un réajustement sur l'organisation générale du service sanitaire. De plus, un partenariat avec d'autres filières de formation (maïeuticiens et pharmaciens) est attendu pour les prochaines années.

Le service sanitaire à l'IFE de Tours, en chiffres

- **174** étudiants mobilisés (**144** infirmiers et **30** ergothérapeutes), **29** groupes
- **26** établissements différents sollicités
- **29** actions de prévention primaire réalisées
- **105h** de TD balisées pour la réalisation des actions (infirmiers + ergothérapeutes, hors cours plus généraux des UE concernées)
- **19** Formateurs mobilisés pour **290h totales** d'accompagnement et d'évaluation des actions
- **3** Formateurs mobilisés sur la coordination du Service Sanitaire, dont **105h** d'ingénierie (organisation, programmation, contact établissements et intervenants, réunion)

Références

Arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé.

Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier

Décret n°2018-472 du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire des étudiants en santé.

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017). *Stratégie nationale de Santé 2018-2022*.

Vaillant, L. (2018). *Rapport de mise en œuvre du service sanitaire pour les étudiants en santé*. Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation.



Emeric OFFENSTEIN,
Ergothérapeute, Formateur, PhD Candidate
Institut de Formation en Ergothérapie de l'IRFSS Centre-Val de Loire

Conférence « Vers une certification fondée sur la culture du résultat pour les patients »

Certification 2020

Lors de la Paris Healthcare Week, qui se tenait à Paris (Porte de Versailles) le 22 mai dernier, dans le cadre du Salon International Santé et Innovation de la Fédération Hospitalière de France (FHF), la Haute Autorité de Santé (HAS) a organisé une conférence sur la certification des établissements de santé V2020 en matière de qualité et de sécurité des soins, en partenariat avec la FHF : « Vers une certification fondée sur la culture du résultat pour les patients ».



Synthèse des propos de la conférence

La certification des établissements de santé a fêté ses vingt ans. À cette occasion, il s'agit d'**élaborer et de mettre en place un nouveau référentiel de certification pour 2020**. Quatre enjeux sont présents :

- L'engagement du patient ;
- La culture de la pertinence du résultat ;
- Le développement du travail en équipe, moteur d'amélioration des pratiques ;
- L'adaptation aux évolutions du système de santé.

Les objectifs poursuivis sont donc :

- Médicaliser le référentiel ;
- Le simplifier ;
- Établir une approche par l'expression d'une programmation et d'actions permettant des résultats positifs.

La méthodologie se fonde sur un référentiel co-construit : elle est collaborative et innovante, s'appuyant sur trois séminaires, en tant que laboratoire d'idées. Elle vise la qualité de la prise en charge et celle des procédures pour obtenir des résultats. Elle prend en compte l'apport des usagers quant à leur attente et leur retour d'expériences.

Les prochaines étapes attendues concernent la rédaction du référentiel et des outils, puis l'expérimentation sur le terrain afin de tout mettre en œuvre en 2020.

Le référentiel comporte quatre chapitres :

- Le patient ;
- Les soins ;
- L'établissement de santé ;
- Le groupe d'établissements.

Chaque chapitre est constitué de sous-chapitres, d'objectifs et de critères. Les critères sont complétés par des fiches techniques, avec les principes de cotation et de notation, prenant en compte les bonnes pratiques définies par la HAS, les sociétés savantes et la réglementation. Il existe des critères génériques et spécifiques pour les établissements et des critères standards avec note rétroactive, des critères avancés (pour l'évolution de la qualité).

La médicalisation signifie que les professionnels de santé (donc au-delà des seuls médecins) se coordonnent concrètement et assurent la sécurité et la qualité des soins. Pour la place du patient, il est recherché l'amélioration du service rendu, le choix du résultat, l'impact réel pour le patient et la pertinence des pratiques pour le résultat visé.

La certification a permis, avec le patient traceur, de réfléchir sur la place du patient dans ses soins. Avec la certification 2020, dans les critères relatifs au chapitre sur le patient, il s'agit de vérifier si le patient est informé, si on prend en compte ses besoins spécifiques et ceux des aidants et de la famille, comment il devient acteur et engagé. Dans ce chapitre, 100% des critères concernent le patient. Dans le chapitre suivant, relatifs aux soins, 28% des critères se rapportent au patient : par exemple, son identité, son traitement, sa sortie... Dans le chapitre relatif à l'établissement de santé, 15% des critères visent le

patient : actions d'amélioration des soins, plaintes et réclamations. Au total, **47% des critères du référentiel sont dédiés directement au patient.**

Dans les certifications précédentes, il était noté 73% d'écart entre la prescription de médicaments et son administration et le traçage, la gestion, le rangement, le transport, le risque médicamenteux, le recueil d'événements indésirables. De même, de grands écarts pour les dispositifs médicaux. Les critères retenus par la certification 2020 évalueront la continuité thérapeutique entre ville-hôpital : l'organisation des traitements personnels des patients relève-t-elle de la conciliation médicamenteuse partagée (par le patient, et par les différents acteurs de ville et hospitaliers) ? Ainsi, si des audits de parcours restent encore nécessaires, ils font la part belle à des audits de parcours de soins et de patients traceurs. Pour l'audit du patient traceur, l'ensemble des critères concernent les éléments de l'admission jusqu'à la sortie en passant par le diagnostic et les traitements. Pour le médicament traceur, les critères évaluent de la prescription jusqu'à l'administration en relevant les événements indésirables, les risques infectieux, les plaintes.

La campagne de recrutement des experts visiteurs a été lancée en mai, particulièrement pour un nouveau profil, celui du médecin attaché aux patients traceurs, qui sera requis pour une à deux journées par an, et qui devra s'intégrer à l'équipe d'experts visiteurs.

Une conférence, au final, très intéressante pour l'avenir des accréditations des établissements de santé : **l'accréditation 2020 s'affiche pragmatique, concrète et simplifiée.**

Pour en savoir plus : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2909862/fr/conference-has-22-mai-2019-14h-vers-une-certification-fondee-sur-la-culture-du-reultat-pour-les-patients



Hélène HERNANDEZ
Vice-présidente du CNPE,
Représentante ANFE au CNPE

Compte-rendu de la réunion du Haut Conseil des Professions Paramédicales

Le Haut Conseil des Professions Paramédicales (HCPP) se réunit chaque mois. L'ordre du jour concerne les professions paramédicales : parfois toutes, parfois l'une ou l'autre, parfois plusieurs. La réunion du 2 avril 2019 ne concernait pas spécialement les ergothérapeutes ; celle du 14 mai comportait un point relatif à toutes les formations et professions paramédicales : le projet d'arrêté modifiant l'arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence a été examiné et a reçu un avis favorable lors du vote en séance.

En effet, l'organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN, article L. 3131-11 du Code de la santé publique) comprend un programme identifiant les actions à mener par les acteurs du système de santé pour maintenir ou développer les capacités nécessaires en termes de prise en charge des patients ou victimes dans le cadre notamment d'accidents collectifs ou d'attentats (blessés par armes de guerre, explosifs ou agents nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques « NRBC »).

Les dernières crises sanitaires (SRAS, Pandémie Grippe H1N1, Ebola, ...), les récents accidents collectifs, attentats et épisodes cycloniques (Antilles, été 2017) démontrent l'intérêt de la formation initiale

et continue pour répondre aux besoins tout en assurant la sécurité des professionnels.

Le projet vise donc à **actualiser la formation à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU)** notamment à l'attestation spécialisée aux gestes et soins d'urgence face à une situation sanitaire exceptionnelle :

- Plan de gestion des tensions hospitalières des situations sanitaires exceptionnelles des établissements de santé ou plan bleu des établissements médico-sociaux ;
- Accueil et prise en charge des victimes d'accidents collectifs ou d'attentats : techniques de « damage control » et agents NRBC avec techniques de décontamination ;
- Intervention médico-psychologique auprès des blessés psychiques pour les personnels des cellules d'urgence médico-psychologique ;
- Prise en charge des patients atteints d'infection liée à un risque épidémique et biologique.



Hélène HERNANDEZ
Représentante ANFE au HCPP

Billet d'humeur

Billets d'humeurs. Avec un « s », tant mes émotions sont multiples ce soir.

Tristesse. Je rentre d'un entretien avec un couple. Monsieur a une SLA. Je ne les avais pas vus depuis deux semaines. Leur situation me rappelle les personnes souffrant de cette maladie que j'ai accompagnées ces dernières années. La plupart sont décédées depuis. Ce monsieur aussi va mourir, il le sait, il le dit. Il hésite encore : doit-il décider du moment où il devra mourir ? Doit-il organiser ce moment ?

Colère. La violence, l'adaptation qui n'a pas le temps de se faire, l'acceptation encore moins. Les pertes, qui semblent infinies tellement elles sont rapides, et paradoxalement, qui rappellent sa finitude à Monsieur, à ses proches. Qui me rappellent ma propre finitude.

Sidération parfois. Comme si j'observais le cerveau de la personne se bloquer dans une immobilité qui protège un très court instant, tant les émotions sont intenses, tant la raison ne peut les expliquer. La sidération de certains proches. La mienne aussi, fugace la plupart du temps, car ma posture professionnelle m'incite à reprendre pieds.

Sentiment d'impuissance. Nous ne nous sommes vus que 4 fois. Cette fois-ci, 1h30 d'échanges sur le quotidien, l'absence d'aides financières (« trop vieux », « trop riches »), les directives anticipées, le souhait d'être placé de Monsieur, l'envie de mourir avant... avant d'atteindre certaines limites. Et alors qu'il me les décrit ces limites, il se rend compte qu'elles sont déjà atteintes... « A part peut-être le fait de porter des couches ». Il ne porte pas encore de couche.

Sentiment d'impuissance encore. Les proches qui souffrent, dans leur âme et dans leur chair. Qui sont démunis, qui tentent d'être présents. Qui deviennent des super héros du quotidien ; et qui parfois confient, honteux, entre deux portes, qu'une partie d'eux voudraient « que ça se termine ». Des proches qui pour certains s'effondrent lorsque la personne décède.

Sentiment d'abandon. Ils m'expliquent le tri qui se fait naturellement, non sans déception, parmi leurs connaissances, les anciens collègues, les amis, la famille... Ils observent les personnes sur qui ils pensaient pouvoir compter prendre de la distance. Pour moi, qui resterait ?

Peur. Peur de ce que cette maladie représente. Peur pour ce qui attend la personne. Peur de recevoir toute la colère de la personne, toutes les émotions négatives. C'est plus égocentré comme peur, mais ça arrive quelques fois...

Excitation. De façon surprenante, mais je ne peux le nier. Je m'impose une forme de pression : celle de tout avoir en tête lorsque je rencontre une personne qui souffre de cette maladie. J'ai l'impression d'entrer en hypervigilance, j'adopte une forme de posture d'écoute « hyperactive ». Je me tiens prête. Je dois comprendre vite ce qu'on me dit, mais aussi ce qu'on ne me dit pas, ou pas encore... Je m'impose de le faire vite et bien. Plus bien que vite, je l'espère, mais vite quand même ! J'ai en-tête chaque personne que j'ai déjà accompagnée et j'essaie de m'appuyer sur ce qu'elles m'ont apporté, ce que j'ai appris en les accompagnants.

Sentiment d'impuissance à nouveau. Lorsque la personne ne peut entendre mes suggestions, voire ne peut accepter mon intervention...

Acceptation.

Rire. Le plongeon brutal dans l'intimité de la personne, lorsqu'elle le décide, lorsqu'elle le permet, amène parfois à des échanges cocasses, dont certains sont propices aux rires...

Plaisir, gratitude. J'ai le sentiment de beaucoup recevoir et de devoir me dépasser.

Amour. Pour les miens. Plus fort encore que les autres jours.

Cette maladie provoque une tempête d'émotions et de pensées pour les personnes qui la vivent. Il y a en effet tellement de façons différentes de vivre cette épée de Damoclès. Ignorance, résignation, croyance... Dieu ? La science ? Quelqu'un ou quelque chose pourra-t-il faire cesser cet effondrement ? L'enchaînement inexorable des pertes ? Quelqu'un pourra-t-il inverser la tendance ?

Certains ont des projets. Un [dernier] voyage en famille.

D'autres s'accrochent à tout ce que je conseille, sont prêts à faire autrement avec autre chose, si cela peut leur permettre de continuer à agir... à vivre.

D'autres encore refusent. Le handicap arrive, s'empare d'eux. Et le refus est de plus en plus violent. L'incompréhension, la colère, la douleur.

Certains comprennent, d'autres non. Certains prennent des décisions, d'autres ne le peuvent pas.

Oui, je suis professionnelle. Oui, je veille chaque jour à me placer à la juste distance lorsque j'accompagne des personnes. Oui, le travail reste au travail, tant que faire se peut. Mais, il arrive que je rentre le soir chez moi avec des questionnements, qui pour certains sont très lourds. Parce que les situations que nous rencontrons font forcément écho à ce que nous sommes, à notre vie. Et, oui, accompagner des personnes souffrant de SLA, c'est – pour moi – un peu différent.

En tant qu'ergothérapeute, je n'ai pas le pouvoir d'inverser la tendance. Je ne peux qu'accompagner, tenter d'apporter des compensations, du confort. Prévenir, anticiper, avec les personnes et leur entourage si possible... Rassurer, accueillir aussi les émotions des personnes, même si « sur le papier » je ne suis pas là pour ça.

Mettre à distance mes propres émotions. Reconnaître leur existence, car elles sont toujours là, quelque

part, latentes, plus ou moins prêtes à s'exprimer selon les moments, les situations ou les personnes... Les identifier, les nommer, chercher à les comprendre, c'est aussi travailler sur cette juste distance.

C'est une attention quotidienne. Ce n'est jamais acquis. Et c'est finalement ce qui fait la beauté de l'ergothérapie, et plus largement des métiers de l'accompagnement. Les rencontres nous mettent sans cesse en mouvement, elles nous façonnent en tant que professionnels, mais aussi, je dois le reconnaître, en tant que personnes.

Fin du billet d'humeur, sans « s ». Une humeur paisible. Je crois qu'écrire a contribué à mettre mes émotions en distance pour ce soir.

Gladys MIGNET

Déléguée ANFE Poitou-Charentes
poitoucharentes@anfe.fr



Conseil de lecture

« Comprendre, aider et soutenir mon enfant « dys »fférent »

Présentation de l'ouvrage :

Livre conçu spécialement pour les parents d'enfants dys, se basant sur leurs besoins définis à l'aide d'un questionnaire rempli par plus de 200 parents. Son contenu développe des sujets très variés tels que : les troubles dys, le diagnostic, les thérapeutes, la législation, les adaptations, la communication entre les parents, enseignants, et les thérapeutes, le maintien d'une vie ordinaire ou encore les associations. Il est complété par des informations concrètes (coordonnées, annuaires de professionnels, liens URL). Le tout est rédigé avec un vocabulaire simple et compréhensible de tous. L'ouvrage est imprimé en couleur pour faciliter sa manipulation et sa lecture. De plus, un code couleur au niveau du sommaire et des hauts de page a été mis en place pour repérer chaque chapitre.

Le but de ce livre est de simplifier le parcours des familles en leur permettant de comprendre chaque élément. Mieux comprendre pour mieux accompagner.

Présentation de l'auteur :

Célie Champ quitte le sud de la France direction la Belgique en 2012 pour suivre des études d'ergo-

thérapie. Après l'obtention de son diplôme en 2015, elle réalise une spécialisation en orthopédagogie. Observant de nombreux questionnements chez

les parents d'enfants dys, elle se lance dans la création d'un outil : un livre conçu spécialement pour répondre aux besoins des parents. Elle continue à aider les enfants et leurs familles en travaillant dans un SSED moteur.

Témoignage :

« J'utilise cet ouvrage dans ma pratique professionnelle, principalement lors de la réalisation d'évaluation complète des troubles des apprentissages. Celui-ci s'adresse aussi bien aux

familles et aux professionnels avec de nombreux exemples, illustrations et conseils en rapport avec les difficultés rencontrées par les enfants. Ce livre permet de rassurer les parents sur l'existence de solutions concrètes et d'aides (matérielles, humaines et financières) à mettre en place pour le bon accompagnement de leurs enfants. »

Ergothérapeute libéral exerçant majoritairement en pédiatrie.

Célie Champ - Autoédition - Octobre 2017

<https://ergochamp.wixsite.com/aidemonenfantdys>



Retour sur la 10^e journée d'ergothérapie de Garches

Le jeudi 6 juin, l'association ARFEHGA (Association pour la Recherche et le Formation des Ergothérapeutes de GArchés) a organisé la **10^e Journée d'Ergothérapie de Garches** sur le thème « **Science de l'Occupation en Ergothérapie** ».



Notre profession est aujourd'hui à un tournant important de son évolution. De l'après-guerre à nos jours, comment sommes-nous passés des activités manuelles à l'intégration des sciences de l'occupation dans nos programmes d'accompagnement de la personne en situation de handicap? La prise en compte des facteurs environnementaux et des habitudes de vie de la personne a trouvé son support dans la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) et dans le Processus de Production du Handicap (PPH). Depuis quelques années, des modèles conceptuels développés en Amérique du Nord influencent notre pratique. Représentant un nouvel enjeu pour l'ergothérapie, **l'intégration de ces nouveaux concepts conduit également à reconsidérer l'utilisation du terme 'occupation' dans la définition du cœur de métier de l'ergothérapeute**. Ils nous invitent à nous questionner sur notre exercice professionnel et son évolution.

L'objectif de cette journée était d'**échanger autour de l'appropriation par les ergothérapeutes des concepts développés par la science de l'occupation dans leur pratique clinique**. Nous avons été heureux d'élargir cette journée à nos collègues francophones venus de Belgique et de Suisse !

La matinée a commencé par une présentation de Lisbeth Charret sur l'histoire de l'ergothérapie en lien avec le contexte social, puis Sarah Thiébaud-Samson a poursuivi avec les implications d'un diagnostic ergothérapeutique centré sur l'occupation.

Sylvie Meyer a développé le concept de la notion de thérapie comme occupation. Sabrina Techene a ensuite illustré son changement de pratique professionnelle à travers l'exemple d'accompagnement en ergothérapie de Patrick. Enfin, la matinée s'est achevée avec Cécilia Galbiati et Hélène Lebraut par la présentation de la méthode CO-OP comme changement de paradigme et de posture dans l'équipe pluri professionnelle.

L'après-midi, s'est poursuivie avec Isabelle Marchalot et Pascale Derlon (patiente experte), qui nous ont apportées un regard croisé sur les concepts développés par les sciences de l'occupation pour concevoir un environnement ergothérapeutique facilitant l'engagement occupationnel. Isaline Metraux et Julie Seewer ont précisé leur vision de l'approche occupationnelle centrée sur le client. Ensuite Isabel Margot-Cattin et Géraldine Jordan ont illustré l'engagement occupationnel dans la pratique de l'ergothérapie au travers d'une vignette clinique. Noémie Mathé a exposé son travail sur la question d'un nouveau paradigme apporté par la science de l'occupation pour les ergothérapeutes français. Enfin, Pauline Hoellinger (Belgique) a clôt cette journée par la pratique de l'ergothérapie centrée dans un contexte belge.

En plus de la qualité des présentations, cette journée a pu laisser la part à de nombreux échanges mettant en exergue enthousiasme et inquiétudes face à d'éventuels changements de posture professionnelle tout en constatant les stades d'avancement différents selon les personnes et les structures.

En conclusion, Carine Rouy-Thenaisy a salué l'incredible dynamisme dont fait preuve notre profession avec cette capacité à se questionner sur nos pratiques, à les remettre en question et surtout, la capacité à les faire évoluer et à les modifier.

En s'autorisant à sortir du modèle biomédical encore fermement ancré dans notre système de santé ; en formalisant un diagnostic en ergothérapie centré sur l'engagement dans l'occupation ; en s'appropriant des nouvelles approches top down et en les mettant en pratique ; en concevant des nouveaux environnements d'intervention propices, les portes de l'occupation s'ouvrent à nous comme une évidence. Nous avons le sentiment que l'ergothérapie a grandi, « mûri » grâce aux sciences de l'occupation qui nous ramènent à notre cœur de métier en renforçant notre identité professionnelle tout en allant vers une harmonisation internationale des pratiques devant des données probantes d'efficacité.

« Osons l'occupation pour nos usagers et notre profession. »



Caroline COINAUD
Ergothérapeute,
SAMSAH, Garches (92)
Présidente de l'association
ARFEHGA



Samuel POUPLIN
Ergothérapeute PhD,
Hopital R. Poincaré,
Garches (92)

La fiche de lecture de l'UNAEE

En partenariat avec De Boeck Supérieur

Lu pour vous par Laurane ACAMPO (étudiante en 2^e année à l'IFE de Nancy) et Mathilde DALIGAUX (étudiante en 3^e année à l'IFE de La Musse)



Référence bibliographique



Titre du livre : De l'activité à la participation

Auteur : Sylvie Meyer

Date de la première publication : Mars 2013

Éditeur collection : De Boeck Supérieur

ISBN : 978-2-35327-185-6

Nombre de pages : 274

Introduction

« L'auteur expose les différents sens que peut revêtir le vocabulaire employé dans la littérature ». Sylvie Meyer, auteure de cet ouvrage, est ergothérapeute depuis 1984 ainsi que titulaire d'une maîtrise en science infirmière. Dans ce livre, elle va, avec d'autres ergothérapeutes appartenant au réseau européen ENOTHE, mettre en place un projet commun qui est l'étude de la terminologie des termes employés en ergothérapie. Ce projet a pour objectif des définitions ainsi que des utilisations communes du vocabulaire employé en ergothérapie, dans les différents pays. Sylvie Meyer est professeure et doyenne de la filière ergothérapie à la Haute Ecole de Suisse Occidentale (HES-SO), Haute école de travail social et de la santé à Lausanne. Elle a écrit d'autres ouvrages comme par exemple « Démarches et raisonnements en ergothérapie », publié en 2007.

Caractéristiques

- Dimension de l'ouvrage : 25 x 17 cm
- Nombre de pages : 274
- Reliure : 2,5 cm

Résumé

Trois grandes parties composent le livre. La **première** permet d'introduire le projet, elle expose la méthodologie de réflexion abordée par le CCTE. Elle propose de décrire, expliquer, définir les éléments centraux de la pratique (mots clés, théories, relation entre les concepts) en ergothérapie d'une manière globale. La **deuxième** partie envisage le rôle de thérapeute sous la perspective de l'auteur. Cela permet de se placer en dehors des traitements thérapeutiques tout en développant des réflexions utiles aux ergothérapeutes. Elle décompose les huit familles qui constituent les mondes internes et externes du faire. La **dernière** partie vise à analyser le faire : le comprendre, l'évaluer et le faciliter.

Commentaires et critiques personnels du lecteur

« J'avoue m'être plongée dans ce livre, il m'a permis d'avancer dans mon cheminement personnel. En effet, en tant qu'étudiante, je doute encore parfois de certains mots de vocabulaire, ai des difficultés à intégrer certaines notions. Ce livre m'a permis de prendre du recul sur cela. Il met en lumière les points sombres du vocabulaire professionnel auquel nous serons tous confrontés. La lecture n'est cependant pas simple, les thématiques abordées sont assez complexes. Il est donc nécessaire de lire l'ouvrage avec un esprit attentif, dans la concentration. Le contenu semble tout à fait convenir aux étudiants qui souhaitent aller plus loin dans leurs réflexions, et peut tout à fait servir de point d'appui pour un mémoire de fin d'études. La présentation du livre reste simple mais efficace. L'écrit est structuré. »

Éléments importants à retenir

Les mots ont des valeurs, des sens que l'on doit pouvoir retrouver en anglais, en français, ou encore dans une autre langue, car les termes de la profession d'ergothérapie ont une signification qui est forte, une signification qui leur est propre, et que l'on doit retrouver quel que soit la langue utilisée. Cet ouvrage permet d'établir des définitions communes aux termes, avec comme issue la mise en place d'un cadre conceptuel, expliqué dans ce livre. Ce cadre, appelé Cadre Conceptuel du Groupe Terminologie de ENOTHE (CCTE) dans la version française, est un élément intéressant pour comprendre le travail effectué par le groupe de Terminologie.

Conclusion

Comment sont traduits les termes de la profession de l'anglais au français ? Comment un cadre conceptuel se met-il en place ? Quels sont les différents moyens de réflexion au sein d'un groupe de projet ? Cet ouvrage permet de comprendre comment se déroule les différentes étapes au sein d'un projet et met en avant les valeurs du métier d'ergothérapeute. N'hésitez pas à vous plonger dans cet ouvrage, que vous soyez lecteur confirmé ou amateur, c'est une source de connaissance pour vos études et votre (future) profession.

Mots-clés

- **ENOTHE** : European Network of Occupational Therapy in Higher Education
- **Cadre conceptuel** (définition de l'ouvrage) : c'est « une structure faite de concepts organisés entre eux de manière à montrer comment ils sont reliés les uns aux autres. Il sert de base pour construire de la connaissance, décrire des phénomènes, décider, agir et interpréter des événements. »
- **Activité** (définition de l'ouvrage) : « Une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations. »
- **Participation** (définition de l'ouvrage) : « L'engagement, par l'occupation, dans des situations de vie socialement contextualisées. »

Cet ouvrage est en vente sur la boutique en ligne de l'ANFE : <https://www.anfe.fr/boutique/livres>.

Pour rappel, en tant qu'adhérent, vous bénéficiez d'une réduction de 5% ; pour en profiter, pensez à vous identifier dans votre espace adhérent avant de procéder à l'achat en ligne.

Nominations

Fabrice Perrin devient conseiller au cabinet d'Agnès Buzyn

Depuis le 1^{er} avril, Fabrice Perrin est conseiller spécial chargé du secteur médico-social et de la réforme du grand âge au cabinet de la Ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn.

Frank Bellivier est devenu délégué ministériel à la santé mentale et psychiatrie

La nomination du nouveau délégué ministériel à la santé mentale et psychiatrie, au côté de la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, a été finalisée le 10 avril.

Le poste est attribué au Pr Frank Bellivier, professeur des universités-praticien hospitalier (PU-PH) chef du département de psychiatrie et de médecine addictologique du groupe hospitalier Saint-Louis/Lariboisière/Fernand-Widal à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP).

Virginie Magnant est la nouvelle directrice de la CNSA

Inspectrice générale de l'administration, Virginie Magnant est la nouvelle directrice de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) depuis le 1^{er} mai. Elle succède à Anne Burstin, dont le départ a été annoncé fin mars.

Depuis 2017, Virginie Magnant était directrice du cabinet de Sophie Cluzel, secrétaire d'État du Premier Ministre, chargée des personnes handicapées.

Carole Bousquet-Bérard prend la direction du cabinet de Sophie Cluzel

Après le départ de Virginie Magnant pour la direction générale de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), le cabinet de la secrétaire d'État en charge des Personnes handicapées, Sophie Cluzel, s'est réorganisé. Un arrêté du 29 avril, publié au Journal Officiel du 2 mai, a acté la fin de fonctions de la directrice de cabinet à compter du 1^{er} mai et l'arrivée le même jour de celle qui la remplace : Carole Bousquet-Bérard.

Sous-directrice du financement et de la modernisation à la délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle du Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social depuis 2016, Carole Bousquet-Bérard a débuté sa carrière en 2010 après être passée par HEC Paris (2000-2004), Sciences Po (master en administration publique, 2005-2007) et l'École nationale d'administration (2008-2010, promotion Émile Zola).

Michèle Lenoir-Salfati est reconduite à la tête de l'Agence nationale du DPC

Un arrêté paru au Journal Officiel (JO) du 29 juin acte la reconduction de Michèle Lenoir-Salfati, en tant que directrice générale de l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC), depuis le 11 juillet et pour une durée de trois ans.

Michèle Lenoir-Salfati, après avoir été nommée en mars 2016 directrice préfiguratrice de l'agence, en est la directrice générale depuis sa création, en juillet de la même année. Elle exerçait auparavant en tant que sous-directrice des ressources humaines du système de santé à la DGOS (2013-2016), après avoir intégré le ministère chargé de la santé comme adjointe à ce poste, en 2010.

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

Colloque FFDys à l'Assemblée Nationale

Le 27 mai 2019, l'ANFE a été invitée à participer au colloque de la FFDys organisé à l'Assemblée Nationale et intitulé « 7 millions de Dys, que faisons-nous pour eux ? ».

250 personnes (responsables politiques, associatifs, éducatifs, soignants et représentants des entreprises) ont participé à cette rencontre. Cela a été **l'occasion pour l'ANFE de rappeler les spécificités et la place des ergothérapeutes dans le parcours de santé des enfants et adultes Dys.**

En conclusion de la journée, le député Jean-Carles GRELIER a annoncé qu'il avait déposé une proposition de loi visant à une meilleure inclusion et prise en charge des troubles Dys. Parmi les propositions, se trouvent le **conventionnement avec la CNAM pour le remboursement des actes d'ergothérapie** (article 17) et l'**accessibilité des écoles aux professionnels de santé** pour qu'ils puissent réaliser leurs interventions (article 9).

L'ANFE soutient ces propositions et poursuit les travaux avec les parlementaires pour que cela puisse être validé par le gouvernement.

L'ergothérapie au Canada

L'ergothérapie au Canada s'est implantée dans une tradition anglo-saxonne puisque les pionnières étaient venues d'Angleterre et des États-Unis dotées d'une culture d'implication sociale comme l'étaient l'œuvre des dames patronnesses dédiées à la philanthropie pour soutenir les démunies de la société. Les compétences ainsi développées ont servi à implanter l'ergothérapie en Ontario, à Toronto plus spécifiquement.

La première formation en ergothérapie remonte à 1918, à Toronto, pour préparer des aides pour travailler avec les soldats blessés revenant de la première guerre mondiale. Avant cette date, les pionnières travaillaient dans des communautés au soutien des démunis. Ainsi, **la première association d'ergothérapeutes au Canada a vu le jour en 1920** et elle compte actuellement dans ses rangs 9 794 membres, incluant les membres étudiants. Dans l'ensemble, il y environ 17 000 ergothérapeutes au Canada.



“La première formation en ergothérapie remonte à 1918, à Toronto.”

des décennies. En 1952, l'association canadienne des ergothérapeutes a été un des membres fondateurs de la « *World Federation of Occupational Therapy* ». Des érudits canadiens de la profession ont contribué à la publication des lignes directrices de la pratique de l'ergothérapie au Canada, maintenant largement utilisées dans le monde entier (Townsend et Polatjako, 2013). Les dernières et neuvièmes mettent l'accent sur l'habilitation aux occupations, défini comme étant un des concepts

identitaires de la profession, attestant d'une évolution sur la perspective de l'occupation (Polatjako, 2001). Celle-ci a connu un périple passant de la thérapie récréative à l'utilisation récréative de l'activité,

de la promotion puis de l'habilitation des occupations (Polatjako, 2001). Depuis, la pratique actuelle des ergothérapeutes canadiennes s'inscrit dans un courant de revendication des possibilités occupationnelles pour des individus, des groupes, des collectivités ou organismes, recevant ou ne recevant pas de services en ergothérapie.

Pratiquer l'ergothérapie au Canada

Pratiquer l'ergothérapie dans une des provinces canadiennes requiert d'**obtenir son droit de pratique auprès de l'organisme de réglementation** de la province en question. Ces organismes (Ordre des ergothérapeutes du Québec, Ontario College of Occupational Therapists, et autres...) ont comme mission la protection du public et par conséquent, surveillent que la pratique des ergothérapeutes se fait dans les règles de l'art. Certains de ces organismes exigent un examen d'entrée, celui-ci étant régi par l'association canadienne des ergothérapeutes. Le permis de pratique doit être renouvelé annuellement.

Références :

- Polatjako, H. (2001). The evolution of our occupational perspective : The Journey from diversion through therapeutic use to enablement. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68 (4), 203-207.
- Townsend, E.A. et Polatjako, H.J (2013). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e ed. version française Noémi Cantin). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE.

Devenir ergothérapeute au Canada

Porteur d'une culture anglo-saxonne, **la formation en ergothérapie au Canada se fait dans les universités**, où les professeurs allient enseignement et recherche.

Pour devenir ergothérapeute au Canada, il est possible de le faire dans 1 des 14 programmes universitaires de formation répartis dans 6 de 10 provinces canadiennes. Ces programmes sont dans les villes de Vancouver (CB), Edmonton (AB), Winnipeg (MB), Hamilton (ONT), London (ONT), Toronto (ONT), Kingston (ONT), Ottawa (ONT), Trois-Rivières (QC), Québec (QC), Montréal (QC) et Sherbrooke (QC) ainsi qu'Halifax (NS). **Quatre de ces programmes, localisés au Québec, offrent la formation en français.**

Depuis 2008, la maîtrise professionnelle (*masters*) est le diplôme d'entrée sur le marché du travail. Les programmes de formation universitaire doivent obtenir un agrément de la part de l'association canadienne des ergothérapeutes attestant qu'ils rencontrent les critères de qualité attendus d'une formation au deuxième cycle. Au Québec, la formation comprenant un baccalauréat et une maîtrise dure ainsi 4 ans ½ en moyenne alors que dans le reste du Canada, elle ne comprend que la formation à la maîtrise d'une durée de 2 ans après un baccalauréat général en santé. Il y a actuellement 2 500 étudiants en ergothérapie au Canada.

Contributions singulières d'ergothérapeutes du Canada

Les ergothérapeutes canadiens ont fait preuve d'engagement et de rayonnement international depuis

Martine BROUSSEAU,
Ergothérapeute au Canada



Portrait de chercheur



**Alice
Pellichero**

Ergothérapeute diplômée en juin 2014 à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Bordeaux, Alice Pellichero mène aujourd'hui un projet de recherche clinique dans le cadre du programme de Doctorat en Sciences Cliniques et Biomédicales de l'Université Laval (Québec City, Canada). Elle est rattachée au Centre Interdisciplinaire de Recherche en Réhabilitation et Intégration Sociale (CIRRS) et est sous la direction du Dr François Routhier (CIRRS), Dr Krista Best (CIRRS) et Dr Eric Sorita (Université de Bordeaux). Alice Pellichero prépare sa thèse en codirection avec l'Université de Bordeaux.

Le but général de son projet de recherche doctoral consiste à améliorer le processus d'attribution d'un fauteuil roulant motorisé grâce à une meilleure compréhension, une meilleure évaluation et un meilleur entraînement de la cognition globale. En effet, le jugement clinique joue un rôle central dans le processus d'attribution d'un fauteuil roulant motorisé et il y a un nombre limité d'instruments de mesure standardisés et validés qui permettent d'évaluer les capacités à utiliser de façon sécuritaire et efficace un fauteuil roulant motorisé. Mais surtout, les instruments de mesure actuellement utilisés focalisent majoritairement sur les habiletés motrices. Il en est de même pour l'entraînement. Or, le fonctionnement cognitif, que ce soit en termes d'évaluation ou d'entraînement, constitue une préoccupation importante exprimée par les cliniciens.

Dans ce contexte, les objectifs spécifiques du projet sont

- D'identifier les éléments du fonctionnement cognitif qui sont requis pour la conduite efficace et sécuritaire d'un fauteuil roulant motorisé ;

- D'explorer les relations qui peuvent exister entre les outils d'évaluation existants de la conduite en fauteuil roulant motorisé et le fonctionnement cognitif ;
- De développer et évaluer un programme d'entraînement des fonctions cognitives requises pour la conduite efficace et sécuritaire d'un fauteuil roulant motorisé.

Les résultats attendus permettront de répondre à un besoin clinique existant. Alors que les connaissances scientifiques et cliniques sur les fonctions motrices requises pour l'utilisation d'un fauteuil roulant se sont développées depuis une bonne vingtaine d'années, il est maintenant nécessaire de s'attarder aux connaissances en lien avec les fonctions cognitives afin de permettre à un plus grand nombre d'individus de tirer profit de cette aide à la mobilité.

Ce projet se veut également le premier pas vers l'implantation de nouvelles pratiques cliniques novatrices basées sur des données probantes.

Alice Pellichero collabore également avec les équipes COMETE à l'université de Normandie (UNICAEN, INSERM), IFSTTAR à l'Université Lyon 1 et du CNRS à l'Université de Bordeaux, dans le cadre d'un large projet de recherche sur les habitudes de conduite des personnes vieillissantes. La participation d'Alice se centre sur l'anticipation de l'arrêt de la conduite : une façon de mieux vieillir.

L'objectif de ce projet de recherche était d'explorer l'impact de l'arrêt de la conduite automobile sur l'engagement des personnes âgées dans leurs occupations et d'identifier certains facteurs d'adaptation à l'arrêt de la conduite.

Les résultats de cette étude amènent à conclure que, l'arrêt de la conduite automobile réduit significativement l'engagement des personnes âgées dans leurs occupations et que les conducteurs âgés qui vont arrêter de conduire dans l'année ont un profil sociodémographique, un état de santé et des habitudes de conduite différents de ceux conduisant toujours.

En parallèle, Alice Pellichero participe, en tant qu'assistante de recherche, au projet « Café-In » sur l'inclusion sociale des personnes atteintes de lésions cérébrales traumatiques (TBI) au Centre Interdisciplinaire de recherche en Réhabilitation et Intégration Sociale (CIRRIIS) à Québec.

Cette étude a pour objectif de modéliser et d'expérimenter l'activité « Café-In » comme intervention afin d'évaluer son efficacité pour soutenir la participation et l'inclusion sociale des personnes atteintes de TBI. En effet l'inclusion sociale des personnes atteintes de lésions cérébrales traumatiques (TBI) reste un défi. Pour améliorer l'inclusion de ses membres, l'association « TCC des Deux-Rives » (ATCCDR) a conçu une activité innovante, le « Café-In ». Le Café-In est une activité café club gérée par les membres de TBI, qui a pour objectif d'ouvrir ces membres à la communauté par le biais d'activités d'échange et de partage avec des partenaires de divers organismes communautaires qui sont invités à dis-

cuter de leur milieu de vie. Compte tenu de l'aspect novateur et du potentiel de généralisation de cette activité à d'autres associations TBI, il était nécessaire d'évaluer l'acceptabilité et l'efficacité de cette innovation sociale. L'objectif est d'évaluer l'acceptabilité et l'efficacité du Café-In, des méthodes pour explorer la perception des membres ayant un TBI et des membres de la communauté, et un plan pour mettre en œuvre cette activité innovante auprès d'autres organismes.

À la fin de ce projet, une activité novatrice pouvant être maintenue au profit des membres du TBI sera modélisée. Les résultats du projet seront synthétisés dans un guide de sensibilisation et distribués aux organisations partenaires ainsi qu'aux autres organisations communautaires et associations regroupant des membres de TBI. Enfin, ce guide servira de document de réflexion sur l'inclusion sociale de personnes d'origines diverses.

Parcours universitaire :

- 2009 : Baccalauréat Scientifique (*Dax, France*)
- 2011 : Concours Première Année Commune aux Études de Santé - Filière Ergothérapie Université Bordeaux II (*Bordeaux, France*)
- 2011 - 2014 : Diplôme d'État d'Ergothérapeute - Institut de Formation en Ergothérapie de Bordeaux (*Bordeaux, France*)
- 2015 : Oxford University School - Formation Anglais (*Oxford, Angleterre*)
- 2015 : Formation Anglais - Université Lille 3 (*Lille, France*)
- 2016 - 2018 : European Master of Science in Occupational Therapy - Amsterdam University of Applied Sciences (*Amsterdam, Pays-Bas*)
- Depuis septembre 2018 : Doctorat en Science Cliniques et Biomédicales spécialité Réadaptation - Université Laval, Faculté de Médecine, département de réadaptation (*Québec, Canada*)

Parcours professionnel :

- 2014 - 2017 : Ergothérapeute en EHPAD (*Valenciennes (59), Douchy-les-Mines (59), Vielles-Saint-Girons (40)*)
- 2015 : Expert nommée à la Haute Autorité de Santé - Rédaction du guide de bonne pratique : Accompagner la fin de vie des personnes âgées à domicile et en établissement médico-social
- 2018 : Ergothérapeute en Soins de Suite et de Réadaptation, service neurologie (*Hôpital APHP Rothschild (Paris), Hôpital Sainte-Anne (Paris)*)

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

Approche centrée sur la personne, son environnement
et ses occupations : l'utilisation de la Mesure Canadienne
du Rendement Occupationnel (MCRO)
pour donner la direction et le sens au projet de soins

Le modèle canadien en lien avec l'engagement dans l'occupation

Le **Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO)** a été développé par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE) suite à la demande des politiques canadiennes de **justifier l'impact des actions des ergothérapeutes sur la santé des citoyens**. En 1983, Law développe des groupes de réflexion sur les modèles conceptuels et de pratique en ergothérapie. Les recherches scientifiques entre 1983 et 1993 permettent la publication de trois livres (CAOT, 1997, 2002) et l'utilisation au Canada de cette approche dans des secteurs aussi diversifiés que la réadaptation, l'accompagnement des personnes âgées ou la santé mentale. En 2013, la parution de l'ouvrage en français "*Habiliter à l'occupation, faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*" favorise le développement de cette pratique en France (Townsend et al., 2013).

La **Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO)** ou Canadian Occupational Performance Measure (COPM) est un **outil validé directement issu de ce modèle de pratique** (McColl et al., 2000). Carswell et al. (2004) présente une revue des études scientifiques et cliniques effectuées entre 1994 et 2004 sur l'utilisation de la MCRO et en documente les effets sur la pratique et la recherche en ergothérapie, à travers le monde. Les conclusions de cette étude soulignent que **la MCRO est une mesure valide, fiable, adaptable et cliniquement utile pour les patients mais aussi pour leurs proches**. La MCRO, selon cette étude, favorise la pratique centrée sur la personne et ses occupations, favorise la pratique fondée sur les données probantes et est utile dans les recherches en réadaptation. Graff (2013), dans le cadre de la méthode Community Occupational Therapy in Dementia (COTID), utilise la MCRO dans un entre-

tien auprès de la personne ayant une maladie d'Alzheimer et son proche aidant. La MCRO est un outil indispensable dans la mise en place du programme Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance (CO-OP) aussi bien dans le cadre de la pédiatrie (Polatajko et al., 2001) que chez les adultes cérébrolésés (Mc Ewen et al., 2015). La MCRO met en évidence les liens qui existent entre la personne, son environnement, ses activités, le sens qu'elle donne à sa vie et sa santé (Law et al., 2015). Cette démarche semble suffisamment ouverte pour favoriser l'expression de la personne et facilite la décision commune vers un projet de soins. McColl M.A. et al. (2005) démontrent la souplesse de cette mesure et souligne la possibilité d'adaptation de l'outil pour capter les différentes attentes et besoins des personnes.

La MCRO : description et cohérence avec le modèle

La MCRO est une évaluation subjective qui permet de mesurer les changements qui s'opèrent dans le temps en ce qui concerne le rendement occupationnel de la personne. Elle consiste en un entretien semi-structuré qui doit permettre à la personne de coter l'importance, le rendement et la satisfaction qu'elle perçoit relativement à ces occupations. **Il s'agit d'un outil standardisé, l'ergothérapeute doit donc suivre les indications du manuel de passation** lorsqu'il fait passer une MCRO (Law et al., 1997).

C'est un entretien semi-structuré qui permet de déterminer si le client éprouve des problèmes dans ses activités de tous les jours. L'ergothérapeute utilise les techniques d'entretien comme les questions ouvertes, l'écoute réfléchie, la description d'une journée type... « *Quelles sont les activités que vous aimeriez, que vous devez ou que vous devriez pouvoir réaliser et qui vous posent problème aujourd'hui?* ». L'ergothérapeute va établir les niveaux de capacité

d'agir (rendement ou performance) et de satisfaction dans les domaines des soins personnels (faire sa toilette, s'habiller, manger, se déplacer en ville ...), des loisirs (paisibles, actifs, vie sociale), de la productivité (travail rémunéré ou non, gestion du foyer, activité scolaire...). Cet outil favorise la rencontre avec la personne et permet de comprendre le contexte occupationnel et le niveau d'engagement de la personne dans le quotidien.

Par exemple, Nicolas a 26 ans et est actuellement étudiant en psychologie. Il aime la cuisine, les jeux vidéos, les jeux de société, le cinéma... Il n'a actuellement ni emploi ni engagement associatif. Il a un frère aîné et une sœur cadette. Il habite dans un logement étudiant tout proche de l'université. Il est atteint d'une maladie neuromusculaire. Il se présente comme une personne très ouverte, dynamique, et curieuse. Il a des auxiliaires toute la journée et la nuit. Il habite au premier étage du bâtiment, il y a deux ascenseurs qui sont bien entretenus et tombent très rarement en panne d'après lui. Le logement est accessible et aménagé. Il y a également des petits commerces de proximité (boucher, primeur, boulangerie). Proche il y a un cabinet de médecine, la poste, une pharmacienne, une ligne de bus et le métro est à 5 minutes.

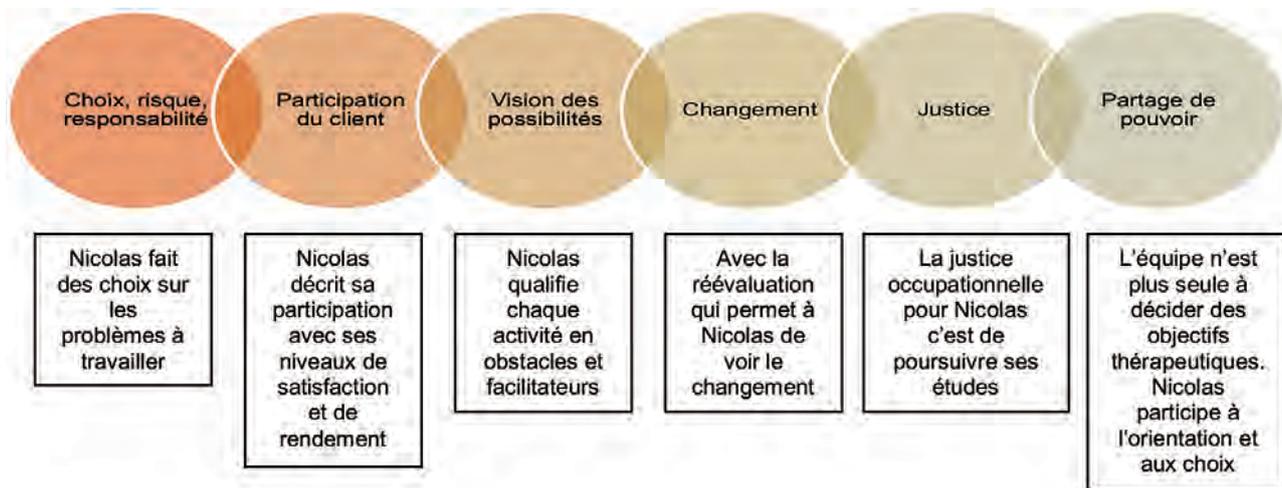
Lorsque nous le rencontrons à l'hôpital, nous identifions les domaines principaux de sa vie et les problèmes du quotidien. Dans ses soins personnels, il a du mal à amener à la bouche et doit être aidé lorsqu'il est fatigué pour porter un verre et une fourchette à la bouche. Il prend beaucoup de temps pour prévoir un déplacement en ville mais son auxiliaire de vie est une compensation efficace qui facilite cette activité. Il regrette de ne pas pouvoir le faire seul plus souvent. Dans le domaine des loisirs, il aime faire du modélisme et principa-

lement de la peinture de figurines mais se plaint de difficulté pour faire les détails. Ce passe-temps lui permet un temps centré sur lui-même. Il aime aussi jouer aux jeux vidéos avec ses amis, moment de convivialité essentiel pour lui. Au niveau de la productivité, il utilise l'ordinateur pour la prise de notes de ses cours mais sa fatigabilité et ses difficultés de dissociation des doigts augmentent le temps de frappe.

Suite à l'exploration des activités problématiques dans le quotidien, nous avons identifié avec Nicolas les problèmes les plus importants pour lui qu'il va falloir investir dans le plan d'intervention. *“Dans quelle mesure est-il important pour vous d'être capable d'exécuter cette activité ?”*. Nicolas va utiliser une réglette visuelle allant de 1 à 10 pour pondérer l'importance de chaque problème. Cette étape favorise la verbalisation autour des attentes, des besoins de Nicolas et de la prise de décision sur ce qui est important pour lui. Au maximum 5 problèmes sont pris en compte ensemble pour construire les futurs objectifs thérapeutiques. Puis nous avons demandé à Nicolas de définir quelle cotation de 1 à 10 il donnerait à sa façon d'accomplir les activités problématiques choisies : *« Comment coteriez-vous la façon dont vous accomplissez cette activité actuellement ? »* et quel est son niveau de satisfaction de 1 à 10 : *« Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon dont vous exécutez cette activité actuelle ? »*. Le retour de Nicolas est mis sur un tableau récapitulatif pour visualiser sa situation.

Il s'agit d'une évaluation subjective. Les données normatives ne peuvent être interprétées qu'en comparaison avec une réévaluation. En effet, elles n'ont de sens que pour évaluer une différence suite au plan de traitement interprofessionnel. Nous évaluons l'expérience subjective de Nicolas et comment il

	Importance (/10)	Rendement (/10)	Satisfaction (/10)
Boire un verre	10	7	4
Porter une fourchette à la bouche	8	6	3
Faire de la peinture de modélisme	7	4	2
Utiliser l'ordinateur dans les études et en dehors	6	5	4
Jouer à des jeux vidéo	6	6	5



Concepts de base de l'habilitation - Townsend et al. (2013)

identifie ce changement. **La MCRO fait partie des évaluations qui permettent de faire un diagnostic en ergothérapie** (Dubois et al., 2017).

Cette approche vise à « faciliter, guider, coacher, éduquer, mobiliser, écouter, réfléchir, encourager ou collaborer avec les personnes, les groupes, les orga-

nismes, les associations afin de mettre à la disposition des personnes les outils permettant de diriger leur vie. » (Townsend et al., 2013, pp. 116-117). Il s'agit du concept d'habilitation qui est la base de ce processus centré sur la personne, ses proches et ses occupations.

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 décrit, 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 décrit 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 soutiendra et inspirera également les praticiens déjà en exercice.



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



Conclusion

La MCRO est clairement identifiée comme outil pour construire le diagnostic en ergothérapie et permettre la décision en équipe quant aux orientations du processus de soins. Cette mesure ouvre sur les interventions vers l'occupation, préoccupation centrale des ergothérapeutes (Caire et al., 2018).

Depuis 2016, une équipe de cinq formateurs développe la formation continue sur le modèle MCREO et engage des recherches

“La MCRO est clairement identifiée comme outil pour construire le diagnostic en ergothérapie et permettre la décision en équipe quant aux orientations du processus de soins.”

francophones sur le sujet, soutenues par l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). De plus, la réingénierie de la formation initiale de 2010 prône l'enseignement des pratiques centrées sur l'occupation, comme l'utilisation de la MCRO. La sortie des nouveaux étudiants permettra peut-être de voir le développement de l'utilisation de cet outil et l'impact de cette évolution en ergothérapie sur les clients : la personne, son entourage, le groupe de personnes, voire l'organisation sociale.

Bibliographie :

- Caire, J-M., Morel-Bracq, M-C. (2018). La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) facilite-t-elle l'engagement occupationnel des personnes bénéficiant d'interventions en ergothérapie en France? Dans J-M., Caire, A., Schabaille *Engagement, occupation, santé*. Paris: ANFE.
- Canadian Association of Occupational Therapists. (1997). *Enabling occupation: An occupational therapy perspective*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Canadian Association of Occupational Therapists. (2002). *Enabling occupation: An occupational therapy perspective* (2nd ed.). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Carswell, A., McColl, M. A., Baptiste, S., Law, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (2004). The Canadian Occupational Performance Measure: A Research and Clinical Literature Review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(4), 210-222. <https://doi.org/10.1177/000841740407100406>
- Dubois, B., Thiébaud Sansom, S., Trouvé, E., Tosser, M., Poriel, G., Tortora, L., Riguet, K., Guesné, J. (2017). *Guide du diagnostic en ergothérapie*. Paris: ANFE, de Boeck Supérieur.
- Graff, M.J.L. et al. (2013). *L'ergothérapie à domicile auprès des personnes âgées souffrant de démence et leurs aidants, Le programme COTID*, ANFE, Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur. McColl, M-A., Paterson, M., Davies, D., Doubt, L., Law, M. (2000). Validity and community utility of the Canadian Occupational Performance Measure. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67(1), 22-30.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M., Polatajko, H., Pollock, N. (2015). COPM Canadian Occupational Performance Measure (Norwegian Version) 5th ed. Oslo: NKRR National Advisory Unit on Rehabilitation in Rheumatology.
- Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S., & Townsend, E. (1997). Concepts de base de l'ergothérapie. Dans Association canadienne des ergothérapeutes, Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- McColl, M-A., Paterson, M., Davies, D., Doubt, L., Law, M. (2000). Validity and community utility of the Canadian Occupational Performance Measure. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67(1), 22-30.
- McEwen, S., Polatajko, H., Baum, C., Rios, J., Cirone, D., Doherty, M., & Wolf, T. (2015). Combined Cognitive-Strategy and Task-Specific Training Improve Transfer to Untrained Activities in Subacute Stroke: An Exploratory Randomized Controlled Trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 29(6), 526-536. <https://doi.org/10.1177/1545968314558602>
- Polatajko, H.; Mandich, A.; Missiuna, C.; Miller, T.; Macnab, J.; Malloy-Miller, T.; Kinsella, E. (2001) *Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance(CO-OP)*. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics* 20:2-3, pages 107-123.
- Townsend, E. A., Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2ed. version). Ottawa: CAOT Publications ACE.

Jean-Michel CAIRE,
Responsable de la coordination pédagogique de l'IFE de Toulouse,
PhD Sciences de l'Éducation



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

Le concept d'équilibre du style de vie : application des connaissances en ergothérapie

Introduction

Il n'est pas aisé de distinguer les concepts d'équilibre de vie (Matuska, 2012), d'équilibre occupationnel (Wagman, Håkansson et Björklund, 2012) ou encore celui d'équilibre du style de vie (Matuska et Christiansen, 2008). Bien qu'étant le concept le moins documenté dans le domaine de l'ergothérapie, l'équilibre du style de vie (ou *lifestyle balance*) apporte des éléments pertinents pour comprendre comment la configuration des occupations contribue à une meilleure santé, à un niveau élevé de satisfaction de vie et à un sentiment de bien-être général. **L'objectif de cet article est de documenter le concept d'équilibre du style de vie et de proposer des pistes de réflexion pour appliquer ces connaissances dans la pratique professionnelle en ergothérapie.**

Définition du concept d'équilibre du style de vie

L'intérêt de vivre une vie équilibrée et le concept d'équilibre sont des déterminants importants dans les études menées en science de l'occupation. Le concept d'équilibre du style de vie ne diffère pas en tout point des concepts d'équilibre occupationnel ou équilibre de vie. Certains auteurs s'attachent à les distinguer, alors que d'autres les identifient comme similaires, à quelques différences près. Eklund et al. (2017) associe l'équilibre occupationnel au changement du style de vie. Les auteurs indiquent que la prise en compte des routines quotidiennes ou patron occupationnel [*patterns of daily occupations*] ainsi que l'équilibre occupationnel ont contribué à plusieurs programmes en ergothérapie. Ces programmes ont pour objectif le changement du style de vie, tel que l'étude de Clark et al. (2012) concernant l'efficacité des interventions centrées sur le style de vie qui visent à promouvoir le bien-être des personnes âgées autonomes. Défini par Matuska et

Christiansen (2008), l'équilibre du style de vie est un préalable au bien-être psychologique et à la santé globale. Cet équilibre tend vers la satisfaction de cinq besoins :

- 1) Répondre aux besoins élémentaires nécessaires au maintien de la santé biologique et à l'intégrité physique ;
- 2) Avoir des relations gratifiantes et positives avec autrui ;
- 3) Se sentir engagé, mis au défi et compétent ;
- 4) Créer du sens et développer une identité personnelle positive ;
- 5) Organiser son temps et son énergie de façon à répondre à des objectifs personnels et/ou de changement.

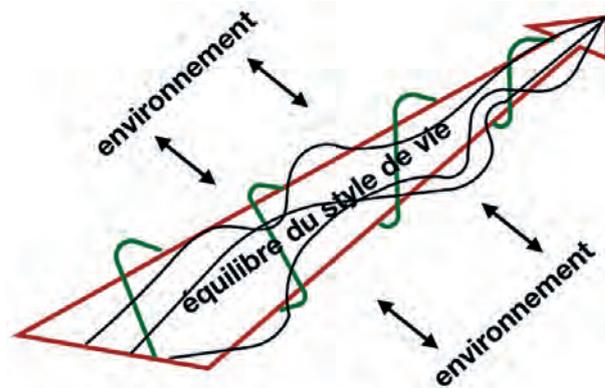


Figure 1. Représentation visuelle du modèle d'équilibre du style de vie (Matuska et Christiansen, 2008).

Limite de l'équilibre du style de vie

Le concept d'équilibre du style de vie est particulièrement employé, et de ce fait documenté, dans les domaines des ressources humaines, du management et de la psychologie sociale. Ces disciplines se saisissent de l'équilibre du style de vie au regard des conflits qui peuvent apparaître dans la gestion de la vie professionnelle et familiale (Hayman, 2005). Pour autant, ce concept a également fait l'objet de publication en ergothérapie

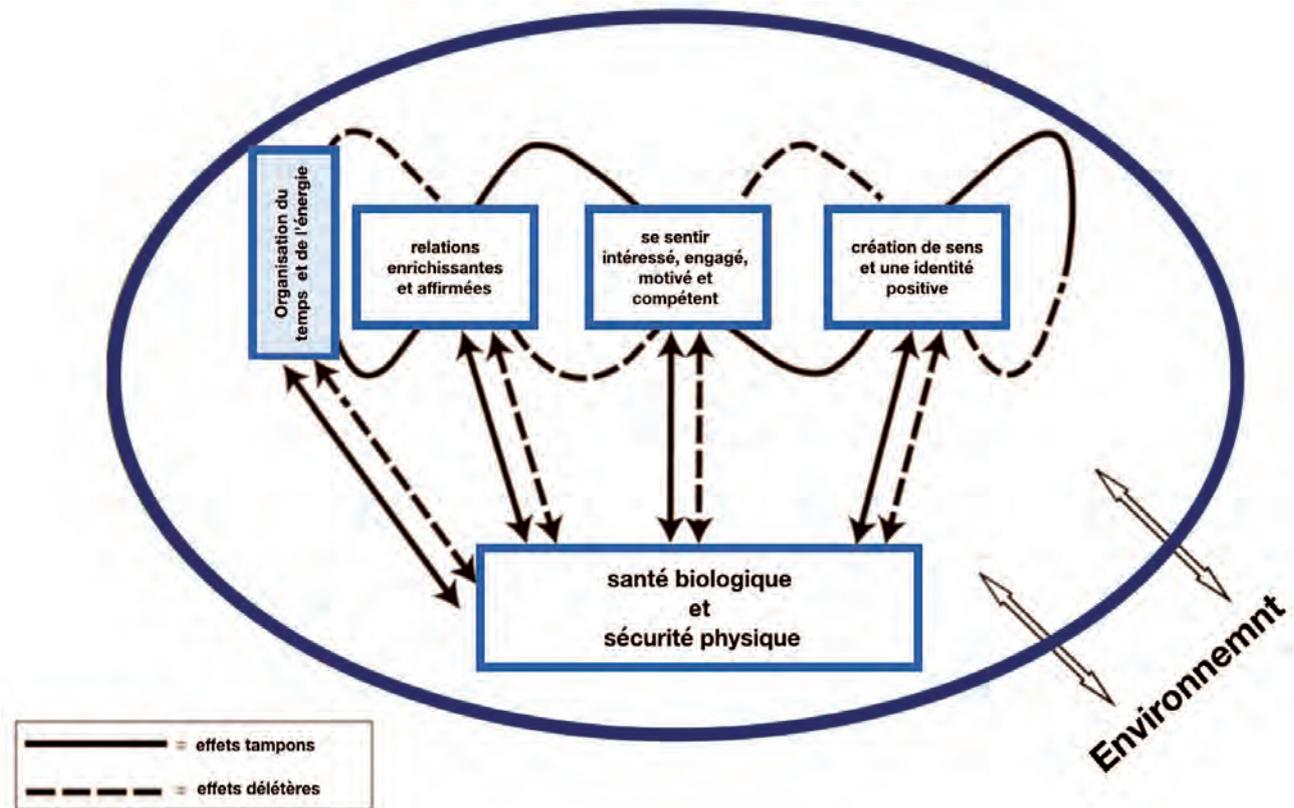


Figure 2. Ré-organisation du modèle du style de vie de Matuska et Christiansen par Stein, Foran et Cermak, 2011.

comme l'étude de Wagman, Håkansson, Matuska, Björklund et Falkmer (2012) qui ont exploré l'équilibre du style de vie auprès de la population suédoise active. Ils ont identifié que la sécurité financière contribuait de façon importante à l'équilibre du style de vie au même titre que les habitudes saines liées au sommeil, l'exercice physique, l'alimentation ainsi qu'au maintien de bonnes relations interpersonnelles. L'utilisation du concept d'équilibre demande aux ergothérapeutes de dépasser le modèle biomédical et de fonder leur pratique sur l'interaction de la personne, ses occupations et son écosystème. Cela demande également de sortir d'une vision individuelle et/ou groupale au profit d'un processus d'intervention visant la gestion des situations de déséquilibre à l'échelle populationnelle.

Évaluation du style de vie

À ce jour, il n'existe pas d'échelle spécifique à l'équilibre du style de vie. Ceci est un frein dans l'utilisation de ce concept dans la pratique professionnelle en ergothérapie. Toutefois, l'équilibre

du style de vie a tout de même fait l'objet d'études scientifiques en ergothérapie. Wilcock et al., (1997) se sont intéressés aux perceptions de l'équilibre du style de vie et ses relations avec la santé. Une méthode d'échantillonnage en grappe (*cluster*) a été menée auprès de 146 Australiens, de tout âge, vivant dans des conditions de vie différentes. En outre, Wagman et al. (2012) ont mené une étude qualitative auprès de 19 participants suédois exerçant une activité professionnelle. Un guide d'entretien semi-dirigé a été construit à partir des cinq domaines documentés (*cf. précédemment*) par Matuska et Christiansen (2008).

Illustration clinique

Dans l'exercice de leur pratique professionnelle auprès des patients, usagers et/ou bénéficiaires, le concept d'équilibre du style de vie s'avère peu utilisé par les ergothérapeutes en France. Or, il est démontré que le stress ressenti par les contraintes de temps liées à la vie moderne perturbe considérablement l'équilibre du style de vie (Christiansen et Matuska, 2006). Une étude de cas est présentée

ci-après afin d'illustrer la situation d'une personne en période de reconversion professionnelle et présentant une situation d'épuisement, de surmenage (*burn-out*).

a) État occupationnel de M. J

Monsieur J est âgé de 45 ans et vit en couple dans un quartier pavillonnaire en région parisienne. Il exerce une profession libérale dans le domaine juridique et il a entrepris, depuis 18 mois, un projet de poursuite d'études en Master en parallèle de son activité professionnelle. Marié depuis plus de vingt ans, il est le père d'une adolescente de 16 ans et d'un fils puîné de 11 ans. Monsieur J se retrouve depuis 5 mois en arrêt de travail prolongé en raison d'état dépressif consécutif d'un épisode de *burn-out*. Suivi par un psychiatre, il a obtenu un score de 26/52 à l'échelle de dépression de Hamilton. Ce qui correspond à la manifestation de symptômes dépressifs modérés à sévères.

M. J éprouve des limitations d'activités à l'égard des cinq besoins identifiés par Matuska et Christiansen (2008), à savoir : il présente de fortes préoccupations sur sa santé, il manque d'appétit et néglige ses soins d'apparence (*besoin 1*) ; sa situation altère la qualité de ses relations familiales, sociales et professionnelles, il néglige ses responsabilités envers l'éducation de ses enfants et il ressent une perte de libido (*besoin 2*) ; M. J ne parvient plus à se sentir mis au défi, la gestion de ses examens, la rédaction de son mémoire et la gestion de ses activités de juriste lui semblent impossibles à surmonter (*besoin 3*) ; il se sent dévalorisé, incapable de dépasser l'anxiété des examens, et ressent une pression impérieuse de réussite vis-à-vis de lui-même (*besoin 4*) ; enfin, M. J manifeste une tendance à l'aboulie, il ne parvient guère à trouver des solutions pour aménager son activité professionnelle, adapter sa charge de travail universitaire et/ou assurer ses responsabilités familiales (*besoin 5*).

b) Besoins exprimés par Monsieur J

Activités de productivité : M. J étant en arrêt de travail prolongé, ses ressources financières ont

diminué à l'issue de la période de carence. Si la situation persiste, la gestion du budget domestique et familial risque de fragiliser la capacité du couple à financer leur prêt immobilier et conséquemment à financer leurs consommations courantes de produits et de services, à maintenir l'inscription des enfants dans des écoles privées ainsi que leur participation dans des activités sportives et/ou culturelles. La démarche de poursuite d'étude visait à améliorer ses conditions de travail et à obtenir plus de ressources financières pour effectuer des travaux de rénovation de la maison.

Activités de loisirs : Étant parent, la situation de M. J porte préjudice à son style de vie ainsi qu'aux occupations des membres de sa famille. M. J n'exprime plus l'envie de s'adonner à des loisirs ou de sortir de son domicile. Cette situation isole peu à peu sa femme et ses enfants de leur réseau amical et familial.

Activités de soins personnels : M. J manifeste des difficultés à initier des activités de la vie quotidienne et à maintenir un rythme de vie ordinaire. Il néglige son apparence et sa toilette qui perturbe son identité positive et son sentiment de capabilité.

Activités de repos : M. J souffre d'une perturbation du rythme de sommeil, il se réveille pendant la nuit (idées noires) et il est incapable de se rendormir lorsqu'il se réveille. Son sommeil est perturbé par des pensées angoissantes, des cauchemars et un sentiment de grande culpabilité.

c) Formulation du diagnostic ergothérapeutique

Monsieur J éprouve des difficultés pour s'engager dans l'ensemble de ses occupations quotidiennes. Les facteurs qui restreignent son engagement occupationnel relèvent de troubles de la santé mentale, notamment la capacité à rester concentré, à initier une action désirée ainsi que l'altération de l'estime de soi. Suite à une situation de surmenage dans un contexte de *burn-out*, M. J manifeste un état de grande fragilité générale qui perturbe sa vie familiale, qui bouleverse tant ses

activités professionnelles, qu'universitaires. Sa situation altère également son bien-être général et son équilibre du style de vie. Malgré un réseau de soutien social présent et une famille soucieuse de sa situation, M. J parvient avec difficulté à évoquer sa situation, ce qui renforce le sentiment de solitude et de culpabilité. Enfin, en absence de suivi thérapeutique et de la mise en œuvre de stratégie d'adaptation pour faire face à cette situation, la situation financière du couple, le maintien des occupations signifiantes et la qualité de vie des membres de la famille sont inévitablement menacés.

Conclusion

Indépendamment du choix conceptuel lié à la gestion de l'équilibre du style de vie, de l'équilibre occupationnel ou de l'équilibre de vie, **il importe aux ergothérapeutes français de fonder leur pratique professionnelle sur des données probantes issues notamment des sciences de l'occupation.** Cet article invite les ergothérapeutes à **dépasser le modèle biomédical vers un modèle bio-psycho-social de la santé, du bien-être et du sens que l'on attribue à la vie vécue.** Les sciences de l'occupation ouvrent de nouvelles avenues en France pour le développement et la promotion de l'ergothérapie !

Références :

- Christiansen, C. H., & Matuska, K. M. (2006). Lifestyle balance: A review of concepts and research. *Journal of Occupational Science*, 13(1), 49-61.
- Clark F, Azen SP, Zemke R, et al. Occupational therapy for independent-living older adults. A randomized controlled trial. *JAMA*. 1997;278:1321–1326
- Eklund, M., Orban, K., Argentzell, E., Bejerholm, U., Tjörnstrand, C., Erlandsson, L.-K., & Håkansson, C. (2017). The linkage between patterns of daily occupations and occupational balance: Applications within occupational science and occupational therapy practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24(1), 41-56. <https://doi.org/10.1080/11038128.2016.1224271>
- Hayman, J. 2005. Psychometric Assessment of an Instrument Designed to Measure Work Life Balance. *Research and Practice in Human Resource Management* 13 (1): 85-91.
- Wagman, P., Håkansson, C., Matuska, K. M., Björklund, A., & Falkmer, T. (2012). Validating the model of lifestyle balance on a working Swedish population. *Journal of Occupational Science*, 19(2), 106–114.
- Wilcock, A. A., Chelin, M., Hall, M., Hamley, N., Morrison, B., Scrivener, L., & Treen, K. (1997). The relationship between occupational balance and health: A pilot study. *Occupational Therapy International*, 4(1), 17–30.



Yannick UNG,
Ergothérapeute PhD.

Directeur Recherche et Développement (R&D) chez Merci Julie
Chercheur associé au laboratoire CERMES à l'Université Paris Descartes-Sorbonne

La nécessité d'une écriture professionnelle

Selon l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE, 2012) la relation entre praticien et client¹ est fondamentale en ergothérapie et fait partie de son rôle de communicant. La communication comprend les modes de communication orale, mais aussi écrite et électronique.

En France, le référentiel d'activité (arrêté du 5 juillet 2010) précise que dans le cadre de la réalisation du diagnostic ergothérapeutique et la construction du projet d'intervention (activité n°1), l'ergothérapeute formalise ses résultats et rédige des conclusions issues de l'analyse des données. L'activité n°6 recouvre le traitement de l'information à travers la transcription et la transmission des données à la personne, à l'entourage et à l'institution concernée, l'ergothérapeute, assure la traçabilité de ses activités. L'activité n°5 concernant la réalisation et le suivi de projets d'aménagement de l'environnement, mentionne la rédaction de rapports précisant l'ensemble des conclusions. L'activité n°8 stipule que l'ergothérapeute produit des documents professionnels et de recherches (études et travaux de recherche, publications à usage de ses pairs et/ou d'autres professionnels, protocoles ou procédures). Il échange avec les réseaux professionnels à travers des communications et des partages d'informations. Enfin, l'activité n°9 signale que l'ergothérapeute est amené à renseigner des documents de suivi, réaliser des corrections de travaux écrits de stagiaires ou de professionnels en formation.

Ainsi dans sa pratique, **chaque ergothérapeute produit un certain nombre d'écrits professionnels pour documenter les dossiers de ses bénéficiaires** : rapports d'évaluation, argumentaires ou bien notes de suivi.

L'objectif est d'abord professionnel, puisqu'il s'agit d'outils pour le travail de tous les jours. Ces écrits servent également à justifier l'intervention en ergothérapie et produire un certain nombre de données permettant de rendre compte de son activité.

Il s'agit également d'une **responsabilité légale**, car d'une part, la recherche de qualité dans les éta-

blissements impose une traçabilité des actions entreprises et des informations collectées ; d'autre part, la place de l'usager dans notre système de santé ayant été réaffirmée, ce dernier a le droit de consulter son dossier en tout temps². L'information est un élément essentiel dans la relation de confiance réciproque entre le professionnel de santé et la personne (HAS, 2012, p.4).

Cette activité prend du temps dans la journée de travail d'un ergothérapeute (travail indirect). Elle constitue une préoccupation importante car elle doit refléter correctement sa pratique, se référer à des approches théoriques reconnues scientifiquement, justifier les décisions prises par l'ergothérapeute, pour et avec la personne lors de l'ensemble du processus d'intervention, tout en prenant le moins de temps possible.

Mais plusieurs écrits font ressortir les difficultés reliées à l'écriture (Mattingly et Hayes-Fleming, 1993 et Pierre, 2001, cités par Bonner, 2013). Tout d'abord, les savoirs d'un ergothérapeute ne sont pas toujours faciles à mettre en mots. Les ergothérapeutes connaissent souvent beaucoup plus de choses que ce qu'ils sont capables d'exprimer en mots, ce qui peut expliquer un sentiment d'insatisfaction quant à l'écriture. Howse et Bailey (1992) précisent d'ailleurs que l'action d'écrire est un processus cognitif exigeant, créant de la résistance chez les professionnels.

Le manque de temps ou la volonté de l'ergothérapeute d'accorder plus d'importance aux bénéficiaires qu'aux écrits sont des raisons également fréquemment invoquées pour se soustraire à cet exercice.

Pourtant, nombreuses sont les raisons d'exiger une bonne tenue de dossier, car un dossier mal tenu peut donner l'impression qu'il est mal maîtrisé.

Il est utile de rappeler que le langage a certes une dimension instrumentale qui permet de transmettre une information, des règles et des procédures, mais le langage sert surtout à penser. Il sert à organiser, à rendre plus intelligible ce que l'on fait, à raisonner, à résoudre un problème, à anticiper des solutions, à élaborer des normes... L'écriture traduit donc les modes de raisonnement clinique.

1. Le terme de client doit être entendu ici comme le demandeur de l'intervention qu'il soit « patient », aidants ou institution commanditaire de la prestation.

2. Loi du 2 janvier 2002 et loi du 4 mars 2002.

L'écriture professionnelle est une forme d'écriture particulière. Il ne s'agit pas d'une simple écriture chronologique d'évènements, mais davantage d'une argumentation. L'ergothérapeute découvre ces exigences une fois sur le terrain, étant confronté à produire des rapports d'évaluation ou des notes de suivi dans des situations de plus en plus complexes. Le clinicien se retrouve à répondre aux questions suivantes :

- Quelles informations retenir pour les noter ?
- Toutes les observations ont-elles le même poids dans l'évaluation ?
- Qu'est-il essentiel de faire valoir ?
- Comment l'écrit sera utilisé et par qui ?

Pour conclure, on ne saurait trop insister sur la nécessité pour l'ergothérapeute, de s'astreindre à des écrits impeccables, puisque ceux-ci présentent des objectifs multiples. Ainsi chaque ergothérapeute doit découvrir les avantages que lui-même et le client peuvent tirer d'une rédaction rigoureuse.

Le guide du diagnostic en ergothérapie écrit par Dubois et Coll. (2017) est une première pierre à l'édifice. À l'instar de nos collègues à l'étranger (Brousseau 1995, 2013 ; Clark 2008 ; Frolek, 2003, 2008 ; Sames 2009, 2010) **la profession doit poursuivre ses efforts en France pour produire états des lieux, recherches et recommandations** sur un sujet vaste, mais néanmoins essentiel.

Les 7 bonnes raisons de bien écrire et tenir en ordre ses documents professionnels

1. Aide-mémoire pour l'ergothérapeute

Un dossier d'utilisateur est avant tout un aide-mémoire essentiel pour l'ergothérapeute qui veut offrir des prestations de qualité au client et lui assurer un suivi efficace au fil du temps. Le dossier présente le portrait détaillé de la situation de l'utilisateur et de son évolution.

2. Outil de communication

Puisque les soins se complexifient et qu'un grand nombre de professionnels interviennent auprès de l'utilisateur (y compris ergothérapeutes), la transmission de l'information représente un enjeu important. Le dossier constitue la pierre angulaire de toutes les formes de communication utilisées par l'ergothérapeute, car il permet de consigner toute l'information pertinente.

3. Reflet des compétences de l'ergothérapeute

S'il est constitué de façon à présenter fidèlement les problèmes occupationnels de l'utilisateur, ou de l'aidant, et à permettre de bien comprendre la démarche clinique de l'ergothérapeute ainsi que l'intervention proposée, le dossier devient alors le reflet de son raisonnement clinique et de ses compétences (Sames, 2014). Par conséquent, c'est un outil privilégié qui permet d'évaluer la qualité de son exercice professionnel.

4. Élément de protection juridique

En absence de déontologie professionnelle propre, une certaine exigence et une vision de la profession nous pousse à partager notre travail et produire des communications de qualité avec collègues, commanditaires et usagers.

Par ailleurs la responsabilité de l'ergothérapeute peut être engagée dans un certain nombre de ses actions. Afin de se prémunir de toute plainte injustifiée (mauvaise pratique, fraude, négligence, incompetence, mise en danger d'autrui), il est primordial de poser les termes de son diagnostic, tracer ses actions, justifier ses choix. Les éléments qui font partie de ses écrits doivent donc être pertinents et complets de manière à refléter les enjeux propres à la situation de l'utilisateur ou de l'aidant. En ce sens. Townsend et al. (2013, p. 358) soutiennent que : « *La revendication de la place de l'ergothérapie à l'intérieur des régimes d'imputabilité demande une attention particulière quant à la tenue de dossiers... La tenue de dossiers peut sembler inoffensive et morne dans la pratique. Cependant, les choix quant aux éléments à documenter et la façon d'utiliser les données ont une influence importante pour déterminer si l'ergothérapie est responsable ou imputable ou non, si elle endosse ou non la responsabilité d'habiliter à l'occupation* ».

5. Attestation des services rendus

L'écrit sert à attester les services rendus et leur nature auprès de l'utilisateur, de son aidant, de l'employeur ou d'un tiers payeur (caisse de retraite, ANAH, MDPH...). Il est d'ailleurs utile d'y justifier toute facturation de service, au cas où surviendrait un litige.

Ces données peuvent servir également à la rédaction de rapport d'activité.

6. Enseignement, recherche et compte-rendu d'activité

Les écrits professionnels représentent des documents précieux pour l'enseignement, la recherche et la compilation de statistiques. Ils rendent compte des indicateurs suivis par l'ergothérapeute et peut s'avérer utile même plus tard lors d'une recherche rétrospective. Ils sont également essentiels pour rédiger un rapport d'activité.

7. Respect d'une obligation légale

Bien écrire et tenir ses dossiers permettent au professionnel de transmettre sereinement ces documents à l'utilisateur qui le souhaiterait. Il s'agit d'une obligation légale. Pour l'utilisateur, il s'agira de documents qui lui permettront de mieux comprendre les interventions prodiguées et le travail sous-jacent des professionnels, et ainsi d'éviter des situations d'incompréhension, voire de plainte.

Bibliographie :

- Bonner, A. & Brousseau, M. (2014). *Apprendre à écrire une analyse dans un dossier-client*. Communication donnée dans le cadre du congrès de l'Association canadienne des ergothérapeutes à Frédéricton.
- Brousseau, M., & Tremblay, M. (1995). Tenue de dossiers : reflet de la pratique. *Revue Québécoise d'ergothérapie*, 4, 15-20.
- Brousseau, M. (2013). *Démarche clinique et tenue de dossier en ergothérapie*. Trousse pédagogique. Trois Rivières, Canada : Université du Québec à Trois Rivières, p. 41.
- Clark, G. F. & Youngstrom, M. J. (2008). Guidelines for documentation of occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 684-690.
- Cote, M.Y. (1991). Dossier : usager, bénéficiaire, patient, client, malade, contribuable ... la réforme les redécouvre. *Santé société*, 13(1), 30-62.
- Dubois, B., Thiébaud Sanson, S., Trouvé, E., Tosser, M., Tortora, L., Riguet, K., Guesné, J. (2017). Guide du diagnostic en ergothérapie. Louvain la Neuve : De Boeck Supérieur.
- Frolek Clark, G., Youngstrom, M.J. (2003). Guidelines for Documentation of Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 57(6), 646-649.
- Frolek Clark, G., Youngstrom, M.J. (2008). Guidelines for Documentation of Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 62(6), 684-690.
- Howse, E., & Bailey, J. (1992). Resistance to documentation, a nursing research issue. *International Journal of Nursing Studies*, 29(4), 371-380.
http://www.uniopss.asso.fr/resources/trco/pdfs/2010/L_decembre_2010/compte_administratif_dec2010.pdf
- Sames, K. M. (2009). Documentation in practice. Dans B. A. Boyt Schell, G. Gillen, M. E. Scaffa, *Willard & Spackman's occupational therapy*. Baltimore : Lippincott.
- Sames, K. M. (2010). *Documenting Occupational Therapy Practice (2ème ed.)*. Upper Saddle River, NJ : Pearson Education.



4^e Congrès de l'Association NER21 en partenariat avec l'ANFE

« Rééducation et réadaptation des personnes post-AVC/TCC par une approche neuro-environnementale NER21 »



VENDREDI 5 JUIN 2020
64 rue Nationale, Paris 13^e



08 h 00 / Accueil

09 h 00 / Mot de bienvenue

Nicolas Biard (directeur technique ANFE) et Michèle H. Gerber (présidente NER21)

09 h 15 / Plasticité cérébrale après un AVC

l'exemple de l'aphasie

Prof. Dre Pascale PRADAT-DIEHL, cheffe de service hôpital de la Salpêtrière et Sorbonne Université Pierre et Marie Curie à Paris. France

10 h 15 / Le syndrome du déconditionnement physique

et biopsychosocial post-AVC « BPS-D » : symptômes,

prévention et traitements par l'approche NER21

Dre Ursula K. Imhof, spécialiste en médecine physique, rééducation et psychosomatique, vice-présidente NER21 et Michèle H. Gerber, senior instructor NER21/IBITA, physio-kinésithérapeute, spécialisée en Neuroréhabilitation, présidente NER21. Suisse et Afrique du Sud.

11 h 00 / Pause et visite des affiches - posters

11 h 20 / Intégration du concept NER21

sous le jour neuropsychologique

Nicole Sève-Ferrieu, expert-clinicienne NER21, ergothérapeute, cadre de Santé. France

12 h 20 / Repas libre et visite des affiches - posters

13 h 30 / 2 ateliers de 45mn.

Chaque participant(e) suit les ateliers 1 et 2

(15 min pour le changement d'atelier)

Atelier N°1

Rééducation interdisciplinaire pour les personnes présentant un syndrome ataxique s'accompagnant de dysarthrie ou de dysphagie

Marie Julien, M.O.A. orthophoniste et clinicienne-chercheuse, IRGLM, chargée de cours, Faculté de médecine, U. de Montréal. Expert-clinicienne NER21, membre clinicienne du CRIR. Canada et Michèle H. Gerber, senior instructor NER21/IBITA, spécialisée en Neuroréhabilitation. Suisse et Afrique du Sud

Atelier N°2

Soignant(e) soigné(e) vers un nécessaire partenariat : quels changements de pratiques ?

Isabelle Marchalot, cadre de Santé Ergothérapeute. Master Ingénierie formation. Spécialisée en Neuroréhabilitation. DU ETP et Neuro Psychologie et Pascale Derlon, patiente experte ; DU ETP. France

15 h 15 / Pause et visite des affiches - posters

15 h 30 / Table ronde

L'ensemble des conférencières et présentatrices d'affiches/posters

16 h 30 / Conclusion



BULLETIN D'INSCRIPTION

A retourner par mail à sfc.secretariat@anfe.fr ou par courrier à ANFE 64 rue Nationale CS 41362 – 75214 PARIS cedex 13

Participant

Nom : Prénom :
Mail : Tel :
Adresse complète :
Profession : N° adhérent ANFE : N° adhérent NER21 :

Financier

Nom : Contact (nom et prénom) :
Mail : Tel :
Adresse complète :
N° adhérent NER21 :

TARIFS TTC par participant

Financier adhérent ANFE ou NER21 : 144 € - Financier particulier non adhérent ANFE ou NER21 : 216 €
Financier institution non adhérent ANFE ou NER21 : 240 €

Règlement par chèque ou virement (FR76 1027 8060 4300 0334 5654 178 - BIC : CMCIFR2A)
au moment de l'inscription ou attestation de prise en charge pour les institutions

Loi Pacte : tour d'horizon des principales nouveautés

La loi Pacte n°2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises a été publiée au Journal Officiel le 23 mai dernier.

Différentes mesures concernent les entreprises individuelles, donc vous ! En voici les grandes lignes.

La loi a plusieurs objectifs, dont :

- Faciliter la création d'entreprise et les formalités obligatoires,
- Protéger l'entrepreneur individuel et son conjoint,
- Simplifier les procédures pour les entreprises en difficultés.

Faciliter la création d'entreprise et les formalités obligatoires

- Un guichet **unique dématérialisé** remplacera les sept réseaux de CFE (Centre de Formalités des Entreprises). Il sera l'unique interface pour les différentes formalités des entreprises quelle que soit l'activité de l'entreprise (civile, commerciale) et la forme juridique de la société (entreprise individuelle, SCM, SELARL etc).
- Registre **unique dématérialisé** pour les entreprises : un seul registre sera compétent et réunira l'ensemble des activités.
- La publication des annonces légales sera ouverte à un plus grand nombre de journaux et aux services de **presse en ligne**. Mise en place d'une **tarification forfaitaire** ayant pour objectif de réduire le coût de parution des annonces légales.
- Les micro-entrepreneurs auront l'obligation d'ouvrir un compte bancaire dédié à leur activité seulement lorsque leur chiffre d'affaires dépasse **10 000 € pendant deux années civiles consécutives**.
- Simplification de la radiation des entreprises individuelles relevant du régime de la sécurité sociale : la radiation entraîne de **plein droit radiation auprès du RCS** (Registre du

Commerce et des Sociétés), **des services fiscaux et du répertoire SIRENE**.

Protéger l'entrepreneur individuel et son conjoint

- Incitation pour les entrepreneurs individuels d'adopter le statut d'EIRL qui est actuellement rarement choisi. Ce statut permet au professionnel de protéger son patrimoine, notamment immobilier. Dans le cas où l'entrepreneur individuel ferait l'objet d'une liquidation judiciaire, le liquidateur pourrait saisir **uniquement les biens affectés au patrimoine professionnel**.
- Afin d'inciter l'option pour ce régime, dès la création d'une entreprise individuelle, l'entrepreneur devra déclarer s'il choisit d'exercer son activité sous le statut d'EIRL ou sous celui d'entrepreneur individuel (EI). Les formalités ont été allégées, l'entrepreneur individuel peut opter pour l'EIRL même avec un patrimoine affecté sans valeur ou sans bien.
- Conjoint collaborateur : à défaut de déclaration, le chef d'entreprise est réputé avoir déclaré que le statut de son conjoint participant à l'activité de son entreprise est celui de **conjoint salarié**.

Simplifier les procédures pour les entreprises en difficultés

- La procédure de rétablissement professionnel est privilégiée : le tribunal saisi doit systématiquement proposer cette procédure à toutes les entreprises éligibles même s'il est saisi d'une demande de sauvegarde ou liquidation judiciaire.
- La procédure de liquidation simplifiée est étendue à un plus grand nombre de débiteurs. Elle est mise automatiquement en place si l'entreprise compte moins de 5 salariés et a un chiffre d'affaires hors taxe inférieur à 750 000 €.

Évolution des procédures après la loi Pacte :

	Actuellement	Loi Pacte	Mise en place
CFE	Existence de différents réseaux de CFE compétents en fonction de la nature de l'activité et du lieu d'installation	Guichet unique dématérialisé	Au plus tard 1 ^{er} janvier 2021
Registre pour les entreprises	Nombreux répertoires : registre du commerce et des sociétés, répertoire national des métiers, etc	Registre unique dématérialisé. NB : registre du répertoire SIRENE de l'INSEE n'est pas concerné	Gouvernement a 24 mois à compter de la publication de la loi pour mettre en place par voie d'ordonnance ce registre
Publication annonces légales	Seuls les journaux habilités peuvent publier les annonces légales et judiciaires qui concernent la vie d'une société	Un plus grand nombre de journaux seront habilités à publier des annonces ainsi que le développement d'annonce sur les services de presse en ligne. Mise en place d'une tarification au forfait ayant pour objectif de baisser les coûts.	Attente décret * * <i>Au jour de la rédaction de cet article</i>
Compte bancaire dédié auto-entreprise	Obligation d'ouvrir un compte bancaire dédié dans les 12 mois de création de l'activité	Obligation d'ouvrir un compte bancaire dédié seulement si le CA dépasse 10 000 € pendant deux années civiles consécutives	Attente décret * * <i>Au jour de la rédaction de cet article</i>
Conséquence de la radiation du régime de la sécurité sociale pour les entrepreneurs individuels	Un professionnel indépendant est présumé ne plus exercer d'activité professionnelle si au cours de deux années civiles consécutives il ne déclare pas de CA ou de revenus, ce qui justifie sa radiation auprès de la sécurité sociale (envoi d'un courrier au professionnel qui peut s'opposer à cette décision)	La radiation du régime de la sécurité sociale emporte automatiquement radiation auprès : des services fiscaux, du RCS ou RM, du répertoire SIRENE	Au plus tard le 1 ^{er} juillet 2019

	Actuellement	Loi Pacte	Mise en place
Incitation pour choisir le statut d'EIRL	Dépôt au RCS d'une déclaration d'affectation indiquant la nature des biens et leurs valeurs. Si aucun élément n'est indiqué le statut d'EIRL est perdu. Obligation de faire évaluer le patrimoine professionnel par un expert.	Toute personne physique souhaitant exercer une activité professionnelle en nom propre doit obligatoirement déclarer, lors de la création de son entreprise, si elle souhaite exercer en tant qu'entrepreneuse individuelle (EI) ou sous le régime de l'EIRL. Les entrepreneurs pourront choisir le statut d'EIRL même avec un patrimoine affecté sans valeur ou sans bien . Les biens affectés d'une valeur supérieure à 30 000 € ne doivent plus être évalués par un expert.	À compter du 24 mai 2019 Les EI déjà immatriculées peuvent opter pour l'EIRL à tout moment.
Statut du conjoint du chef d'entreprise	Obligation de déclarer son conjoint sous le statut de conjoint collaborateur, conjoint salarié ou conjoint associé	À défaut de déclaration, le chef d'entreprise est réputé avoir déclaré le statut de conjoint salarié	Attente décret * * <i>Au jour de la rédaction de cet article</i>
Procédure de rétablissement professionnel	Conditions : - être une personne physique, - être en état de cessation de paiements et redressement manifestement impossible, - ne pas faire l'objet d'une procédure de liquidation judiciaire ou d'un procès prud'homal en cours, - ne pas avoir fait l'objet d'une liquidation judiciaire clôturée pour insuffisance d'actif, dans les 5 ans précédant la demande,	Le tribunal saisi doit systématiquement proposer cette procédure à toutes les entreprises éligibles même s'il est saisi d'une demande de sauvegarde, redressement ou liquidation judiciaire	Applicable aux procédures ouvertes à compter du 24 mai 2019

	Actuellement	Loi Pacte	Mise en place
	<ul style="list-style-type: none"> - n'avoir employé aucun salarié au cours des 6 derniers mois, - détenir un actif dont la valeur est inférieure à 5 000 €, - ne pas avoir cessé son activité depuis plus d'un an. 		
Procédure de liquidation simplifiée	Elle peut être mise en place si : <ul style="list-style-type: none"> - entreprise emploie maximum 1 salarié, - entreprise n'a pas de patrimoine immobilier - CA HT inférieur à 300 000 € 	Liquidation simplifiée mise automatiquement en place si : <ul style="list-style-type: none"> - entreprise compte moins de 5 salariés - CA HT 750 000 € 	Applicable aux procédures ouvertes à compter du 24 mai 2019

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

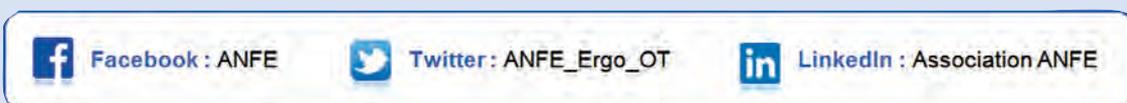
Ont participé à la création de ce numéro, grâce à leurs envois : AUBERT Cécile, BIARD Nicolas, BOURCET Arthur, BROUSSEAU Martine, CAIRE Jean-Michel, COINAUD Caroline, CORLAY Hélène, DELRIEU Céline, DONY Isadora, HERNANDEZ Hélène, JIMENEZ-NODET Olga, KERSALE Marietta, KOCH Laurence, LAKS Catherine, LE CHARPENTIER Guy, LUCAS François, MARCHALOT Isabelle, MIGNET Gladys, MIODINI Céline, MOREL-BRACQ Marie-Chantal, OFFENSTEIN Emeric, PORTE Lucie, POUPLIN Samuel, PROVOT Nolwenn, SAN SEBASTIAN Patricia, SOUM-POUYALET Fanny, TROUVÉ Eric, UNG Yannick, VAZ Sandra.

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

Couverture : Caroline OGÉREAU

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

Dépôt légal : Septembre 2019 - ISSN : 1960-1581



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.



Coordonnatrice
de ce numéro :
Élise DUPITIER
EDUPITIER@afm-teleton.fr

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 : 15 août 2019

Date de publication : Janvier 2020

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 PAERPA (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



Coordonnatrice
de ce numéro :
Patricia PELÉ
pele.patricia@wanadoo.fr

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE DANS LES OCCUPATIONS

L'apport de l'activité physique sur la santé fait aujourd'hui consensus. Elle est définie comme étant « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques, entraînant une dépense d'énergie supérieure à celle du métabolisme de repos. L'activité physique comprend les activités de la vie quotidienne, les exercices physiques et les activités sportives » (IGAS 2016, HAS 2018). Le champ est large ! Le sport n'en représentant qu'une partie. Activités professionnelles, activités lors des déplacements, activités dans la vie quotidienne, activités de loisirs... autant de domaines dans lesquels les ergothérapeutes interviennent quotidiennement auprès de différents publics.

En prévention primaire, secondaire, auprès de personnes atteintes de maladie chronique, de personnes en situation de handicap, nous attendons vos expériences, recherches scientifiques... L'ergothérapie est fondée sur le lien entre l'activité humaine et la santé, et doit permettre aux personnes de maintenir, retrouver un équilibre occupationnel, concept central de l'ergothérapie. Nous sommes tous concernés par ce thème, aussi nous comptons sur vous pour vous en emparer !

Date limite pour soumettre un article : 1^{er} Janvier 2020

Date de publication : Juillet 2020



Coordonnatrice
de ce numéro :
Véronique PÉRON
vero.peron-laf@wanadoo.fr

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

S'ENGAGER



POUR SA SANTÉ



sne semaine nationale de l'ergothérapie

18-24 NOVEMBRE 2019