LE MONDE DE L'ERGOTHÉRAPIE

N° 46
Décembre 2020

L'ANFE accompagne les ergothérapeutes tout au long de la crise sanitaire liée au Covid-19

Mise en place des plateformes de coordination et d'orientation (PCO) en régions

Science de l'occupation : de la théorie à la pratique
Comment évaluer l'occupation ?

www.anfe.fr

ANFE
ASSOCIATION NATIONALE FRANÇAISE DES ERGOTHÉRAPEUTES

La revue française de l'ergothérapie

ergOthérapies

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 :
Lisenn SAETTEL
lisenn@free.fr

QUE PEUT-ON DIRE AUJOURD'HUI DE L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE DES ERGOTHÉRAPEUTES ?

L'évolution de l'ergothérapie dans le monde entier questionne l'identité professionnelle des ergothérapeutes. De nombreux auteurs ont publié autour des questions liées à l'identité, au travail, à l'identité professionnelle, au processus de construction identitaire… Claude Dubar, sociologue ayant travaillé sur cette notion d'identité professionnelle, définit l'identité comme « *le résultat à la fois stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et objectif, biographique et structurel, des divers processus de socialisation qui, conjointement, construisent les individus et définissent les institutions.* » (Dubar, C. La Socialisation, construction des identités sociales et professionnelles, 2002, Ed. Armand Colin).

Alors, dans un contexte social et sanitaire en changement, comment les ergothérapeutes perçoivent-ils leur place aujourd'hui ? Quels sont les fondements qui construisent cette identité, son évolution ? Quel impact la science de l'occupation peut-elle avoir sur le développement de l'identité professionnelle des ergothérapeutes ? Le développement de la pratique à l'extérieur des institutions ou en libéral modifie-t-il la façon dont les ergothérapeutes se perçoivent dans le monde de la santé ? Quels sont les facteurs déstabilisants qui remettent en question une identité professionnelle établie chez certains ergothérapeutes ? Comment appliquer cette évolution dans notre pratique parfois contrainte à des modèles induits par les institutions ?

Date limite pour soumettre un article : 1er novembre 2020
Date de publication : Avril 2021

LES SITUATIONS DE CONFINEMENT ET LA PRIVATION OCCUPATIONNELLE

Le confinement imposé par la situation sanitaire récente a mis en évidence les liens forts qui existent entre les occupations et la santé. Notre équilibre occupationnel a été bouleversé, ce qui a entraîné des situations de stress et de mal-être, augmenté la sédentarité et l'isolement social, mais aussi révélé d'autres comportements positifs…

Le concept de privation occupationnelle décrit en science de l'occupation peut-il nous aider à comprendre les phénomènes que nous avons expérimentés lors de ces moments de confinement imposé ? Cela peut-il éclairer d'autres situations que nous rencontrons dans nos pratiques d'ergothérapeutes ?

Date limite pour soumettre un article : 1er janvier 2021
Date de publication : Juillet 2021

Coordonnatrice
de ce numéro :
Véronique PÉRON
v.peron@ifpek.org

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

L'OBÉSITÉ

L'OMS a reconnu en 1997 l'obésité comme étant une maladie chronique. Enjeu de santé publique en France et dans de nombreux pays, l'obésité a des origines physiologiques, psychologiques et sociales qu'il convient de prendre en compte aussi bien dans le traitement que dans le cadre d'une prévention. En particulier, la nutrition et l'exercice physique sont des facteurs importants à prendre en compte dans une approche systémique psycho-sociale et culturelle. Jusqu'à présent en France, les ergothérapeutes interviennent peu auprès des personnes obèses et pourtant une approche occupationnelle pourrait aider ces personnes en grande difficulté sociale et à risque majeur de santé.

Intervenez-vous auprès de cette population pour lutter contre les situations de handicap générées par cette maladie et le contexte de vie ? Différents types de séjours sont aussi proposés pour les enfants et adolescents, quelle place y prend l'ergothérapeute ? Vous avez de l'expérience auprès de ces personnes, vous avez réfléchi et fait une recherche documentaire sur cette problématique, nous vous invitons à écrire et partager dans la revue.

Date limite pour soumettre un article : 1er avril 2021
Date de publication : Octobre 2021

Nous prévoyons de développer ces différents thèmes à venir :

L'actualité en pédiatrie. Ergothérapie et Cancer. Les aides techniques

Si vous avez la volonté d'écrire un article, ou si vous avez rédigé un mémoire sur un de ces thèmes, n'hésitez pas à nous contacter !

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

ÉDITO

Arnaud Schabaille

Secrétaire général

Chers collègues,

Nous avons vécu et nous vivons encore une période exceptionnelle. Le SARS-CoV2 et la Covid auront bien perturbé nos occupations dans nos projets professionnels et personnels. Nos occupations de soins personnels telles que les relations sociales et la communication ont été et sont toujours lourdement altérées.

Il faut par exemple d'ores et déjà oublier la possibilité de nous retrouver physiquement pour l'évènement marquant de notre année associative : l'assemblée générale. Celle-ci comme bon nombre de rencontres se fera à distance sous le format webinaire. Il aura également fallu nous réinventer dans tous les secteurs occupationnels et nos activités associatives et du SFC ont été durement touchées, voire annulées.

Que dire du report ou de l'annulation pure et simple de certaines formations proposées par le SFC et le report des journées pratiques ou nationales ? De la même manière, comme vous avez pu vous en rendre compte, nous avons été contraints d'adapter notre calendrier de publication des LME. Il s'agit donc ici du second et dernier numéro de l'année 2020.

Malgré tout, la veille minutieuse et les interventions opérées, par nos directions techniques et générales, les travaux du CA de l'ANFE, la mobilisation de tous les bénévoles sur le terrain ont permis des avancées pour notre profession. Sans être exhaustif, on retiendra le télésoin ouvert et pérennisé pour les ergothérapeutes, l'accès facilité aux masques comme bon nombre de professionnels paramédicaux libéraux, puis l'engagement sur le Ségur de la Santé et, enfin, les gros dossiers de la rentrée : forfait TND 7-12 ans, prescription des aides techniques, négociations salariales UCANSS, Fonction publique hospitalière et territoriale.

Un rapprochement avec les psychomotriciens a également été opéré afin de permettre la clarification de nos champs d'actions, notamment dans le domaine de l'intervention auprès de populations souffrant de maladie d'Alzheimer. Ce travail nous permettra, nous l'espérons, de travailler en bonne intelligence.

La situation actuelle ne nous permet pas encore de nous projeter à très long terme. Cependant, on ne peut qu'espérer un retour à la normale dans les prochains mois. Durant cette période, le nombre d'adhésions a augmenté de manière significative, montrant la reconnaissance des professionnels sur le travail accompli au quotidien par l'équipe salariée et l'ensemble des bénévoles de l'association. Le CA les remercie de leur investissement et de leur adaptation à la situation.

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

Il est important de respecter le calendrier d'envoi des articles. Deux mois et demi avant la distribution dans les boîtes aux lettres, le rédacteur en chef sollicite par mail les bénévoles de l'ANFE afin de les informer de la date de bouclage du prochain numéro (environ un mois et demi avant la parution).

Les contributions sont à envoyer par mail à l'adresse **communication@anfe.fr.**

Les consignes à respecter :

- Article au **format Word** : police Arial, taille 11, interligne 1.5 ;
- **8 000 signes maximum** (titres et espaces inclus) ;
- Mettre un **titre d'article**, suivi des **nom et prénom de l'auteur** ainsi que de son **titre professionnel court** (7-8 mots maximum) ;
- **Illustrations** au format **.jpeg** ou **.png**, en **haute définition** et **libres de droits** (ou avec accord de l'auteur et des personnes figurant sur l'image) ;
- Si utilisation de **sigles**, indiquer leur signification entre parenthèses lors de la première utilisation ;
- Citer les **sources utilisées**;
- Aucune appliquée.

Les recommandations :

- Aérer l'article grâce à des **sous-titres**, des paragraphes marqués par un **saut de ligne**, des **mots-clés en gras** et des **illustrations** ;
- **Faire ressortir une phrase** de l'article en surlignant le texte concerné en jaune.

Les rubriques existant actuellement sont :

L'association - Les actualités (nationales et internationales) - Le développement professionnel - Le point juridique.

Les formes de l'article peuvent être :

Un article de fond, une interview, une brève, une fiche de lecture, un portrait de chercheur, un billet d'humeur...

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. Ce dernier peut demander aux auteurs de retravailler leurs écrits ou leur proposer de décaler leur parution dans un numéro suivant.

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 la ligne éditoriale du journal.

En tant qu'éditeur, l'ANFE est propriétaire des textes. Une demande doit être adressée à l'AnfE pour autoriser la publication d'un article ou sa diffusion sur le net. 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.

Eric TROUVÉ
Président

Caroline OGEREAU
Rédactrice en chef

Pour tout renseignement et/ou envoi de texte, contactez **Caroline OGEREAU (communication@anfe.fr)**

SOMMAIRE

6 L'ASSOCIATION

7 L'ANFE accompagne les ergothérapeutes tout au long de la crise sanitaire liée au Covid-19

9 Mise en place des plateformes de coordination et d'orientation (PCO)

15 La cognition mathématique

16 Réorganisation du Comité territorial

18 Catalogue SFC 2021

20 Actions de la délégation Martiniquaise

22 Arrivée et départs des bénévoles de l'année

24 ACTUALITES ERGOTHERAPIQUES

25 Ouverture de L'Institut de formation en ergothérapie de Grenoble

28 Lancement d'un parcours de santé innovant en Occitanie

32 Prap article d'étudiant

33 Projet CEREMH - ergoAT

34 Conseil de lecture - « Conception et élaboration de jardins à l'usage des établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires »

35 L'impact du confinement et de la réserve sanitaire dans les apprentissages et la vie quotidienne des étudiants de l'IFE de Laval

38 Déficiences intellectuelles : De la compréhension à la remédiation - Fiche de lecture de l'UNAEE

40 L'ergothérapie au Cambodge

43 Rôle et projets dans le comité exécutif du COTEC

45 Cap ergo, 10 ans après

47 DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL

48 Comment répondre à un appel à projet PHRIP Partie II

53 Science de l'occupation : de la théorie à la pratique - Comment évaluer l'occupation ?

56 La méthode SOAP

58 Savoir expérientiel en OTisme

60 POINT JURIDIQUE

61 Le contrat de collaboration en pratique

L'ASSOCIATION

CRISE SANITAIRE LIÉE AU COVID-19

Par Nicolas Biard - Directeur technique

L'ANFE accompagne les ergothérapeutes tout au long de la crise sanitaire liée au Covid-19

L'année 2020 a été profondément marquée par la crise sanitaire provoquée par le Coronavirus, et notamment la période de confinement qui en a découlé. Bénévoles et salariés se sont engagés et sont restés mobilisés tout au long de l'année afin d'aider les ergothérapeutes à appréhender cette période inédite et de les accompagner à toutes les étapes de la crise sanitaire.

L'ANFE a ainsi mené des actions autour de 4 axes :

Accompagner les ergothérapeutes

- Réponse aux nombreuses demandes d'information des ergothérapeutes sur les conditions d'exercice au regard des règles sanitaires, les modalités de pratique pendant le confinement et les aides financières dont les ergothérapeutes peuvent bénéficier, par le siège et les délégués territoriaux
- Diffusion des informations émanant des autorités sanitaires (ministère de la Santé, Santé Publique France, HAS) via newsletter et les réseaux sociaux
- Recommandation de fermeture des cabinets dès le début du confinement (action commune avec le Synfel)
- Réalisation d'une enquête pour mesurer les répercussions du confinement dans les pratiques professionnelles (action commune avec le Synfel)
- Rédaction et diffusion de recommandations de bonnes pratiques pour la reprise d'activité après confinement (action commune avec le Synfel et l'AFEG)
- Organisation d'un webinaire sur la reprise d'activité après confinement (259 participants) (action commune avec le Synfel et l'AFEG)
- Création et diffusion d'affiches et visuels pour informer les patients que les ergothérapeutes respectent les recommandations des autorités sanitaires
- Sensibilisation des terrains de stage pour permettre la meilleure fin de formation possible pour les étudiants en ergothérapie (action commune avec le SIFEF et avec le soutien de l'UNAEE)

Défendre les intérêts des ergothérapeutes auprès des autorités publiques

- Négociations pour l'obtention de compensations financières à l'attention des libéraux dans l'obligation de fermer leurs cabinets
- Démarches pour obtenir l'autorisation de pratiquer le télésoin en ergothérapie
- Négociations après du ministère de la Santé et des ARS (via les délégués territoriaux) pour que les ergothérapeutes, quel que soit leur mode d'exercice, puissent bénéficier de la dotation de masques par l'état
- Démarches pour que les ergothérapeutes, quel que soit leur mode d'exercice, puissent bénéficier des tests de dépistages gratuits dès le mois de juillet
- Courrier commun au ministre de la Santé réalisé avec l'AFEG, soutenu par le Synfel et le CNPE, pour attirer la plus grande attention sur la nécessité de planifier, au-delà de la situation d'urgence, la coordination de tous les acteurs médico-sociaux, dont les ergothérapeutes, pour prévenir au maximum les conséquences du confinement
- Contribution dans le cadre du Ségur de la santé afin de faire faire entendre la voix des ergothérapeutes

Développer les compétences

- Elaboration de recommandations professionnelles en partenariat avec l'AFEG :
- Accompagnement en ergothérapie des patients atteints de maladie à Coronavirus 2019 (Covid-19) de l'hôpital au lieu de vie
- Prise en charge en ergothérapie des patients atteints de maladie à Coronavirus 2019 (Covid-19) en réanimation et en soins intensifs
- Participation à la relecture des fiches « réponse rapide » de la HAS :
- Prise en charge des patients post-COVID-19 en Médecine physique et de réadaptation (MPR), en Soins de suite et de réadaptation (SSR), et retour à domicile
- Prise en charge précoce de MPR en réanimation, en Soins continus ou en service de rééducation post-réanimation (SRPR)
- Élaboration de recommandations pour la pratique du télésoin en ergothérapie
- Organisation d'un « webinaire » pour informer les ergothérapeutes sur la pratique du télésoin (193 participants)
- Traduction du Guide rapide pour les ergothérapeutes : Rééducation/réadaptation pour les personnes récupérant du COVID-19 réalisé par le Royal College of Occupational Therapists (Association anglaise des ergothérapeutes)
- Élaboration d'une fiche commune avec l'AFEG : « intervention des ergothérapeutes pour prévenir la dépendance post-Covid-19 »

Promouvoir l'ergothérapie

- Publication d'un guide à destination du grand public réalisé par des adhérents de l'ANFE : « Comment s'occuper quand on est confiné ? »
- Traduction en français du guide australien Quand la vie quotidienne est perturbée – accompagner les bouleversements causés par le Covid-19

La crise sanitaire est encore loin d'être terminée. L'ANFE restera en veille, autant que nécessaire, afin de poursuivre le travail engagé au service des ergothérapeutes.

DÉPART DE FLORENCE JEAY

Une page se tourne au sein de l'équipe salarié de l'ANFE, puisqu'après 23 ans, **Florence Jeay** quitte l'association pour se lancer dans une nouvelle aventure professionnelle.

Responsable du service de formation continue, elle a largement contribué au développement de cette activité et à sa professionnalisation.

Formateurs, bénévoles, ergothérapeutes et étudiants, vous avez été nombreux à la solliciter pour un projet ou simplement un conseil et vous avez apprécié sa disponibilité et son écoute, comme nous tous au sein de l'ANFE.

PLATEFORMES DE COORDINATION ET D'ORIENTATION (PCO)

Par Nathalie STRITT, Ergothérapeute en EHPAD et en exercice libéral - Déléguée Territoriale

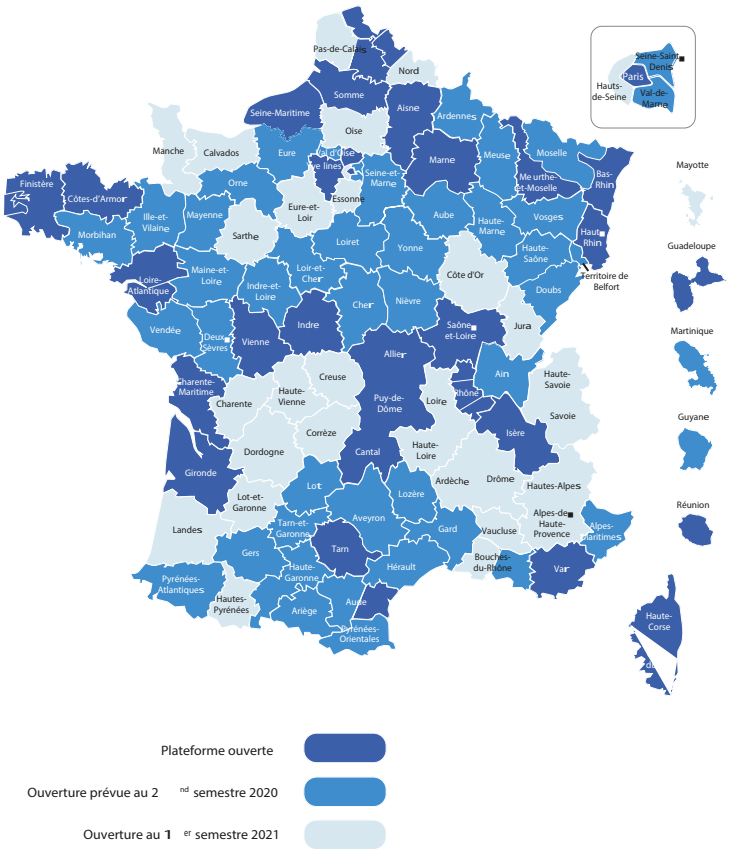
Mise en place des plateformes de coordination et d'orientation (PCO) en régions

Rappel de l'historique du dispositif

En avril 2018, dans le cadre du 4ème plan autisme intitulé « Stratégie nationale pour l'Autisme au sein des troubles du neuro-développement », un nouveau dispositif inédit voit le jour : **le forfait intervention précoce pour les enfants de 0 à 7 ans présentant des TND (troubles du neuro-développement).**

Il a pour but de :

- **Fluidifier les parcours d'accompagnement** notamment auprès des libéraux et ainsi de désengorger les établissements de services médico-sociaux dits de 2ème ligne souvent saturés (CAMPSP , CMP , CMPP , SESSAD , IME ...)
- **Aider à poser un diagnostic**, s'il n'est pas médical au moins tendre vers un **diagnostic fonctionnel**, c'est-à-dire déterminer les participations et/ou limitations d'activité ;
- Permettre un **reste à charge à 0 €** aux parents/familles.



En janvier 2019, le dispositif devient opérationnel. Il est prévu que **chaque département ait le déploiement d'une PCO (Plateforme de Coordination et d'Orientation).** Les ouvertures se font progressivement entre 2019 et 2021.

Mardi 11 février 2020, lors de la conférence nationale sur le handicap, Emmanuel Macron annonce l'**extension du dispositif aux enfants de 7 à 12 ans** dès janvier 2021. Alors même que le 1er dispositif des 0-7ans ne se déploie que timidement sur le territoire français.

La survenue de la **pandémie du COVID-2019**, obligeant le pays à plonger dans un confinement sanitaire du 17 mars 2020 au 11 mai 2020 aura certainementa eu pour conséquence de **retarder la mise en place des PCO et l'application concrète de l'annonce du Président de la République.** Néanmoins, l'équipe interministérielle, dirigée par Claire COMPAGNON, Delphine Corlay, chargée du déploiement des dispositifs, est confiante, car le champ d'application de la loi initiale est large, ainsi aujourd'hui, seule la promulgation de quelques décrets est nécessaire pour la concrétisation d'un nouveau dispositif concernant les 7-12 ans.

Rappel du dispositif

Le forfait intervention précoce concerne **les enfants de 0 à la veille de leur 7 ans.** Les TND sont des troubles dans le développement neurologique après naissance, par conséquent sont exclues les paralysies cérébrales.

Ils rassemblent les troubles du **développement intellectuel**, les troubles du **développement moteur** (où on retrouve les praxies), les troubles de communication, les troubles des apprentissages (ce que nous appelons communément les « dys »), les TSA (Trouble du Spectre Autistique) et les TDA(H) (Trouble De l'Attention avec ou sans Hyperactivité).

Il permet le paiement d'un **bilan à 140 € et de 35 séances de 45 min** (soit 38,88 € par séance) sous forme de **forfait total de 1 500 €** sur une durée de **1 an avec la possibilité d'un renouvellement de 6 mois** par professionnels de santé non conventionnés, à savoir **les ergothérapeutes, les psychomotriciens et les psychologues**, néanmoins, pour ces derniers, seuls les bilans en neuropsychologie sont financés.

Il est possible de cumuler les 3 professions si la situation le demande. Les débuts de prise en charge peuvent se succéder : par exemple, un enfant procède à un bilan neuropsychologique et des soins par un psychomotricien, puis au bout de 6 mois, commence en sus une prise en soins par un ergothérapeute.

Pour les autres professions paramédicales conventionnées (orthophonistes, orthoptistes, kinésithérapeutes...) la prise en charge est directe par la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie).

La famille est orientée par son médecin traitant généraliste ou son pédiatre après avoir rempli un formulaire nommé « **repérer un développement inhabituel chez les enfants** » **vers la PCO**.

La Plateforme de Coordination et d'Orientation est une structure préexistante, spécialisée dans l'accompagnement des enfants de la petite enfance, choisie par l'ARS, elle a 4 rôles :

- **Coordination** entre tous les libéraux, les parents, le médecin prescripteur, l'équipe de la PCO (un médecin coordinateur, un infirmier coordinateur, un secrétariat)
- **Soutien des familles** par la transmission d'informations, aide à l'orientation et au **montage du dossier auprès de la MDPH** (Maison Départementale des Personnes Handicapées).
- **Remboursement des actes des libéraux non conventionnés** : la PCO touche des fonds de la CPAM qu'elle reverse aux libéraux, ainsi pas de reste à charge pour les parents, ils n'ont rien à payer
- **Mission de ressources pour les acteurs de la 1ère ligne** : médecins traitants, pédiatres, médecins de PMI (Protection Maternelle et Infantile), médecins scolaires....

Le forfait intervention précoce n'a pas vocation à supplanter la MDPH, il intervient plutôt avant, car le diagnostic médical n'est pas encore posé. Peut être que l'enfant, après avoir été suivi pendant 1 an et demi maximum par le dispositif, n'aura plus de limitations d'activités, auquel cas, il n'aura plus besoin d'accompagnement.

Mais, si **au terme du forfait, l'enfant est encore pénalisé dans ses apprentissages** par des troubles du neurodéveloppement, alors une demande de AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé) auprès de la MDPH est **indispensable pour continuer les soins par les professionnels non conventionnés.**

En contrepartie de la rémunération des actes par forfait, les ergothérapeutes, psychomotriciens et psychologues ont des **obligations à respecter** :

- **Conventionner avec la PCO**. Ainsi, la PCO peut transmettre une liste de professionnels libéraux aux parents, ces derniers ayant **le libre choix du thérapeute**
- **Répondre dans un délai de 2 mois**
- Fournir régulièrement des **rapports écrits** : le bilan puis un compte rendu évaluatif tous les 3 mois
- Participer aux **synthèses**

- Suivre les r**ecommandations de bonnes pratiques de l'HAS** (Haute Autorité de Santé)
- Se **former** régulièrement

Un exemple en Finistère :

La PCO choisie par l'ARS est un CMPP (Centre Médico-psycho-pédagogique).

En novembre et décembre 2019, **3 réunions d'informations** adressées aux médecins, pédiatres, ergothérapeutes, psychomotriciens et psychologues ont été organisées sur 3 sites afin de couvrir l'intégralité du département.

A l'issue de ces réunions, des **collectifs se sont déployés, d'un côté les psychomotriciens**, de l'autre les ergothérapeutes. Néanmoins, des contacts cordiaux ont permis d'identifier conjointement nos revendications « à plusieurs on est plus forts ».

Nous, représentants des ergothérapeutes et des psychomotriciens, issus des collectifs précédemment cités, avec ou sans l'étiquette ANFE avons pu exposer nos questionnements, difficultés actuelles du terrain et doléances quant au forfait lors d'une entrevue privilégiée avec Delphine Corlay et des responsables de l'ARS du champ du handicap et de l'enfance.

Chacun des collectifs a formulé ses doléances auprès de la PCO. Elle nous entend, nous comprend, nous soutient mais elle est tenue par les directives nationales. Peu de libéraux signent le contrat de conventionnement, que ce soit du côté des ergothérapeutes que des psychomotriciens.

Le 14 février 2020, l'ARS de Bretagne invite Delphine Corlay, conseillère spéciale au sein de la délégation interministérielle à la stratégie autisme et neuro-développement à Quimper. Une réunion publique d'informations et d'échanges adressée aux professionnels de santé, associations d'usagers a permis de présenter le déploiement du parcours coordonné pour les enfants avec TND dans le département du Finistère.

Nos revendications sont :

- **Trajet non indemnisé** pour assister aux synthèses ou réaliser des interventions en établissement scolaire alors que le propre de l'ergothérapeute est d'intervenir sur les lieux de vie de l'enfant ;
- Temps de **rédaction du bilan et comptes-rendus, de coordination,** de synthèse, de transmissions, tous ces temps sont **non indemnisés.** Nous précisons que nous souhaitons des échanges interdisciplinaires, nous ne souhaitons pas de diffusion à sens unique : nous craignons de devoir transmettre nos comptes-rendus sans pouvoir croiser nos regards professionnels. Or, la compréhension et l'accompagnement de l'enfant et de ses parents est enrichi par les échanges entre professionnels ;
- **Besoin d'outils de communication sécurisés et fournis gratuitement** : pour la transmission des rapports écrits et pour permettre d'assister aux synthèses par visioconférence ;
- Volonté de prise en charge du **transport taxi** pour permettre une meilleure couverture d'interventions (pas que les mercredi ou samedi matin, créneaux saturés et privation de repos ou loisirs pour ces enfants) ;
- Le paiement du forfait est prévu d'être fait à ses quarts, mais nous ne pouvons pas accepter

cet écart de trésorerie, nos charges étant essentiellement mensuelles ;

- Quid des absences non excusées ? Les parents ne payant pas, manquent parfois à leurs obligations d'amener l'enfant au cabinet ;
- Quid lorsque le thérapeute ne peut plus assurer sa prise en charge et n'a pu trouver un remplaçant ? Nous demandons le paiement au prorata des séances réellement effectuées, ce qui est contraire au paiement par quart ;
- Les familles ayant déjà financé un bilan et /ou commencé quelques séances ont-ils le droit néanmoins d'accéder au forfait ? ;
- Certains cabinets ont une liste d'attente. La question éthique de faire passer les clients de PCO avant, se pose. Idem pour la qualité des bilans vu qu'il n'est payé qu'à 140 €. Afin de maintenir une rentabilité, la logique serait de proposer 2 types de bilan : un allégé pour les clients provenant de la PCO et un davantage complet pour les patients indépendants où le bilan est plus onéreux. La question éthique est de nouveau soulevée. Certains bilans spécifiques demandent un temps important pour la passation, l'indemnisation du bilan à 140 € le bilan ne peut pas être rentable.
- **Qui finance les formations continues** qui nous sont demandées ?

Des professionnels libéraux remontent également leurs difficultés à devoir accepter des enfants où la situation est complexe et où les familles se tournent vers des professionnels libéraux à défaut de place en établissements de 2ème ligne (CAMPSP, SESSAD, CMPP, IME).

Ces enfants nécessitent un suivi pluridisciplinaire, une équipe n'est jamais de trop face à certains troubles du comportement difficile à gérer seul en cabinet. Les parents nécessitent également d'être soutenus, or le professionnel libéral n'a pas toujours le temps et/ou les moyens de répondre aux besoins de ces derniers.

Dans le département du Finistère, la MDPH finance régulièrement des séances d'ergothérapie ou psychomotricité via l'AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé).

Cependant, depuis quelques mois, les CDAPH (Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées) tranchent de plus en plus dans le refus d'aide sans qu'en soient expliquées les raisons. Nous nous interrogeons sur la suite du forfait, il est rare qu'un enfant ait surpassé toutes ses déficiences au bout de 1 an et demi.

Nous ne pouvons imaginer une absence de réponse sanitaire à ces enfants après le forfait TND. A ce titre, la SYNFEL Ergolib a monté en janvier 2020 un groupe de travail sur un état des lieux national des fonctionnements des MDA (Maison Départementale de l'Autonomie).

Enfin, nous nous questionnons sur l'information faite aux acteurs de la première ligne, à savoir les médecins généralistes et les pédiatres prescripteurs. Nous redoutons que leurs connaissances du forfait, des TND à proprement dits et des spécificités de nos professions ne soient pas toujours optimales.

A ce tire, l'ANFE a émis 2 guides qui peuvent aider à comprendre le rôle de l'ergothérapie :

- « Comprendre l'ergothérapie auprès des enfants » - décembre 2019
- « L'ergothérapie : un professionnel clé dans la détection et la prise en charge précoce des troubles du neurodéveloppement chez le jeune enfant (0-7 ans) » - juillet 2019

Mme Corlay, ainsi que les interlocuteurs de l'ARS semblent nous avoir écoutés et entendus. La chargée interministérielle a bien insisté sur le fait que grâce au déploiement de ce dispositif, nous sommes en train de révolutionner en 2 ans le monde du libéral, qui s'est forgé sur de longues décennies. Désormais, l'Etat souhaite payer les professionnels de santé par

forfait et non plus à l'acte et qu'ils soient davantage impliqués dans un parcours de soins coordonné pluridisciplinaire pour leurs patients.

Depuis, nous avons obtenu des aménagements du dispositif pour le Finistère, tels que :

- La PCO indemnise les professionnels libéraux tous les 5 actes sur présentation de facture et non plus aux quarts du forfait ;
- Possibilité d'intégrer la PCO a posteriori d'un bilan.
- La CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) a validé que peuvent être comptabilisées comme séances, mais le trajet ne peut être facturé en sus :
  - o Participation aux équipes éducatives
  - o Séance au domicile ou à l'école
  - o Participation à la synthèse
- Certains bilans sont chronophages de fait de leur spécificité (bilans en psychomotricité : profil de Dunn, BSM, ADI, ADOS, les mouvements généraux). Les professionnels, après avoir fourni une attestation de formation complémentaire relative aux connaissances spécifiques pour l'utilisation de ces dits bilans, pourront demander qu'une ou deux séances complètent l'indemnisation du bilan afin de valoriser le temps passé ;
- Possibilité de disposer d'outils de communication sécurisés grâce à des groupements d'organisation sanitaire. Il suffit de posséder un numéro ADELI (Automatisation Des Listes) ;
- La PCO fait signer une chartre responsabilisant les parents. Dès la moindre absence non justifiée, le professionnel libéral informe l'infirmière coordinatrice de la PCO qui se chargera de contacter les parents pour éviter que la situation ne se reproduise ;
- Le devoir de rendre un compte-rendu écrit tous les 3 mois a été allégé : seulement un entretien téléphonique au bout de 6 mois avec l'infirmière coordinatrice pour donner notre avis sur l'évolution de l'enfant ;
- Liberté de créer, d'inventer. Possibilité de composer des groupes d'enfants et / ou des groupes de guidance parentale ou des groupes d'échanges entre parents avec notre accompagnement.

D'autre part, la PCO, de par sa légitimité structurelle, a un poids face à la MDPH et pourra alors appuyer nos argumentaires lors de décisions de refus semblant incongrues.

Néanmoins, les contrats de conventionnement des professionnels libéraux ont été arrêtés par le Ministère de la Santé (Code de la Santé Publique), il n'est par conséquent pas possible de les modifier.

Les assouplissements octroyés ne seront pas stipulés par un avenant écrit. Ces aménagements sont négociés avec la Délégation Interministérielle et la CNAM sous couvert de validation par les ARS.

Espérons que ces avancées concernent tous les conventionnements futurs de la France, que nos revendications aient permis d'améliorer le dispositif sur le plan national.

FORFAIT INTERVENTION PRÉCOCE TND 7-12 ANS

Alors que le forfait intervention précoce TND 0-6 ans, instauré dans le cadre de la stratégie nationale autisme au sein des TND (Troubles du Neuro-Développement), est encore en cours de déploiement sur tout le territoire, l'ANFE a participé au lobbying fait par les associations de famille «DYS» pour étendre le forfait au-delà de 7 ans (souvent les troubles dys sont dépistés après 6 ans).

Aussi, Emmanuel MACRON a annoncé le 11 février 2020, lors de la Conférence Nationale du Handicap, l'extension du forfait d'intervention TND, pour les ergothérapeutes et les psychomotriciens, aux 7-12 ans.

Le Président de la République s'est engagé à ce que le dispositif soit opérationnel en janvier 2021. Après la période de confinement, la Délégation Interministérielle Autisme/TND a lancé les travaux et l'ANFE a été conviée à plusieurs réunions de travail. Afin de mener à bien ces travaux et d'être force de propositions, au plus près des réalités de terrains et des organisations sur les territoires, l'ANFE a lancé un appel à candidatures auprès de ses adhérents afin de constituer un groupe de travail.

Après avoir étudier le projet de circulaire et le cahier des charges des structures de coordination, le groupe travaille actuellement sur le contrat type qui sera soumis aux professionnels libéraux.

« Je suis Nathalie STRITT, déléguée territoriale ANFE Bretagne – Finistère. Je remercie le collectif d'ergothérapeutes libérales formé au lendemain de la réunion d'informations de la PCO de m'avoir acceptée et intégrée dans leur démarche. Je leur ai apporté la connaissance du soutien assuré par l'ANFE au niveau national. Je rédige des comptes-rendus de réunions, j'assure le lien entre l'ANFE à Paris et le collectif (je suis en relation avec Nicolas Biard), je suis porte-parole face à la chargée interministérielle et aux responsables de l'ARS. »

Cependant, le financement d'un transport sanitaire demeure impossible à ce jour. Néanmoins, la déléguée interministérielle comprend notre besoin d'y accéder, elle continue à tenter de remédier à ce manque. Les ergothérapeutes libéraux doivent se réunir en collectif pour défendre leurs intérêts.

Nicolas BIARD, Directeur Technique de L'ANFE négocie au niveau national à Paris. Nous, ergothérapeutes de terrain, devons néanmoins nous faire connaître afin également de défendre nos intérêts.

Dans cette mission, je suis soutenue par ma collègue déléguée territoriale ANFE Bretagne – Finistère Marine BELLEGUIC, car nous formons une équipe avec chacune ses actions. Je rédige aujourd'hui cet article pour expliquer le déploiement de ce dispositif. Je lance un appel aux délégués territoriaux ANFE ou tout autre bonne volonté : « Faites-vous connaitre pour porter la voix les ergothérapeutes du terrain dans la mise en place du forfait TND par les PCO ».

C'est une occasion rêvée pour promouvoir notre profession, surtout que nous y sommes identifiés. Emmanuel Macron parle quelques fois d'ergothérapeutes dans ses discours, continuons sur cette lancée.

La création du forfait intervention précoce, certes fige nos tarifs, nous oblige à répondre à des devoirs néanmoins, elle permet de nous identifier comme acteurs de soins auprès d'un jeune public.

Elle favorise et encourage le développement du libéral.

Enfin, pour conclure, nous pouvons observer un changement inédit au sein de l'Education Nationale. En raison du confinement, pendant 2 mois, les enseignants se sont emparés de l'outil informatique pour continuer leur enseignement à distance.
Des associations donnent des ordinateurs à des enfants dépourvus. Est-ce que demain, tous les enfants auront leur propre ordinateur à l'école ? Bien sûr, les enfants ayant des difficultés d'apprentissage auront certainement des logiciels en sus pour compenser leurs difficultés. N'empêche qu'ils seront comme les autres, plus de stigmatisation à être le seul sur PC en classe. L'école est-elle en train de muer ?

MISSION DENORMANDIE SUR LES AIDES TECHNIQUES

En décembre 2019, le Dr Philippe DENORMANDIE s'est vu confié, par Agnès BUZYN (alors Ministre de la Santé) et Sophie CLUZEL (Secrétaire d'Etat en charge des personnes handicapées), une mission nationale sur les aides techniques. Il s'agit d'une concertation pour améliorer les conditions d'accès et d'usage des aides techniques. L'ANFE a immédiatement pris contact avec le Dr DENORMANDIE et collabore étroitement avec son équipe depuis janvier 2020. Les points de discussion portent essentiellement autour de 3 axes :

1. le recours systématique aux ergothérapeutes lors de l'acquisition d'une aide technique
2. la prescription des aides techniques par les ergothérapeutes
3. le financement de l'intervention des ergothérapeutes à toutes les étapes de l'acquisition de l'aide technique.

Le rapport publié le 29 octobre 2020 recommande l'ouverture du droit à la prescription des aides techniques aux ergothérapeutes. Celles-ci sont d'ores et déjà suivis de faits car le Premier Ministre a annoncé le 16 novembre la mise en place d'un protocole de coopération national pour permettre la prescription des aides techniques par les ergothérapeutes. L'ANFE a d'ores et déjà engagé les démarches auprès de la DGOS afin de participer à ces travaux.

LA COGNITION MATHÉMATIQUE

Par Cécilia Galbiati et Anne-Laurence MOREL - Ergothérapeutes et Membres du collège formation

Les tests de la cognition mathématique accessibles aux ergothérapeutes

Dans sa pratique, l'ergothérapeute est souvent amené à rencontrer des enfants et des adultes qui présentent des troubles dans le domaine de la cognition mathématique. Compter, calculer sont des fonctions essentielles de la vie scolaire et de la vie sociale. Ces compétences interviennent dans de nombreuses occupations de la vie quotidienne : jouer aux jeux de société avec ses amis, mesurer pour cuisiner, estimer son temps pour ne pas être en retard à un rendez-vous, compter son argent pour acheter à manger, etc.

Par sa spécificité et son approche centrée sur le client et l'occupation, mais aussi par ses connaissances et son expertise des domaines gestuel, moteur et cognitif (visuospatiaux), l'ergothérapeute peut accompagner les enfants et les adultes dans des activités où la cognition mathématique est requise.

Pour ce faire, il s'appuie sur son raisonnement clinique et son processus d'intervention. Dans un premier temps, il analyse la performance occupationnelle. Lorsque celle-ci est altérée, il évalue les compétences sous-jacentes, notamment celles qui ont un rapport avec des déficits liés à la cognition mathématique. Il est alors essentiel que les ergothérapeutes puissent tester spécifiquement ce domaine.

Certains tests créés par des neuropsychologues et des orthophonistes sont dévolus à l'évaluation des compétences numériques et de calcul. Jusqu'à présent ces tests normés, fondés sur des modèles neurocognitivistes comme le triple code (Dehaenne et Cohen, 1992), n'étaient pas accessibles aux ergothérapeutes.

Après discussion avec les auteurs des ECPA – PEARSON, nous avons désormais accès au Test diagnostique des compétences de base en mathématiques (Tedi-Math) paru en 2001, au Tedi-Math Grand (2015) et au Zareki (2006), tout comme à la Batterie d'évaluation du nombre au quotidien (BENQ) parue en 2014 et la partie calcul de la Batterie modulable de tests informatisés (BMTi) parue en 2019, toutes deux revendues par Orthoédition. Hélas, nous ne pouvons toujours pas utiliser Examath (Lafay et Hellouin, 2016) malgré nos échanges avec les auteurs, car le teste est uniquement réservé aux orthophonistes.

L'accès officiel aux tests nous permet de mieux cerner les déficits sous-jacents dans le domaine du calcul, ce qui favorise une intervention ciblée pour équiper l'enfant au niveau numérique et faciliter sa participation sociale dans ses activités significatives qui requièrent des habiletés de comptage ou de calcul.

Cet accompagnement s'inscrit la plupart du temps dans un projet pluridisciplinaire en particulier avec les orthophonistes, mais aussi avec les parents, les enseignants et les éducateurs.

LOI AUTONOMIE GRAND ÂGE ET 5ÈME BRANCHE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

L'Assemblée Nationale a acté l'été dernier la création de la branche autonomie de la Sécurité Sociale, communément appelée 5ème branche, ou 5ème risque. Il s'agit d'un projet qui date de plusieurs décennies. Sa création doit être entérinée lors du vote du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 (PLFSS 2021) sur la base du rapport remis par M. L. VACHEY. L'ANFE a pu rencontrer le pilote de ce rapport afin de lui rappeler la nécessité de solliciter et financer l'expertise des ergothérapeutes à toutes les étapes du parcours de santé des personnes concernées par cette 5ème branche. Nous lui avons également rappelé l'importance de notre intervention en prévention primaire et secondaire. Les travaux menés autour de cette 5ème branche permettront ensuite de financer les mesures qui seront discutées au printemps dans le cadre de la future loi autonomie grand âge. L'ANFE a déjà pris contact avec le cabinet de Brigitte BOURGUIGNON, Ministre déléguée chargée de l'autonomie, afin de participer aux concertations qui seront mises en place.

RÉORGANISATION DU COMITÉ TERRITORIAL

Par Cyprien DUPONT – Coordonnateur du comité territorial

Le comité territorial de l'ANFE une réorganisation ambitieuse et nécessaire

Depuis plusieurs années, le comité territorial rencontre des difficultés récurrentes telles que le manque de bénévoles sur le terrain et la surcharge de travail pour ceux qui sont engagés. À la suite de nombreuses réflexions avec l'ensemble des délégués et les représentants de l'association, nous avons profité de l'année 2020 pour prendre le temps d'une réorganisation interne.

Nous avons eu pour objectifs d'adapter la structure du comité à l'augmentation du nombre d'ergothérapeutes et du nombre d'adhérents. Pour répondre à des difficultés de recrutement de bénévoles et de représentation de l'association dans les territoires, nous avons décidé de diviser le rôle lourd et historique du délégué territorial en quatre missions distinctes.

Après que nous avons mis en évidence les limites des délégués face à la charge de travail, l'objectif est d'appeler les ergothérapeutes sensibles à un potentiel engagement associatif en renfort pour combler les missions qui ne seraient pas pourvues.

Concrètement, les délégués territoriaux s'engagent aujourd'hui de manière officielle sur une ou plusieurs des quatre missions suivantes, selon le niveau d'investissement que chacun souhaite mettre au service de l'association :

1. relations avec les étudiants
2. recensement des ergothérapeutes du territoire
3. événements et manifestations
4. relations tutelles (ARS).

Nous organiserons dorénavant des réunions trimestrielles par mission sous la forme de groupes de travail en visioconférence afin d'aborder chaque sujet avec plus de précision et d'ambition, puisque chaque bénévole passera davantage de temps à travailler sur des projets spécifiquement choisis.

En plus de ces réunions à distance, nous envisageons de ponctuer l'année par un événement que nous pourrions qualifier de « moment fort » pour les délégués territoriaux : une rencontre, le temps d'un weekend, pour échanger sur les avancées des différentes missions, partager sur les retours d'expérience, participer à des présentations – tout ceci consolidé par un peu de convivialité.

Le comité a nommé parmi ses délégués quatre référents nationaux correspondant aux quatre missions. Ceux-ci ont pour rôle de représenter le groupe de délégués engagés dans la mission qu'ils représentent. Ils se positionnent en soutien du coordonnateur pour animer les réunions et centraliser les informations qui les concernent.

Mission 1 : relations avec les étudiants

Le nombre d'Instituts de formation en ergothérapie (IFE) nous impose de revoir les modalités de communication avec les étudiants que nous devons bien considérer comme nos futurs collègues. En les sensibilisant à l'engagement associatif dès leur arrivée en formation initiale, nous construisons le réseau de demain, riche de l'énergie qu'apportent les nouvelles générations d'ergothérapeutes. C'est pourquoi il est primordial d'établir des relations privilégiées entre des délégués et les différents acteurs de la formation : les IFE et les Bureaux des étudiants. Nous avons déjà identifié des délégués pour une bonne partie des IFE, mais il en manque encore quelques-uns si nous voulons être présents sur la totalité du réseau de formation. Ceci nous permettra de nous joindre de manière plus systématique aux initiatives des étudiants dont l'imagination dépasse souvent celle de leurs aînés.

Mission 2 : recensement des ergothérapeutes du territoire

Nous souhaitons mettre en place un système de référencement des ergothérapeutes sur l'ensemble du territoire national. Cela implique une proximité avec les professionnels parfois éloignés de nos intérêts communs que l'ANFE a la vocation de défendre. Les délégués territoriaux qui choisissent cette mission auront pour objectif de repérer les structures qui embauchent des ergothérapeutes, de construire le réseau professionnel, de comprendre leurs attentes pour mieux les solliciter et les impliquer dans les projets collectifs.

Mission 3 : événements et manifestations

Les délégués engagés dans la mission 3 organisent des événements propices à la rencontre : caf'ergo, réunions, formation, conférences, colloque, congrès. Ils ont pour objectif de faire grandir la profession par notre capacité à échanger. Ils sont également sollicités pour représenter l'association à l'occasion de la tenue d'événements extérieurs comme des salons ou des rencontres pluriprofessionnelles. Nous avons pu proposer des adaptations numériques pour compenser la réduction drastique des rencontres physiques liée à la crise sanitaire. Nombre de projets pourront être menés dans les prochains mois, notamment pour préparer la semaine nationale de l'ergothérapie 2021.

Mission 4 : relations de tutelle (ARS)

Au cours de cette année 2020, nous avons accentué les relations avec les Agences régionales de santé (ARS), notamment pour la gestion de la crise sanitaire, mais également pour la mise en place des Plateformes de coordination et d'orientation (PCO) concernant les enfants avec Troubles du neuro-développement (TND). Le principal rôle du délégué est d'établir un contact avec l'ARS pour promouvoir les plus-values de l'ergothérapie en corrélation avec les politiques locales relayées dans les Projets régionaux de santé (PRS). Cela nous permet par la suite d'investir les groupes de travail que propose l'ARS avec les membres de notre réseau en fonction des expertises de chacun.

Évidemment, l'ensemble des délégués d'une région travaillent en équipe ; il ne s'agit pas de cloisonner les missions, mais de mieux identifier le rôle de chaque bénévole sur chaque territoire.

Avec ce fonctionnement, nous pouvons aujourd'hui visualiser les missions délaissées dans certaines localités, ce qui nous amène à lancer avec ambition un appel à l'ensemble des ergothérapeutes de métropole et d'outre-mer. Nous recherchons des volontaires pour participer à la vie du réseau des ergothérapeutes de France en vous engageant comme délégué de votre territoire.

L'ANFE REJOINT L'ASSOCIATION APPROCHE

L'ANFE a intégré l'association APPROCHE en janvier 2020 afin d'y représenter les ergothérapeutes. Il s'agit d'un réseau d'établissement de santé, répartis sur tout le territoire, qui a pour principale mission de promouvoir les nouvelles technologies (robotique, électronique, domotique, Technologies de l'Information et de la Communication,...) au service des personnes en situation de handicap. APPROCHE participe à la mise en œuvre de projets de recherche et à la diffusion des connaissances, grâce notamment aux formations qu'elle dispense auprès des ergothérapeutes en partenariat avec l'ANFE depuis plus de 15 ans. Ce rapprochement vise à renforcer les liens qui nous unissent depuis de nombreuses années.

Plus d'informations : https://www.approche-asso.com/

NOUVEAU CATALOGUE SFC 2021

Par Florence Jeay, Responsable du service de formation continue, Hélène Corlay, Chargée d'ingénierie de formation

Nouvelles formations consultables en ligne, inscriptions 2021 ouvertes depuis juin

Le service formation continue travaille tous les jours pour actualiser les compétences des Ergothérapeutes. C'est pourquoi, chaque année, un nouveau catalogue de formations continues est publié plusieurs mois à l'avance pour permettre aux établissements de préparer leur plan de développement des compétences formation et aux professionnels de demander la prise en charge d'une ou plusieurs formation(s).

En raison de la situation sanitaire, certaines formations ont été adaptées (MCRO, COOP) et proposées à distance partiellement (MCRO, COOP) ou totalement (AMPS, Adaptation du cadre bâti). La plupart des formations qui n'ont pu être réalisées de mars à juillet 2020 ont été reportées sur le second semestre 2020 ou début 2021. L'équipe du SFC poursuit ce travail d'adaptation en collaboration avec les formateurs volontaires si le format de leur formation le permet.

Le catalogue 2021 est consultable en ligne, la version papier des catalogues est envoyée chaque année à tous les adhérents et à nos clients.

Le catalogue 2021 et leur sommaire précisant les dates des sessions sont consultables et téléchargeables en ligne sur *https://www.anfe.fr/les-formations.*

La recherche et le téléchargement de programmes ainsi que les pré-inscriptions en ligne sur les sessions ouvertes en 2020 et 2021 sont possibles sur *https://www.anfe.fr/s-inscrire.*

Certaines formations sont très demandées et les sessions sont complètes dès la fin Janvier, nous conseillons donc aux professionnels de se préinscrire tout de suite et confirmer le financement de leur formation avant fin Janvier pour être certains d'avoir une place disponible.

En 2021, pour répondre à l'évolution des pratiques et aux besoins identifiés sur le terrain, **3 nouvelles formations seront proposées :**

EA22 - L'intervention ergothérapique en soins palliatifs auprès d'adultes : enjeux et spécificités

La pratique de l'ergothérapie en soins palliatifs reste encore rare et peu connue. Les personnes bénéficiant de soins palliatifs peuvent être atteintes de pathologies diverses, mais les symptômes ressentis vont avoir, très souvent, comme conséquence de limiter la réalisation des habitudes de vie et la participation sociale.

Par son approche centrée sur l'activité et la personne, et son objectif global d'amélioration de la qualité de vie, l'ergothérapeute a donc toute sa place dans les prises en charges palliatives. Cette formation permet de connaitre la spécificité de l'intervention ergothérapique en soins palliatifs adulte et de développer des compétences pour intervenir en soins palliatifs, en institution et à domicile.

Des recommandations professionnelles sont disponibles dans l'espace adhérent : *https://www.anfe.fr/developpement-professionnel/recherche-documentaire.*

EV19 - GOAL ATTAINMENT SCALING (GAS)

Définir des échelles personnalisées pour mesurer l'atteinte des objectifs du patient

Cette formation, proposée uniquement en Intra-établissement (sur site), est destinée à tous professionnels de santé souhaitant travailler à partir d'objectifs personnalisés déterminés avec leurs patients, que ce soit dans le domaine de la médecine physique ou de la santé mentale. Par une approche scientifique, la première partie de cette formation permet d'orienter sa pratique en équipe sur des objectifs qui ont du sens pour le patient et de mesurer l'impact des traitements sur l'atteinte de ces objectifs grâce à la définition d'échelles d'évaluation personnalisées.

Une partie complémentaire, facultative, permet aux professionnels de santé engagés ou désirant s'engager dans un projet de recherche, de comprendre les résultats des études cliniques ayant utilisé des GAS comme critère de jugement.

DP27 – L'écriture des dossiers en ergothérapie : de la théorie à une pratique efficace

L'écriture occupe une place prépondérante dans le monde du travail des ergothérapeutes : rédaction de compte-rendu d'évaluation ou d'intervention à domicile, transmissions, argumentaires techniques, etc. Ecrire devient aujourd'hui une nécessité, voire une obligation, avec l'assurance d'une « traçabilité » de la qualité des soins des personnes accompagnées. Apparaît alors le décalage entre la qualité et la quantité d'écrits nécessaires et le temps consacré au développement à cette compétence en formation initiale. Cette formation est née de ce constat et vise l'amélioration de la qualité des écrits professionnels, afin de valoriser le raisonnement clinique des ergothérapeutes (démarche d'évaluation, diagnostic ergothérapique, plan d'intervention...). Le programme s'appuie sur des éléments théoriques, mais également sur l'expérience concrète du terrain, en partant de ses propres écrits selon une dynamique de formation-action.

Le catalogue 2022 est en cours de préparation avec quelques nouveautés portant sur les thérapies intensives en pédiatrie, les Troubles du Spectre de l'Autisme sans déficience intellectuelle, la nouvelle nomenclature de la classification internationale du Modèle de développement Humain et du Processus de Production du Handicap (MDH-PPH).

Les programmes de 2022 seront consultables en ligne courant mai 2021 sur *https://www.anfe.fr/les-formations*.

Nous mettons tout en œuvre pour que nos formations soient validées comme programmes de Développement Professionnel Continu (DPC).

Si elles ne correspondent pas aux critères du DPC ou ne correspondent pas aux orientations prioritaires de DPC fixées par l'arrêté du 31 juillet 2019 du Ministère des solidarités et de la santé, nous le mentionnons dans la marge du programme ou en informons les personnes inscrites si cette information nous parvient après édition du catalogue. Nos formations ne sont pas éligibles au financement par le Compte Personnel de Formation (CPF) mais elles peuvent vous permettre de répondre à l'obligation de DPC des professionnels de santé, à laquelle les employeurs doivent veiller et contribuer.

Nous sommes impatients de vous accueillir pour vous accompagner dans votre Développement Professionnel Continu !

RÉSEAU INTERNATIONAL DES ASSOCIATIONS FRANCOPHONES DES ERGOTHÉRAPEUTES (RIAFE)

Plusieurs associations nationales francophones d'ergothérapeutes ont émis le souhait commun de mieux connaitre les réalités d'exercice dans les différents pays francophones et de créer des synergies entre les associations (partage de connaissances, mutualisation de la production de savoirs...).

A cette fin, depuis plus de 2 ans, l'association française (ANFE), québécoise (ACE), belge (UPE), luxembourgeoise (ALED) et suisse (ASE), se sont réunies à plusieurs reprises.

A ce jour, le collectif souhaite passer une étape supplémentaire et se constituer en réseau : le RIAFE (Réseau International des Associations Francophones des Ergothérapeutes). Le RIAFE a pour ambition de s'élargir et de solliciter les autres associations francophones (Maroc, Liban, Tunisie...).

LA DÉLÉGATION MARTINIQUAISE DE L'ANFE

Par Stéphane MAILLET - Délégué territorial en Martinique

Pourquoi devenir délégué territorial en Martinique ?

J'ai été formé au métier d'ergothérapeute dans les Hauts-de-France à l'IFE Berck-sur-Mer et j'ai commencé ma carrière dans le département du Nord. La délégation du Nord était alors assurée par Amélie Saragoni. J'ai eu la chance de participer avec elle à différentes actions qu'elle avait entreprises. Son dynamisme et la diversité des actions menées m'ont aidé à appréhender l'importance des délégations territoriales dans leur rôle de relais entre le comité d'administration de l'ANFE, les instances locales (ARS, rectorat, MDPH...) et les ergothérapeutes du département.

Je suis arrivé en Martinique en janvier 2019 et, apprenant qu'il n'y avait pas de délégué territorial sur l'île, il m'a paru important de proposer ma candidature à cette fonction. Mes objectifs d'alors étaient les suivants :

- fédérer les ergothérapeutes
- faire reconnaître l'ergothérapie en interpelant les instances locales sur des sujets précis
- faire connaître notre métier et ses spécificités à la population
- compiler les problématiques de terrain rencontrées par les ergothérapeutes afin de travailler ensemble à les résoudre et de faire évoluer nos pratiques.

Une volonté partagée et soutenue par les ergothérapeutes martiniquais

Cette volonté de faire bouger les choses a été chaleureusement accueillie par un groupe d'ergothérapeutes déjà installés et ayant depuis longtemps cette même volonté. Nous avons pu travailler ensemble à la mise sur pied de différents projets :

- le référencement des ergothérapeutes du territoire
- l'échange régulier entre professionnels
- la visibilité auprès de la population
- le développement de l'ergothérapie sur le territoire.

Afin d'étayer ces projets, différentes actions ont été menées. Un répertoire des ergothérapeutes a été créé. Il compile leurs coordonnées, leur(s) secteur(s) d'intervention et leur secteur géographique afin d'avoir une idée précise du réseau et d'orienter plus facilement les patients.

Nous avons mis en place les « café ergo » et décidé d'en organiser un par trimestre. Ces rencontres sont l'occasion d'échanger régulièrement entre professionnels (ergothérapeutes et autres) sur des sujets divers préalablement inscrits à l'ordre du jour. Le prochain « café ergo » sera consacré à la présentation de la Maison martiniquaise de la personne en situation de handicap (MMPH, équivalent de la MDPH de l'hexagone).

> « Toujours soucieuse d'aider les personnes en situation de handicap, l'ANFE, en collaboration avec l'antenne locale de Parapharm, a permis cette année à une personne paraplégique ne possédant pas de Fauteuil Roulant Électrique (FRE) de pouvoir participer avec un FRE à tous les défilés en costumes (un costume différent par défilé) lors du carnaval (une institution en Martinique). »

À cette occasion madame Désormeaux, directrice de la MMPH, viendra nous expliquer le fonctionnement et le rôle clé de la MMPH dans l'accès à l'autonomie.

Ce sera également l'occasion d'essayer d'harmoniser les pratiques entre ergothérapeutes afin que nos bilans répondent au mieux aux attentes de la MMPH en termes d'évaluation des problématiques des usagers. Nous avons la chance d'avoir pu convier à cette présentation les orthophonistes du territoire et nous en profiterons pour établir avec eux des relations d'échanges interprofessionnels à long terme.

Toujours soucieuse d'aider les personnes en situation de handicap, l'ANFE, en collaboration avec l'antenne

> Nous aimerions, à plus long terme, créer une cartographie des activités de loisir et de tourisme (logements, transports...) accessibles aux personnes en situation de handicap sur le territoire martiniquais.

locale de Parapharm, a permis cette année à une personne paraplégique ne possédant pas de Fauteuil roulant électrique (FRE) de pouvoir participer avec un FRE à tous les défilés en costumes (un costume différent par défilé) lors du carnaval (une institution en Martinique).

En effet, lors les deux soirées et des quatre jours de défilé, Parapharm et l'ANFE se sont partagé les frais de mise à disposition du FRE. Ce fut également l'occasion de faire connaître l'ergothérapie en mettant sur un des pick-up du défilé les affiches de l'ANFE « Qu'est-ce que l'ergothérapie ? » (Ircom Agirc-Arcco).

L'aménagement de logement étant, comme partout, un besoin récurrent en Martinique, la délégation a rencontré l'Ircom Agirc-Arcco (Institution interprofessionnelle de retraite complémentaire de la Martinique) afin de travailler ensemble à la mise en place d'un diagnostic gratuit du domicile par un ergothérapeute.

L'Ircom Agirc-Arcco prendra en charge financièrement cette prestation qui sera proposée à ses assurés. Un prochain rendez-vous est prévu avec l'Ircom Agirc-Arcco et les ergothérapeutes (qui travaillent notamment en libéral et à la MMPH) afin de définir les modalités de mise en place de cette prestation et d'entrevoir les différentes possibilités de prise en charge financière des éventuels aménagements de logement ou autres prestations (aides techniques, aides humaines...) préconisés.

Un showroom aménagement de logement sera également organisé lors de la journée portes ouvertes de l'Ircom Agirc-Arcco afin de sensibiliser les usagers à l'aménagement de logement, ainsi qu'au rôle et à l'expertise de l'ergothérapeute en la matière.

L'avenir de la délégation martiniquaise de l'ANFE

D'autres actions sont en réflexion ou en cours d'élaboration. Il est prévu, à court terme, de rencontrer les responsables de la scolarité adaptée au rectorat afin d'échanger sur les modalités de mise à disposition du Matériel pédagogique adapté (MPA) pour les élèves en situation de handicap. Cet échange se fera en collaboration avec les ergothérapeutes libéraux et la MMPH.

Nous prévoyons également, à moyen terme, de rencontrer l'Agence régionale de santé (ARS) afin d'organiser ensemble le forfait intervention précoce sur le territoire martiniquais. C'est aussi à moyen terme que nous voulons organiser en Martinique des formations ANFE en lien avec les demandes des ergothérapeutes locaux. Enfin, nous aimerions, à plus long terme, créer une cartographie des activités de loisir et de tourisme (logements, transports...) accessibles aux personnes en situation de handicap sur le territoire martiniquais. En effet, nous voudrions partager avec le plus grand nombre la beauté et la richesse culturelle de notre île.

C'est le dynamisme et l'envie d'avancer des ergothérapeutes locaux qui rend possible la mise en place de ces différents projets. Ces derniers sont cruciaux pour le développement de l'ergothérapie sur le territoire martiniquais ainsi que pour garantir aux Martiniquais un meilleur accès à l'autonomie. Et c'est aussi le soutien logistique, technique et financier de l'ANFE qui permet de mener à bien les différentes actions qui font avancer nos projets.

C'est pour cela que je tiens à remercier chaleureusement les ergothérapeutes martiniquais et l'ANFE pour leur engagement ainsi que leur soutien, et que je promets un avenir radieux à la délégation martiniquaise de l'ANFE.

ARRIVÉES ET DÉPARTS DE BÉNÉVOLES DE L'ANNÉE

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 :

ARRRIVÉES	DÉPARTS
Claudia RIPPERT - Déléguée territoriale PACA Ergothérapeute en EHPAD, Marseille (13) - paca@anfe.fr	**Marie GAWALKIEWICZ** - Membre du Comité d'Éthique et d'Exercice
Sébastien COTTARD - Délégué territorial PACA Ergothérapeute Hôpital Privé Gériatrique Les Sources Nice (06) - paca@anfe.fr	**Pierre Marie PIRLET** - Délégué territorial Nord-Pas-de-Calais
Lorène DROLLON - Déléguée Territoriale Côte d'Armor Ergothérapeute au sein du SIADV Bretagne, bretagne@anfe.fr	**Patrick ARNOULIN** - Délégué territorial
Anne Laure LOPEZ - Déléguée Territoriale Saône-et-Loire Ergothérapeute en EHPAD et IME, rhonealpes@anfe.fr	**Claire PIGNARD -** Déléguée Territoriale - Rhône
Karine RIGUET - Membre du Comité d'Éthique et d'Exercice Ergothérapeute - Le Mans, comiteethiqueexercice@anfe.fr	**Lou Anne LUBREZ -** Déléguée Territoriale Pyrénées-Orientales
Noémie DIEGUEZ - Déléguée territoriale Nouvelle Aquitaine - Ergothérapeute en SSR	**Dominique BERNARD** - Membre du Collège Formation
Morgane ADDE - Déléguée territoriale Sarthe normandie@anfe.fr	**Violaine GUY -** Déléguée Territoriale
Emeline KIENTZ - Déléguée Territoriale - Bas-Rhin Ergothérapeute en libéral, lorraine@anfe.fr	**Dorine PELLO -** Déléguée Territoriale
Emmanuelle GUYOT - Collège formation college.formation@anfe.fr	**Maël BOULC'H -** Déléguée Territoriale - Rhône
Marielle ANDRÉ - Membre du Collège Scientifique	**Théo BRUNOIS** - COTEC
Sara CORRELA PEREZ – WFOT	**Blandine MORIN PARC -** COTEC
Gladys MIGNET, Membre du Comité d'Éthique et d'Exercice	**Grégoire COUDRAY** - Délégué territorial Île-de-France
Sandrine MENNESSON - Membre du Comité d'Éthique et d'Exercice	**Hocéane BENNIS** - Déléguée territoriale - Centre
Julie MAILLET, Membre du Comité d'Éthique et d'Exercice	
Maxime TÉDOS - Délégué territorial La réunion Ergothérapeute en libéral et conventionné PCO-TnD, Saint-Joseph (974), iledelareunion@anfe.fr	
Chloé NAQUIN - Déléguée territoriale Centre Ergothérapeute en libéral et en ESA (45), centre@anfe.fr	
Athénaïs ABIME - Déléguée territoriale - Languedoc-roussillon Ergothérapeute - Institut Saint-Pierre (34), languedocroussillon@anfe.fr	
Gwendoline ROUGER - Déléguée territoriale ile-de-france Ergothérapeute, SESSAD EnvOLUDiA, Le raincy (93) 93idf@anfe.fr	

Merci à tous et à toutes pour votre investissement et votre soutien, contribuant ainsi à une réussite en équipe. Nous sommes chanceux de vous avoir parmi nous. Continuez à nous épauler !

Continuons à faire évoluer notre profession ENSEMBLE !

Rejoignez-nous sur les réseaux sociaux !

#anfe

Page ANFE

@ANFE_Ergo_OT

Association ANFE

9 753 PERSONNES NOUS SUIVENT

ACTUALITÉS ERGOTHÉRAPIQUES

L'INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHÉRAPIE DE GRENOBLE

Par Catherine Exertier – Présidente de l'association CAP IFE Arc alpin, Sylvain Darrous – Responsable pédagogique de l'IFE – IFTS

L'Institut de formation en ergothérapie de Grenoble a ouvert ses portes en septembre 2020 au sein d'un Institut de formation en travail social (l'IFTS à Échirolles)

Le 15 novembre 2019 la Région Auvergne Rhône Alpes (AURA) a donné son autorisation pour l'ouverture en septembre 2020 d'une promotion de 30 étudiants en ergothérapie.

Un projet en plusieurs étapes :

En 2015, l'idée a émergé au sein du réseau du Café-ergo grenoblois, défendue par plusieurs ergothérapeutes impliqués de longue date dans le développement local du métier.

L'association **CAP IFE de l'ARC ALPIN** voit alors le jour pour porter le projet de création d'un IFE implanté sur la métropole grenobloise, rayonnant sur un arc alpin allant des départements Drôme, Ardèche, Hautes-Alpes, en passant par l'Isère, les Savoies, la Suisse francophone.

En 2016, il faut convaincre les professionnels, les instances régionales et les organismes de formation potentiels de l'intérêt d'un IFE à Grenoble. L'association réalise un diagnostic des besoins en emplois, des ressources en formateurs et des lieux de stages du territoire de l'ARC ALPIN.

En novembre, la responsable des formations sanitaires et sociales de la Région nous invite à poursuivre en confirmant le résultat de notre diagnostic : « Aujourd'hui, de nombreux postes ne sont pas pourvus, le métier est en tension pour la Région, malgré l'offre de formation déjà existante à Lyon et Clermont-Ferrand.

La création d'un IFE à Grenoble peut s'inscrire dans le plan de formations de la Région qui vise, pour la mandature, la création de 500 places de formations sanitaires et sociales comprenant les métiers de la rééducation-réadaptation ; l'ergothérapie en fait partie. »

En 2017, il faut trouver l'organisme de formation qui portera l'IFE. Le 15 mars, une réunion est organisée à l'initiative de la Région et rassemble le service de formations sanitaires et sociales de la Région, des représentants de l'Université Grenoble Alpes et de l'UFR de médecine, le conseiller pédagogique régional de l'ARS, la direction de l'IFTS, le CHU de Grenoble et l'association.
Le diagnostic des besoins est approuvé en vertu du nombre de postes vacants et du développement repéré de la profession dans les champs médico-sociaux, du maintien à domicile, du libéral : le besoin d'un troisième IFE dans la Région est approuvé par tous.

Qui portera le projet ?

L'UFR de médecine accepte de s'associer au projet et de mettre à disposition son ingénierie pédagogique concernant l'enseignement des sciences médicales notamment.
Le CHU de Grenoble ne souhaite pas donner suite. L'IFTS propose de conventionner avec l'UGA/UFR de médecine et d'accueillir l'IFE. La Région attend la présentation d'un projet pédagogique et d'un budget d'investissement et de fonctionnement.

En 2018, le travail commence. Le 14 mars, l'association CAP IFE de l'ARC ALPIN signe une convention avec l'association pour le développement de l'IFTS pour la création d'un IFE au sein de l'IFTS qui portera le projet auprès des instances régionales. L'association apportera son appui par sa connaissance du métier et de son réseau professionnel.
Un questionnaire est lancé auprès d'un réseau élargi de professionnels pour identifier des formateurs. Le 17 novembre, une journée de travail collaboratif associant l'IFTS et l'association est proposée aux adhérents et sympathisants pour écrire le socle des propositions pédagogiques du futur IFE : ses valeurs, son identité, son manifeste. Trente personnes, ergothérapeutes et formateurs des départements de l'Arc Alpin participent à plusieurs ateliers.

En 2019, issu de ce recueil, le projet pédagogique est rédigé avec la direction de l'IFTS et déposé à la Région en mai 2019. Le 15 novembre, la Région donne son accord pour l'ouverture d'un Institut de formation en ergothérapie au sein de l'IFTS.

Pourquoi former des ergothérapeutes dans un Institut de formation de travailleurs sociaux ?

Le métier d'ergothérapeute ne se pratique plus seulement dans des établissements et des services fermés. L'ergothérapie est une profession de santé qui travaille à la charnière du médical et du social et appartient aux deux familles de pratique.

C'est une profession qui crée un lien entre deux mondes souvent hermétiques et instaure une transdisciplinarité. L'ergothérapeute participe au traitement social du handicap prôné dans la loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ».

L'ergothérapeute, par la recherche d'une compensation de handicap, de la justice occupationnelle, prend en compte l'environnement matériel et humain, les habitudes de vie, le projet de la personne. Trop souvent encore, ses professionnels médicaux et sociaux sans références communes se côtoient pour travailler ensemble. Une approche interdisciplinaire dès la formation initiale sera un atout pour que les professionnels de santé et sociaux apprennent à connaître les compétences de chacun, développent une culture commune afin de mettre en œuvre un projet médico-social.

C'est ainsi que l'intégration d'un IFE au sein d'un IFTS prend tout son sens. Par ailleurs, l'IFTS est implanté historiquement et localement, et reconnu pour la qualité de son projet pédagogique, dans la

AVANTAGES OFFERTS

Deux arrêtés et un décret viennent compléter et modifier les dispositions relatives aux avantages offerts aux professionnels et étudiants en santé par les personnes fabriquant ou commercialisant des produits ou prestations de santé.

(Décret n° 2020-730 du 15 juin 2020 et arrêtés du 7 août 2020)

Les textes déterminent les personnes physiques ou morales concernées, la nature et les conditions des dérogations à l'interdiction d'offres d'avantages, ainsi que les modalités du régime de déclaration et d'autorisation des dérogations. Selon les montants engagés, la convention stipulant les avantages doit faire l'objet d'une autorisation délivrée par l'autorité administrative, ou les ordres, donc par l'ARS pour les ergothérapeutes.

A l'inverse des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, sont considérés comme d'une valeur négligeable. Par exemple un repas à 30 € dans la limite de deux par année civile ou un abonnement à une revue à 150€/an.

mise en œuvre de formations professionnalisantes, éducatives, sociales et médico-sociales, fondées sur l'alternance, l'implication des étudiants dans leur projet d'études, le lien renforcé avec les lieux de stages qualifiants.

L'IFTS a su régulièrement élargir son offre de formations par de nombreuses conventions (appartement scénarisé, Institut des métiers, etc.), et en particulier universitaires, ce qui lui permet la mise en œuvre d'un accès à la licence et de s'inscrire dans des projets de recherche.

En 2020, c'est la concrétisation. Sylvain Darrous, responsable de l'entité « intervention en santé » de l'IFTS et responsable pédagogique de l'IFE, est embauché. Des contacts se nouent avec les IFE de la Région, le SIFEF.

Est entériné le projet de réhabilitation des locaux au sein de l'IFTS consacrés à l'IFE permettant d'accueillir une cuisine et une salle de bain thérapeutique ainsi qu'un espace modulable pour les travaux pratiques, mais il doit être décalé du fait du confinement. Le dispositif d'admission prévoit d'accueillir les 30 étudiants selon une modalité mixte : la moitié sont recrutés par Parcoursup, 10 étudiants venant de la paces de Grenoble et les 5 derniers étant admis selon la modalité de l'article 31.

L'ingénierie pédagogique se construit avec des formateurs issus de la profession, de l'université et de l'IFTS, et le premier formateur à temps plein est recruté en juillet 2020. La convention avec l'Université de Grenoble Alpes, la Région AURA et l'IFTS est signée depuis le mois d'octobre 2020.

L'ouverture d'un IFE est une opportunité de formation pour de futurs ergothérapeutes ; elle doit être aussi le fer de lance d'une dynamique locale de formation et de développement des pratiques pour les ergothérapeutes de la Région et pour la visibilité de la profession. L'association CAP IFE ARC ALPIN souhaite s'y employer, en lien avec les instances régionales et nationales de la profession.

N. B. : les auteurs au nom de l'association CAP IFE tiennent à formuler des remerciements appuyés à Marc Souet (ex-directeur pédagogique de l'IFTS et ergothérapeute) et à Chantal Cornier (ex-directrice générale de l'IFTS) pour leur soutien méthodologique et leur accompagnement tout au long de ce chemin.

LANCEMENT D'UN PARCOURS DE SANTÉ INNOVANT EN OCCITANIE

Par Aurélie Taunais - Ergothérapeute en libéral, Thiébaut-Noël Willig - Pédiatre libéral et Laurent Raffier - Chef de projet « Parcours de santé troubles spécifiques à Toulouse

Lancement d'un parcours de santé innovant en Occitanie soutenu par l'association Occitadys pour tous les enfants présentant des troubles du langage et des apprentissages

L'association Occitadys

L'association a été créée en juin 2018 en réponse au projet régional de santé 2018-2023 de l'Agence régionale de santé (ARS) d'Occitanie qui intègre parmi ses priorités :

- structurer l'accès régional au diagnostic des troubles des apprentissages des enfants de 0 à 15 ans ;
- développer les compétences des enfants et accompagner les parents pour prévenir les troubles et prises de risque.

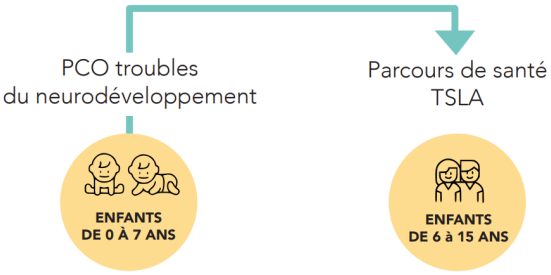
L'association a pour objet de promouvoir, encadrer et soutenir les pratiques de tous les professionnels concernés par les troubles spécifiques du neurodéveloppement et des apprentissages en Occitanie. Elle entend à la fois être actrice dans la mise en œuvre de la politique de santé publique définie par l'ARS Occitanie et également fédérer les professionnels autour des enjeux de prévention, d'accessibilité et de qualité des soins afin de répondre de façon adaptée aux besoins repérés dans les différents territoires.

Présidée par le Dr Thiébaut-Noël Willig, pédiatre sur Toulouse, l'association Occitadys regroupe au sein de son conseil d'administration (CA) des membres institutionnels de la santé, de l'enseignement et d'associations de familles, des membres de droit et des membres « à titre individuel », parmi lesquels on compte trois ergothérapeutes : Manon Cojean (ergothérapeute dans l'Aude), Lou-Anne Lubrez (ergothérapeute libérale dans les Pyrénées-Orientales) et Aurélie Taunais (ergothérapeute libérale en Haute-Garonne). Toutes les trois ont à cœur de représenter la profession et leurs collègues ergothérapeutes en Occitanie.

Le parcours TSLA en occitanie

Parmi les projets de recherche en cours, l'association Occitadys a construit avec le soutien de l'ARS Occitanie dans le cadre du dispositif « Article 51 » de l'Assurance maladie un dispositif innovant et unique en France intitulé « Parcours de santé TSLA » qui sera financé à titre expérimental à partir de janvier 2021.

Ce projet s'inscrit dans la continuité du travail engagé en Occitanie pour la structuration de l'accès au diagnostic et en complémentarité avec les plateformes de coordination et d'orientation précoce pour les troubles du neurodéveloppement (PCO) .
Le parcours de santé TSLA est destiné aux enfants de 6 à 15 ans pour lesquels aucun diagnostic n'a encore été posé et qui ne disposent pas d'une prise en charge des soins financée au titre du handicap.



Mené par l'association Occitadys, ce projet expérimental sera lancé en janvier 2021 avec le soutien de l'ARS auprès de 10 000 enfants en Occitanie pendant trois ans avant d'être étendu à toute la France, en écho à la conférence nationale du handicap de février 2020 . Le projet est financé à hauteur de 21,4 millions d'euros dans le cadre du

dispositif « Article 51 » consacré à l'innovation dans le domaine de la santé et déployé par l'Assurance Maladie et le ministère de la Santé. L'ARS Occitanie soutiendra également cette priorité régionale de santé en finançant l'ingénierie du projet via le fonds d'intervention régional.
En effet, les troubles spécifiques du langage et des apprentissages concernent environ 6 % d'une classe d'âge, soit en Occitanie 4 000 enfants chaque année, dont 3 100 cas complexes nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire. Jusque-là, l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale des soins en ergothérapie, en psychologie et en psychomotricité et le manque de structuration de la filière font de la vie de ces enfants et de leur famille un véritable parcours du combattant, avec à la clé errances diagnostiques, renoncements aux soins et inégalités de santé.
Le point fort de ce dispositif innovant et unique en France pour les familles concernées est la mise en place d'un interlocuteur unique avec la création d'un « correspondant d'entrée de parcours » qui les orientera en début de parcours et d'un financement du diagnostic et des rééducations impliquant les ergothérapeutes, les psychologues et les psychomotriciens, de même que les orthophonistes et les orthoptistes dont les soins qu'ils prodiguent sont déjà pris en charge par la Sécurité sociale.

Un parcours de santé à terme structuré et gradué

Les travaux de la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE, 2013) puis de la Haute Autorité de santé (HAS, 2018) ont défini précisément les composantes du parcours de santé des enfants porteurs de Troubles spécifiques du langage et des apprentissages (TSLA).
Ce parcours repose sur une organisation graduée des soins en trois niveaux de recours (cas simples, complexes et très complexes), qui offre une base solide et cohérente pour structurer la filière de soins .

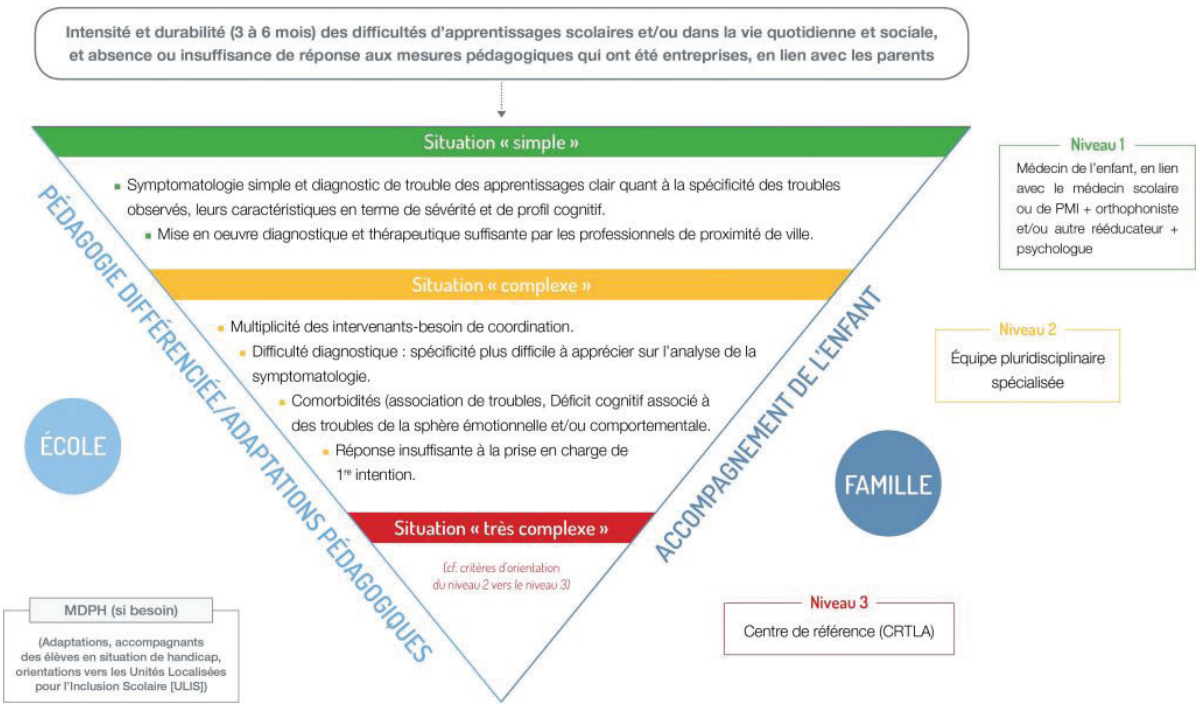
La famille, les professionnels de la petite enfance, l'école et les professionnels de santé sont en première ligne dans le repérage d'une difficulté dans les acquisitions ou les apprentissages de l'enfant, et dans la suspicion d'un trouble. En cas de trouble avéré, cette prise en charge sera organisée sous la forme d'un parcours de soins nécessairement coordonné et gradué avec trois niveaux de recours aux soins selon le degré de complexité de la situation de l'enfant.

Premier niveau :

Il concerne les situations simples prises en charge en proximité par le médecin de l'enfant (médecin généraliste ou pédiatre) et le rééducateur spécialisé du trouble, en lien avec le médecin de l'Éducation nationale ou de la Protection maternelle et infantile (PMI).

L'HAS propose pour les médecins de premier recours une fiche sur les signes d'alerte et les actions à mettre en œuvre en cas de difficultés du langage oral et écrit, du calcul et l'acquisition des coordinations et des praxies. Il est prévu comme pour le Forfait d'intervention précoce des 0-6 ans la création d'une brochure et d'un formulaire d'aide au repérage

Pyramide de profil de situation et de niveau de recours
(source : Haute Autorité de santé)



par la Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement.
Dans le cadre du parcours TSLA Occitanie, ce premier niveau de recours sera développé en parallèle à la mise en place des structures de second recours (voir ci-dessous) et nécessitera la formation de 500 médecins généralistes et pédiatres au dépistage des TSLA et à la prise en charge des troubles simples. Une fois le réseau de médecins spécialisés créé, le projet permettra de financer la réalisation d'un seul bilan, en psychomotricité ou en ergothérapie et le cas échéant de 30 séances de rééducation, pour 600 enfants par an. Les autres suivis nécessaires non pris en charge resteront à la charge de la famille.

Deuxième niveau :

Il concerne les situations complexes nécessitant une coordination et la mobilisation d'équipes spécialisées pluridisciplinaires de proximité, avec une prise en charge selon une base commune neurocognitive. L'équipe est composée d'un médecin spécialisé dans les troubles spécifiques du langage et des apprentissages (TSLA), coordonnateur et responsable du projet de soins, et de psychologues et rééducateurs nécessairement formés aux troubles spécifiques du langage et des apprentissages.

C'est à partir de ce 2e niveau que sera déployé dans un premier temps le parcours TSLA Occitanie avec le projet de structurer les équipes pluridisciplinaires de niveau 2 dans tous les départements sur la base d'un cahier des charges défini collégialement et cohérent avec le guide de la HAS. Le projet permettra de financer le diagnostic pluridisciplinaire pour 3 100 enfants par an comprenant :

- l'évaluation médicale
- la réalisation d'un bilan en psychomotricité ou en ergothérapie et d'un bilan en psychologie
- la rééducation et l'accompagnement, à savoir :
  - 35 séances de rééducation en psychomotricité ou en ergothérapie pour 1 030 enfants par an
  - 10 séances d'accompagnement psychologique pour 1 030 enfants par an
  - la participation à un programme d'entraînement aux habiletés parentales de Barkley pour 540 enfants porteurs de TDA/H par an.

Troisième niveau :

Il concerne les situations les plus complexes relevant de l'expertise des Centres de référence des troubles spécifiques du langage et des apprentissages (CRTLA). Ces structures bénéficient déjà d'un financement national et ne seront pas concernées par l'expérimentation.

Récapitulatif des forfaits déployés dans le cadre du parcours TSLA Occitanie :

	SITUATIONS SIMPLES	SITUATIONS COMPLEXES
FORFAIT DIAGNOSTIC	Bilan psychomotricité ou ergothérapie	Évaluation médicale Bilan psychologique Bilan psychomotricité ou ergothérapie Synthèse pluridisciplinaire
FORFAIT REEDUCATIF	30 séances de psychomotricité ou d'ergothérapie	35 séances de psychomotricité ou d'ergothérapie 10 séances d'accompagnement psychologique

L'entrée de parcours de santé TSLA Occitanie se fera grâce à la création d'un correspondant d'entrée de parcours qui recueillera les besoins de l'enfant, fera le point sur les démarches engagées et réalisera une première analyse visant à orienter l'enfant vers le niveau de recours le plus adapté (situation simple, complexe ou très complexe).

Calendrier de déploiement du parcours de santé TSLA Occitanie

Il sera déployé selon trois phases en fonction des départements concernés, comprenant chacune une phase préparatoire de structuration des réseaux et de conventionnement avec les professionnels libéraux et une phase opérationnelle de mise en place concrète progressive sur le territoire.

La place des ergothérapeutes au sein de l'association Occitadys et du nouveau dispositif

En tant que membres « à titre individuel » de l'association, nous avons depuis sa création pu devenir un partenaire et un relais privilégié pour notre profession, en nous associant aux réflexions, aux travaux et aux orientations de l'association. Nous nous sommes notamment engagés en tant qu'ergothérapeutes aux côtés des autres membres du CA dans les projets menés comme « le parcours de santé TSLA Occitanie », mais également « la trousse pédagogique » et participons aux différentes actions de communication pour rappeler notre rôle et nos spécificités au sein du réseau et auprès des partenaires intervenant dans les troubles neurodéveloppementaux.

Dans le cadre du parcours de santé TSLA, nous participons actuellement à la rédaction d'un référentiel régional des outils utilisables pour le diagnostic des troubles spécifiques du langage et

des apprentissages qui verra le jour courant 2021. Ce référentiel aura pour objectif d'améliorer la qualité des évaluations pour un meilleur diagnostic, une orientation plus adaptée, un projet de soins plus pertinent et une priorisation des rééducations. Il sera mis à la disposition de l'ensemble des professionnels de la région.
Nous allons mener également en parallèle un travail sur le système d'information et d'évaluation SPICO qui permettra aux professionnels de partager l'information autour du patient tout au long du parcours et contribuera ainsi à la continuité des soins.

Ce travail entend définir :

- les éléments de synthèse des bilans diagnostics qui devront être saisis dans la solution numérique, prolongement du travail réalisé sur la base des outils de diagnostic,
- le contenu d'un plan de personnalisation de coordination en santé tel que défini par la HAS.

Enfin, en tant que membres du CA de l'association, nous développons une meilleure connaissance des ressources de l'offre de soins pluridisciplinaire en Occitanie et diffusons à nos collègues et à nos réseaux les activités et actualités de l'association pour développer les échanges et les partenariats entre professionnels concernés par les troubles spécifiques du neurodéveloppement et des apprentissages.

Les actions à venir des ergothérapeutes en Occitanie

Compte tenu du déploiement parallèle en Occitanie des plateformes de coordination et d'orientation précoce (PCO) et du parcours TSLA, il sera essentiel que tous les ergothérapeutes en pédiatrie en libéral de la région Occitanie prennent connaissance de ces nouveaux dispositifs. C'est pourquoi nous développerons prochainement de nombreux canaux de communication. Un groupe Facebook est déjà constitué pour échanger entre ergothérapeutes français sur la mise en place des PCO et en Occitanie sur le parcours TSLA. Un groupe de travail se constituera d'ici la fin de l'année pour réfléchir à d'autres actions de communication (café ergo, webinaire...) sur ces deux thèmes.

Dans le cadre de la création de la plateforme de coordination et d'orientation d'Albi, une première action a été menée par les ergothérapeutes en libéral du Tarn avec une présentation réalisée auprès des médecins de la plateforme en juin 2020. Cela a permis de mieux faire comprendre notre rôle et notre place auprès des 0-6 ans et ainsi de développer les demandes de bilan en ergothérapie pour cette population au sein du dispositif pour les ergothérapeutes conventionné(e)s. Il nous paraît incontournable, dans le cadre du parcours TSLA, de développer ces actions communes auprès des structures de second recours qui seront les premières sollicitées pour la mise en place du nouveau dispositif, afin de mieux faire comprendre notre rôle, nos spécificités et nos interventions et ainsi de mieux répondre aux besoins de ces enfants et de leurs familles.

Enfin, il nous semble également primordial d'accompagner le déploiement de ces dispositifs en informant nos familles et les professionnels de première ligne de l'existence de nos réseaux. Cela pourra notamment se faire par le biais de rencontres ou d'échanges à thèmes.

Pour conclure

En tant qu'ergothérapeutes, une place nous est faite au sein de ces dispositifs pour permettre aux enfants qui en ont besoin et à leurs familles de bénéficier plus facilement de nos interventions spécifiques. Il nous appartient de défendre notre rôle et notre place au sein de ces dispositifs et de participer à leur déploiement.

Nous savons que certains éléments définis dans ces dispositifs ne correspondent pas pleinement à nos spécificités, comme l'absence de prise en compte d'un tarif différentiel pour nos accompagnements à domicile et dans les établissements scolaires, qui est pourtant le cœur de notre métier, et que les modalités de mise en place et de financement ne sont pas forcément adaptées à nos pratiques en libéral (conventionnement, délai de paiement...). Toutefois, c'est en participant concrètement à ces dispositifs sur le terrain que nous pourrons à la fois valoriser les avancées pour les enfants, leurs familles et nous-mêmes d'une prise en charge plus adaptée et cohérente, et faire évoluer la prise en compte de nos spécificités par nos retours concrets sur les limites de ces dispositifs.

LES ERGOTHÉRAPEUTES DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE PASSENT EN CATÉGORIE A

Le Décret n° 2020-1174 du 25 septembre 2020 officialise le passage en catégorie A des ergothérapeutes de la Fonction Publique Territoriale à compter du 1er octobre 2020. La parution de ce texte était attendu de longue date.

FORMATION DE FORMATEUR PRAP

Par Victoire LAGRIFFOUL, Louise HAUTEFEUILLE, Marine SERIEX - Etudiantes en 3ème année à l'IFE de Toulouse

Formation de formateur PRAP à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse

La PRAP, c'est quoi ?

La PRAP correspond à la Prévention des Risques liés à l'Activité Physique. Elle a pour but d'améliorer les conditions de travail des employés et de repenser leur activité en prenant en compte les facteurs physiques, mentaux et émotionnels.

Elle s'inscrit dans un contexte où les arrêts de travail et les maladies professionnelles en lien avec l'activité sont en recrudescence et entraînent donc une majoration des coûts pour les établissements et les entreprises.

Il existe ainsi une réelle volonté d'améliorer les conditions de travail dans le but de limiter ces répercussions qui permettraient également de réaliser des économies.

L'intérêt de la PRAP dans la formation en ergothérapie

La formation PRAP permet aux étudiants en ergothérapie d'obtenir le statut de formateur d'acteur PRAP.

Ce certificat s'inscrit dans la formation initiale car l'ergothérapeute possède des compétences sur l'observation des situations, l'aménagement de l'environnement et la pédagogie ce qui correspond au référentiel de compétences de l'ergothérapeute.

Le futur ergothérapeute est ainsi valorisé par cette formation, lui permettant de se placer en tant qu'expert en ce qui concerne la prévention des risques liés à l'activité physique et ainsi d'affirmer son identité professionnelle.

Notre ressenti en tant qu'étudiant :

En ce qui concerne notre ressenti sur la façon dont est dispensée la formation ou sur l'intérêt de celle-ci, nous sommes très nombreux à trouver que cela apporte une réelle plus-value au diplôme d'état en ergothérapie.

L'utilisation de la méthode de la pédagogie inversée est très enrichissante car elle permet aux étudiants de se confronter à la réalité du terrain pour être les plus à même d'agir par la suite. D'autre part, les mises en situation au cours d'ateliers de groupe permettent de concrétiser les situations et de s'entraîner aux différentes manipulations.

Avoir l'opportunité de recevoir cette formation dans le cadre de nos études est une vraie chance que nous sommes heureux d'avoir pu saisir.

ERGO-AT UN PROJET PENSÉ POUR LES ERGOTHÉRAPEUTES

Par Traoré Madouss - Ergonome, Membre du CEREMH et Leborgne Savinien - Ergothérapeute - Membre du CEREMH

Le **Centre de ressources & d'innovation mobilité handicap (CEREMH)** est une association dont l'activité vise à la fois à concevoir et à déployer des solutions innovantes dans le but d'assurer les besoins des personnes à mobilité réduite et des acteurs de la mobilité.

Ergo-AT est un projet à destination des ergothérapeutes que nous réalisons avec l'appui précieux de **plusieurs partenaires dont l'ANFE et avec le soutien de la CNSA**.

À travers Ergo-AT, nous souhaitons mettre en place et évaluer une **méthode reproductible** de conception de **supports d'information et d'aide à la préconisation** portant sur une famille d'**aide technique (AT)**.

Dans le cadre de ce projet, nous élaborerons cinq premiers supports portant sur cinq familles d'AT dans le but de finaliser notre méthode.

Une fois la méthode finalisée, cette dernière sera partagée librement afin de permettre aux centres d'expertise nationaux (CEN) ainsi qu'à tout producteur d'information de concevoir de nouveaux supports. Cette dernière nous permettra de fournir des contenus qui seront à la fois neutres, précis mais aussi fiables et qui répondront, de ce fait, aux attentes des praticiens dans le cadre de leur exercice.

Nous souhaitons mettre l'ergothérapeute dans la boucle de conception afin de nous assurer que la méthode propose une solution qui sera en adéquation avec ses besoins.

Suivant ce principe, nous avons réalisé un questionnaire national afin d'interroger les ergothérapeutes sur leur pratique actuelle et leurs besoins en matière de préconisation.

Si vous souhaitez recevoir des informations complémentaires, n'hésitez pas à nous contacter à l'adresse qui suit : **madouss.traore@ceremh.org.**

GUIDE PRATIQUE CONCEPTION ET ÉLABORATION DE JARDINS

Par Eric Trouvé - Président

Conception et élaboration de jardins à l'usage des établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires

Jardiner, cultiver, contempler... Le contact avec la nature peut constituer un élément majeur d'un projet thérapeutique ou éducatif dans lequel les personnes soignées ou accompagnées prennent soin du vivant. À la clé, une atténuation des troubles, un apaisement et l'amélioration des liens avec les professionnels.

Cependant, malgré l'existence de plusieurs associations et d'une fédération consacrées à ce thème, peu de responsables d'établissements ou de thérapeutes savent comment procéder pour réaliser un jardin adapté, pérenne et durable, bénéfique, à la fois au fonctionnement de l'établissement et aux personnes accueillies. Ainsi, il était nécessaire de trouver un moyen de répondre aux questionnements des professionnels par des conseils et des recommandations pratiques et étayées.

C'est pourquoi la Fondation Médéric Alzheimer, l'École nationale supérieure de paysage de Versailles et l'association Jardins & Santé ont souhaité créer un outil empirique et scientifique, à destination de tous les professionnels du paysage et du secteur social, médico-social et sanitaire qui souhaitent aménager ou réaménager un jardin adapté à l'accompagnement des personnes qu'ils accueillent.

Le guide se compose de 4 grands chapitres correspondant aux grandes étapes de conception du jardin :

1. Un jardin dans l'établissement : comprendre et argumenter.

2. Construire et porter le projet de jardin dans une démarche participative.

3. Concevoir le jardin : recommandations pour des jardins « écologiques » à visée thérapeutique.

4. Faire vivre le jardin, vers une pérennisation évolutive.

Ce guide pratique a pour vocation d'être un outil d'aide, un « pense-bête » avec des propositions, des recommandations et surtout des conseils fondés sur des projets réels et des données scientifiques ; et de permettre à chacun de comprendre les difficultés que l'on peut rencontrer dans la conception d'un jardin et la pérennisation de son utilisation. Il ne remplacera pas le travail du paysagiste, ni celui du professionnel de soin ou de toute autre personne impliquée dans la conception d'un jardin. Bref, une source d'inspiration pour les ergothérapeutes notamment.

Télécharger l'ouvrage au format PDF : https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/sites/default/files/guide-pratique-jardins.pdf

L'IMPACT DU CONFINEMENT ET DE LA RÉSERVE SANITAIRE

Par Géraldine Poriel – IFE Centre hospitalier de Laval, Laurent Dazin – Ergo53

L'impact du confinement et de la réserve sanitaire sur la continuité des apprentissages pour les étudiants de l'IFE du CH Laval

Au printemps 2020, en réponse à l'épidémie de Covid-19 qui sévit dans le monde et sur le territoire national, le gouvernement français annonce le confinement de la population à partir du 17 mars.

Ce confinement national implique la fermeture des établissements scolaires, des universités et des IFE. Pour faire face, collectivement, à la crise sanitaire du Covid-19, le président de la République a appelé les Français à « inventer de nouvelles solidarités » (Élysée, 2020).

Afin que chacun y prenne part, le Gouvernement instaure notamment la réserve de mobilisation des étudiants en santé (RMES) qui vise à répondre aux besoins des établissements sanitaires et médico-sociaux. Cette mobilisation fait appel aux élèves et étudiants en formation dans les filières paramédicales et médicales.

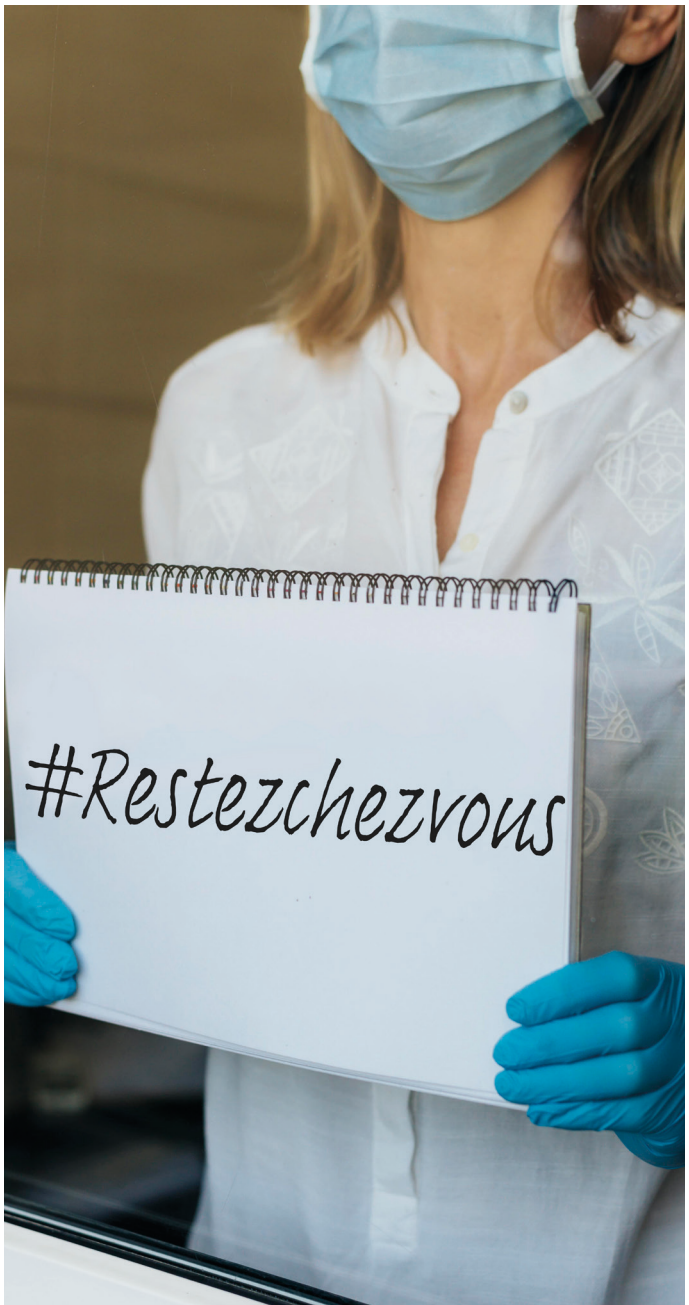
À ce titre, la réserve sanitaire ligérienne a été mobilisée dès le début du confinement (DRDJSCS Pays-de-Loire, 2020). L'impact de ce confinement sur la population générale a été observé par deux études : CoviPrev et VicoP.

Nous avons également identifié d'autres démarches concernant les étudiants universitaires (Elsa Martin et Simon Paye, 2020 ; Rabier, 2020 ; université Rennes I, 2020). De façon concomitante, et compte tenu du contexte de maintien des formations clinique et théorique associées à la participation à la réserve sanitaire, nous avons engagé une démarche similaire pour les étudiants de l'IFE du CH de Laval.

Ceci est un résumé de l'article que nous souhaitons publier prochainement.

La continuité des enseignements

Dès le 17 mars, l'équipe pédagogique, comme dans tous les IFE, s'est attelée à proposer une continuité dans les apprentissages. Les outils d'e-pédagogie, comme l'espace numérique de travail (ENT), les visio-conférences, etc., ont été des ressources indispensables.



Le maintien des stages

Durant cette période de confinement et de déconfinement progressif, deux promotions de l'IFE du CH Laval étaient concernées par des stages. Concernant la promotion de troisième année (L3), une partie des étudiants a pu poursuivre le stage du sixième semestre.

Pour les mois de mai et juin, la promotion L2 devait débuter avec un stage de 8 semaines. En partenariat avec les lieux de stage et les structures médicosociales (EHPAD) du territoire, un stage de 7 semaines a été maintenu afin de permettre l'octroi des ECTS (Europeean Credits Transfert System) pour la validation de ce semestre et, à terme, de la formation, mais également du développement des compétences d'ergothérapeute.

La mise en œuvre de la réserve sanitaire durant la crise :

Le 17 mars 2020, l'ensemble des responsables de formations médicales et paramédicales sont réunis par l'ARS des Pays-de la-Loire, pour évoquer les modalités de participations des étudiants à la RMES. Concrètement, dans le département de la Mayenne, celle-ci est pilotée par les instituts de formation du CH de Laval. Environ 800 élèves et étudiants sont mobilisables.

La réserve sanitaire des étudiants en Mayenne est alors organisée selon des périodes de 7 jours d'appel suivies de 7 jours pour suivre la formation à distance. Un étudiant sollicité trois fois en RMES est alors mobilisé durant 6 semaines.

Cette modalité de mobilisation a été validée par l'ensemble des instituts de formation du département pour offrir aux étudiants et élèves un temps de ressourcement hors RMES qui favorise leur recentrage sur leur formation. Pour l'IFE, ce sont 95 % des étudiants qui ont participé à la RMES pour 116 missions de 7 jours.

La très grande majorité des missions a été effectuée en EHPAD pour des actions de soins d'accompagnement de la vie quotidienne et de confort, de ménage, d'animation, d'organisation des visites (à compter du 11 mai).

Pour les autres, par exemple, les étudiants ont participé à la préparation des plateaux dans les cuisines hospitalières, ont été affectés dans les services d'urgence pour des missions de brancardage ou de ménage ou encore à la création de nouveaux services comme, au CH de Laval, le service «Sherpa».

Il s'agit ici de compenser la fermeture des portes du CH pour les visiteurs, familles et ambulanciers. Les missions sont diverses : amener du linge propre aux patients hospitalisés et évacuer leur linge sale ; mais aussi accompagner les personnes dont les consultations médicales étaient maintenues et ne pouvant se déplacer seules au sein de l'établissement ; ou encore assister les jeunes mères à leur sortie de maternité quand les pères ne pouvaient le faire.

Les premiers résultats de l'enquête

Les étudiants de l'IFE du CH de Laval ont été invités à participer à un sondage en ligne. La collecte de données a été effectuée sous la forme d'un questionnaire, dont le lien a été envoyé aux participants. Le questionnaire a été envoyé dans la période du 12 mai au 3 juin 2020.

La modèle de l'occupation humaine a servi de base théorique pour soutenir la construction du sondage. Il a été choisi pour structurer et faciliter l'analyse des données. Le sondage construit comprend deux parties. La première a pour but d'identifier le contexte global des répondants. La seconde identifie son impact sur les apprentissages :

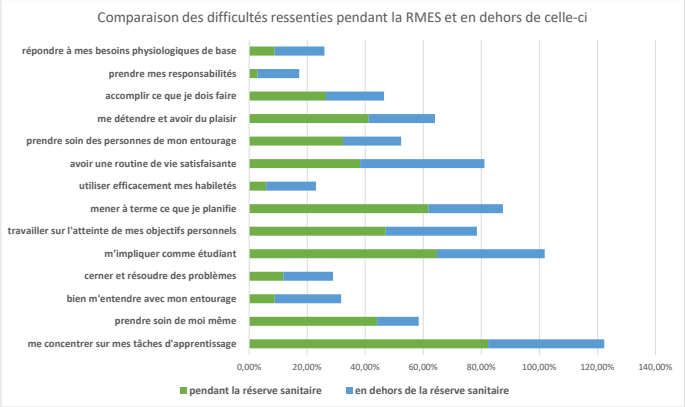
- les composantes de l'être et de l'agir affectées lorsqu'ils sont en RMES ;
- les composantes de l'être et de l'agir affectées en dehors de la RMES ;
- les dimensions de l'être et de l'adaptation occupationnelle sur les apprentissages depuis que les participants sont obligés de poursuivre les enseignements à distance tout en assurant leurs missions de RMES.

Chaque question propose une liste d'items à cocher. Chaque item se réfère à des composantes issues du MOH (Taylor, 2017).

Extrait des résultats

L'environnement : 40,54 % des étudiants ont vécu le confinement dans leur appartement d'étudiant, et 51,35 % sont retournés chez leurs parents ; 20 % n'ont pas changé d'environnement. Donc 80 % des étudiants ont changé d'environnement habituel : changement d'environnement physique (lieu de résidence) ou social (les personnes partageant la vie de l'étudiant).

Un impact différent sur l'être et l'agir pendant la RMES et en dehors de celle-ci



Nous laissons ici la parole aux étudiants.

Étudiants de première année :

« Il est difficile de perdre sa routine. Il faut avoir un bon mental pour travailler chez soi quand on n'en a pas l'habitude… De plus, je suis rentrée chez mes parents après deux mois de confinement seule dans mon appartement, ce qui a été très difficile. »

« J'aime quand il y a un cadre avec des horaires fixes : ça m'aide à m'organiser et à mieux travailler. Ce système plus autonome a un impact sur mon travail. Je suis moins efficace et je travaille moins bien. Ce travail est aussi affecté par mes semaines de réserve, qui m'ont fait accumuler du retard dans mon travail. »

Étudiants de deuxième et troisième année :

« En ce qui concerne les apprentissages, le confinement m'a plus ou moins aidé, car j'ai pu organiser par moi-même mon emploi du temps en fonction de mes besoins et de mes temps d'apprentissages nécessaires. »

« Plus de temps à consacrer pour le mémoire, plus de relations, découverte du public âgé en réserve sanitaire, plus d'autonomie. »

« Les différences expériences en réserve sanitaire ont été très bénéfiques quant à la prise de confiance en mes compétences (…) ; cela a été positif car les actions permettaient toujours un partage d'expérience et de compétences avec les autres professionnels. »

En conclusion

Ce second trimestre 2020 et les adaptations nécessaires au contexte sanitaire ont eu un impact fort sur les apprentissages et la vie quotidienne pour les étudiants à l'IFE du CH Laval. Cependant, les résultats ne sont pas homogènes selon les promotions. Côté formation, les étudiants de première année semblent bien plus touchés par le confinement et ses conséquences sur l'acquisition de connaissances que nécessite de deuxième semestre, alors que le sixième semestre, par exemple, est plus centré sur des productions d'étudiant. Côté RMES, si elle a contribué pour certains au développement de leur identité de soignant, elle a entraîné chez les autres des difficultés, notamment en termes de sentiment de compétences et d'efficacité.

Aussi, si cette situation était amenée à se reproduire, nous savons désormais qu'un temps de préparation serait profitable pour soutenir l'adaptation nécessaire aux étudiants.

Bibliographie

- DRDJSCS Pays-de-la-Loire (6 avril 2020). Réserve sanitaire, réserve civique, réserve sociale : l'État active trois réserves face à la crise COVID-19, DRDJSCS des Pays-de-la-Loire
- Martin, E. et Paye, S. (avril 2020) ; rapport_confinement_socio_nancy_20-04-16-1.pdf.
- Élysée (16 mars 2020). Adresse aux Français ; elysee.fr.
- Rabier, C. (16 avril 2020). Enquête sur les conditions actuelles d'étude à distance auprès d'étudiants de l'université d'Aix-Marseille (billet). Academia.
- Santé publique France (7 septembre 2020). Covid-19 : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie,
- Taylor, R. R., & Kielhofner, G. (éds.). (2017). Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and Application (5e édition). Wolters Kluwer.
- Université de Rennes I (21 avril 2020). Conditions de confinement des étudiants : synthèse des résultats et réponses apportées aux difficultés, Université de Rennes I.

MON DPC : DEPUIS LE 17 JUILLET, LA POSSIBILITÉ POUR TOUS LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE DÉCLARER ET SUIVRE LEUR ACTIVITÉ DE DPC

Depuis le site www.agencedpc.fr chaque professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice, peut désormais accéder au document de traçabilité dénommé « Mon DPC ».

Ils pourra y retrouver ou déclarer en continu toutes les actions de Développement Professionnel Continu (DPC), celles qu'il aura suivies pendant le premier triennal 2017/2019 et les suivantes, et en rendre compte auprès de l'autorité de contrôle (employeur pour les salariés et ARS. pour les libéraux).

DÉFICIENCES INTELLECTUELLES

Comité de lecture de l'UNAEE : Déficiences intellectuelles – De la compréhension à la remédiation

Références bibliographiques

- **Titre du livre** : Déficiences intellectuelles – De la compréhension à la remédiation
- **Auteur** : Cyrielle RICHARD
- **Date de la première publication** : Février 2018
- **Éditeur** : De Boeck Supérieur, collection « Apprendre et Réapprendre »
- **ISBN** : 978-2-35327-447-5

Introduction

Psychologue depuis 2009, Cyrielle Richard est spécialisée en neuropsychologie et en thérapie cognitive et comportementale (TCC). Elle travaille auprès de personnes handicapées au sein du centre hospitalier spécialisé de l'Yonne ainsi que dans un foyer de vie, et comme formatrice auprès d'étudiants infirmiers et aides-soignants. Elle est présidente de l'Association des praticiens en thérapie cognitive et comportementale de Bourgogne (APTCCB).

Son intérêt pour l'application des TCC auprès des personnes déficientes intellectuelles l'a amenée à présenter ses travaux de recherche lors de divers congrès ainsi qu'à publier en 2015 un premier ouvrage sur le sujet intitulé Savoir pour guérir : les troubles du comportement chez les personnes déficientes intellectuelles.

Déficiences intellectuelles – De la compréhension à la remédiation est un ouvrage plus général qui s'adresse aux professionnels et étudiants des secteurs sanitaire et éducatif travaillant dans le domaine du handicap. Il donne au lecteur tous les outils nécessaires pour comprendre les déficiences intellectuelles et leurs répercussions sur les plans neuropsychologique et psychopathologique. Il présente également l'ensemble des prises en charge validées et adaptées selon l'étiologie de la déficience, et notamment des tests et programmes connus et exploités en Amérique du Nord et dans d'autres pays européens mais non utilisés en France à l'heure actuelle.

Synthèse/résumé de l'ouvrage

Les déficiences intellectuelles sont des troubles du développement, dont la description et les diagnostics ont évolué au cours de l'histoire. Elles sont aujourd'hui décrites comme « une altération, voire un arrêt, du développement cognitif, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions mentales complexes, du langage, de la motricité et des performances sociales » (p. 3).

Elles touchent 2 % de la population mondiale et les étiologies sont variées : troubles du spectre de l'autisme, trisomie 21, autres anomalies chromosomiques, épilepsie, maladies infectieuses. Elles ont diverses répercussions sur le développement affectif, social et cognitif, à l'origine d'un impact important sur la qualité de vie des personnes ainsi que sur leur manière d'interagir avec le monde.

Elles peuvent aussi être la cause de troubles du comportement. Pour chacune de ces différentes étiologies, une évaluation neuropsychologique exhaustive permet d'apprécier l'efficience intellectuelle, les compétences motrices et communicatives, l'ensemble des fonctions cognitives (mémoire, attention, fonctions exécutives...),

ainsi que l'impact des troubles sur l'autonomie et l'indépendance de la personne.

Des déficits neuropsychologiques communs sont observés dans plusieurs syndromes, mais il est important de toujours tenir compte des différences inter- et intra-individuelles. De plus il ne faut pas confondre déficiences intellectuelles et handicap psychique, les deux pouvant cependant s'ajouter.

Cette notion de « double diagnostic » est encore relativement récente. Les troubles psychiatriques les plus fréquents chez les personnes déficientes intellectuelles sont la dépression, le Trouble obsessionnel compulsif, les addictions avec substances, les troubles des conduites alimentaires et le trouble de la personnalité borderline. Même si elle est encore peu pratiquée en France, la remédiation des divers troubles observés dans les déficiences intellectuelles connaît un essor important dans certains pays.

Il existe ainsi de nombreux outils de remédiation cognitive, mais il semble important d'associer ceux-ci à des thérapies cognitivo-comportementales afin de comprendre et prendre en charge au mieux chaque personne en s'appuyant sur ses compétences. Dans le cas de troubles psychiatriques associés, les critères diagnostics et abords thérapeutiques doivent être adaptés à la présence d'une déficience intellectuelle.

Commentaires personnels/critiques

Ce livre est accessible et compréhensible par des personnes ayant peu de connaissances ou d'expériences dans le domaine des déficiences intellectuelles. Il est ainsi adapté aux étudiants et est complémentaire aux éléments apportés par la formation théorique ou par des stages.

La première partie générale sur le fonctionnement du cerveau, les fonctions cognitives, les divers troubles et leurs évaluations ainsi que les principes généraux des approches en neuropsychologie et en TCC apporte au lecteur tous les outils nécessaires pour comprendre par la suite les éléments plus détaillés concernant les différents troubles et leurs prises en charge.

En abordant les déficiences intellectuelles de façon exhaustive et détaillée, ce livre apporte de nombreuses informations utiles à des professionnels des domaines sanitaires et éducatifs.

À la future ergothérapeute que je suis il a apporté une vision précise des problèmes rencontrés au quotidien par les personnes déficientes intellectuelles, ainsi que de nombreux outils que je pourrai utiliser dans ma prise en charge, en collaboration avec les autres professionnels ou avec les parents. La lecture de cet ouvrage est ainsi très enrichissante et peut être complétée par les nombreuses références bibliographiques citées par l'auteur.

Éléments importants à retenir

Chaque personne déficiente intellectuelle présente des spécificités neuropsychologiques, comportementales et psychiatriques qui lui sont propres ; la complémentarité des approches neuropsychologiques et des conceptions cognitivo-comportementales permettra une prise en charge individualisée et adaptée au mieux aux capacités et troubles de chacun.

Conclusion

En tant qu'étudiante en ergothérapie, je pourrai être amenée lors de l'exercice de ma profession à accompagner des personnes déficientes intellectuelles de tous les âges. Cet ouvrage, qui me servira de référence, m'a permis de mieux connaître et comprendre les déficiences intellectuelles et leurs prises en charge. Il m'a apporté de nombreuses connaissances complémentaires à celles que je dois à ma formation. Il m'a également montré qu'il sera intéressant de me former à des outils peu connus en France mais utilisés dans d'autres pays, afin de participer à faire évoluer les connaissances et les pratiques et d'adapter au mieux la prise en charge à chaque personne.

LES PERSONNES DÉFICIENTES VISUELLES FONT L'OBJET D'UNE VASTE ÉTUDE

À l'occasion de la 8ème édition des Journées « Technologies et déficience visuelle » les 2 et 3 décembre 2019 à l'Institut National des Jeunes Aveugles, 7 associations ont annoncé la signature d'une convention pour la réalisation d'une grande étude sociologique et démographique sur la situation et les conditions de vie des personnes déficientes visuelles en France.

Cette étude constituera le point de départ de la création d'un Observatoire de la déficience visuelle.

Pour en savoir plus : https://www.handirect.fr/les-personnes-deficientes-visuelles-font-lobjet-dune-vaste-etude/

L'ERGOTHÉRAPIE AU CAMBODGE

Par Claudie UNG - Ergothérapeute

Le passé

Jusqu'après le génocide mené par les Khmers rouges de 1975 à 1979, le métier de rééducateur n'existait pas au Cambodge.

Le secteur de la réadaptation au Cambodge est né avec l'organisation non gouvernementale AFSC American Friends Service Committee, créée en 1980 à la fin de la guerre. Cette organisation a ensuite invité une autre ONG HI, nommée à l'époque OHI, Opération Handicap international, à se rendre au Cambodge. OHI a collaboré avec le ministère de la Santé pour assurer la réadaptation en milieu hospitalier et dans les centres d'appareillage. Un programme de formation en kinésithérapie à l'école des sciences de la santé de Phnom Penh en 1989 a été soutenu par OHI jusqu'en 2000.

Quand fut signé l'accord de paix de 1991, avant les élections générales, de nombreuses ONG sont venues au Cambodge et ont pris en charge les centres d'appareillage pour les victimes de mines, plutôt que de continuer à se concentrer sur la rééducation en milieu hospitalier.

Le premier ergothérapeute est arrivé en 1988 dans le cadre mis en place par le ministère de la Santé, et soutenu par les agences des Nations unies et des organisations non gouvernementales avant l'accord de paix de 1991. Sophie Sauvet

L'ergothérapie a été majoritairement enseignée à cette époque à des infirmiers, agents de rééducation, kinésithérapeutes. La formation s'est déroulée dans les centres et les communautés où avaient lieu les activités de la vie quotidienne, le développement de l'enfant, l'inclusion scolaire et le développement socio-économique des personnes en situation de handicap au niveau du village ont été initiés et fournis. La majorité des soins ont été fournis aux personnes amputées, aux paraplégiques, aux lépreux, aux tuberculeux, à des personnes atteintes de poliomyélite ou souffrant de pied-bot, à des victimes de paralysie cérébrale, d'accidents vasculaires cérébraux...

Les premières ergothérapeutes recrutées sur le plan international venues au Cambodge :

- Sophie Chialva Bouchet : France. 3 ans, de 1988 à 1992. ONG Opération Handicap international. En centre de réadaptation et en CBR.
- Mariolen Coren : Pays-Bas. 3 ans, de 1993 à 1996. ONG AFSC. En travail communautaire socio-économique pour femmes et enfants.
- Rebeca Jordan : États-Unis: 5 ans, de 1993 à 1998. Opération Handicap international. Lance le programme PRESS au Cambodge, Programme de réhabilitation économique et social.
- Claudie Montaufray Ung : France. 26 ans, de 1993 à nos jours.
- Lieves Sabbes Belgique: 3 ans, de 1998 à 2000. Opération Handicap international. Préparation du manuel de formation Blue Book (tiré du livre jaune des camps de réfugiés) sur le développement et la stimulation de l'enfant ; formation des agents de réadaptation à base communautaire dans quatre provinces.

Le présent

Le système de réadaptation au Cambodge a évolué au cours des dernières années et fonctionne maintenant dans les trois secteurs suivants :

- section de réadaptation des hôpitaux sous l'autorité du ministère de la Santé ;
- centres de réadaptation en relation avec le ministère de l'Action sociale et le secteur privé.

À la suite du premier congrès des ergothérapeutes au Cambodge le 11 octobre 2019, nous avons une meilleure image de ce qui se passe au Cambodge. Cet atelier a été sponsorisé par Children in Family avec le soutien de Courtney Smith, Raphael Freitas de Damnok Toek et Claudie Ung .

Aujourd'hui, l'ergothérapie commence tout juste à être connue. La majorité des demandes d'ergothérapeutes proviennent de parents d'enfants autistes qui sont allés consulter dans des pays voisins tels que Singapour, la Thaïlande ou l'Australie. Ils ont reçu un diagnostic et ont été invités à trouver un ergothérapeute pour suivre leurs enfants au Cambodge.

Les ergothérapeutes expatriés travaillent majoritairement dans des ONG dont le projet est généralement axé sur les enfants en institution ou en santé mentale, plutôt que sur la réadaptation physique des adultes comme par le passé. D'autres commencent à s'organiser en privé pour répondre à la demande de soutien, surtout concernant les enfants autistes.

Le Center for Children Adolescent Mental Health (CCAMH), soutenu par CARITAS, a en 2015 organisé une formation intensive d'une semaine sur l'ergothérapie pour les enfants en retard de développement, incluant aussi des instituteurs assistants et autres professionnels de la santé. La majorité des Khmers travaillant dans le domaine de l'ergothérapie dans les ONG cambodgienne sont d'abord des kinésithérapeutes ou des travailleurs en réadaptation communautaire formés sur le tas par des expatriés à court ou à long terme.

Leurs connaissances n'en font pas des professionnels mais servent plutôt à mettre en œuvre une vaste expertise liée à la réadaptation, allant du séjour à l'hôpital à la vie quotidienne. Certaines universités anglophones d'ergothérapie se sont impliquées dans ce type de formation (Australie, Royaume-Uni, Inde).

Les ergothérapeutes au Cambodge en octobre 2019 : la fédération mondiale dans toute sa splendeur : 8 expatriés de 7 pays

Claudie Montaufray Ung : France. 26 ans, de 1993 à nos jours. ONG de 1994 à 2007. A travaillé principalement au centre de réadaptation et à la réadaptation à base communautaire et à la formation de physiothérapeute de travailleurs communautaires. De 2007 à 2019, consultante en genre et réadaptation au Cambodge et au Laos. Conseillère auprès de l'association des kinésithérapeutes khmers.

Courtney Smith : États-Unis. 4 ans, de 2015 à 2019. Église, ONG et privé. Conseillère technique d'une ONG. Formation et encadrement du personnel technique local, gestion du programme de gestion de cas, soutien à la sensibilisation nationale et internationale en faveur de la prise en charge familiale des enfants en situation de handicaps. Travail en privé à la Happy Child Clinic, thérapie d'évaluation et établissement d'objectifs pour les enfants et adolescents de 3 à 21 ans présentant divers handicaps (autisme, autres troubles neurologiques).

Cathy Hunt : Royaume-Uni. 4 ans, de 2015 jusqu'à nos jours. Église et ONG. Temps partiel avec Embrace Ability, un projet sur Silk Island. Travaille comme ergothérapeute en formant une infirmière khmère, mais surtout avec des enfants ayant un problème de membres supérieurs (aide avec attelle, activités de la vie quotidienne et l'inclusion à l'école, activités physiques).

Raphael Freitas : Brésil. 3 ans, de 2016 à aujourd'hui. Première ONG gouvernementale à l'hôpital national de pédiatrie, qui apporte une aide technique au département de physiothérapie et soutient le secteur de la réadaptation au Cambodge par le biais de conférences. Travaille actuellement à Damnok Toek. Conseiller technique pour deux projets : le premier

concernant la réadaptation d'enfants et le second auprès d'adultes travaillant dans des entreprises sociales.

Soledad Gebauer : Espagne: 2 ans, de 2017 à aujourd'hui. Privé. Clinique de réadaptation à la maison et à l'école, principalement pour les enfants autistes. L'accent est mis sur l'intégration sensorielle.

Bethany Vaughan : Australie. 1 an, depuis 2018. Église, ONG, puis privé. ONG à Siem Reap en tant qu'ergothérapeute. Travaille actuellement avec Asian Hope School auprès d'enfants autistes ou atteints de retards de développement. Travaille en piscine avec les enfants en tant que thérapiste.

Ranjani Poobalan : Sri Lanka. 10 mois, depuis janvier 2019. Temps plein avec L'ONG Caritas CCAMH. Centre pour la santé mentale des enfants et des adolescents. Travaille avec un psychiatre, un psychologue, une infirmière, etc. Travaille avec une kinésithérapeute khmère formée en ergothérapie à la sensibilisation de la communauté dans trois provinces. Se focalise sur la stimulation précoce et la thérapie d'intégration sensorielle en la simplifiant pour ses homologues khmers.

Marion Schaller : France. 1 mois, depuis septembre 2019. ONG. Travaille avec des enfants de 3 à 20 ans à l'ONG Pour un sourire d'enfant. S'occupe d'enfants se trouvant dans des classes adaptées en pension dans l'établissement. Travaille en collaboration avec un prothésiste orthésiste afin de développer des modèles de sièges et d'appareils pour ces enfants.

L'avenir

L'Association des kinésithérapeutes ne recommande pas d'embaucher un diplômé en physiothérapie pour travailler comme ergothérapeute et orthophoniste à temps plein, car cela réduit le nombre déjà restreint de kinésithérapeutes pouvant fonctionner au Cambodge au niveau gouvernemental. Sachant que l'école de kinésithérapeute n'a pas encore suffisamment d'élèves par promotion, il est clair pour le moment que la promotion d'une formation spécifique en ergothérapie au niveau gouvernemental ne sera pas une priorité. Celle-ci pourrait se faire uniquement si un gouvernement étranger ou un projet à long terme coopère avec le ministère de la Santé.

VALIDATION DU BILAN 400 POINTS

Dans le champ de la rééducation de la main et du membre supérieur, le domaine de l'évaluation analytique et fonctionnelle est fondamental pour les malades et traumatisés du membre supérieur, mais aussi pour le développement des techniques et des outils de rééducation. Aujourd'hui, les tests les plus utilisés et valides ne sont que parcellaires, et servent à évaluer la dextérité, la force ou la fonction mono-manuelle.

Le bilan 400 points est issu de la compétence et de l'expérience de professionnels de l'Institut régional de médecine physique et de réadaptation de Nancy (IRR) depuis 1985. Il constitue un moyen d'évaluation de la préhension de l'adolescent et de l'adulte qui se décline en quatre niveaux :motricité, force, prise mono-manuelle, coordination bi-manuelle.

L'observation d'une soixantaine de gestes de la vie courante renseigne le spécialiste sur la qualité de la préhension et les ressources d'adaptation. La note attribuée à chaque épreuve pointe le secteur déficitaire et permet l'adaptation des traitements. Cette évaluation dure 30 à 45 minutes.

Le bilan 400 points est reconnu par l'usage et aussi par les publications de validation. La dernière étude relative à la standardisation du bilan 400 points, réalisée par le Dr Kontzelman (médecin chef du CRF de Sion, en Suisse) à Nancy, Grenoble, Sion et Faro (Portugal), a fait l'objet d'une publication par BMC Musculoskeletal Disorders : Konzelmann, M., Burrus, C., Gable, C., Luthi, F., & Paysant, J. (2020). Prospective multicentre validation study of a new standardised version of the 400-point hand assessment. BMC musculoskeletal disorders, 21, 1-18.

L'ANFE propose une formation à l'utilisation du bilan 400 points, permettant de réaliser une évaluation fonctionnelle de la préhension de l'adolescent et de l'adulte afin d'apprécier les capacités et de mesurer l'évolution, dans un but d'orientation thérapeutique et de suivi, à partir de l'interprétation des résultats obtenus. Plus d'informations sur http://www.anfe.fr/s-inscrire et référence EV08.

THE COUNCIL OF OCCUPATIONAL THERAPISTS FOR THE EUROPEAN COUNTRIES (COTEC)

Par Blandine Parc, BscOT, étudiante en Master Européen d'Ergothérapie (OT-Euromaster), COTEC executive committee member, & Sarah Warren, Post Graduate Diploma OT, COTEC Vice President Administration

Le COTEC (en anglais : le conseil d'ergothérapie des pays européens) a été créé en 1986, dans le but de coordonner les opinions des associations nationales en ergothérapie des pays européens. Le COTEC inclut tous les pays de l'Europe au delà de l'Union Européenne. Avec ses associations sœurs ROTOS (la recherche en ergothérapie et science de l'occupation) et ENOTHE (le network européen de l'enseignement d'ergothérapie), le COTEC a monté cette année OT Europe, une association qui représente tous les aspects d'ergothérapie en Europe. Ces associations invitent les experts de différents domaines d'ergothérapie à partager leurs connaissances et conseils afin de représenter et développer l'ergothérapie au niveau européen.

Le 26 et 27 septembre dernier s'est tenue en visioconférence l'Assemblée Générale du conseil des ergothérapeutes pour les pays européens. Étaient présents un délégué de chaque association nationale adhérente au COTEC, parfois accompagné d'un délégué suppléant, ainsi que quelques observateurs, tels que Soemitro Poerbodipoero, président de l'ENOTHE ou encore Alison Laver-Fawcett, présidente de ROTOS et Samantha Shann, Vice-Présidente à la Finance de la World Federation of Occupational Therapists (WFOT) et chargée de liaison avec l'Europe.

Plan stratégique du COTEC

Cette assemblée générale a permis au COTEC d'adopter un nouveau plan stratégique 2021 – 2024. Les objectifs stratégiques pour les années à venir seront donc les suivants :

- S'assurer que le COTEC s'engage avec et inspire ses associations membres (et les ergothérapeutes qui en sont les membres) pour continuer à délivrer de l'ergothérapie de qualité, basée sur l'occupation, informée par l'évidence et centrée sur la personne ; dans les domaines de pratique existants et émergeants.
- Renforcer les partenariats politiques et stratégiques, à l'échelle locale, nationale et européenne, afin d'accroître notre présence et visibilité dans le traitement des questions de santé et de société en vue de la durabilité écologique et de la promotion de notre perspective occupationnelle
- Maintenir une organisation durable démontrant les avantages de l'accès aux opportunités de contribuer à l'agenda européen pour les membres du COTEC et de soutenir la croissance professionnelle individuelle de leurs membres.
- Contribuer activement à « Occupational Therapy Europe » et prendre la responsabilité de faire en sorte que la voie des praticiens continue à être entendue et mise en œuvre.

Election du nouveau comité exécutif

Au cours de l'assemblée générale, les délégués représentant les associations membres du COTEC ont procédé à l'élection de nouveaux membres du comité exécutif. Eva Denysuik (Allemagne) a été renouvelée pour deux ans au poste de Vice-Présidente à la Finance.

Sarah Warren (France) a été élue Vice-Présidente à l'Administration pour une durée de 4 ans. Ann-Marie Morrissey (Irlande) et Blandine Parc (France) ont été élues membres du comité exécutif pour une durée de 4 ans.

La présidente Anü Söderström (Finlande) et la Vice-Présidente Naomi Hankinson (UK) restent à leur poste actuel.

Le rôle du comité exécutif est de mener à bien des actions répondant aux objectifs stratégiques. Le comité se réunit chaque mois par visioconférence, et deux à trois fois par an en présentiel.

Appel aux experts pour le registre d'OT-Europe

L'assemblée générale a été l'occasion de rappeler le besoin d'ergothérapeutes « experts » originaires de pays européens variés, dans différents domaines tels que la population vieillissante, les enfants et adolescents, la santé mentale, les personnes réfugiées ou déplacées... (la liste complète des domaines est disponible sur le site www.coteceurope.eu, onglet OT-Europe > register of experts). Le but de ce registre est d'identifier les personnes les plus à même de représenter l'ergothérapie dans différents domaines, et d'accéder rapidement aux preuves scientifiques de ce domaine, notamment lorsque le COTEC doit répondre à une consultation ou assister à une réunion importante. Vous pouvez vous porter volontaire, ou bien l'ANFE peut également vous solliciter pour vous enregistrer comme expert dans un domaine.

Deux ergothérapeutes qualifiés dans la section de CNU 91

Le décret n° 2019-1107 du 30 octobre 2019 a officialisé la création d'une section en sciences de la rééducation et de la réadaptation au Conseil National des Universités (CNU). Il s'agit de la section 91. La première campagne de qualification à la CNU 91 a eu lieu fin 2019.

La liste des qualifiés 2020 aux fonctions de maître de conférences a été publiée en mars 2020. Deux ergothérapeutes, titulaires d'un doctorat, sont qualifiés dans la nouvelle section de CNU 91 «Sciences de la rééducation-réadaptation» :

- **Samuel Pouplin**, rédacteur en chef de la revue ergOThérapies
- **Nicolas Biard**, directeur technique à l'ANFE

Félicitations à tous les deux ! Une belle reconnaissance pour le développement de la recherche en ergothérapie.

CAP-ERGO, 10 ANS APRÈS...

Par Marie GILBERT, Présidente de Cap-Ergo, Magali ELEZAJ, Administatrice de Cap-Ergo

Cap-Ergo a pour but de développer le soin interculturel avec un regard plus particulier sur l'ergothérapie transculturelle et l'ergothérapie solidaire.

En février 2008, un article dans Le Monde de l'ergothérapie présentait Cap-Ergo, que en était à ses balbutiements. Dix ans plus tard, qu'en est-il ? Année après année, nos convictions du début sont renforcées et les objectifs ne cessent d'évoluer.

La création de Cap-Ergo résulte de quatre constats :

1. un manque de littérature, de sensibilisation et de formations sur l'ergothérapie transculturelle et l'ergothérapie solidaire ;
2. des pratiques professionnelles en contexte interculturelle parfois complexes ;
3. des propos inappropriés d'assignation culturelle
4. une approche transculturelle des soins d'une grande richesse qui mérite d'être mise davantage en valeur. À la suite de nos travaux de fin d'études respectifs sur l'ergothérapie en humanitaire, nous fondons Cap-Ergo en 2006, une association loi 1901.

Ainsi, nous décidons de relever les défis de recherche, de réflexion, d'information et de formation pour comprendre, faciliter et améliorer les pratiques ergothérapiques.

Comme la culture est présente dans toutes les activités humaines, l'ergothérapie transculturelle devient une évidence ! Il est de notre devoir de soignants de proposer une offre de soins adaptée et intelligible pour obtenir le consentement éclairé du bénéficiaire. Notons que la culture est parfois pointée du doigt à tort. « Évitons de pathologiser le culturel et de culturaliser le pathologique » (centre Minkowska).

Il n'y a pas de mode d'emploi, mais de l'observation, de la communication, de la négociation et des connaissances spécifiques. La pratique en contexte interculturel peut amener les professionnels hors de leur « zone de confort », mais c'est passionnant !

Cap-Ergo encourage une vision transversale du soin et une collaboration entre les différentes cultures professionnelles. Cet objectif repose sur le constat que l'interculturalité dans les soins, d'une part, est l'affaire de tous et, d'autre part, que les équipes de santé sont souvent multiculturelles et que chaque profession a sa propre culture. Il nous paraît intéressant d'aborder l'interculturalité tant dans les relations interprofessionnelles que dans la relation soignant-soigné comme un sujet fédérateur. Par ailleurs, cela permet d'aborder le terme « culture » sous un autre angle et de réfléchir à ses propres appartenances culturelles.

Les moyens que nous mettons en œuvre sont variés :

1. Sensibiliser, informer et former (formation initiale et continue) aux soins transculturels (pour tous les acteurs du secteur médical et médico-social), à l'ergothérapie transculturelle et à l'ergothérapie solidaire. L'approche réflexive incite les participants à s'interroger sur leurs propres représentations culturelles afin de pouvoir s'en décentrer.
2. Superviser les étudiants et les professionnels engagés dans des projets transculturels et/ou solidaires. La réponse aux demandes d'étudiants est souvent ponctuelle. La supervision professionnelle s'adresse aux personnes qui exercent en France ou à l'étranger, et elle peut être ponctuelle ou suivie. Cap-Ergo n'organise pas d'action de solidarité et n'embauche pas. L'association répond toutefois à des demandes de conseils et de soutien d'ONG qui œuvrent sur le terrain.

Cap-Ergo définit l'ergothérapie transculturelle :

« L'ergothérapie transculturelle est une approche ergothérapeutique en contexte de diversité culturelle. Elle repose sur une vision holistique de la personne en tenant compte de la dimension culturelle, sans se focaliser sur celle-ci.

Elle contribue à l'amélioration des pratiques professionnelles et elle favorise l'inclusion, la participation, l'alliance thérapeutique, la co-construction et la codécision du projet thérapeutique. L'ergothérapie transculturelle repose sur les fondements de l'ergothérapie, de l'anthropologie médicale clinique, du management interculturel et du diagnostic communautaire.

Elle nécessite une implication du bénéficiaire des soins, des ergothérapeutes et de l'institution. L'intégration de compétences interculturelles dans la pratique ergothérapeutique contribue à une meilleure compréhension des attentes des acteurs dans le but d'améliorer le bien-être, l'autonomie et l'équilibre occupationnel. Ces savoirs, savoir-être et savoir-faire spécifiques permettent d'optimiser la prise en soin. »

L'ergothérapie transculturelle (transcultural occupational therapy) est un concept développé par les ergothérapeutes canadiens et américains, notamment. Notre définition est adaptée au contexte français. De plus, Cap-ergo a défini le « cadre de l'ergothérapie transculturelle » afin que la relation thérapeutique en contexte interculturel soit avant tout un espace d'échanges et de créativité, en limitant l'assignation culturelle, les préjugés, la curiosité exotisante...

Pour Cap-Ergo, développer l'ergothérapie transculturelle, c'est :

- favoriser un positionnement institutionnel dans les soins interculturels ;
- favoriser le management interculturel et le recours aux compétences interculturelles ;
- améliorer la pratique ergothérapique en contexte de pluralité culturelle ;
- instaurer le « Cadre de l'ergothérapie transculturelle (CET)® ».

Cap-Ergo définit l'ergothérapie solidaire :

« L'ergothérapie solidaire définit la pratique de l'ergothérapie au sein du secteur de la solidarité nationale ou internationale. Ledit secteur est en évolution permanente car il dépend de facteurs changeants (flux migratoires, conflits, catastrophes naturelles, politique de santé publique et d'immigration...). Dans le domaine de la solidarité internationale, les ergothérapeutes interviennent principalement au sein des Organisations non gouvernementales (ONG) ou des Associations de solidarité internationale (ASI). Les interventions sont majoritaires dans les projets de développement pour former, soutenir (pratique ou fonctionnement), évaluer.

Les compétences recherchées sont leurs capacités à favoriser l'inclusion, l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne, l'accessibilité, la capacité à travailler en pluridisciplinarité et les aptitudes pour la prévention et la formation. Les ergothérapeutes sont des intervenants privilégiés pour les projets de réhabilitation à base communautaire.

L'intervention d'ergothérapeutes dans les projets d'urgence et post-urgence se développe, les missions concernent principalement la rééducation, la réadaptation, l'accessibilité au logement et le recensement des personnes en situation de handicap afin d'assurer la transition vers une action de développement. Dans le domaine de solidarité nationale elles concernent essentiellement les personnes vulnérables ou en grande précarité. Dans ce contexte, l'ergothérapeute propose une offre de soin de rééducation, de réadaptation et de réinsertion. »

Ergothérapie solidaire ainsi qu'ergothérapeute solidaire sont des termes qui nous sont propres. L'ergothérapeute solidaire adapte ses savoirs (savoir-être comme savoir-faire) et se dote de compétences spécifiques afin d'améliorer ses pratiques. Ajoutons, avec une petite pointe d'humour, qu'il devra mettre pleinement à profit son talent pour trouver des solutions et des adaptations à toutes les situations rencontrées grâce à sa créativité, sa persévérance et sa débrouillardise !

Pour Cap-Ergo, développer l'ergothérapie solidaire, c'est :

- Démystifier l'« humanitaire »
- Comprendre les enjeux des soins dans la solidarité nationale et internationale
- Définir et améliorer la pratique ergothérapique en contexte de solidarité
- Préparer les candidats qui souhaitent s'engager dans le soin solidaire

Pour les dix prochaines années, nous avons la volonté de poursuivre nos missions, de les développer et de promouvoir une meilleure connaissance de l'ergothérapie transculturelle et solidaire en France. De plus, un nouveau domaine de réflexion et d'action se profile avec l'enjeu de l'accompagnement sanitaire et médico-social des migrants. « Faire, c'est aussi être et devenir » : cette notion, bien connue des ergothérapeutes, prend un sens tout particulier pour les migrants.

DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL

COMMENT RÉPONDRE À UN APPEL À PROJET PHRIP ? PARTIE II

Par Frédérique Poncet & Samuel Pouplin - Docteurs et Ergothérapeutes, PhD

Dans le précédent numéro, nous avons souhaité désacraliser le PHRIP et son accessibilité.

Cet article explique le déroulement du PHRIP. À chaque étape nous vous proposerons des clefs de réussite pour une demande de subvention gagnante.

Déroulement du PHRIP

À la suite de l'appel à projets, il y a deux étapes importantes pour le porteur du projet (l'ergothérapeute) : tout d'abord, le porteur doit soumettre une lettre d'intention sur la plateforme de la DGOS (étape 1). Si le jury scientifique retient la lettre, le porteur du projet devra soumettre un dossier complet (étape 2).

Le processus de sélection implique un jury scientifique pour ses deux étapes successives : autrement dit, la présélection des lettres d'intention puis la sélection des dossiers complets. Le processus de sélection simplifié est illustré dans la figure 1, le processus complet étant accessible en ligne[1] .

Les membres du jury sont convoqués par le ministère des Solidarités et de la Santé pour leur expérience en recherche et leur expertise. Les membres du jury sont composés de pairs : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, d'orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunettiers, prothésistes, orthésistes et diététiciens. Le jury comprend un ou deux présidents et des rapporteurs.

ÉTAPE 1 : Étape de présélection ; lettre d'intention.

À partir d'un questionnement, le porteur du projet rédige une lettre d'intention selon un gabarit proposé par le ministère des Solidarités et de la Santé, qui comprend notamment :

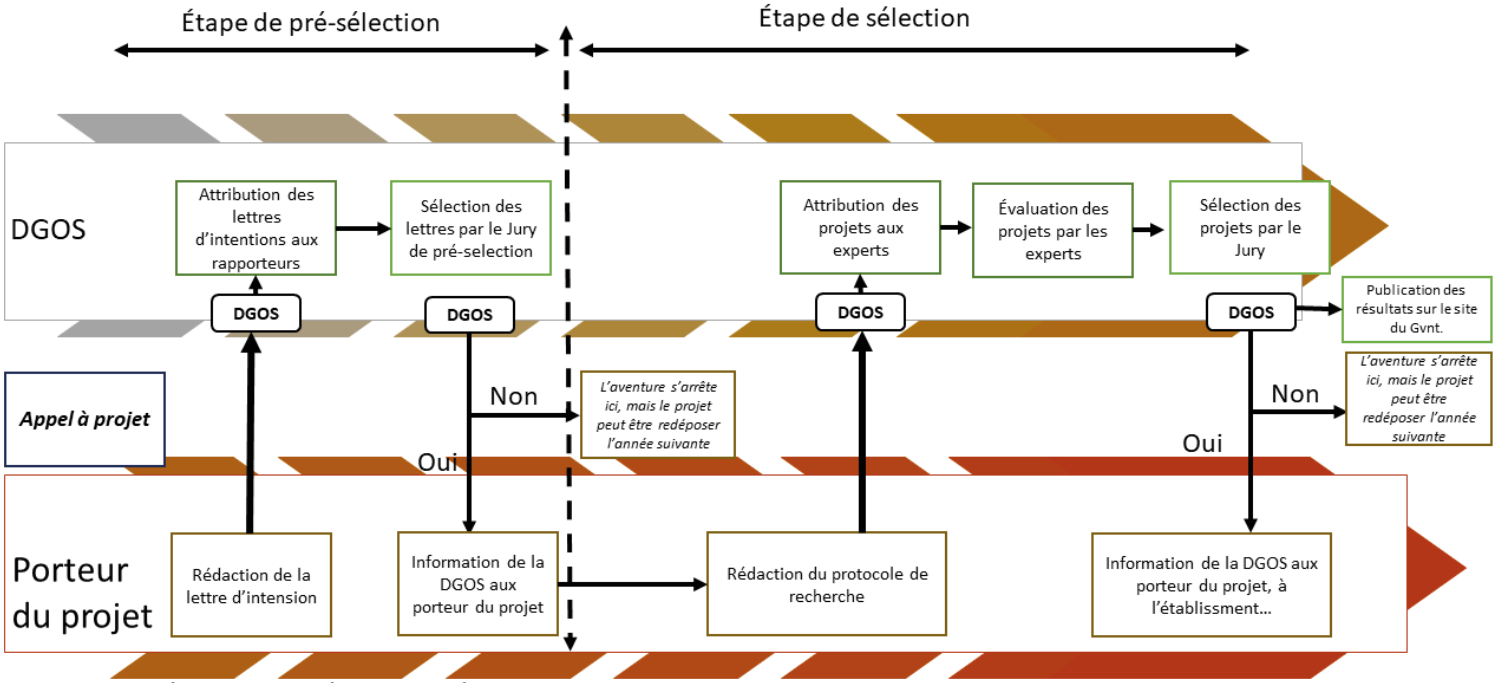


Figure 1: Procédure simplifié de l'appel à Projet PHRIP

- le rationnel
- le caractère innovant de votre étude
- la description des bénéfices attendus pour le patient et/ou pour la santé publique
- les objectifs principaux et secondaires
- les critères d'inclusion et de non-inclusion
- la faisabilité du projet
- la méthodologie
- une idée du budget
- l'engagement de l'établissement de santé (au sens large du terme).

La lettre d'intention est ensuite déposée sur la plateforme Innovarc-3 du ministère des Solidarités et de la Santé.

Lors de l'étape de présélection, les lettres d'intention soumises dans le cadre du PHRIP sont envoyées aux rapporteurs. Ces derniers ont pour mission d'examiner les lettres.

Durant le jury de présélection, les rapporteurs présentent les lettres qu'ils ont examinées (synthèse, points faibles, points forts…) aux autres membres du jury. Les membres du jury, après discussion, sélectionnent ou non la lettre d'intention. Les porteurs de projets pour qui la lettre d'intention est acceptée passent à la seconde étape, à savoir la demande de subvention complète.

Conseil des auteurs :

Seuls quelques points saillants sont développés ci-après.

Le rationnel introduit votre projet, il le place dans un contexte approprié. Sa présentation doit aller du plus global au plus spécifique, on parle souvent de présentation en entonnoir.

Ainsi, si votre question porte sur une déficience particulière, vous pouvez commencer par une phrase clef, accrocheuse pour le lecteur : Les patients schizophrènes ont des difficultés à réaliser des activités complexes de la vie quotidienne. Donner ensuite des exemples : La population schizophrène a des difficultés à s'inscrire dans une activité de loisirs (c.-à-d. choisir une activité, trouver les renseignements, s'inscrire, se rendre à l'activité, être assidue…). Mentionnez ensuite (ou plus en amont) le pourcentage de la population ciblée par rapport à la population française ou mondiale : En France la population schizophrène touche…

Vous pouvez aussi choisir une population orpheline et justifier votre intérêt. Poursuivez, par exemple, sur l'intérêt d'une activité sportive pour cette population. Pour ce faire, vous devez vous appuyer sur la littérature. Est-ce qu'il existe des programmes sportifs dont l'efficacité a été démontrée pour la population cible? Sinon, avez-vous développé un programme sportif ? Votre question de recherche est de le documenter et d'en évaluer les effets. Si oui, que dit la littérature sur les effets? Est-ce que votre question porte sur un effet jamais étudié? Etc.

Votre rationnel doit aboutir sur votre question de recherche précise, par ex. Face à une population schizophrène vieillissante, il est nécessaire que ceux-ci se maintiennent en forme pour maintenir leur autonomie à long terme. Nous ne connaissons pas les effets du programme GO-SPORT sur…

N'oubliez pas que le jury est composé d'une équipe multidisciplinaire : votre lettre d'intention pourra être lue par un rapporteur qui n'est pas ergothérapeute (un infirmier, par exemple). Dans les jurys, les rapporteurs ont un nombre important de lettres d'intention à présenter et défendre.

Ils font ces lectures/analyses en plus de leur travail. Aussi la lettre d'intention doit-elle marquer leur esprit ; elle doit être bien structurée, facile à lire, et « sexy »! Il s'agit d'un « pitch » qui doit donner l'envie au rapporteur de soutenir votre projet. À notre sens, lors de la lecture de la lettre, le rapporteur devrait voir comme une évidence qu'il faut soutenir le projet (cette étude n'a jamais été faite, c'est novateur, cela répond à un vrai problème de santé publique, etc.).

Le caractère innovant de votre étude

Votre étude doit être novatrice, faire avancer la clinique ou la recherche et avoir une visée bénéfique pour les usagers.

Ainsi, proposer d'évaluer les effets d'une intervention pour une population d'adultes hémiplégiques en France alors qu'une étude réalisée aux États-Unis a démontré qu'il y avait des effets positifs de cette dite proposition n'est pas une bonne idée. Puisqu'elle fonctionne, elle devrait être appliquée à la clinique.

Par contre, proposer de traduire et valider un test de préhension, un questionnaire… en français et utiliser la méthode transculturelle, parce qu'il manque d'outils de mesure dans le domaine ciblé, parce qu'il est de plus en plus utilisé dans la littérature, ou encore parce qu'il est plus simple et plus rapide à administrer que ce qui est actuellement utilisé est une bonne idée.

Faisabilité du projet

Votre projet doit être faisable! N'oubliez pas que le PHRIP est de l'argent public : le jury a donc la responsabilité de s'assurer que votre projet soit faisable.

1. *Procédure complète du processus de sélection : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Processus_type___gestion___appel_a_projet_DGOS.pdf.*

Proposer un projet à 400 000 € sans étude pilote préalable n'est pas une bonne idée. Si vous déposez un projet aussi important, nous vous conseillons d'avoir une étude pilote avec quelques participants pour tester 1/ la faisabilité du projet, 2/ les outils de mesure choisis, etc.

Recruter 300 adultes hémiparétiques gauches qui marchent sans aide, avec une héminégligence visuospatiale sur une période de 6 mois, et ce, dans un seul centre de réadaptation, n'est pas une bonne idée. Vous n'arriverez pas à recruter tant de monde sur des critères aussi précis, en si peu de temps.

Mais proposer une étude avec peu de participants avec une méthodologie robuste (par exemple une étude avec mesure répétée et follow up) est réalisable et pourra par la suite être poursuivi par une recherche plus précise. Proposer, à la suite d'une étude pilote, une étude avec 90 participants sur trois centres de réadaptation sur une période de deux ans peut être faisable.

Méthodologie

Il existe beaucoup d'écrits sur les méthodologies en recherche (*par exemple, le Guide pratique de recherche en réadaptation*[2]), et nous ne développerons pas cette partie. Toutefois, assurez-vous de choisir un schéma de recherche adapté à votre question de recherche (quantitatif, qualitatif, mixte) et des outils de mesures valides et fiables. L'analyse de données devra aussi être bien décrite.

Ressources

Il existe différentes ressources pour vous aider :

- ergothérapeutes ayant obtenu des financements,
- médecins des Centres hospitaliers universitaires (CHU), chercheurs,
- Unités de recherche (URC) au sein des établissements conventionnés,
- Collège de recherche de l'ANFE.

Conseils généraux

Finalement, ne laissez pas la chance au jury de voir une faille dans votre projet.

Soyez clair et captivant. Faites-le lire par votre conjoint, ami, parent, bref, par des novices en la matière. Si ces lecteurs suivent et comprennent l'intérêt du projet et la logique de votre pensée, alors vous êtes assuré que, quelle que soit la formation initiale du rapporteur, il comprendra le projet (ne soyez pas simpliste pour autant, les gens ne sont pas stupides).

Ne laissez pas de fautes d'orthographe, et assurez-vous que les références soient toutes présentes et correctes.

Attention au budget : il doit être cohérent. Pour cela, il est nécessaire de se rapprocher de personnes-ressources qui peuvent vous accompagner sur le dimensionnement du budget. En effet, ce dernier, conditionnant en grande partie la faisabilité du projet, ne doit être ni sous-dimensionné ni surdimensionné.

ÉTAPE 2 : Étape de sélection, projet au complet

Si vous en êtes à l'étape de sélection, c'est que la lettre d'intention a été bien reçue par le jury. Bravo ! Vous pouvez être fier de vous ! Prenez un temps pour savourer, puis passez à la prochaine étape : la rédaction du dossier au complet.

Procédure de l'étape 2

Vous avez environ trois mois pour soumettre le dossier complet à la DGOS. Ensuite, celui-ci sera 1/ évalué par des experts externes au jury, puis 2/ une synthèse des expertises sera présentée au jury qui le discutera et estimera si votre dossier est prioritaire ou non. Si votre dossier est prioritaire, il sera financé sous certaines conditions (par exemple : sous réserve de l'acceptation éthique). Notez que la DGOS accompagnera les dossiers subventionnés.

Choix des experts

Pour évaluer les demandes de subvention, les organismes se dotent d'experts externes aux membres du jury ayant une connaissance du domaine que vous voulez étudier ou sur la méthodologie que vous souhaitez mettre en place. Dans notre exemple qui porte sur la population schizophrène et l'accessibilité à l'activité sportive, les experts pourraient être un professeur universitaire-chercheur en réadaptation qui travaille sur la vie quotidienne des personnes schizophrènes et un autre qui travaille sur l'implantation des activités sportives au profit de personnes ayant une déficience dans la communauté. De ce fait, ces deux chercheurs connaissent très bien la littérature et les études déjà menées dans le monde. Les experts qui évalueront votre dossier ne seront pas forcément des ergothérapeutes : ainsi, dans cet exemple, vous pourriez avoir un chercheur en sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS).

Lors de subvention nationale, il est d'usage qu'au moins un des experts ne soit pas un compatriote, afin d'éviter tout favoritisme.

2. *Guillez, P. and S. Tetreault, Guide pratique de recherche en réadaptation, 2014, De Boeck Supérieur*

Autrement dit sur deux experts au moins un peut être belge, canadien, marocain, etc.

Le dossier

Lorsque vous recevez l'acceptation de votre lettre d'intention (1re étape), il est possible que celle-ci comporte des recommandations. Assurez-vous de bien en tenir compte dans l'écriture du protocole.

Comparativement à la lettre d'intention, dans le cas du dossier complet il faut étoffer votre projet. Attention : il ne s'agit pas de mettre des mots pour mettre des mots, mais bien d'approfondir chaque partie du dossier. Dans cette partie, nous ne reprendrons pas chaque partie du dossier, mais nous tenterons de vous faire une synthèse qui pourrait, à ce stade, vous aider (*voir tableau 2*).

Tableau : Synthèse des conseils pour l'étape 2

ITEM	CONSEILS DES AUTEURS
Rationnel	• Présentation en « entonnoir » (voir étape 1) • Vérifier que votre littérature est toujours à jour • Étoffer votre littérature (de nouveaux articles ont pu sortir depuis la lettre d'intention) • Appuyer vos dires sur des données probantes • Une idée = un paragraphe (ne pas mettre plusieurs idées dans un même paragraphe) • Terminez par une problématique claire
Objectif(s) et hypothèse(s)	• Vous pouvez avoir un objectif principal et plusieurs sous-objectifs • 1 objectif = 1 hypothèse
Méthode	• Assurez-vous que la méthode proposée répond à chacun des objectifs énoncés (il est possible d'utiliser plusieurs méthodes). • Explicitez votre choix de méthodologie sur la littérature (ou le manque de littérature)
Résultats attendus	Vous pouvez apporter des résultats attendus : • avancer des connaissances (par exemple, mieux connaître les effets du sport chez la population schizophrène) • améliorer les interventions en réadaptation • en termes de santé publique • En termes de transfert de connaissances ; expliquer comment vous diffuserez/formerez… à l'utilisation de vos données
Budget	• Faites-vous aider et relire par votre institution (ils ont l'habitude de monter des budgets et connaissent le montant des charges sociales, par exemple) • Attention aux redondances • Ne sous-estimez pas un budget, mais ne le gonflez pas non plus • Chaque ligne budgétaire doit être comprise
Généralités Faciliter la vie des réviseurs (experts, rapporteurs, jury)	• Entourez-vous de personnes ayant une expérience en recherche ou une expertise dans le domaine que vous souhaitez étudier • Évitez les acronymes (après 3 pages, le lecteur est perdu s'il y en a trop) • Garder les mêmes termes tout au long de votre document (par exemple, choisissez un terme entre patients, usagers, participants…) • Attention aux fautes d'orthographe • Assurez-vous de la présentation des références • Faites relire votre protocole par une personne qui n'est pas dans votre domaine

Le budget : vous pouvez le réajuster dans l'écriture de la seconde phase, mais prenez la peine de le justifier. Tout comme le reste du document, le budget doit être logique et explicité.

Pourquoi avoir un économiste s'il n'y a pas d'étude économique dans votre projet? Une étude de coût-effet d'une intervention ou lors d'un développement d'une aide technique, d'un fauteuil roulant intelligent, etc., requiert l'analyse du coût de développement…

Attention : dans le cas où vous souhaiteriez développer une nouvelle technologie, du matériel avec un organisme (start-up, par exemple), il est d'usage que celui-ci participe financièrement.

N'oubliez pas de penser au transfert de connaissances, autrement dit aux frais de congrès, mais aussi aux frais d'édition : ainsi, les articles en accès ouvert sont de plus en plus promus par les universités et les organismes subventionnaires gouvernementaux. Mais ceux-ci ont un coût.

L'objectif de cet article était de lever des barrières à la recherche en ergothérapie. Le PHRIP est une opportunité magnifique au développement des projets de recherche paramédicaux. Bien que la procédure soit longue et fastidieuse, elle vous permet de « mettre la table » pour votre future recherche.

L'écriture du dossier PHRIP vous assure :

- d'avoir l'engagement et la collaboration des parties prenantes,
- de ne pas oublier d'étapes à votre recherche et d'anticiper une partie des problèmes que vous pourriez rencontrer,
- de vous aider à obtenir l'éthique,
- d'avoir une partie de vos articles écrits (méthodologie, etc.).

Conclusion :

C'est à travers des projets de recherche que nous pourrons faire avancer nos idées, notre démarche ergothérapeutique, et d'asseoir la profession dans le monde de la réadaptation. Le PHRIP est une chance offerte aux ergothérapeutes, et un enjeu pour notre profession.

Ayez confiance, lancez-vous

Et n'oubliez pas, soyez sexy !

ÉVALUER LES OCCUPATIONS… OUI, MAIS COMMENT ?

Par Aurélie Gauthier - Ergothérapeute, Véronique Haller - Ergothérapeute

Science de l'occupation : de la théorie à la pratique - Comment évaluer l'occupation ?

La démarche d'intervention en ergothérapie se compose de plusieurs étapes nécessaires à un accompagnement de qualité : la phase d'évaluation et d'établissement des objectifs, la phase d'intervention et la phase de réévaluation (Fisher, 2009).

Cet article vous propose une réflexion sur une partie de la phase d'évaluation des occupations : l'analyse des activités de la personne. Il vise à outiller les ergothérapeutes qui souhaitent améliorer leur démarche d'analyse des activités, étape fondamentale pour l'accompagnement d'une personne ou d'une population.

1. La phase d'évaluation

La première étape de l'évaluation consiste à repérer le profil occupationnel et les attentes de la personne, grâce à un entretien avec l'individu et/ou son entourage. Cet entretien peut être libre et/ou couplé à des outils d'évaluation standardisés et validés (OPHI-II, MCRO-P, etc.).

On note tout d'abord dans les différents niveaux d'évaluations le repérage du profil occupationnel et des attentes de la personne. Celui-ci se construit grâce à un entretien avec l'individu et/ou son entourage. Cet entretien peut être libre et/ou couplé à des outils d'évaluation standardisés et validés (OPHI-II, MCRO-P, etc.). À partir des éléments recueillis et des priorités dans les problématiques occupationnelles, une approche théorique peut être choisie, suivie d'une phase d'observation des occupations identifiées comme importantes pour l'individu (AOTA, 2014).

Pour ce faire, une analyse de l'activité par observation est envisagée afin d'enquêter sur les problématiques occupationnelles, de comprendre celles-ci, puis de formuler des hypothèses de compréhension concernant les difficultés. Après cette analyse d'activité, la passation d'évaluations plus analytiques (MQE, MCPAA, NEPSY, etc.) permettra d'approfondir certains éléments repérés pour favoriser une compréhension plus précise et valider les hypothèses émises au préalable. L'interprétation de toutes ces évaluations construira le diagnostic ergothérapique et facilitera l'élaboration d'objectifs d'intervention cohérents.

2. Analyser l'activité : que regarder ?

Nous vous proposons ici une grille de lecture qui vous familiarisera avec les recueils de données pendant l'observation d'une activité. Ce tableau synthétique n'est pas destiné à être diffusé aux autres professionnels ou à la personne accompagnée : il vous aidera surtout à ne rien oublier lors de vos observations et dans vos prises de notes personnelles.

Tableau 1. Grille d'analyse d'activité

Activité analysée: préparer un sandwich Pierre, 32 ans, homme célibataire, préparer un sandwich
Description
Décrivez de manière synthétique l'occupation. Comment la personne fait-elle habituellement l'occupation ? Dans quel cadre ? Cette activité est elle routinière ou non routinière ? *Comme tous les jeudis matin, avant d'aller au travail, Pierre prépare un sandwich jambon-beurre-fromage pour sa pause de midi, qu'il prendra après son entraînement à la salle de sport.*
Objets utilisés

Décrivez les outils, le matériel et les équipements utilisés réellement ; et ce que ceux-ci symbolisent pour la personne.	*Pierre utilise du jambon blanc, du fromage en tranches prédécoupées, du beurre, du pain de mie acheté au magasin, un couteau à beurre, une boîte en plastique pour y placer son sandwich. Il utilise une éponge humide pour nettoyer le plan de travail.*
Contexte spatial	
Décrivez l'environnement physique réel dans lequel l'occupation est effectuée : • environnement naturel ou simulé • structures naturelles ou construites • équipements, mobilier • niveau de lumière, variable, constant • type et niveau de bruit. • caractéristiques qui pourraient avoir un impact sur les sensations et les performances (odeur, humidité, textures, température) Considérez l'impact de chaque élément décrit sur la performance (comment l'environnement supporte ou entrave les performances)	*Pierre prépare son sandwich dans le coin cuisine de son petit studio. Il range le jambon dans la partie basse du frigo, le fromage dans la partie haute, et le beurre dans la porte. Il conserve le pain au-dessus du frigo. Le couteau est dans le tiroir, et la boîte se trouve dans le placard juste en dessous du plan de travail (à gauche du frigo). L'éponge est sur l'évier, dans le prolongement du plan de travail.* *Du fait de la petite taille de sa cuisine, tous les objets sont à portée de main sur le plan de travail.*
Si l'occupation est réalisée dans plusieurs contextes spatiaux, décrivez brièvement les autres contextes en mettant l'accent sur la différence éventuelle.	Sa cuisine est éclairée par un néon. La télévision est allumée, le matin, pour faire une présence. Il écoute la chaîne d'information.
Exigences sociales	
Décrivez les exigences sociales et culturelles que l'occupation met en jeu en utilisant les catégories suivantes : • autres personnes participant à l'activité, relations entre les personnes • règles, normes et attentes lors de l'occupation • signification culturelle ou symbolique que la personne attribue à cette occupation Pierre réalise l'activité seul car il vit seul. Occasionnellement, un ami peut venir dormir à son domicile. Ces jeudis-là, Pierre prépare alors en même temps du café.	
Fréquence, temporalité et séquences	
Séquencez des étapes de l'occupation réalisée par la personne (maximum 15 étapes). L'occupation se déroule-t-elle à un moment spécifique dans la journée ? À quelle fréquence (quotidienne, hebdomadaire, mensuelle…) ? Pierre se prépare un sandwich uniquement le jeudi pour avoir le temps d'aller à la salle de sport. Les autres jours de la semaine, il préfère aller déjeuner au restaurant avec ses collègues de travail. Les étapes sont : - prendre le pain, le fromage, le jambon, le beurre là où ils sont rangés - Ouvrir les emballages - Prendre le couteau du tiroir et la boîte en plastique en dessous - Beurrer deux tartines de pain - Placer deux tranches de jambon et deux tranches de fromage entre les tartines - Fermer et couper le sandwich en deux - Le placer dans la boîte en plastique - Nettoyer le plan de travail avec l'éponge humide.	
Habiletés de performance	
Habiletés motrices, opératoires, interactions sociales Effort, efficacité, sécurité (mise en danger), besoin d'assistance ou aides apportées Exemple d'habiletés requises pour Pierre : commencer la tâche, chercher et localiser les objets nécessaires, choisir le bon objet, utiliser les objets appropriés, se pencher et atteindre les objets, manipuler les objets, poursuivre la tâche et la terminer au bon moment. N. B. : Des outils d'évaluation peuvent être utilisés dans cette partie (PRPP, AMPS, profil des AVQ, etc.).	
Sécurité	
Dressez la liste des dangers potentiels pour la personne lorsqu'elle réalise l'occupation (perte d'équilibre, fatigue intense, oubli d'éteindre le gaz, brûlure, etc.)	

Note : ce tableau est inspiré du « Willard and Spackman Occupational Therapy » (Boyt-Schell, Gillen, Scaffa, 2014).

On observe dans ce tableau que l'environnement doit être pris en compte lors de l'analyse d'une activité par observation. L'environnement se définit comme le contexte dans lequel se déroule la performance occupationnelle (Trouvé, 2016). De ce fait, les résultats seront différents d'un environnement à un autre.

3. Que faire des données recueillies ?

À ce stade, le non-jugement de valeur de la personne dans son activité demeure un point clé pour que l'ergothérapeute interprète les données recueillies. De ce fait, il semble souhaitable de discuter des points d'incompréhension dans l'activité. Ainsi, des questions éclairciront d'éventuels comportements qui auraient interpellé l'ergothérapeute (manière de couper les aliments, choix de tel ou tel objet, etc). Des questionnaires ou entretiens pour comprendre les routines de la personne viendront compléter cette analyse d'activité.

La synthèse du tableau, en complément d'autres évaluations, permettra de rédiger la partie descriptive et également explicative du diagnostic ergothérapique. Cette analyse alimentera l'intervention pour graduer et adapter l'activité, notamment les éléments facilitateurs et/ou obstacles de l'activité.

Conclusion

L'analyse d'activité, outil indispensable pour les ergothérapeutes, reste néanmoins des plus complexes et difficiles dans ces aspects multidimensionnels. Les critères de jugement proposés dans ce tableau sont une première sélection pour cette analyse.
De nombreux outils standardisés et valides viendront éventuellement les étoffer.

En effet, les ergothérapeutes ont besoin d'outils non seulement sûrs d'un point de vue psychométrique, mais conformes aux valeurs, aux croyances, aux principes et à l'intention de la pratique de l'ergothérapie (Klein, Barlow, Hollis, 2008).
Le tableau présenté dans cet article permet un recueil de données lors de l'analyse d'une activité chez un individu ou une population. Il facilitera l'étape la plus complexe, qui reste bien l'interprétation des données afin de créer du sens et de se positionner en tant qu'ergothérapeute.

Bibliographie

- *American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy practice framework: domain and process (3e édition). American Journal of Occupational Therapy, 68 (suppl. 1), S1-S48 ; doi: org/10.5014/ajot.2014.682006.*
- *Barbier, Jean-Marie. (2015). Saisir l'activité ! Conférence inaugurale des Assises de l'ergothérapie.*
- *Boyt-Schell B., Gillen G., Scaffa M. (2014). Willard and Spackman Occupational Therapy, Baltimore, Lipincott Williams & Wilkins, 12e édition, p. 240-243.*
- *Christiansen, C.H., & Baum, C.M. (1997). Person-environment occupation performance: A conceptual model for pratice. in C.H. Christiansen, et C. Baum (Ed.), Occupational Therapy: Enabling Function and Well-Being (2e éd., p. 47-70). Thorofare, NJ : SLACK, Inc. p. 181.*
- *Fisher, A. G. (2009). Occupational Therapy Intervention Process Model, Fort Collins, Draft Edition.*
- *Klein, S., Barlow, I., & Hollis, V. (2008). Evaluating ADL Measures from an Occupational Therapy Perspective. Canadian Journal of Occupational Therapy, 75 (2), 69-81 ; doi: 10.1177/000841740807500203.*
- *Trouvé, E. (2016). Agir sur l'environnement pour permettre les activités (p. 207-221). De Boeck Supérieur.*

LA MÉTHODE SOAP

Par Eric Trouvé - Président

Peut-être avez-vous vu dans des écrits étrangers une référence à la méthode SOAP ?

Il s'agit d'une méthode anglo-saxonne pour classer et rédiger les informations à faire figurer dans les écrits professionnels, très utilisée par les ergothérapeutes étrangers. Bien que son usage ne corresponde pas parfaitement au contexte français, certaines de ses caractéristiques sont néanmoins très inspirantes pour la construction des écrits professionnels.

L'acronyme de SOAP signifie :

(S) : « Subjective » (données subjectives)
(O) : « Objective » (données objectives)
(A) : « Assesment » (analyse, conclusion, diagnostic)
(P) : « Plan » (plan d'intervention)

En fonction des situations, on constate en pratique la mention de parties complémentaires, comme le « problème » (Pr), figurant en amont, les services rendus ou les « Interventions » (I) ajouté à la fin, l' « Évaluation de l'efficacité » (E), indiqué à la fin également. Il est important de préciser que le (A) désignerait en France le diagnostic ergothérapique.

La partie qui énonce le problème (Pr)

Parfois, le problème principal ayant mené à une demande d'intervention est énoncé avant que le SOAP soit lancé : il est habituellement présenté comme « Problème » ou « Diagnostic ». Il peut s'agir de la plainte principale de l'usager ou d'un problème d'activité. Il est habituellement recueilli dans le dossier du client et reformulé en termes ergothérapiques et occupationnels, comme vu précédemment.

Les informations issues d'autres sources, comme les rapports de spécialistes (psychologues, kinésithérapeutes, orthophonistes, neurologues...) ou le dossier médical, sont traditionnellement incluses dans la section « Pr » du SOAP.

La partie subjective (S)

Ici commence le SOAP proprement dit. La partie subjective est la section dans laquelle le thérapeute présente l'information qui lui est fournie par le client ou par une personne responsable, et qui est jugée pertinente en regard de la condition présente du client. L'information subjective est nécessaire pour planifier l'évaluation objective du client et pour justifier ou expliquer au client certains objectifs d'évaluation ou d'intervention.

La partie objective (O)

La partie objective de l'évaluation est la section dans laquelle sont consignés les résultats des mesures effectuées et les observations objectives du thérapeute à l'égard du client. Les données objectives permettent de planifier l'intervention auprès du client. Les procédures d'évaluation produisant des données objectives peuvent être répétées. L'information objective écrite dans un rapport peut être comparée à celle qui découle de mesures prises et notées dans le passé et servira aussi de donnée comparative dans le futur, lorsque le progrès du client sera évalué.

Un item est considéré comme objectif :

- s'il est le résultat de mesures ou d'observations objectives du thérapeute ;
- s'il est une partie d'une intervention procurée au client (particulièrement des modifications apportées. Nombre de répétitions tolérées, douleur soulagée ou provoquée). Cette donnée informe toute personne qui pourrait traiter le client sur l'intervention effectuée à une date donnée, et lorsque pertinent, tout organisme habilité à consulter le dossier du client ;
- s'il s'agit d'activités enseignées au client ou aux proches (par ex. des exercices spécifiques enseignés au client).

En vue de bien organiser les données objectives et d'en faciliter la lecture, on la présente en catégories, reposant par exemple sur les types de tests et mesures effectués ou sur les habiletés fonctionnelles.

Afin d'être centré sur l'occupation et les objectifs de la personne, il est recommandé de mettre en premier les éléments liés à la participation, l'engagement, la performance ou les habiletés. La force, l'équilibre, la perception, la mémoire, l'accessibilité ou encore l'humeur ne sont pas centrées sur l'occupation.

Certains milieux vont donc utiliser deux catégories principales, « statut fonctionnel » et « causé par », puis continuent à organiser l'information en sous-catégories sous ces catégories principales d'information objective.

La partie « assessment » (A)

La section A du SOAP correspond à la partie conclusion / diagnostic / recommandations de l'écrit. Dans cette méthode, elle est constituée :

1. de la liste des problèmes ;
2. des buts à long terme ou le devenir fonctionnel prévu ;
3. des objectifs à court terme.

Elle fournit un résumé sous la forme de liste des problèmes importants du client, issus des parties subjectives et objectives du rapport. Elle constitue un point de référence pour les autres professionnels de la santé ou tout organisme ayant accès au dossier et qui désirent obtenir rapidement un aperçu des problèmes nécessitant une intervention.

Il faut dans un premier temps revoir les sections S et O du rapport, notant et mettant en évidence les éléments se situant en dehors des limites normales et pouvant être influencés ou changés par une intervention thérapeutique.

Certains problèmes sont déjà identifiés dans la section Pr du rapport (avant S et O) : par exemple, des problèmes identifiés par un psychiatre ; ils n'appartiennent pas à la liste de problèmes du thérapeute qui rédige son rapport d'évaluation en vue d'une recommandation ou d'une intervention. Une discussion sur l'effet de ces problèmes identifiés par le psychiatre sur la performance potentielle ou actuelle lors de l'intervention du thérapeute devrait être présentée dans la partie A du SOAP.

Les problèmes sont ensuite classés par ordre de priorité (problème le plus important, le second plus important...). Ceci implique un jugement clinique de la part de l'ergothérapeute. Différents professionnels peuvent prioriser différemment, selon le milieu dans lequel ils pratiquent, le contexte dans lequel se situe le client (par exemple l'institution, la pratique libérale), etc.

Habituellement, à chaque problème de la liste correspond un but à long terme. Les buts à long terme sont présentés de façon à décrire comment chaque problème sera finalement résolu. Le devenir occupationnel pour chacun des problèmes précise le niveau ou l'état que l'on s'attend que le client atteigne à la fin de l'intervention. Ainsi les devenirs occupationnels prévus s'adressent à chacun des problèmes occupationnels de la liste des problèmes. Cette partie du SOAP fournit au thérapeute l'occasion d'établir des corrélations entre les quatre parties du rapport (SOA et P). Des différences entre les plaintes du client et les observations objectives peuvent être discutées. La justification des objectifs ou du plan d'intervention peut être présentée. Sont alors formulés des commentaires concernant le progrès du client durant l'intervention ou concernant son potentiel de réadaptation. L'absence de certaines informations peut être expliquée, de même que des évaluations ou interventions additionnelles, ainsi que des services communautaires utiles au client.

La partie « plan d'intervention » (P)

Cette partie du rapport présente le plan d'intervention suggéré au client.

La partie « services rendus » (I)

S'il s'agit d'un rapport final, le lieu où se rendra le client et le nombre de fois que le celui-ci a été vu en thérapie seront précisés. De même, devront y figurer :

- la progression du traitement, le résumé des messages éducatifs donnés au client et ses proches (par ex. programme d'auto rééducation à domicile) ;
- les besoins en équipement et les équipements commandés/vendus au client ;
- les recommandations faites à d'autres services (ergothérapie en libéral, renvoi vers un collègue kinésithérapeute).

En conclusion, rappelons que la formalisation du concept de diagnostic en France nécessite maintenant de réfléchir à nos écrits professionnels et la manière de les organiser pour laisser la place au diagnostic, mais aussi afin de correspondre le plus fidèlement possible à notre raisonnement professionnel.

La méthode SOAP peut ainsi alimenter cette réflexion.

SAVOIR EXPÉRIENTIEL EN « OTISME »

Par Dechambre Delphine, ergothérapeute.

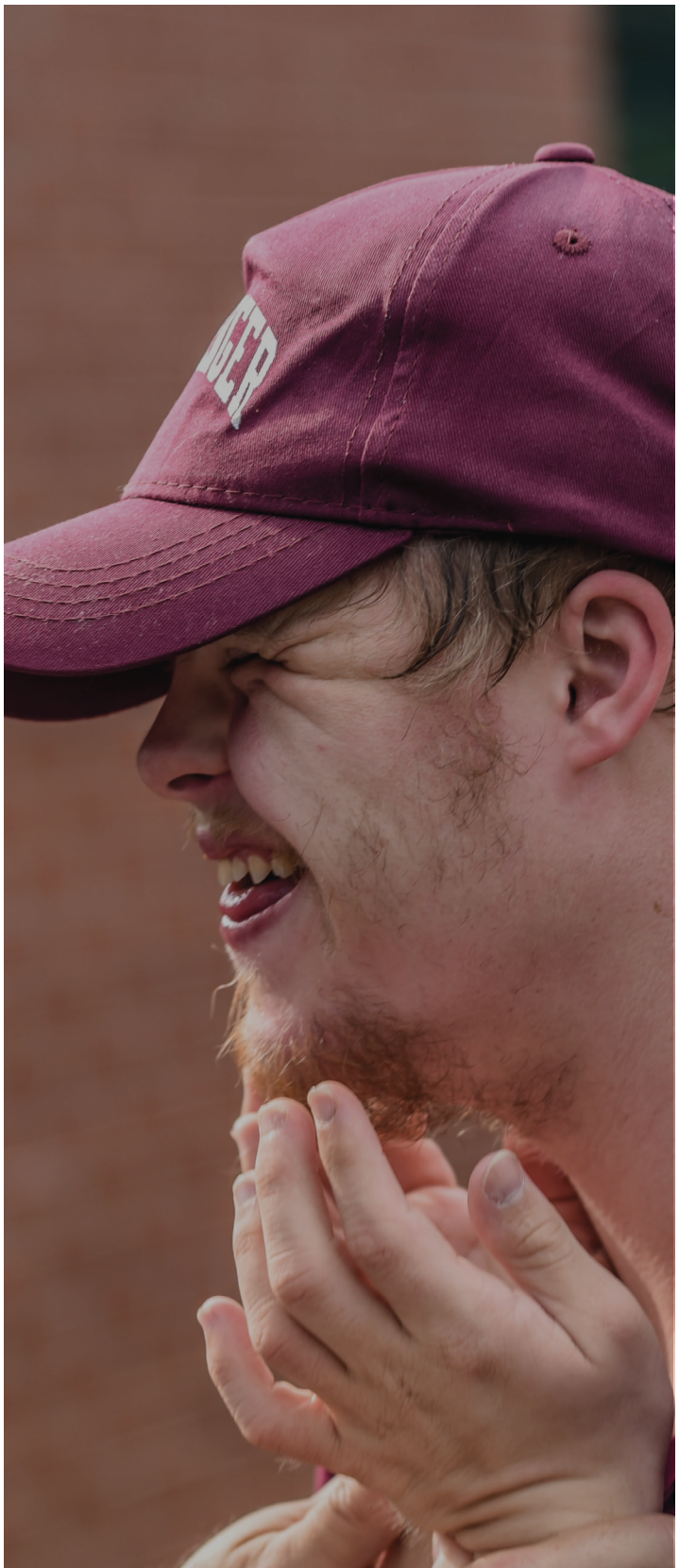
Quand l'ergothérapeute et l'autiste ne font qu'un

Autisme, état des lieux :

Les troubles du spectre autistique (TSA) sont désormais définis comme des troubles du neurodéveloppement d'apparition précoce par les actuelles classifications de diagnostic.
Principalement d'origine génétique, cette « condition » neurologique concerne en moyenne 1 personne sur 100 (source Inserm), dont x % diagnostiqués à l'âge adulte.

Le terme « TSA », qui remplace désormais « l'autisme », cherche à mettre l'accent sur la variabilité des symptômes individuels en dépit des caractères communs que sont :

- le déficit des interactions sociales,
- le caractère restreint des comportements (incluant les stéréotypies, les intérêts et une sensorialité spécifique).



Stratégie nationale pour l'autisme et pair aidance :

L'ambition numéro un de la stratégie nationale pour l'autisme dans les Troubles du neurodéveloppement (TND) déployée en 2018 concerne la construction d'une société inclusive.

Pour ce faire, les acteurs considèrent le soutien par les pairs comme un levier fort pour favoriser la participation sociale des personnes. Ainsi, des personnes concernées elles-mêmes par un TSA interviennent auprès de leurs « semblables » en structure ou en tant que prestataires, pour faciliter l'identification des obstacles du quotidien et les surmonter.

Pair aidance et expertise de l'ergothérapeute :

Des initiatives plus audacieuses s'organisent également sous l'impulsion de quelques personnes sensibles à la nécessité de déployer des moyens différents sur le terrain. Lydie Gibey, actuelle directrice du CREAI d'Île-de-France, est une pionnière, car elle s'est montrée soucieuse d'assurer à la fois un accompagnement de qualité aux résidents

d'une Maison d'accueil spécialisée (MAS), mais aussi un soutien auprès de son équipe professionnelle de l'époque.

Elle a permis la rencontre et la création d'un binôme professionnel atypique en associant les compétences d'un ergothérapeute et d'une personne autiste.

C'est dans ce cadre que Kristian Schott et Delphine Dechambre interviennent mensuellement au sein d'un établissement parisien. Leur complémentarité permet de faire valoir la nécessité d'une organisation rigoureuse, simple et claire pour induire un environnement de travail et de vie qui diminue la fréquence de comportements de défi et améliore le confort de vie des résidants.

La présence de Kristian offre des avantages non négligeables à la structure. Sa compréhension plus immédiate des besoins spécifiques des résidents l'invite souvent à rappeler qu'il ne faut pas systématiquement s'alarmer sur des comportements inhérents à l'autisme. Delphine, quant à elle, met en lien les observations et son expertise thérapeutique pour formuler les préconisations d'accompagnement à l'équipe pluridisciplinaire. Tous deux présentent de façon structurée une activité à la personne avec TSA afin que celle-ci s'y investisse et y trouve de la satisfaction.

Patient expert et ergothérapeute dans l'enseignement des étudiants.

Afin d'offrir une pédagogie nouvelle à ses étudiants, l'IFE de Créteil a cette année proposé à ces étudiants de deuxième année des travaux dirigés permettant une rencontre nouvelle entre ergothérapeute et « patient-expert ».

Voici leurs témoignages :

Maëlle:

Je pense que le mot juste pour décrire cette intervention en binôme est « complémentaire ». Si le cours théorique nous a permis d'appréhender la pathologie, le temps d'échange et de témoignage nous a permis de connaître l'homme. Or on ne peut dissocier les deux, ceux-ci formant la personne que nous avons devant nous. Il est fréquent que dans les études de santé seule la pathologie soit présentée aux étudiants. Mais qu'en est-il de l'Homme caché derrière ces mots scientifiques, ses ressentis, sa vie ?

Si l'on ne peut faire de généralités pour répondre à ces questions, les réponses étant propres à chaque personne, il est intéressant d'avoir une idée de ce que peuvent être ces réponses pour accompagner au mieux la personne. Cela permet aussi de nous remettre à l'esprit que, même si nous avons des connaissances, seul le patient est expert de sa pathologie.

> *« L'autisme n'est pas une pathologie, c'est juste une autre manière de fonctionner, de penser et de ressentir. »*

Si je devais ne retenir qu'une phrase pour définir l'autisme, je ne choisirais pas une définition du cours, bien qu'elles soient nécessaires et essentielles. La définition que je choisirais est celle qui a été donnée par un adulte ayant un trouble du spectre autistique que nous avons rencontré : « L'autisme n'est pas une pathologie, c'est juste une autre manière de fonctionner, de penser et de ressentir. » Alors qu'à la pathologie nous associons souvent la souffrance, cette nouvelle définition nous éloigne de cette notion-là.

Notre approche dans le soin sera alors nécessairement différente. Cette intervention en binôme nous oriente donc vers un accompagnement plus humain, plus proche de la réalité des patients, plus adapté. Ceci ne peut être qu'une richesse pour l'exercice de notre future profession qu'est l'ergothérapie.

Manon :

Après avoir eu une présentation théorique (quoique nettement orientée vers la pratique ergothérapique) de ce que peut être l'autisme par Madame Dechambre , la rencontre avec Kristian a été déterminante pour matérialiser cette « théorie ». Le duo très complémentaire avec Kristian nous a permis de prendre conscience à quel point la différence entre autiste et neurotypique ne signifie absolument pas « hiérarchie ».

Je n'ai jamais aussi bien saisi la théorie qu'à travers le témoignage vivant de quelqu'un qui nous comprend bien mieux que nous pouvons le comprendre lui ! C'est aussi une leçon d'humilité : le handicap n'existe plus si l'on considère que ce sont les neurotypiques qui ont construit une société certes adaptée pour eux-mêmes, mais pas aux autres.

De la théorie à la pratique, nous, étudiants, sommes passés de l'imagination de ce que pouvait être l'autisme à la compréhension de ce que vit une personne autiste au quotidien, mais aussi à la remise en question de notre manière de penser l'autisme, le handicap, et donc l'intervention ergothérapique auprès de personnes autistes.

POINT JURIDIQUE

LE CONTRAT DE COLLABORATION EN PRATIQUE

Par Céline DELRIEU - Juriste de l'ANGAK

L'article 18 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises a donné un cadre légal au statut du collaborateur libéral.

Ce texte définit le collaborateur libéral comme le membre non salarié qui, dans le cadre d'un contrat de collaboration libérale, exerce auprès d'un autre professionnel, personne physique ou personne morale, la même profession.

Le contrat de collaboration libérale doit être conclu dans le respect des règles régissant la profession.

Il doit contenir des clauses obligatoires conformément à l'article 18 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005. En dehors de ces clauses obligatoires, vous pouvez rédiger et adapter votre contrat comme vous le souhaitez.

Un point sur les clauses obligatoires.

- la durée de la collaboration : déterminée ou indéterminée avec condition de renouvellement le cas échéant,
- modalités de rupture du contrat : durée du préavis, modalités,
- les modalités de rémunération : en pratique un pourcentage des honoraires perçus par le collaborateur (choix entre honoraires facturés, encaissés ou effectués),
- les conditions d'exercice : notamment les conditions dans lesquelles le collaborateur libéral peut satisfaire les besoins de sa patientèle personnelle et les conditions dans lesquelles il travaillera au sein du cabinet et/ou en structure,
- la responsabilité professionnelle du collaborateur,
- statut de travailleur libéral indépendant : statut social et fiscal,
- suspension du contrat pour maternité/paternité ou adoption.

Vous êtes collaborateur et vous vous posez des questions pratiques sur le contrat de collaboration ?

Nous allons aborder les questions les plus courantes, par thèmes.

Patientèle. Le titulaire du cabinet confie une partie de sa patientèle au collaborateur qui va pouvoir exercer à ses côtés en toute indépendance et met à sa disposition pour un usage en commun les moyens d'exercice du cabinet : locaux, matériel et éventuellement le secrétariat.

Au fur et à mesure du temps, le collaborateur doit pouvoir **développer sa propre patientèle**. D'ailleurs, le contrat de collaboration doit prévoir les conditions dans lesquelles le collaborateur peut développer sa propre patientèle. Il peut être convenu entre les parties que la patientèle personnelle du collaborateur sera constituée des patients qui l'auront personnellement demandé lors de la prise du premier rendez-vous, ou encore de tous les patients qui l'ont exclusivement consulté depuis plus de six mois etc.

Il est conseillé de procéder au **recensement de la patientèle** respective du titulaire du cabinet et du collaborateur. A la résiliation, comme à l'expiration du contrat, le collaborateur pourra poursuivre les soins auprès de sa patientèle personnelle. Si une clause de non concurrence est prévue au contrat, le collaborateur pourra poursuivre les soins sur sa patientèle personnelle, en dehors de la zone de non concurrence et au domicile des patients.

Logiciel. Le collaborateur doit avoir son propre logiciel ou alors obtenir une extension personnelle du logiciel utilisé par le titulaire du cabinet.

Facturation. Le collaborateur percevra les honoraires qui lui sont **personnellement dus** par les patients qu'il aura pris en charge : **les patients du cabinet ainsi que les patients personnels**

du collaborateur. Le collaborateur devra attester des actes de soins et de leurs paiements par l'établissement de factures.

La facturation doit être faite **au nom du collaborateur**, peu importe qu'il s'agisse de patient du cabinet ou patient personnel, ceci pour une question de responsabilité professionnelle. Il peut arriver que le titulaire propose au collaborateur un modèle de facturation avec comme entête le logo ou nom du cabinet. Le collaborateur peut utiliser ce modèle, à condition de bien indiquer son identité.

Impayé. Le collaborateur doit se charger du recouvrement des impayés et aura à sa charge l'ensemble des frais liés au recouvrement de ses honoraires (huissier, frais de timbre etc).

Charges sociales et fiscales. Le collaborateur qui est un travailleur libéral indépendant doit s'acquitter des impôts et charges **découlant de son exercice professionnel**. Il va s'agir des cotisations sociales (URSSAF, retraite...), du paiement de la CFE, de ses frais de déplacements etc.

Le titulaire du cabinet supporte ses propres charges sociales et fiscales ainsi que l'ensemble des charges d'exploitation du cabinet.

Responsabilité professionnelle :

Le collaborateur qui exerce son activité en toute indépendance pour son propre compte, supporte l'**entière responsabilité de ses actes**. Il doit donc souscrire à une responsabilité civile professionnelle.

Redevance versée au titulaire :

En contrepartie des avantages qui lui sont accordés par le titulaire du cabinet, le collaborateur est tenu de lui verser une redevance dont le montant est généralement fixé d'un commun accord en **pourcentage de la valeur des actes facturés ou effectués par le collaborateur.** Il est d'usage que la redevance soit également due sur les honoraires réalisés auprès de la patientèle personnelle. En effet, le collaborateur utilise les moyens d'exercice (local, matériel...) et la notoriété du cabinet du titulaire.

Clause de non concurrence. Alors que le collaborateur libéral est un professionnel indépendant, il peut être contraint, à la résiliation, comme à l'expiration du contrat, de ne pas s'installer dans une zone définie au contrat. Pour être valide, une clause de non concurrence doit être **limitée dans le temps et dans l'espace** et correspondre à la **protection des intérêts légitimes du titulaire** (sauvegarde de la pérennité de son activité et de sa viabilité économique).

Au regard de la jurisprudence, il est constaté que plus le potentiel de patientèle est faible, plus la limitation pourra être importante. De plus, la viabilité économique d'un cabinet d'ergothérapie nécessite un territoire suffisamment étendu.

A retenir :

Le collaborateur libéral exerce son activité professionnelle en toute indépendance, sans lien de subordination, et peut développer au fur et à mesure du temps sa propre patientèle. Il est seul responsable de ses actes professionnels.

Vous êtes ergothérapeute

Connaissez-vous l'ANGAK ?

L'Association Nationale de Gestion Agréée de Professions de Santé

. Cotisation minorée : 89 €

la 1ère année de votre activité libérale

. Cotisation à 195 € ttc

. Et si vous êtes éligible au Micro BNC* : 40 €

Avantages de l'adhésion à l'Angak pour le Micro BNC :

A votre service une aide comptable, juridique et fiscale
Des formations gratuites d'initiation à la comptabilité
Une information juridique et fiscale par l'Infomail et l'Eco gestion
Un logiciel de comptabilité
Un guide de Comptabilité et fiscalité
La disponibilité de toute une équipe à votre service

Aide Technique à la Gestion

Etude personnalisée de vos demandes : juridique@angak.com

Renseignez-vous au : 05 61 99 52 10
ou sur www.angak.com

* Conditions d'éligibilité au régime Micro BNC sur notre site

PARIS 2022

18TH WFOT CONGRESS

Occupational R-Evolution

27 - 30 MARCH 2022

WFOT
World Federation of Occupational Therapists

#WFOT2022
www.wfot.org/congress