



LE DIAGNOSTIC EN ERGOTHERAPIE

De la définition à l'usage

Webinaire du 10 Mars 2020

Géraldine PORIEL

Ergothérapeute, Msc

Formatrice à l'IFE de Laval

1



La genèse...

Arrêté du 5 juillet 2010

L'ergothérapeute élabore un diagnostic
ergothérapeutique = compétence 1



UE 3.5 S1 - Diagnostic et processus d'intervention
en ergothérapie

2

La genèse...



- Quelle est son utilité clinique ?
- Qu'est-ce que c'est ?
- Quelles valeurs doit-il respecter ?
- Quels éléments y figurent ?

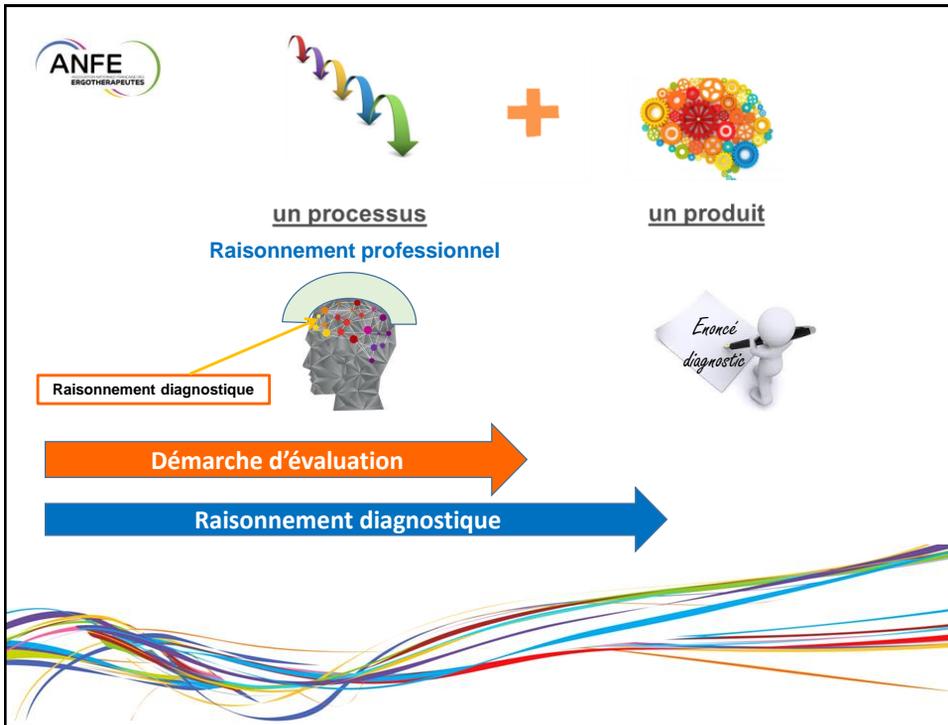


- Que contient-il ?
- Comment rédiger un énoncé ?
- Quelles sont ses qualités ?

3

LE CONCEPT

4



5

ANFE
ERGOTHERAPEUTES

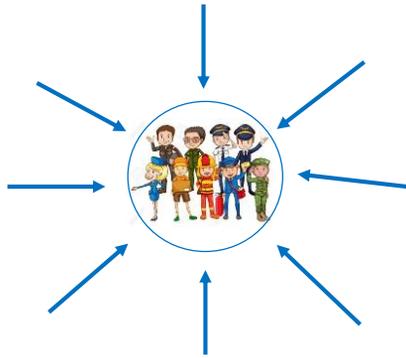
Diagnostic en ergothérapie

Centré sur la (les) personne(s)

- Il parle du (ou des) client(s)
- En référence leurs valeurs et besoins
- Partagé avec la(les) personne(s) autant que possible
- Cohérent avec les principes de confidentialité et de devoir d'information

6

Diagnostic en ergothérapie



Centré sur l'occupation

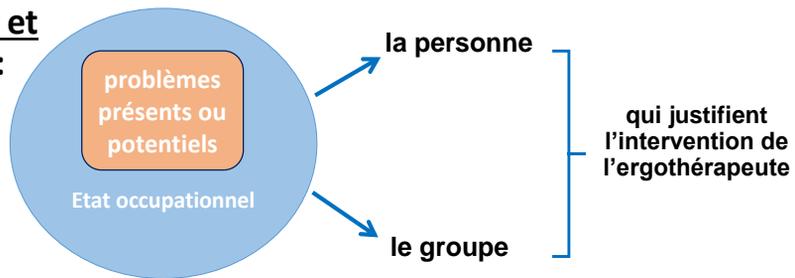
- Les éléments retenus sont en référence aux occupations
- Il définit et résume les problèmes d'occupation présents et potentiels



7

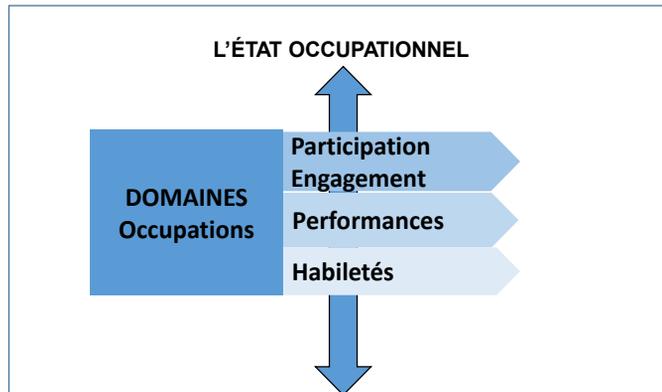
Diagnostic en ergothérapie

Il définit et résume :



8

Un premier niveau descriptif



L'Etat occupationnel (*occupational status*) d'une personne ou d'un groupe de personnes correspond à « sa **participation** et son **engagement** dans ses occupations, à ses **performances et habiletés** qui lui permettent ou non d'y prendre part, et **la perception** qu'elle en a » (Dubois et al, 2017)

9

Un premier niveau descriptif

- Il précise les aspects **objectifs ou subjectifs** de l'occupation pris en considération (Fisher, 2009)

Inefficace ⇔ *efficace*
Dangereux ⇔ *sûr*
Avec effort ⇔ *sans effort*
Dépendance ⇔ *indépendance*
Non conforme socialement ⇔ *conforme socialement*
Non satisfaisant ⇔ *satisfaisant*
 ...

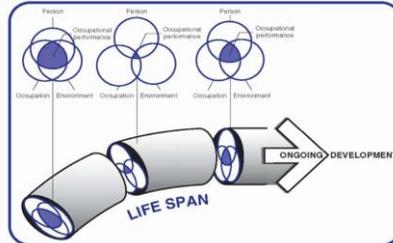
- Les atteintes sont précisées

Ex. : légère, faible, modérée, importante, massive, sévère...

10

Un deuxième niveau explicatif

- Il identifie **les facteurs explicatifs** de cet état occupationnel...



**Partie explicative
du diagnostic**

- ...et met en évidence **les ressources** sur lesquelles l'intervention pourra s'appuyer

11

- Il se prononce si nécessaire sur **les enjeux de la situation, tels que les risques, la sécurité, l'indépendance, le mode de vie...**

Ex : Risques liés à la conduite auto, risque de vivre seul à domicile, niveau de dépendance...



12

L'écriture

13

Partie descriptive

Résumé de la structure de l'énoncé diagnostic

- Si besoin car non précisé ailleurs, il reprend le mandat de l'évaluation reformulé par l'ergothérapeute en terme occupationnel et/ou ergothérapique
- Il précise les problèmes présents ou potentiels relatif à l'état occupationnel à **différentes échelles de l'agir**.
- Différents **aspects, objectifs ou subjectifs**, peuvent être étudiés : **satisfaction, efficacité, effort, dépendance, cohérence avec les rôles sociaux, engagement, sécurité, équilibre, etc...**
- Les **domaines d'occupations** concernés sont indiqués, par exemple **soins personnels, activités productives, de loisirs, repos...**
- La **sévérité** des problèmes occupationnels est appréciée : **probable, léger, faible, modéré, marqué, important, massif, sévère, complet...**

14

Résumé de la structure de l'énoncé diagnostic

- Il identifie **les facteurs** qui déterminent cet état occupationnel qui sont importants à prendre en compte au regard de l'intervention à venir
- Il détermine **les forces et les ressources** des composants du système, dans le but de concevoir et d'élaborer un meilleur système en regard de l'atteinte des objectifs

15

Résumé de la structure de l'énoncé diagnostic

- Il se prononce si nécessaire sur les enjeux de la situation, tels que les risques, la sécurité, l'indépendance, le mode de vie...
Exemples : selon moi, Monsieur ne peut reprendre la conduite automobile dans l'immédiat

- Il est daté et signé par l'auteur

Limoges, le 2 avril 2020



Firmin Hofilm, Ergothérapeute DE

- Il ouvre sur le besoin ou non d'un suivi ergothérapique et la description du type d'intervention, de sa fréquence et de sa durée mais cela ne fait pas partie strictement du diagnostic

16

En résumé

Qu'est ce que c'est ?

- Etape du processus d'intervention
- Résulte du processus d'évaluation
- Définit de manière synthétique l'état occupationnel d'une personne ou d'un groupe, les problèmes rencontrés ou potentiels, les facteurs explicatifs et leurs interactions
- Positionne le choix sur la(les) hypothèse(s) la(les) plus probable(s) d'après les données empiriques et l'appréciation subjective du bénéficiaire, les connaissances scientifiques et les données probantes à sa disposition (= jugement professionnel)
- S'insère dans un écrit professionnel plus large (compte rendu d'évaluation, dossier de l'usager...)

17

En résumé

Ce qu'il n'est pas :

- Il ne précise ou ne reformule pas en lui-même la demande (fait au préalable), même si une phrase d'introduction resituant le contexte et la demande peut être nécessaire en fonction de l'écrit professionnel dans lequel il s'insère
- Ce n'est pas une synthèse des évaluations
- Ce n'est pas une liste de problèmes
- Il ne définit pas de déficiences, ni de problèmes de santé (au sens de la CIF)
- Il ne présente pas les objectifs d'intervention (fait ensuite)

18

En résumé

Quelles sont ses fonctions ?

- Sert à comprendre une situation du point de vue de l'ergothérapeute
- Sert à tracer le travail de l'ergothérapeute et le communiquer à autrui
- Sert à définir les objectifs et le plan d'intervention ergothérapique
- Justifie les interventions de l'ergothérapeute
- Permet le dépistage, le profilage ou le diagnostic d'autres professionnels
- Engage la responsabilité de l'ergothérapeute

19

En résumé

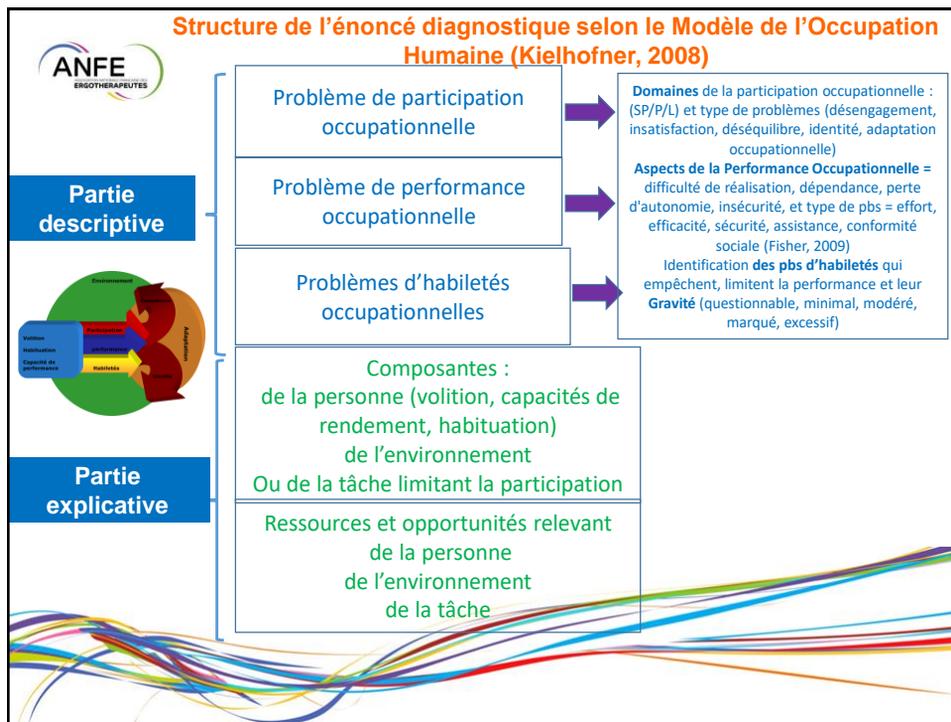
Quelles sont ses qualités ?

- Mentionne de façon précise la personne (les personnes) dont fait l'objet le diagnostic
- Répond à la demande initiale (mandat), à condition que celui-ci soit centré sur l'occupation
- Repose sur des faits déjà évalués subjectifs et objectifs
- Est adapté dans sa présentation et son vocabulaire aux modèles et schèmes de référence utilisés par l'auteur
 - pour le cadre général, seront préférés les modèles ergothérapiques (MCREO, MOH, Kawa...)
- Est évolutif, mais sa consignation se fait à un instant donné, il doit donc être daté

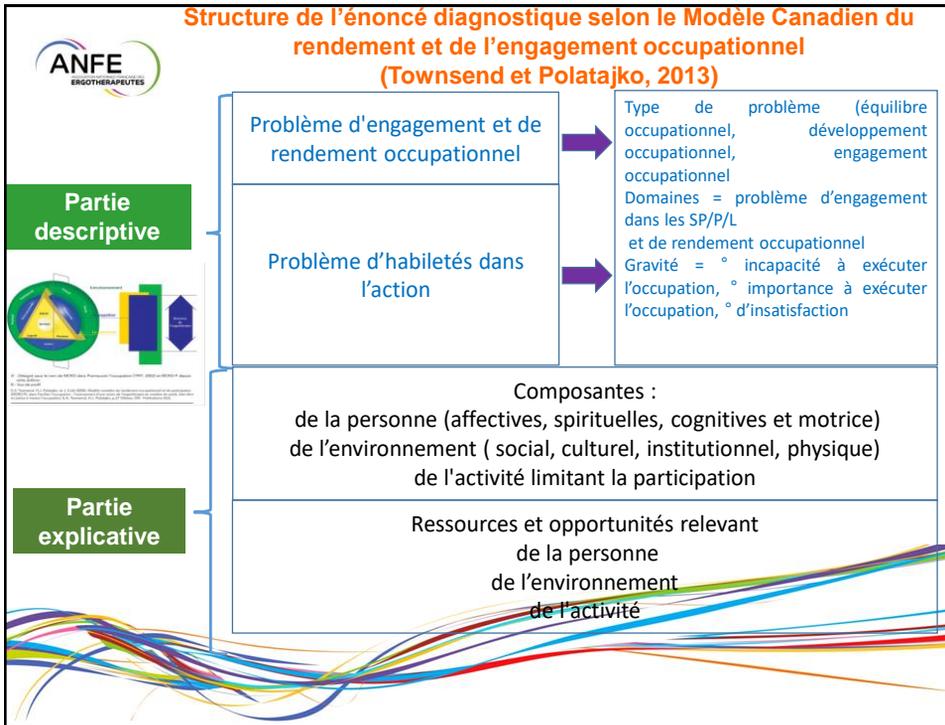
20

La structure de l'énoncé selon les modèles

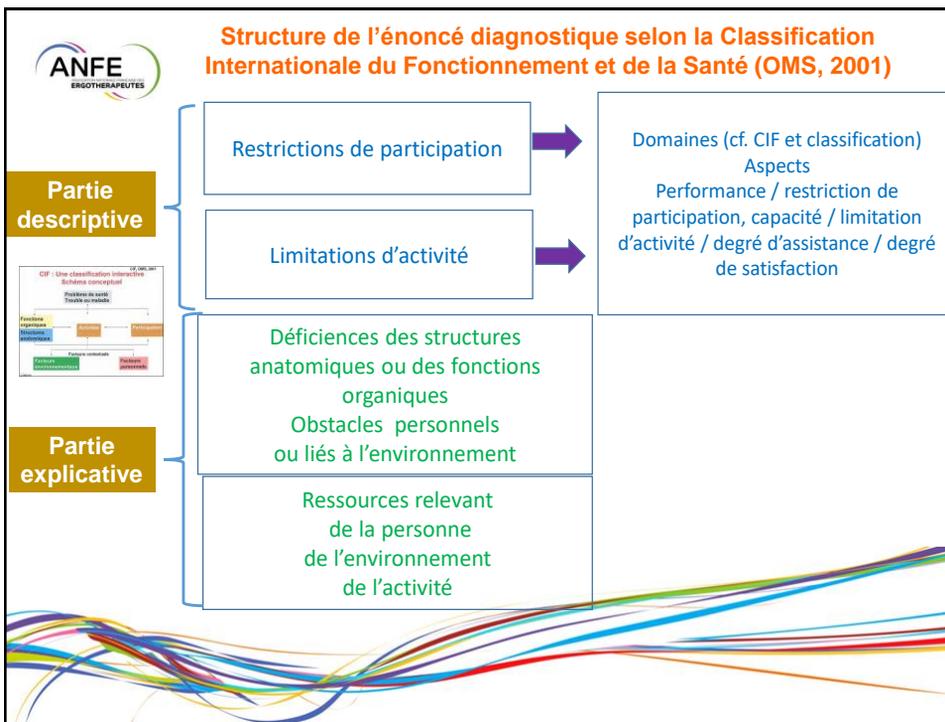
23



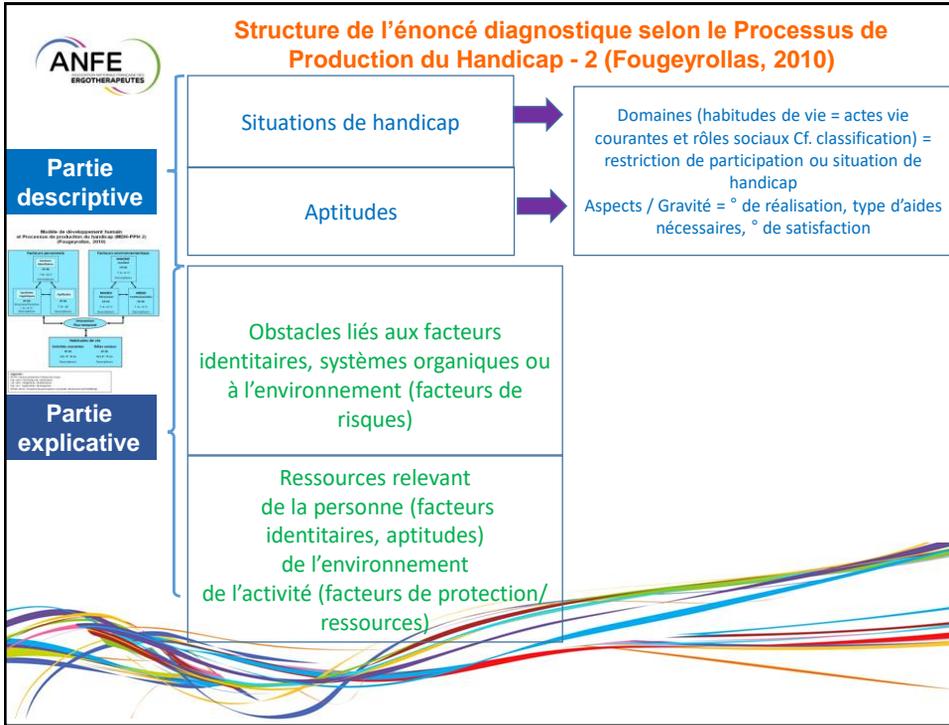
24



25



26



27

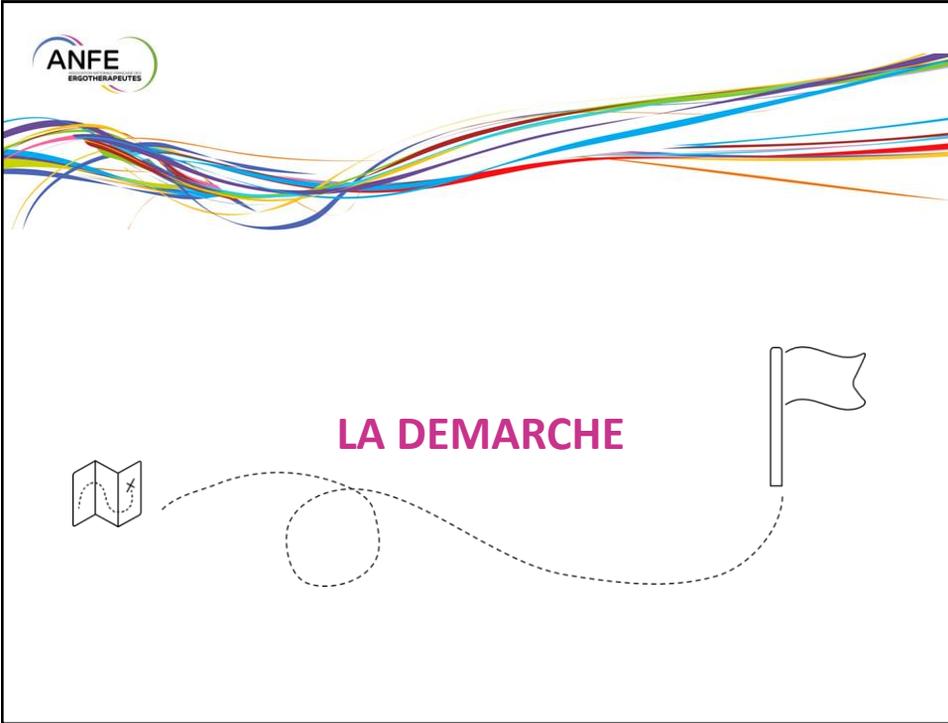
ANFE
ERGOTHERAPEUTES

Grille d'évaluation de la qualité d'un énoncé (Trouvé, 2018)

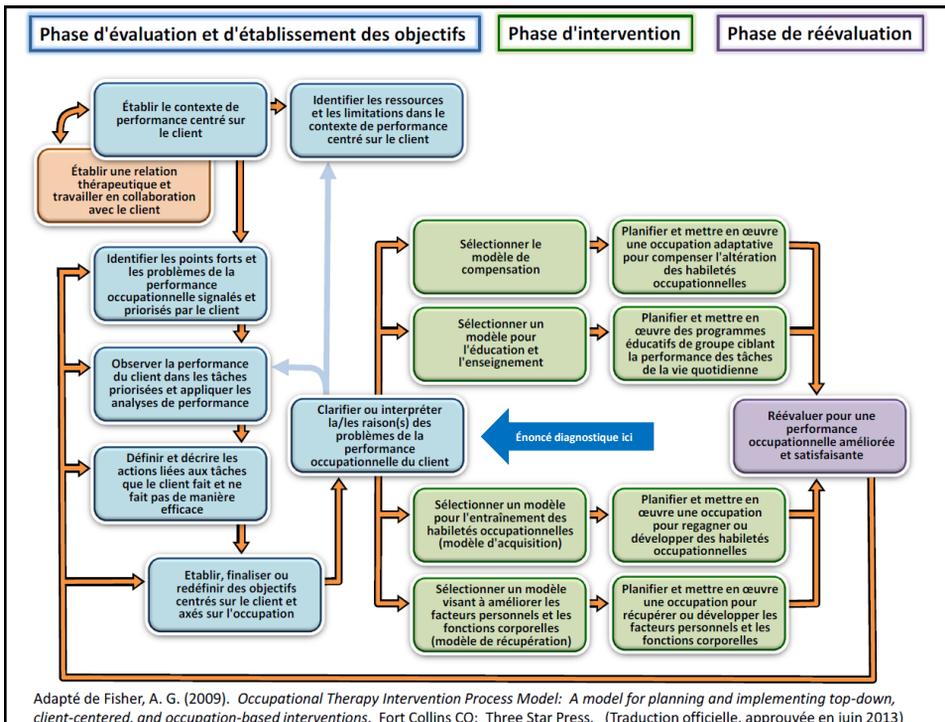
- Pertinence
- Types d'information
- Organisation des informations
- Degré d'atteinte
- Argumentation
- Jugement professionnel
- Clarté et compréhension
- Responsabilité

Critères	Qualités	Indicateurs	Pts. Attrib.	Satisfaction pts. Attrib.	Satisfaction d'Attrib.	Total à 100
Pertinence	Le contenu de l'énoncé est pertinent, c'est-à-dire qu'il apporte une information utile à la prise en charge de la personne handicapée.	Présence d'une phrase d'introduction qui fait le lien entre le diagnostic et l'évaluation de la personne handicapée. Exemple: «Monsieur X, 45 ans, est un jeune homme atteint de la maladie de Parkinson. Les problèmes soulevés sont réglés de manière satisfaisante, mais il existe un risque de complications liées à la prise de médicaments. Afin d'éviter ce risque, nous proposons un accompagnement pour réguler son comportement. Par conséquent, nous proposons une prise en charge globale, impliquant un accompagnement à domicile et une surveillance de son état de santé.»				
Types d'informations et organisation	Le contenu de l'énoncé est organisé de manière cohérente et structurée.	Le contenu de l'énoncé est organisé de manière cohérente et structurée. Les informations sont présentées de manière claire et concise.				
Degré d'atteinte	Le contenu de l'énoncé est complet et couvre tous les aspects de la situation de la personne handicapée.	Le contenu de l'énoncé est complet et couvre tous les aspects de la situation de la personne handicapée. Les informations sont présentées de manière claire et concise.				

28



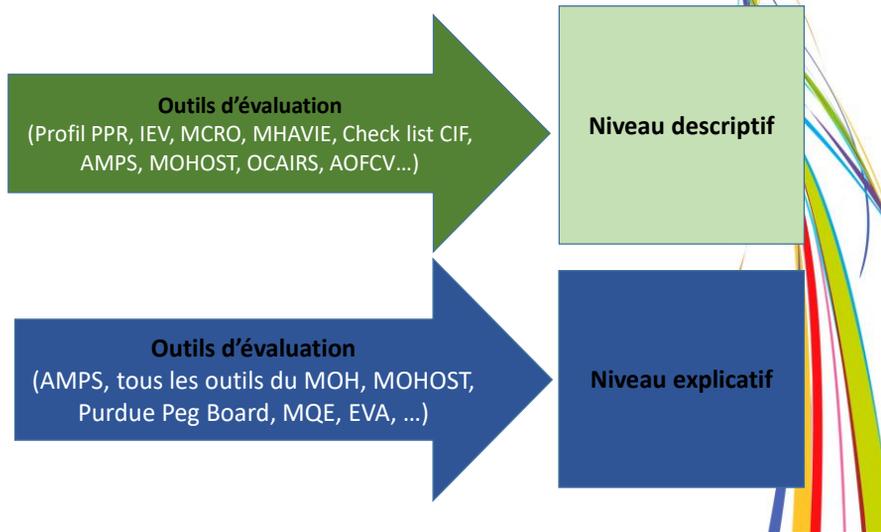
29



Adapté de Fisher, A. G. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model: A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions*. Fort Collins CO: Three Star Press. (Traduction officielle, approuvée en juin 2013)

30

Evaluations et diagnostic ergothérapique = l'approche TOP Down

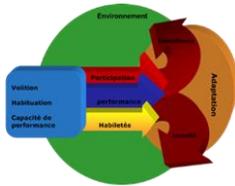


31

**De la théorie
à la pratique**

32

Exemple d'écriture : Mme H. (Mignet, 2018)



Madame H., 29 ans, est suivie par un SAVS suite à une orientation de la MDPH

33

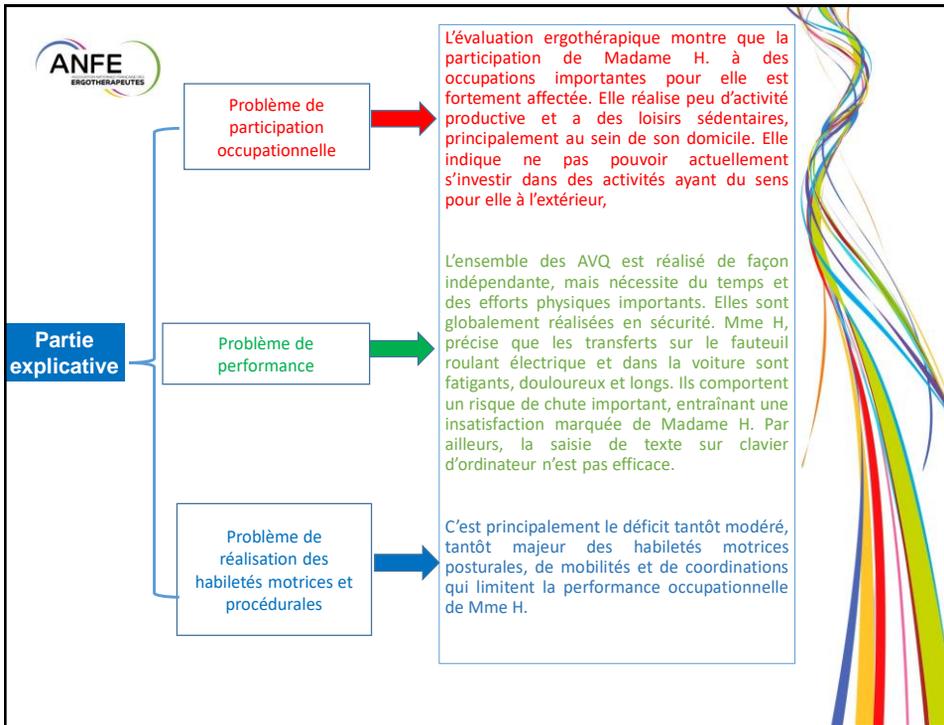
Au préalable : écriture du mandat

A la demande de Mme H., sa situation est évaluée en ergothérapie afin de permettre un soutien à domicile

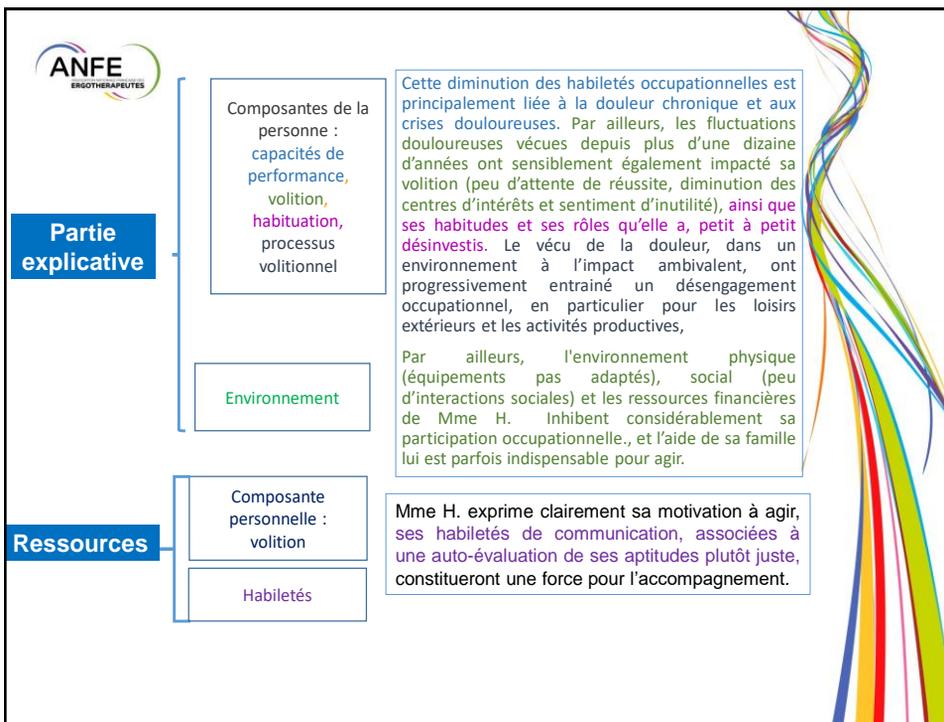


Recueil de données et évaluations

34



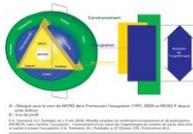
35



36



Exemple d'écriture : Me Dupont



Mme Dupont, 45 ans, a travaillé comme styliste. Elle est actuellement en invalidité pour cause de Troubles Obsessionnels Compulsifs majeurs. Elle accepte de recevoir à son domicile un ergothérapeute pour une approche compensatoire de ses difficultés.

37

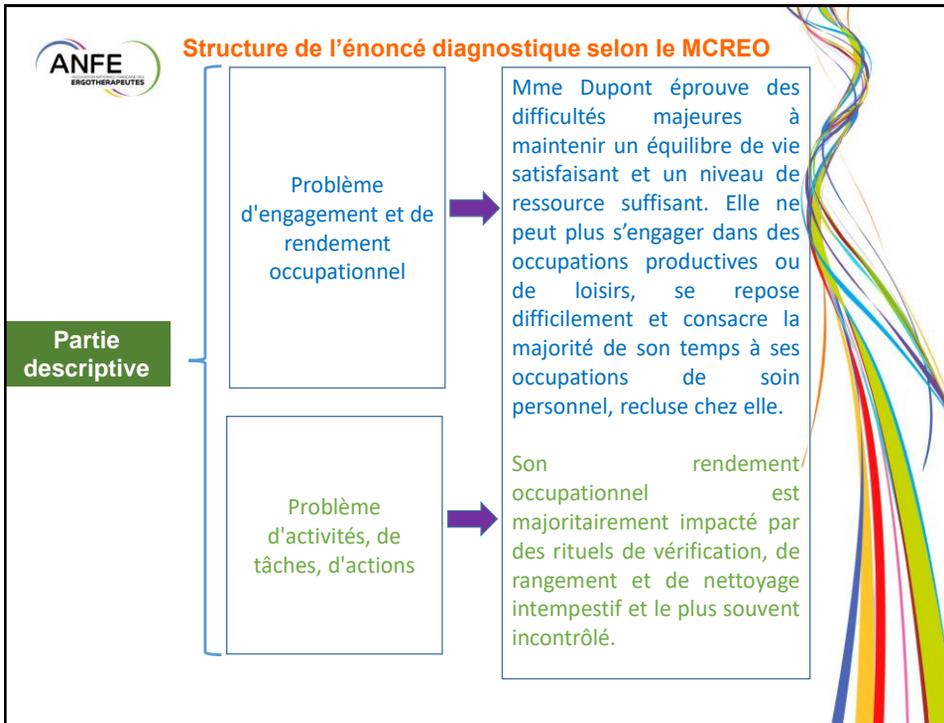
Au préalable : écriture du mandat

Mme Dupont est accompagnée en ergothérapie pour mettre en œuvre des stratégies d'adaptation visant à maintenir un équilibre de vie satisfaisant et favoriser son engagement occupationnel.

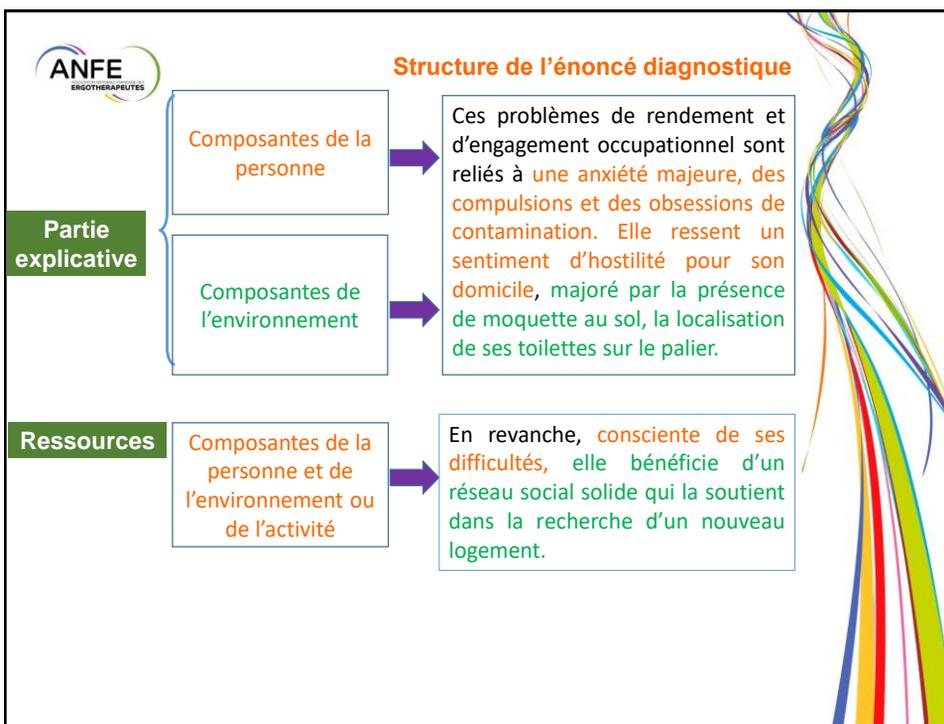


Recueil de données et évaluations

38



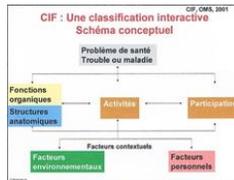
39



40



Exemple d'écriture : M. Renaut



M. Renaut, 76 ans, retraité, présente une maladie d'Alzheimer évoluant depuis une dizaine d'années.

Suite à une chute ayant provoqué une fracture du col du fémur, il est hospitalisé pendant 45 jours. Son retour à domicile est imminent.

41

41

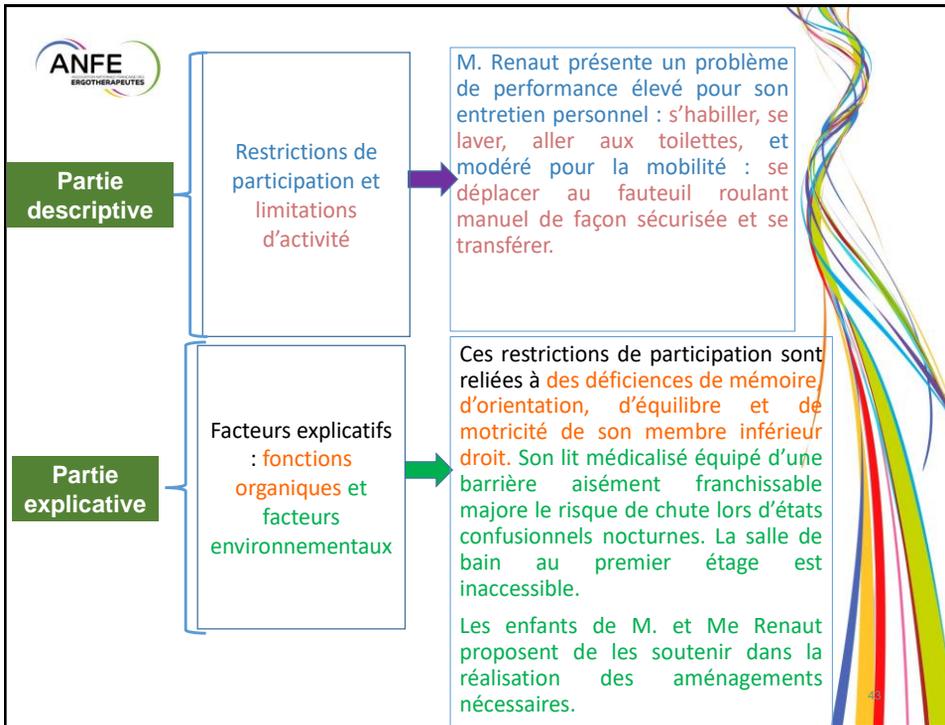
Au préalable : écriture du mandat

M. et Mme Renaut sont orientés par le CLIC vers un cabinet libéral d'ergothérapie pour une évaluation de l'accessibilité et un aménagement de leur domicile relatif à leur niveau de fonctionnement.

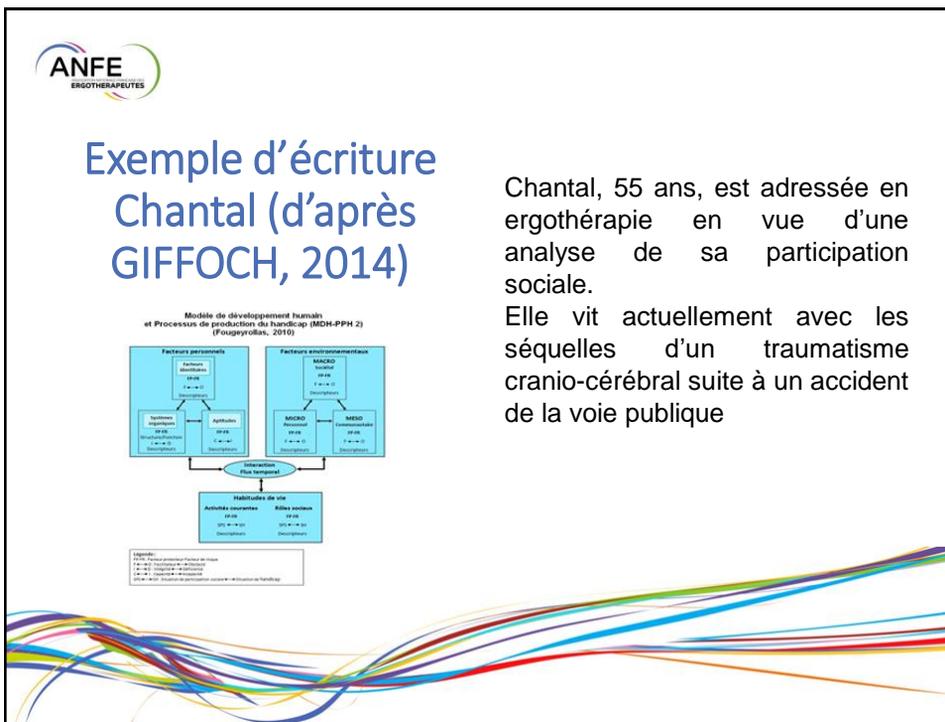


42

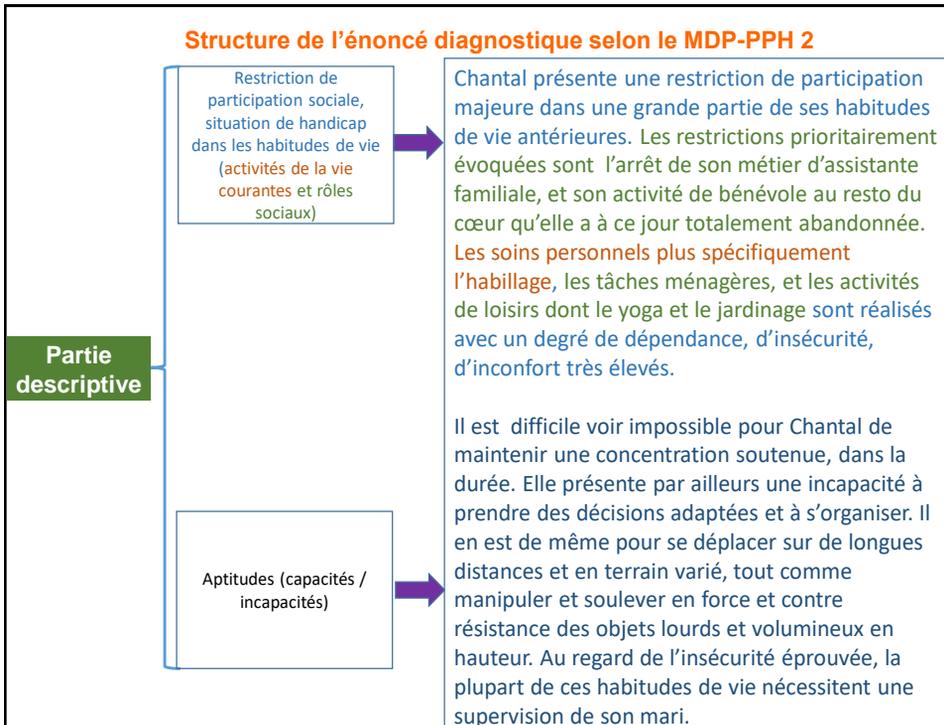
42



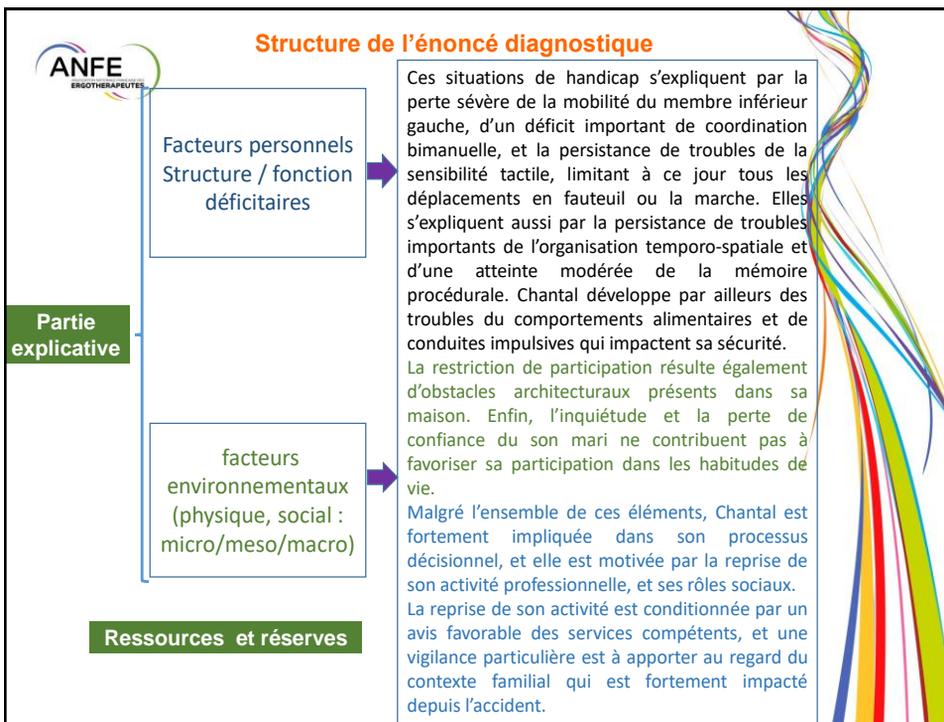
43



44



45



46

REMERCIEMENTS

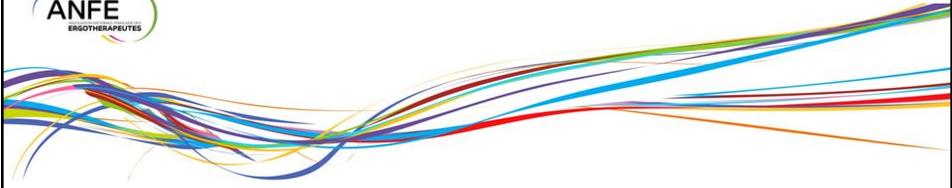
Bénédicte Dubois, Sarah Thiébauld, Eric Trouvé, Marine Tosser, Leïla Tortora, Karine Riguét, Jérémy Guesné, Gladys Mignet

47

Bibliographie

- Bonner, A. (2013). *L'utilisation d'une grille d'auto-évaluation afin d'apprécier la Qualité d'une analyse dans un dossier-client en ergothérapie*. Mémoire pour l'obtention de la maîtrise en ergothérapie, Université du Québec à Trois Rivières.
- Cederfeldt, M., Pierre B., L., & Sadlo, G. (2003). Occupational Status as Documented in Records for Stroke Inpatients in Sweden. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 10(2), 81-87.
- Clark, G. F., Youngstrom, M. J., & Brayman, S. J. (2003). Guidelines for documentation of occupational therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 57, 646-649.
- Craik, J., Davis, J., & Polatajko, H. J. (2007). Présenter le modèle canadien du processus de pratique (MCP) : déployer le contexte. In E. A. Townsend & H. J. Polatajko, (Eds), *Habiliter à l'Occupation* (pp. 269-289) Ottawa : CAOT.
- Donaldson, N., McDermott, A., Hollands, K., Copley, J., & Davidson, B. (2004). Clinical reporting by occupational therapists and speech pathologists: therapists' intentions and parental satisfaction. *Advances In Speech Language Pathology*, 6, 23-38.
- Dubois, B., Thiébauld Samson, S., Trouvé, E., Tosser, M., Poriel, G., Tortora, L., Riguét, K., & Guesné, J. (2017). *Guide du diagnostic en ergothérapie*. Louvain la Neuve : De Boeck supérieur.
- Fisher, A. G. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model: A Model for Planning and Implementing Top-down, Client-centered, and Occupation-based Interventions*. Three Star Press Incorporated.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation: Theory and Application* (Fourth edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mignet, G. (2018). Le Engagement occupationnel : analyse d'une situation Clinique étayée par l'OTIPM, le MOH et le MOHOST. In J. M. Caire, Actes des 12èmes journées nationales d'ergothérapie. Editions ANFE.
- Parkinson, S., Forsyth, K., & Kielhofner, G. (2006). *Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST) - Version 2.0*. University of Illinois: The Model of Human Occupation Clearinghouse. Department of Occupational Therapy.
- Parkinson, S., Forsyth, K., & Kielhofner, G. (2017). *MOHOST*. (G. Mignet, Trad.). Paris: De Boeck Supérieur.
- Radomski, M.V. (2008). Planning, guiding and documenting practice. In M. V., Radomski, & C. A. Trombly-Latham (Eds), *Occupational therapy for Physical Dysfunction* (6^{ème} ed., pp. 40-64). Philadelphia, PA : Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins.
- Taylor, R. (2017). *Kielhofner's Model of Human Occupation : Theory and Application* (Fifth edition). Philadelphia: LWW.
- Trouvé, E. (2018). Le diagnostic en ergothérapie : de la définition à l'usage. In J. M. Caire, Actes des 12èmes journées nationales d'ergothérapie. Editions ANFE.

48



Merci de votre attention

ANFE
64rue Nationale
CS 41362
75214 PARIS cedex 13
Tel : 01 45 84 30 97
accueil@anfe.fr
<http://www.anfe.fr>