

ACCOMPAGNEMENT EN HÔPITAL DE JOUR DE RÉÉDUCATION/ RÉADAPTATION



A- L'ergothérapie et sa pratique

1. Qu'est-ce que l'ergothérapie ?

L'ergothérapie est une profession de santé reconnue par le Code de la santé publique : Loi n°95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social (dont la profession d'ergothérapeute).



Son champ d'expertise est centré sur les liens entre la santé et l'occupation, entendue au sens anglo-saxon comme « un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société. » (Meyer, 2013, p. 59).

En France, l'ergothérapie s'inscrit dans les standards professionnels reconnus à l'échelle internationale, portés par la Fédération mondiale des ergothérapeutes (World Federation of Occupational Therapists – <https://wfot.org>), à laquelle la profession est affiliée depuis 1964.

L'objectif de l'ergothérapeute est d'aider toute personne, quel que soit son âge et les difficultés qu'elle rencontre, à réaliser les activités qui sont importantes et nécessaires pour elle dans sa vie quotidienne et dans son environnement habituel. Cette démarche vise à soutenir sa capacité d'autodétermination et à améliorer son autonomie, sa santé et sa qualité de vie. Ces activités peuvent concerner, par exemple, l'hygiène, l'habillage, la préparation des repas, l'entretien du logement, le travail, les loisirs, le jeu, la participation à des activités culturelles ou bénévoles. Pour atteindre cet objectif, l'ergothérapeute ne s'intéresse pas uniquement aux difficultés de la personne, mais aussi à son environnement et aux conditions dans lesquelles les activités sont réalisées. L'ergothérapeute prend en compte, par exemple, les déplacements, le positionnement, l'utilisation d'aides techniques, l'aménagement du domicile, du lieu de travail ou des espaces publics, ainsi que le contexte social et culturel.



Le fonctionnement d'une personne dans ses activités résulte ainsi de l'interaction entre trois éléments indissociables : la personne, son environnement et ses activités.

Ce fonctionnement dépend notamment :

- des capacités physiques, sensorielles, mentales et psychiques de la personne, mais aussi de ses valeurs, de ses intérêts et du sens qu'elle attribue à ses activités ;
- des caractéristiques de l'environnement, telles que l'accessibilité des lieux, la présence et les attentes d'autres personnes, les ressources matérielles et financières disponibles, ainsi que tout autre élément qui conditionne les possibilités et les conditions de réalisation des activités ;
- des caractéristiques des activités elles-mêmes, par exemple leur complexité, les compétences nécessaires ou le matériel requis.

Une difficulté à réaliser une activité peut donc apparaître lorsqu'il existe un décalage entre les capacités de la personne, les exigences de l'activité et/ou les ressources offertes par l'environnement matériel et social. L'ergothérapeute adopte ainsi une approche globale systémique, qui ne réduit pas les difficultés d'une personne à ses seules capacités physiques, cognitives ou psychiques, ou aux contraintes de son environnement.

Pour guider son intervention, l'ergothérapeute s'appuie sur des modèles de référence scientifiquement validés, qui l'aident à analyser les situations et à proposer des solutions adaptées aux besoins des personnes et aux contextes dans lesquels elles évoluent (Morel-Bracq, 2024). Son action s'inscrit dans des valeurs humanistes et de justice sociale, en considérant que la participation aux activités de la vie quotidienne est un déterminant majeur de la santé et du bien-être.



2. Processus de diagnostic en ergothérapie

Lors de l'évaluation, l'ergothérapeute commence par recueillir les priorités, les attentes et les habitudes de vie de la personne, ainsi que les caractéristiques de son environnement (humain, matériel, organisationnel ou institutionnel).

L'ergothérapeute s'intéresse aux activités que la personne réalise au quotidien afin de dresser un « profil occupationnel », qui permet de comprendre ce qui est important pour elle, ce qu'elle doit faire dans sa vie de tous les jours et les difficultés qu'elle rencontre (Criquillon-Ruiz et al., 2023).

Lorsque la personne n'est pas en mesure de s'exprimer directement, ces informations peuvent être recueillies auprès de son entourage, comme la famille ou les professionnels qui l'accompagnent, notamment lorsque la personne vit en institution.

L'ergothérapeute recueille ensuite des données, à l'aide d'entretiens, d'observations et d'outils d'évaluation, permettant de comprendre où se situent les forces et les difficultés de la personne, les facilitateurs et les obstacles au sein de l'environnement, et d'analyser les composantes des activités qu'elle souhaite ou doit réaliser (Criquillon-Ruiz et al., 2023).

Pour appuyer son évaluation, l'ergothérapeute mobilise des connaissances issues du champ biomédical (anatomie, fonctionnement du corps, pathologies), de la rééducation, de la réadaptation et du handicap, ainsi que des compétences techniques liées, par exemple, aux aides techniques, à l'aménagement de l'environnement ou aux technologies du quotidien (Delaisse et al., 2022). Ces connaissances permettent d'identifier avec précision les facteurs facilitant ou limitant la réalisation des activités au niveau de la personne et de son environnement.

Cette démarche conduit à l'établissement d'un diagnostic en ergothérapie (Dubois et al., 2017). Celui-ci permet ainsi d'analyser et de relier les données collectées afin de comprendre comment la personne réalise ses activités au sein de son environnement habituel. Ce diagnostic met en évidence les causes des difficultés observées, leurs conséquences sur la vie quotidienne de la personne, ainsi que les ressources et les leviers sur lesquels s'appuyer, afin de pouvoir agir sur l'un ou plusieurs de ces facteurs.

Il permet également d'évaluer les possibilités de récupération, d'adaptation ou de maintien des capacités, orientant également la nature des interventions qui seront menées (par exemple, réentraînement des capacités ou adaptation des activités et de l'environnement).

Le diagnostic en ergothérapie guide ainsi l'établissement d'objectifs en co-construction avec la personne et/ou son entourage, qui s'inscrivent dans un plan d'intervention interprofessionnel et dans le projet de vie de la personne.



3. Processus d'intervention en ergothérapie



Les interventions de l'ergothérapeute peuvent répondre à différents objectifs, en fonction des besoins de la personne et de la situation rencontrée (Meyer, 2013; Caire et al., 2023; Morel-Bracq, 2024) :

- favoriser la récupération des capacités par des actions de rééducation ;
- accompagner l'apprentissage de nouvelles compétences, par exemple dans le cadre de l'éducation thérapeutique ;
- maintenir les capacités existantes lorsque la récupération n'est pas possible ;
- compenser les difficultés et favoriser l'autonomie, en adaptant les activités, en proposant des aides techniques ou en aménageant l'environnement ;
- agir en prévention et en promotion de la santé.

La spécificité de l'ergothérapeute réside dans son analyse systémique des interactions entre la personne, ses activités et son environnement. Contrairement à des interventions centrées principalement sur les fonctions, les symptômes ou des activités décontextualisées, l'ergothérapeute s'intéresse à ce que la personne fait effectivement, ou souhaite faire, dans son environnement habituel.

L'ergothérapeute intervient ainsi directement sur les interactions entre la personne, ses activités et son environnement, en cherchant à ajuster l'un ou plusieurs de ces éléments afin de favoriser la participation, l'autonomie et l'autodétermination de la personne. Cette approche permet d'agir non seulement sur les capacités de la personne, mais aussi sur les conditions matérielles, sociales et organisationnelles qui influencent la réalisation des activités.



Dans cette perspective, l'ergothérapeute est un professionnel polyvalent, capable d'intervenir auprès de publics très variés, de la petite enfance au grand âge, et dans de nombreux contextes : santé physique ou cognitive, santé mentale et secteur médico-social. Il peut ainsi intervenir en prévention, en coordination, en rééducation, en réadaptation, en réinsertion ou en réhabilitation psychosociale.

L'ergothérapeute peut intervenir à différents moments du parcours de vie et du parcours de soins, en fonction des besoins des personnes et des contextes d'intervention. Il peut ainsi être mobilisé en amont, pour anticiper ou prévenir des difficultés dans la réalisation des activités, pendant les phases de soins ou de réadaptation, et en aval, pour accompagner le retour ou le maintien dans les lieux de vie habituels.

Par son intervention, l'ergothérapeute contribue à assurer une continuité entre les soins, les lieux de vie et les différents acteurs impliqués, en tenant compte des réalités du quotidien des personnes. Cette position transversale lui permet d'intervenir en lien avec les secteurs sanitaire, social et médico-social, et de s'adapter aux différentes modalités d'organisation des services.

Références

Caire, J.M., Poriel, G. (2023). *L'ergothérapie centrée sur la personne et ses occupations*. De Boeck Supérieur.

Criquillon-Ruiz, J., Soum-Pouyalet, F., et Tétreault, S. (2023). *L'évaluation en ergothérapie*. De Boeck Supérieur.

Delaisse, A.-C., Bodin, J.-F., Charret, L., Hernandez, H., et Morel-Bracq, M.-C. (2022). *L'ergothérapie en France : Une perspective historique*. De Boeck Supérieur.

Dubois, B., Thiébaud Samson, S., Trouvé, É., Tosser, M., Poriel, G., Tortora, L., Riguet, K., et Guesné, J. (2017). *Guide du diagnostic en ergothérapie*. De Boeck Supérieur.

Meyer S. (2013). *De l'activité à la participation*. ANFE-De Boeck-Solal.

Morel-Bracq, M.-C. (2024). *Modèles conceptuels en ergothérapie: Introduction aux modèles fondamentaux* (3e éd.). De Boeck Supérieur.

Dans ce cadre, le rôle de l'ergothérapeute se construit en articulation avec celui des autres professionnels, en fonction des missions des structures et des besoins identifiés, afin de garantir la cohérence et la complémentarité des interventions au sein des équipes. La suite de ce document présente plusieurs situations concrètes illustrant le rôle de l'ergothérapeute dans différents domaines d'intervention.

Zoom sur un cas clinique

Description de la situation

Mme Z., 47 ans, divorcée, vit avec ses deux enfants âgés de 19 et 25 ans dans une maison ayant deux niveaux. Elle est hospitalisée en hôpital de jour de rééducation/réadaptation à la suite d'un accident vasculaire cérébral hémorragique survenu un mois auparavant, ayant entraîné un hématome temporal droit.

Mme Z. est adressée en ergothérapie par le médecin MPR de l'établissement dans le cadre d'une prise en soins ciblant l'autonomie dans les activités de vie quotidienne (AVQ) et les activités instrumentales de vie quotidienne (AIVQ). Avant l'AVC, Mme Z. exerçait en tant qu'auto-entrepreneuse et gérait un service de traiteur pour différents événements (mariages, dîners officiels, anniversaires).

Recueil de données

1- Entretien avec Mme Z. à l'aide de la MCRO^[4] (Law et al., 2014) pour identifier les difficultés rencontrées dans les activités de vie quotidienne, évaluer leur importance et les priorités de Mme Z. Cette évaluation met en évidence des difficultés majeures dans la douche, le ménage, la cuisine et la lecture, toutes jugées très importantes par Mme Z.

2- Mises en situation de la toilette et de la préparation des repas en utilisant l'AMPS^[5] (Fisher & Jones, 2003), deux activités identifiées comme prioritaires selon la MCRO.

^[4] La MCRO (Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel) est un outil ergothérapique validé consistant en un entretien semi-dirigé et une autoévaluation du patient lui permettant de qualifier et quantifier ses problématiques de vie quotidienne dans les différentes typologies d'activité en lien avec ses ressources personnelles et celles de son environnement. Mme Z. présente des difficultés importantes dans la réalisation de ses activités quotidiennes, en particulier celles qui nécessitent de se souvenir des étapes, de reconnaître les objets, d'organiser l'action et de maintenir un but jusqu'à la fin de la tâche.

^[5] L'Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) est un outil d'évaluation observationnel ergothérapique validé qui permet une évaluation simultanée des habiletés motrices et des habiletés opératoires. Elle permet également d'évaluer les effets de ces habiletés sur les capacités d'un individu de réaliser les activités de la vie quotidienne (AVQ) qui sont complexes ou instrumentales et personnelles. L'AMPS est constituée de 16 items concernant les habiletés motrices et de 20 items concernant les habiletés opératoires et adaptatives.



Diagnostic ergothérapique

Mme Z. présente des difficultés importantes dans la réalisation de ses activités quotidiennes, en particulier celles qui nécessitent de se souvenir des étapes, de reconnaître les objets, d'organiser l'action et de maintenir un but jusqu'à la fin de la tâche. Concrètement, lors de la toilette, elle ne parvient pas à identifier les produits à utiliser ni à les appliquer dans un ordre cohérent, ce qui explique son besoin d'aide pour se laver et choisir ses vêtements. Dans les tâches domestiques et la cuisine, elle ne reconnaît plus certains outils ou ingrédients et ne sait plus comment les utiliser, ce qui rend les activités longues, coûteuses en effort et souvent inachevées sans aide.

Ces difficultés s'expliquent par des troubles cognitifs (mémoire, planification, attention, praxies, gnosies, troubles du langage), associés à une fatigabilité importante et à une surcharge dès que l'environnement devient complexe ou riche en informations. L'environnement familial constitue un facteur de soutien, grâce à la présence quotidienne de ses enfants et de sa sœur. Malgré ces limitations, Mme Z. reste très investie dans les activités qui ont du sens pour elle, notamment la cuisine et l'organisation domestique, et exprime une forte motivation à retrouver de l'autonomie, ce qui constitue un levier important pour la réadaptation.

Définition du plan d'intervention

Les objectifs d'intervention, coconstruits avec Mme Z., sont définis selon la méthodologie SMART et centrés sur l'amélioration des activités quotidiennes importantes pour elle. Ils sont présentés lors du staff pluridisciplinaire, réunissant le médecin référent, l'IDEC et les rééducateurs concernés (neuropsychologue, kinésithérapeute, orthophoniste). L'ergothérapeute expose l'impact des troubles sur les activités porteuses de sens pour la patiente, sa perception subjective des difficultés et les priorités retenues.

Les objectifs définis sont :

- Mme Z. réalisera sa toilette complète en reconnaissant ses produits d'hygiène et en respectant un ordre précis des étapes, sans aide humaine, d'ici 1 mois.
- Mme Z. lira et comprendra les informations écrites utiles à son quotidien (produits d'hygiène, ingrédients alimentaires, messages simples), d'ici 1 mois.
- Mme Z. réalisera les tâches ménagères courantes (aspirateur et serpillière) dans l'ensemble de la maison, en suivant un ordre planifié, sans aide humaine, d'ici 2 mois.
- Mme Z. préparera de manière autonome chaque soir un repas simple pour trois personnes, en respectant les différentes étapes de la recette et les règles de sécurité nécessaires, d'ici 3 mois.

- **Entraînement des capacités** : Un travail est mené pour améliorer la conscience des difficultés ainsi que les capacités d'anticipation et d'analyse de l'action à travers des activités variées, afin de renforcer l'efficacité et l'ajustement comportemental en situation.
- **Compensations** : Des supports écrits personnalisés (fiches, listes, recettes) sont élaborés pour soutenir la mémoire, l'organisation et la réalisation des tâches.
- **Adaptation des activités** : Les activités sont séquencées en étapes claires et structurées ; des stratégies sont co-construites pour sécuriser les actions (ex. vérifier le sel, l'extinction des plaques).
- **Adaptation de l'environnement** : L'organisation des espaces et la mise à disposition des supports sont pensées pour réduire la charge cognitive et faciliter l'accès aux informations utiles.
- **Éducation thérapeutique du patient (ETP)** : Mme Z. est accompagnée pour comprendre ses difficultés, identifier les situations à risque et tester différentes stratégies afin de choisir celles qui sont les plus adaptées à son quotidien. Elle est progressivement rendue actrice de la création de ses propres supports, notamment via l'outil informatique.

Résultats post-intervention et impacts

La réévaluation en fin d'intervention se base sur les mêmes outils (MCRO et AMPS).

Concernant la MCRO, les résultats montrent une amélioration nette et mesurable du vécu de Mme Z. dans les activités travaillées. Les scores de satisfaction augmentent de façon importante, dépassant le seuil habituellement retenu pour considérer une intervention comme efficace (+1,75 à +4,5). Cela indique que Mme Z. se sent beaucoup plus satisfaite et en confiance dans la réalisation de ses activités du quotidien.

Les scores de rendement, qui traduisent la capacité perçue à réaliser les activités, progressent également, mais de manière plus modérée. Certaines tâches restent encore difficiles ou demandent plus de temps, notamment la cuisine et la lecture. Néanmoins, les scores montrent que ces activités sont aujourd'hui plus accessibles qu'au début de la prise en charge.

Concernant le AMPS, l'observation en situation réévalue la toilette, la tâche de ménage et la tâche de cuisine. La toilette montre une amélioration clinique significative à la cotation AMPS (différence sur l'échelle opératoire supérieure à 0.5 logits). Qualitativement, l'évaluation de la tâche toilette montre une diminution progressive de l'utilisation des supports d'aide (item : besoin d'aide), suggérant une meilleure intégration des apprentissages (amélioration de l'efficacité). Pour les tâches de ménage et de cuisine, l'amélioration clinique n'est pas significative, mais montre une tendance à l'amélioration (score opératoire compris entre 0.3 et 0.5 logits). Sur l'échelle qualitative, on note principalement une diminution de l'effort (item : effort). On retrouve à la MCRO une satisfaction élevée concernant ces deux tâches, traduisant une perception plus positive de la capacité à agir. La lecture des informations écrites reste lente, mais fonctionnelle.

Criquillon-Ruiz, J., Soum-Pouyalet, F., & Tétreault, S. (2023). *L'évaluation en ergothérapie*. De Boeck Supérieur.

Dubois, B., Samson, S. T., Trouvé, E., Tosser, M., Poriél, G., Tortora, L., ... & Guesné, J. (2017). Écrire et partager le diagnostic écrit. In *Guide du diagnostic en ergothérapie* (pp. 41-48). De Boeck Supérieur

Fisher, A. G., & Jones, K. B. (2003). *Assessment of motor and process skills* (Vol. 1). Fort Collins, CO: Three Star Press.

Fisher, A. G., & Marterella, A. (2019). *Powerful Practice: A Model for Authentic Occupational Therapy*. Center for Innovative OT Solutions.

Hartman-Maeir, A., Katz, N., & Baum, C. M. (2009). Cognitive Functional Evaluation (CFE) process for individuals with suspected cognitive disabilities. *Occupational Therapy in Health Care*, 23(1), 1-23.

Kiriakou, A., & Psychouli, P. (2024). Effects of the CO-OP approach in addressing the occupational performance of adults with stroke: a systematic review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 78(2), 7802180010.

Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H. J., & Pollock, N. (2014). *La mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO)*. Caot Publications Ace.

Toglia, J., & Foster, E. R. (1996). The Multicontext Approach for Cognitive Rehabilitation. In *Routledge Companion to Occupational Therapy* (pp. 270-289). Routledge.

ANFE
64, rue Nationale
752013 PARIS
Tél : 01 45 84 30 97
accueil@anfe.fr
www.anfe.fr



Membre de la Fédération Mondiale des
Ergothérapeutes - W.F.O.T. et du Conseil
des Ergothérapeutes pour les pays
européens - C.O.T.E.C. Membre Fondateur
de l'Union Interprofessionnelle des
Associations de Rééducateurs et Médico-
techniques - U.I.P.A.R.M.