

ACCOMPAGNEMENT EN SESSAD



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., Riquet, 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

Anna, 11 ans, est scolarisée en classe de 6e au collège et bénéficie du soutien d'une AESH. Elle présente une paralysie cérébrale bilatérale spastique, avec des limitations motrices prédominantes au niveau des membres supérieurs. La marche est possible sans aide technique. Anna bénéficie d'un accompagnement en SESSAD depuis plusieurs années. Les suivis antérieurs ont permis la mise en place de compensations efficaces dans différents domaines (habillage, scolarité, activité physique). Avec l'entrée en 6^e, le volume d'activités quotidiennes augmente, et Anna doit faire face à de nouvelles contraintes (allongement du temps de transport, nouvelles attentes sociales, organisation du travail scolaire). Une réévaluation des AVQ en ergothérapie est demandée pour répondre à ces nouveaux enjeux et préparer la transition post-SESSAD vers un accompagnement libéral.

Recueil de données

1- Entretien avec Anna à l'aide de l'OT'Hope^[6] (Perrault, 2021) pour l'aider à identifier les difficultés rencontrées dans les activités de vie quotidienne. Entretiens complémentaires avec son AESH et ses parents sur la perception de ses difficultés.

2- Réalisation des bilans complémentaires ABILHAND-PC (Arnould et al., 2004)^[7], MFS^[8] (Varni & Limbers, 2008) et échelle visuelle analogique (EVA) de fatigue pour qualifier et quantifier les difficultés dans la réalisation des activités et la fatigue engendrée par celles-ci.

3- Mises en situation ciblant les activités identifiées comme prioritaires par Anna lors de l'OT'Hope : soins personnels, organisation scolaire. Cotation de l'observation par grille d'analyse de l'activité^[9].

^[6] L'OT'HOPE est un outil créé par des ergothérapeutes pédiatriques, destiné à soutenir l'autodétermination de l'enfant en favorisant son auto-évaluation de la performance occupationnelle et sa participation active à la définition des objectifs en ergothérapie.

^[7] L'ABILHAND-PC est un bilan validé qui mesure la difficulté perçue d'un patient à réaliser des tâches bimanuelles au travers de la cotation de 23 activités.

^[8] La MFS (PedsQL Multidimensional Fatigue Scale) est une échelle multidimensionnelle de mesure de la fatigue validée pour l'évaluation des enfants scolarisés.

^[9] Basée sur une décomposition de l'activité observée en tâches, validée avec le patient sur la base de son mode opératoire habituel, la grille d'analyse d'activité évalue les freins et facilitateurs de la réalisation de l'activité au travers de différentes dimensions (habiletés, facteurs environnementaux, motivation et rôle).



Diagnostic ergothérapique

L'évaluation ergothérapique met en évidence des limitations motrices des membres supérieurs (limitation de l'élévation de l'épaule, diminution de la dextérité fine et de la pince I-III), qui impactent l'efficacité d'Anna dans la réalisation des activités associant des tâches de motricité fine et bimanuelles. Cela entraîne une lenteur d'exécution et un surcoût d'effort, qui se traduit notamment lors de la routine matinale (toilette, habillage, maquillage), augmentant le coût énergétique de ces activités et conduisant à une fatigabilité importante, qui est objectivée par des siestes fréquentes depuis l'entrée au collège.

Cette fatigue s'inscrit par ailleurs dans un contexte de changement de routine important, marqué par un allongement des temps de trajet et une augmentation des exigences quotidiennes, réduisant les marges de manœuvre temporelles et les possibilités de repos. L'accumulation de ces contraintes tout au long de la journée conduit à une diminution de la disponibilité d'Anna pour les activités significatives, notamment lors des temps de pause au collège, qu'elle consacre à s'isoler pour se reposer plutôt qu'à socialiser avec ses nouvelles amies. Ces difficultés altèrent le rendement occupationnel d'Anna et sa satisfaction, justifiant la poursuite d'un suivi en ergothérapie centré sur l'adaptation de ses routines dans le contexte de la transition vers l'entrée au collège.

Définition du plan d'intervention

Co-détermination des objectifs à l'aide de l'échelle GAS^[19] (Krasny-Pacini, 2013; Bard, 2023) :

- **Objectif 1** : D'ici 3 mois, Anna réalisera sa routine de toilette et de maquillage matinale à l'aide de pinceaux adaptés, de façon autonome, en 15 minutes maximum.
- **Objectif 2** : D'ici 3 mois, Anna identifiera au moins 3 activités énergivores et 3 activités ressourçantes de sa journée, afin d'anticiper leur impact sur son niveau d'énergie.
- **Objectif 3** : D'ici 3 mois, Anna adaptera quotidiennement son emploi du temps afin de maintenir un niveau de fatigue $\leq 6/10$, en identifiant ses signaux d'alerte et en ajustant ses activités pour préserver son temps de vie sociale.

^[19] La Goal Attainment Scaling (GAS) est un outil qui permet de co-définir les objectifs avec le patient suivant les principes SMART et d'en évaluer l'atteinte par score. Développer des stratégies cognitives dans le but de favoriser l'exécution des tâches problématiques.

Processus d'intervention

- **Entraînement des capacités bimanuelles** pour la réalisation de l'objectif 1 identifié comme prioritaire par Anna (préparation du matin), avec recherche de stratégies personnalisées, basé sur l'approche CO-OP^[1] (Kolit & Ekici, 2023).
- **Compensation :**
 - Mise en place de matériel destiné à faciliter les soins personnels (ex : pinceaux à gros manches pour le maquillage)
 - Mise en place d'un agenda partagé pour gérer les rendez-vous et les temps de repos
- **Adaptation de l'activité et ETP**
 - Construction d'une échelle de fatigue (supports imagés et analogies) pour apprentissage des signaux d'alerte
 - Auto-observation des activités pour ajuster la part journalière des activités fatigantes et ressourçantes (méthode des cuillères)
- **Adaptation de l'environnement**
 - Coordination avec les acteurs familiaux et scolaires pour l'identification des signaux d'alerte de fatigue et réflexion collective sur la répartition des activités hebdomadaires
 - Collaboration avec le collègue pour la mise à disposition d'une salle de repos

^[1] CO-OP (Cognitive Orientation to Daily Occupation Performance) est une méthode centrée sur l'exécution des actions grâce à la résolution des problèmes. Elle vise à accompagner le patient à développer des stratégies cognitives dans le but de favoriser l'exécution des tâches problématiques.

Résultats post- intervention et impacts à 3 mois

(GAS en 5 niveaux,
-2; -1; 0; +1; +2)

- **Objectif 1** (toilette et maquillage) : atteint au niveau attendu (0) (réalisation autonome de la routine matinale à l'aide de pinceaux grossis, dans un temps compatible avec les contraintes scolaires).
- **Objectif 2** (gestion de l'énergie) : dépassement de l'objectif (+1) (identification des principales activités énergivores et ressourçantes de la journée, permettant à Anna d'anticiper leur impact sur son niveau de fatigue et de mieux comprendre la variabilité de son état énergétique au cours de la journée).
- **Objectif 3** (organisation de l'emploi du temps) : atteint au niveau attendu (0) (identification des principaux signaux d'alerte de fatigue et ajustement quotidien de l'emploi du temps, pauses à des temps stratégiques, priorisation des activités afin de maintenir un niveau de fatigue $\leq 6/10$ la majorité des jours, sevrage quasi complet des siestes, sauf le week-end), permettant à Anna de passer davantage de temps avec ses nouvelles amies.

- CArnould C, Penta M, Renders A, et Thonnard JL (2004). *ABILHAND-Kids: a measure of manual ability in children with cerebral palsy*. Neurology, 28;63(6):1045-52. doi: 10.1212/01.wnl.0000138423.77640.37. PMID: 15452296.
- Bard Pondaré, R., Villepinte, C., Roumenoff, F., Lebrault, H., Bonnyaud, C., Pradeau, C. et Krasny-Pacini, A. (2023). Goal Attainment Scaling in rehabilitation: An educational review providing a comprehensive didactical tool box for implementing Goal Attainment Scaling. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 55, 6498.
- Kolit Z, Ekici G. *Effect of the Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) approach for children with cerebral palsy: A randomized controlled trial*. J Pediatr Rehabil Med. 2023;16(1):59-70. doi: 10.3233/PRM-210085. PMID: 36314226.
- Krasny-Pacini, A., Hiebel, J., Pauly, F., Godon, S., & Chevignard, M. (2013). *Goal attainment scaling in rehabilitation: a literature-based update*. Annals of physical and rehabilitation medicine, 56(3), 212-230.
- Perrault, A. & Giraux, C. (2021). *OT'hope : conception et mise en œuvre d'un outil d'aide à l'élaboration des objectifs pédiatriques en ergothérapie*. A.N.A.E., 172.
- Varni JW, Limbers CA. *The PedsQL Multidimensional Fatigue Scale in young adults: feasibility, reliability and validity in a University student population*. Qual Life Res. 2008 Feb;17(1):105-14. doi: 10.1007/s11136-007-9282-5. Epub 2007 Nov 20. PMID: 18027106.

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.