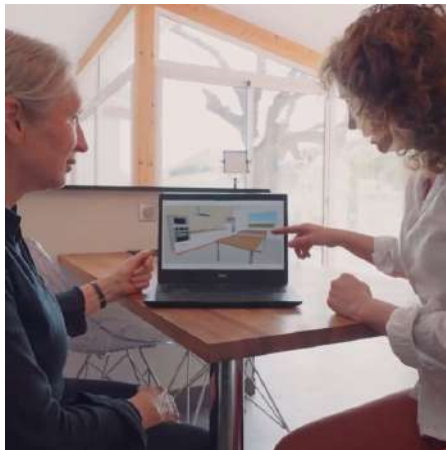


L'ERGOTHÉRAPIE AU CŒUR DES ENJEUX DE SANTÉ : MÉTHODE ET PRATIQUES



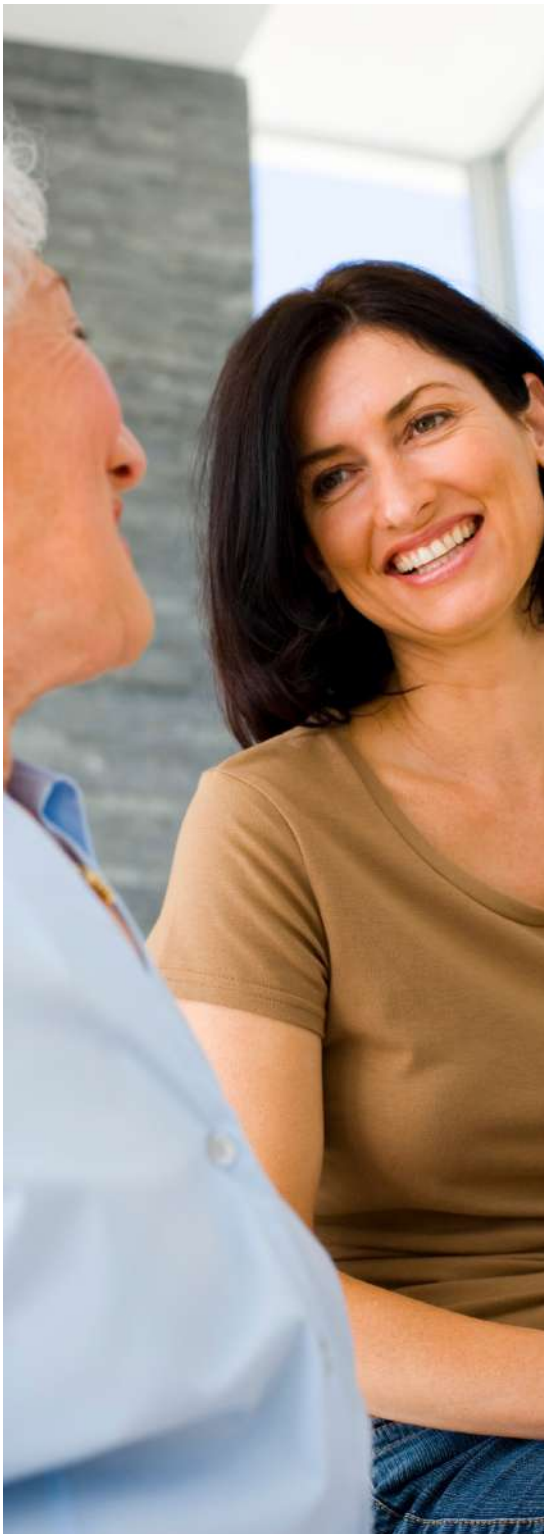


A - L'ergothérapie et sa pratique	1
1. Qu'est-ce que l'ergothérapie ?	1
2. Processus de diagnostic en ergothérapie	3
3. Processus d'intervention en ergothérapie	5
Annexe – illustrations cliniques	7
• Vignette clinique 1 – accompagnement en hôpital de jour de rééducation/réadaptation	7
• Vignette clinique 2 – accompagnement en Sessad	11
• Vignette clinique 3 – accompagnement en gériatrie	15
• Vignette clinique 4 – accompagnement en psychiatrie	19

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.

Vignette clinique 1 – Accompagnement en hôpital de jour de rééducation/réadaptation

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.

L'intervention ergothérapique s'appuie sur l'approche multicontextuelle (AMC) (Toglia & Foster, 1996) et l'approche CO-OP (Kiriakou & Psychouli, 2024).

- **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.

Références

- 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.

Description de la situation

Anna, 11 ans, est scolarisée en classe de 6^e 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^[10] (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.

^[10] 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.

Description de la population cible / indication

Mme V., 62 ans, est atteinte d'une pathologie neurodégénérative depuis une vingtaine d'années et dispose d'un fauteuil roulant manuel. A la suite d'une réévaluation de sa situation de santé, elle est orientée par le médecin MPR vers un accompagnement en ergothérapie sur son lieu de vie en raison d'une perte d'autonomie progressive liée à l'évolution de la maladie notamment dans la gestion de sa mobilité et une altération de sa posture au fauteuil roulant manuel qui pourrait nécessiter une réévaluation potentielle du plan d'aide humaine.

Recueil de données

Mme V. vit seule dans un appartement avec ascenseur et bénéficie de l'intervention quotidienne d'une auxiliaire de vie pour l'aide à la toilette et la préparation des repas. Le recueil de données est réalisé à son domicile afin d'évaluer, observer et analyser ses difficultés dans l'utilisation du fauteuil pour la réalisation de ses activités dans son contexte de vie.

1- **Entretien** avec Mme V. pour faire le point sur ses besoins émergents en matière de mobilité et d'autonomie, évaluer leur importance et les prioriser. Mme V. fait état de difficultés récentes dans la gestion des transferts (vers les toilettes, le lit...). Elle évoque également un isolement croissant lié aux difficultés de propulsion manuel du fauteuil roulant et à une fatigabilité persistante qui l'amène peu à peu à ne plus sortir de chez elle.

2- **Réalisation de bilans complémentaires** : Une évaluation par bilan postural MCP2A^[12] (Gagnon, B., 2004) est réalisée en complément du bilan neuro-orthopédique existant dans le but d'analyser l'alignement du corps, les possibilités de correction de postures vicieuses, et l'impact du fauteuil actuel sur la santé et le bien-être de la patiente. Ses capacités de mobilisation ne justifient pas l'utilisation d'une évaluation des risques d'escarre néanmoins l'état de la peau est questionnée. Une échelle visuelle analogique (EVA) de la douleur est utilisée pour quantifier la douleur perçue au fauteuil roulant et durant les transferts.

3- **Mise en situation** : Une évaluation des habiletés au fauteuil dans l'habitat et dans l'environnement extérieur est réalisée afin d'identifier les points à travailler pour faciliter l'autonomie au fauteuil et les préconisations d'aménagement à mettre en oeuvre (programme WSP-F^[13] partie WST-Q2) (Kirby et al. 2020).

^[12] MCPAA 2.0 (Mesure du Contrôle Postural Assis chez l'Adulte) est un instrument d'évaluation clinique du contrôle postural assis des adultes utilisant un fauteuil roulant qui permet d'analyser l'alignement des segments corporels et l'influence entre le mouvement et la posture.

^[13] Le programme WSP-F est dédié à l'évaluation et l'entraînement des habiletés des personnes utilisant un fauteuil roulant quel que soit son type. Le WSP est composé d'un ensemble de protocoles d'évaluation et d'entraînement des habiletés en fauteuil roulant respectivement le WST/WST-Q et le WSTP



Diagnostic ergothérapique

L'évaluation MCP2A montre un contrôle postural altéré associé à :

- Un équilibre assis déficitaire dû à une hypotonie de tronc
- Une obliquité gauche du bassin réductible et une diminution de la rotation gauche
- Une antéversion modérée du bassin associée à une hyperlordose lombaire
- Une réductibilité de l'adduction légère de hanche droite et de l'abduction de hanche gauche
- Une inclinaison légère droite du tronc réductible

Par ailleurs Mme V. évoque des douleurs dorsales chroniques dues au maintien prolongé d'une posture inadaptée qu'elle cote à 7 sur 10 sur l'EVA en fin de journée.

Mme V. conserve une indépendance partielle dans la mise en oeuvre des activités qui ont du sens pour elle comme la lecture, la navigation sur son ordinateur et les échanges téléphoniques. Ces activités induisent néanmoins des efforts liés à une ergonomie inadaptée des différents espaces et matériels utilisés et sont potentiellement réductibles par une adaptation de l'environnement domiciliaire et le recours à des aides techniques et stratégies ciblées.

En outre, l'évaluation des habiletés au fauteuil roulant montre que la hauteur du dossier de celui-ci est aujourd'hui trop basse. Le manque de soutien dorsal entraîne un enroulement global du buste vers l'avant ainsi qu'un effondrement latéral. Ce positionnement insuffisant rend de plus en plus difficile l'utilisation des membres supérieurs pour les différentes activités, notamment pour la réalisation des transferts.

Enfin, en raison d'une diminution marquée de la force musculaire de ses membres supérieurs, Mme V. est en grande difficulté pour utiliser son fauteuil sur un périmètre plus large que celui de son appartement. N'étant plus en mesure d'utiliser son fauteuil en extérieur, elle est contrainte à ne plus sortir de chez elle ce qui réduit sa participation sociale à des échanges essentiellement distanciels ce dont elle déclare souffrir particulièrement.

Définition du plan d'intervention

Les objectifs d'intervention sont définis avec Mme V. comme suit :

- **Objectif 1** : D'ici 9 mois, Mme V. réalisera ses transferts vers le lit et les toilettes en autonomie,
- **Objectif 2** : D'ici 9 mois, Mme V. réalisera toutes ses activités (lecture, navigation internet, échanges téléphoniques) à son domicile sans dépasser un ressenti douloureux de $\leq 4/10$ en fin de journée.
- **Objectif 3** : D'ici 9 mois, Mme V. ira faire ses courses au marché toutes les semaines, ira au restaurant du quartier une fois par semaine pour déjeuner avec ses amies et se rendra à la médiathèque au moins une fois par semaine pour emprunter des livres et assister à des conférences.

Compensation – aides techniques

Une prescription de fauteuil roulant manuel (FRM) plus adapté et une prescription de fauteuil roulant électrique (FRE) pour les déplacements en extérieur est réalisée en lien avec le médecin MPR afin de permettre à Mme V. de disposer d'assises modulables souples et évolutives permettant de corriger les défauts de positionnement antérieurs. Une attention particulière est portée à la hauteur des dossiers afin de maintenir le tronc sans enrayer le mouvement lors des transferts. Le FRM est préconisé avec une assise de positionnement permettant la compensation de l'obliquité gauche du bassin et la stabilisation pelvienne avec appuis pertrochantériens pour corriger l'obliquité, un biseau crural pour limiter la rotation qui impacte l'adduction et l'abduction des hanches. Aussi, un dossier souple de hauteur adaptée, réglable en tension, intégrant un soutien complété par une ceinture sur les épines iliaques antéro supérieures et des cales lombaires pour limiter l'antéversion de bassin.

Au regard des contraintes de l'environnement extérieur, un fauteuil roulant électrique 4 roues conduit à l'aide d'un joystick est envisagé pour les sorties quotidiennes extérieures en contexte plutôt citadin.

Des préconisations d'aménagement du poste informatique ont permis de mettre en place un bras d'écran et un support de clavier sur la table-bureau afin de rapprocher ces éléments de Mme V. et lui permettre de conserver une position assise correcte et sans sursollicitation des membres supérieurs, du tronc et de cervicales lors de la navigation internet.

Adaptation de l'activité

Les séquences de transferts sont analysées et réorganisées en s'appuyant sur le protocole de réentraînement WSP-F afin de limiter l'effort, les risques et la douleur, en cohérence avec les capacités actuelles de Mme V.

Adaptation de l'environnement

Des adaptations simples de l'environnement sont mises en oeuvre afin de sécuriser ses déplacements dans son domicile (désencombrement des pièces) et lui permettre d'accéder aux différents objets et outils nécessaires à ses activités de vie quotidienne (mise à hauteur des éléments). Des préconisations d'installation de travaux, plan à l'appui, ont également été transmises à Mme V. afin d'anticiper une possible demande liée à l'évolutivité de sa pathologie (installation d'un portique de transfert dans la chambre et la salle de bain, suppression d'une cloison entre la chambre et la salle de bain) (Maillard, 2023).

Éducation thérapeutique du patient (ETP)

Mme V. est accompagnée dans l'utilisation de son fauteuil électrique afin de pouvoir l'utiliser en autonomie et en sécurité dans ses déplacements extérieurs, au restaurant et dans la médiathèque. Elle est également accompagnée dans le développement de stratégies de gestion de l'énergie au travers de l'apprentissage de la planification et du fractionnement de ses activités quotidiennes et hebdomadaires.

Impact – résultats attendus / observés

L'intervention n'a pu être évaluée qu'à 9 mois au regard des délais d'attribution des fauteuils (parcours d'attribution et mise à disposition du matériel). A cette date, Mme V. réalise ses transferts seule. Son degré de satisfaction dans la réalisation de la tâche est bon même si elle souhaite progresser encore pour être plus rapide dans son exécution. Les aménagements réalisés à son domicile ont contribué à améliorer son confort, sa sécurité et la fluidité de ses activités quotidiennes. Ainsi, à la fin de la journée les douleurs ressenties sont en moyenne de 3 à 5/10 suivant les jours et les sollicitations.

Mme V. se rend au marché et à la médiathèque toutes les semaines. Après avoir été plusieurs fois au restaurant, elle a décidé de limiter cette sortie qui la fatigue beaucoup (bruit et efforts liés aux manœuvres du fauteuil dans l'espace contraint) et préfère rejoindre une amie pour le thé dans l'espace dédié proche de la médiathèque qu'elle juge moins bruyant et plus adapté.

A l'issue de l'intervention, le volume horaire d'aide humaine nécessaire sur la journée n'est finalement pas augmenté car Mme V. a conservé son autonomie dans les tâches pour lesquelles elle était en difficulté. Son souhait de bénéficier de plus d'aide humaine s'est en outre révélé être en partie liée à un manque de lien social ce qui ne fait plus l'objet de sa plainte actuelle.

Références

Gagnon, B; Lemelin, B ; Guerette, C (2008) La Mesure du contrôle postural assis de l'adulte (MCPAA 2.0) : ses avantages dans un contexte d'évaluation clinique pour l'attribution d'un fauteuil roulant et d'une aide technique à la posture : Positionnement/installation, *L' Escarre (Boulogne)*. Num 37, pp 7-11

Kirby RL, et al. (2020) *Guide du Programme d'habiletés en fauteuil roulant* version 5.1 Publié électroniquement à l'Université Dalhousie, Halifax, NouvelleÉcosse, Canada. <https://wheelchairskillsprogram.ca/fr/guide-et-formulaires/>

Maillard, A., Tastayre, E., Espinasse, P., & Kabiria, F. (2023). *Bénéfices de l'utilisation de lève-personnes sur rail plafonnier comparativement aux lève-personnes mobiles*. Revue de l'AFEG n° 51.

Description de la situation

Madame K., âgée de 25 ans, est en arrêt de travail depuis trois mois et présente un diagnostic de bipolarité. Elle a été hospitalisée pour un épisode dépressif majeur déclenché par le décès de son père et est maintenant suivie par une équipe mobile de réhabilitation psychosociale. Au moment de l'arrêt de travail, elle occupait un emploi au service clientèle d'une grande entreprise. Madame K. est fille unique, ses parents sont séparés et était l'aidante principale de son père, ce dernier étant malade depuis quelques années. Elle a pour objectif de retourner rapidement au travail, toutefois elle n'arrive pas à se mobiliser dans ses activités quotidiennes à la maison en raison d'une fatigue accrue et de la persistance d'émotions envahissantes.

Recueil de données

1. Entretien basé sur l'OCAIRS^[14] (Forsyth et al., 2005) avec Madame K. afin de cerner son profil occupationnel, c'est-à-dire comprendre ses routines, ses rôles sociaux significatifs, la nature de son emploi et de ses tâches, ainsi que les activités réalisées en dehors du travail (activités domestiques, loisirs) (fonctionnement antérieur). L'entretien visait également à explorer la manière dont elle organise ses journées, les difficultés rencontrées dans ses activités quotidiennes, ainsi que les lieux et les personnes qui composent son quotidien (fonctionnement actuel), et enfin à identifier ses priorités et les obstacles qu'elle anticipe pour son retour au travail (projections futures).
2. Bilan complémentaire : questionnaire auto-administré OSA^[15] (Baron et al., 2006), afin d'identifier les activités jugées les plus difficiles actuellement et la valeur accordée à chacune d'entre elles, ce qui permet d'établir les priorités d'interventions.

^[14] L'Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale (OCAIRS) est un outil d'évaluation par entrevue semi-structurée associée à une grille de cotation mettant en évidence les forces et les difficultés rapportées par la personne au sujet de sa participation occupationnelle.

^[15] L'Occupational Self-Assessment (OSA) est un outil d'autoévaluation validé en ergothérapie qui permet d'évaluer comment la personne perçoit la réalisation de ses activités quotidiennes et d'identifier les activités les plus importantes pour elle. L'OSA présente 21 énoncés pour lesquels la personne doit déterminer le degré de difficulté et la valeur accordée à cet énoncé.



Diagnostic ergothérapique

Avant son arrêt de travail et le décès de son père, la vie de Madame K. était principalement organisée autour de son rôle professionnel et de son rôle d'aidante, avec peu d'activités significatives en dehors de ces sphères. L'évaluation en ergothérapie montre que la perte de ces deux rôles a déclenché un épisode dépressif majeur, caractérisé par une atteinte importante de son identité occupationnelle, se traduisant par une difficulté à occuper son temps, entraînant un faible niveau d'activité et une fatigue persistante. Elle présente également des difficultés dans la gestion et l'identification de ses émotions, avec des flashbacks liés à la maladie de son père qui freinent la participation aux activités. Madame K. ne présente pas de stratégies adaptées pour gérer ces émotions ; elle privilégie l'évitement en dormant excessivement (plus de 12h/nuit, siestes de 3h en journée). Madame K. anticipe des obstacles majeurs pour son retour au travail, notamment en lien avec la tolérance à l'effort et le respect d'une routine équilibrée. En revanche, elle ne projette pas de difficultés liées au contenu ou aux exigences de ses tâches professionnelles. De plus, elle est motivée, soutenue par son entourage, et commence à investir de nouvelles activités significatives, comme la photographie.

Définition du plan d'intervention

- **Objectif 1.** Que Madame identifie et nomme ses émotions, pensées et sensations physiques associées dans une situation de son quotidien au moins une fois par jour d'ici 3 semaines, afin de soutenir sa régulation émotionnelle.
- **Objectif 2.** Que Madame intègre au moins deux activités de loisirs significatives en lien avec ses intérêts, réalisées chaque semaine d'ici 4 semaines, afin de diminuer l'apathie, l'aboulie et soutenir son identité occupationnelle.
- **Objectif 3.** Que Madame utilise une stratégie d'expression ou de régulation émotionnelle (écrite, verbale ou créative) une à deux fois par jour d'ici 6 semaines, afin de diminuer l'envahissement émotionnel.
- **Objectif 4.** Que Madame réduise progressivement son temps de sieste diurne pour atteindre 45 minutes en moyenne d'ici 8 semaines, afin de favoriser une meilleure gestion de la fatigue et soutenir sa tolérance à l'effort.

Processus d'intervention

- **Entraînement des capacités** via l'utilisation d'activités manuelles ou créatives en groupe pour développer la conscience et l'expression des émotions et favoriser le réengagement dans des activités sociales (objectif 1).
- **Apprentissage de nouvelles compétences**
 - en gestion des émotions et favoriser et maintenir la participation dans les activités (objectif 1 et 3),
 - en gestion de l'énergie, planification et séquençage des tâches (objectifs SMART, horaire occupationnel...) pour apprendre à graduer la reprise des activités significatives et améliorer la tolérance à l'effort (objectifs 2 et 4)
- **Éducation thérapeutique** visant à soutenir l'établissement d'une routine satisfaisante : exploration des valeurs et des intérêts de Madame, sélection et expérimentation d'activités permettant d'activer le corps et l'esprit, d'éprouver du plaisir et de se ressourcer, puis intégration progressive des activités choisies dans la routine. ETP appuyés par le modèle "Vivez bien votre vie"^[16] (Moll et al., 2015).

^[16] Le modèle "Vivez bien votre vie" est un modèle de promotion de la santé fondé sur l'importance de l'activité signifiante pour la santé et le bien-être, développé par des ergothérapeutes canadiens.

Résultats post intervention

Madame K a atteint un niveau de fonctionnement compatible avec un retour au travail : son niveau d'activité global a augmenté, la durée des siestes a diminué et ses horaires de sommeil se sont régularisés (avec des heures de lever compatibles avec une journée de travail). L'intégration d'activités signifiantes créatives (photographie, peinture), sportives (marche sportive) et sociales (a repris contact avec ses amies) dans sa routine quotidienne, couplé à la stabilisation de sa médication a permis de réguler son humeur et ses émotions.

L'entraînement à l'utilisation de ses propres stratégies de gestion des émotions ainsi que de son énergie, lui permet de se sentir plus outillée pour faire face aux enjeux lors du retour au travail. Toutefois, le niveau d'énergie demeure variable et Madame K. craint de ne pas réussir à tolérer des journées entières de travail.

Pour faciliter le retour au travail, les recommandations suivantes ont été partagées au médecin :

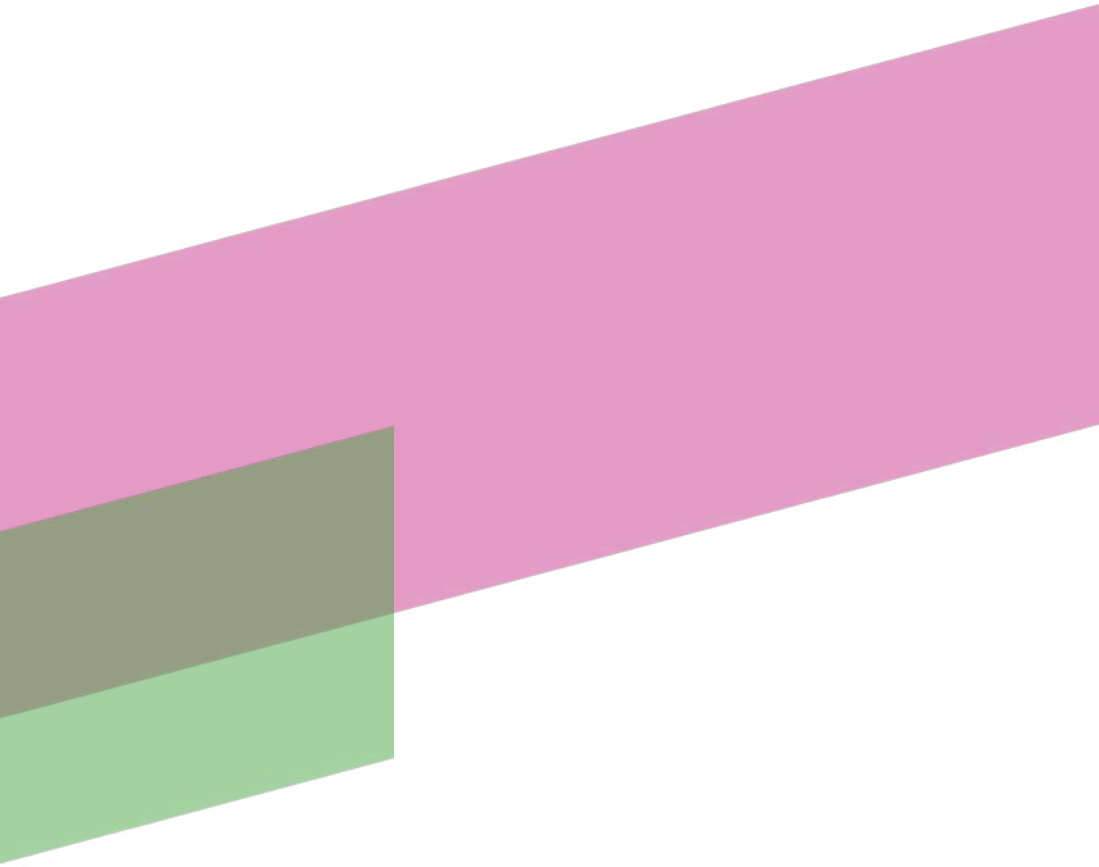
- Progression du temps de travail, en démarrant par des demi-journées, de la façon suivante : semaine 1 et 2 : trois demi-journées ; semaine 3 et 4: quatre demi-journées; semaine 5 et 6: 1 journée et 3 demi-journées ; semaine 7 et 8 ; 2 journées et 2 demi-journées ; semaine 9 et 10: 3 journées et 2 demi-journées ; semaine 11 et 12 : 4 journées et 1 demi-journée ; puis retour à temps plein.
- Faciliter la préparation d'un entretien entre Madame K. et son chef afin de discuter des craintes vis-à-vis du retour au travail et trouver des solutions conjointes pour faciliter le retour. Par exemple: adapter les exigences de performance pendant le temps du retour progressif et trois mois supplémentaires ; réduire le nombre d'appels client au départ ; permettre la prise de pauses plus fréquentes ; aménager un espace clos "retour au calme".

Références

Baron, K., Kielhofner, G., Goldhammer, V. et Wolenski, J. (2006) *Occupational Self Assessment* (V 2.2) [outil d'évaluation] (Révision de la traduction (2006) par Monique Gillet du Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval, Québec, Canada)

Forsyth, K., Deshpande, S., Kielhofner, G., Henriksson, C., Haglund, L., Olson, L., Skinner, S. et Kulkarni, S. (2005). *The Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale* (V 4.0) [outil d'évaluation] (traduit (2009) par le Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval, Québec, Canada)

Moll, S. E., Gewurtz, R. E., Krupa, T. M., Law, M. C., Larivière, N., & Levasseur, M. (2015). "Do-Live-Well": a Canadian framework for promoting occupation, health, and well-being. *Canadian journal of occupational therapy. Revue canadienne d'ergothérapie*, 82(1), 9-23. <https://doi.org/10.1177/0008417414545981>



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.