

*ERGOTHERAPIE EN
SANTÉ MENTALE :
ENJEUX ET
PERSPECTIVES*



Septembre 2016

Groupe de Réflexion sur l'Ergothérapie en Santé Mentale

Coordination :

Karine RIGUET, Etablissement Public de Santé Mentale de la Sarthe, LE MANS (72)

Groupe de réflexion et d'élaboration sur l'ergothérapie en santé mentale :

Chloé AUDOIT, Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique Le Grézan, NIMES (30)
Gwenaëlle DELOURME, Groupe Hospitalier Mondor-Chenevier, CRETEIL (94)
Océane FOLLINET, Centre Hospitalier Spécialisé, BLAIN (44)
Matthieu GOSME, Centre Hospitalier du Rouvray, SOTTEVILLE LES ROUEN (76)
David GOUINEAU, Clinique Stella, VERARGUES et cabinet libéral, SAINT PAUL ET VALMALLE (34)
Irène KATSAROS, Unité pour Malades Difficiles, Centre hospitalier Le Vinatier, BRON (69)
Coralie LECLERC DE SABLON, Centre Hospitalier Le Vinatier, BRON (69)
Mylène LE GALL, Institut Marcel Rivière, LE MESNIL SAINT DENIS (78)
Chantal de LEPINE, APSH34, Plateforme Wallon-Lainé, MONTPELLIER (34)
Laure MOISAN, Centre Hospitalier Universitaire, NANTES (44)
Claire POULLAIN, Centre Hospitalier Lucien Hussenot, VIENNE (38)
Gaëlle RIOU, Centre Hospitalier de Versailles, LE CHESNAY (78)

Rédaction du document

« *Ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspectives* » :

Gaëlle RIOU

Rédaction du guide de recommandations :

Irène KATSAROS, Claire POULLAIN, Gaëlle RIOU

L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes remercie :

- Le **Professeur Christine PASSERIEUX** (Centre Hospitalier de Versailles, LE CHESNAY), et le **Docteur Denis LEGUAY** (Cesame, ANGERS) pour leur contribution ;
- L'Institut de Formation en Ergothérapie de l'**ADERE** (Paris) pour le prêt de ses locaux ;

Ainsi que les ergothérapeutes membres du **groupe de relecture** :

Catherine BARBE, Elodie BARRIER, Jacqueline BEAUVAIS, Sandra BERTHE, Tatiana BIZOT, Jean-Louis BREANT, Catherine CHELLOUF, Mathilde DULAURENS, Xavier ENSENLAZ, Cécile FAZI, Aurélie FOHR, Sylvie FREULON, Béatrice GUEREAU, Josselyne GUIRAUD, Hélène HERNANDEZ, Annick ISSELE, Muriel LAUNOIS, Julien PAVE, Cécile PERINNE, Isabelle PIBAROT, Laurent RAYMOND, Edwige WURTZ.

Préambule

Dans notre pays, les champs de la psychiatrie et de la santé mentale sont en pleine mutation. En tant qu'ergothérapeutes, nous avons donc souhaité nous questionner sur notre place et sur le rôle que nous avons à jouer au sein de ces diverses évolutions.

Il est apparu qu'à ce jour l'intervention des ergothérapeutes dans le champ de la santé mentale n'était pas encore suffisamment identifiée dans les différentes structures sanitaires, sociales et médico-sociales.

Au sein même de la profession, plusieurs types de pratiques existent, donnant ainsi une représentation plurielle de l'ergothérapie.

Sur le terrain, nous constatons également une stagnation voire une diminution du nombre de postes d'ergothérapeutes dans les structures sanitaires de santé mentale alors que les besoins augmentent.

L'évolution vers des suivis plus médico-sociaux et sociaux n'a été que rarement accompagnée de créations de postes pour les ergothérapeutes dont les interventions se situent pourtant à l'interface de tous ces domaines.

De ces différents constats est né le projet d'écriture d'un livre blanc sur l'ergothérapie en santé mentale. Son objectif est, d'une part, de communiquer sur une définition plus claire de notre champ d'intervention, et d'autre part d'apporter des propositions d'amélioration à travers une liste de recommandations.

Le document intitulé « *L'ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspectives* » a pour vocation de répondre à ces deux objectifs.

Il est destiné à une diffusion auprès des tutelles ministérielles, agences régionales de santé, directeurs d'établissements, entre autres.

Dans un second temps il sera également présenté dans divers colloques à destination des ergothérapeutes qui pourront alors l'utiliser dans leurs services respectifs, en vue d'une meilleure collaboration de travail en équipe pluriprofessionnelle.

Concrètement, ce projet s'est déroulé en plusieurs temps entre novembre 2015 et Juin 2016. Tout d'abord, suite à un appel lancé via le bulletin des adhérents de l'ANFE et auprès des réseaux sociaux professionnels, un groupe de réflexion sur nos pratiques s'est constitué.

Ce groupe comprend exclusivement des ergothérapeutes exerçant en santé mentale. La plus grande représentativité a été recherchée. Ainsi, ont pu collaborer des ergothérapeutes exerçant aussi bien dans les champs sanitaires, que médico-sociaux ou encore libéraux. Leur ancienneté de diplôme varie de 1980 à 2015. Enfin, les modèles conceptuels auxquels ils se réfèrent dans leur pratique sont tout aussi hétérogènes, allant par exemple du modèle psychodynamique aux modèles de la réhabilitation psychosociale. Le choix des relecteurs a suivi la même logique de diversité.

Trois réunions de travail ont eu lieu à Paris, dans les locaux de l'ANFE et à l'IFE de l'ADERE. En dépit de l'éloignement géographique, la mobilisation de tous a permis de mettre en commun les principaux axes du document. Quatre mois de rédaction et d'interactions entre le groupe et les correcteurs (ergothérapeutes et médecins) ont été nécessaires pour

aboutir à notre proposition. Le projet a été validé par le Comité d'Ethique dans un premier temps, puis par le Conseil d'Administration de l'ANFE.

Le groupe qui s'est constitué pour l'élaboration du livre blanc a pour vocation de perdurer dans le temps. En effet, dans notre souci de maintenir une dynamique de réflexion et de communication, de nombreux autres projets restent à travailler.

Il continuera ainsi son activité sous la dénomination de Groupe de Réflexion sur l'Ergothérapie en Santé Mentale (G.R.E.S.M.).

SOMMAIRE

Préambule	4
SOMMAIRE	6
INTRODUCTION	8
PARTIE 1 :	10
LA DYNAMIQUE DU SOIN EN SANTE MENTALE : CONTEXTE POLITIQUE	10
1. Mutation sociétale	10
2. Mutation citoyenne	11
3. Mutation thérapeutique	12
4. Les ergothérapeutes sur le territoire français	13
PARTIE 2 :	17
L'ERGOTHERAPIE : UNE PROFESSION EN MOUVEMENT	17
1. Histoire et valeurs de la profession	17
1.1 Le travail comme thérapie	17
1.2 L'activité comme thérapie	17
1.3 Ergothérapie et environnement	18
1.4 Ergothérapie et participation sociale	18
2. Evolution de la formation	19
3. Perspectives	21
PARTIE 3 :	24
LE PROCESSUS DE SOIN EN ERGOTHERAPIE	24
1. Présentation générale	24
2. La démarche d'intervention	25
2.1 Recueil de données et évaluation initiale	25
2.2 Diagnostic ergothérapique et cadre conceptuel	26
2.3 Formulation des objectifs	27
2.4 Cadre de l'intervention	28
2.5 Evaluation et traçabilité	29

PARTIE 4 :	31
LA PLACE DE L'ERGOTHERAPIE DANS LA CONTINUITE DU PARCOURS DE SOIN.....	31
1. Le temps de l'hospitalisation.....	31
2. Le temps de la réadaptation	32
3. Le temps de la réhabilitation.....	33
4. De la continuité des soins à la participation sociale	34
5. L'ergothérapie en libéral	36
CONCLUSION	38
GUIDE DE RECOMMANDATIONS.....	40
BIBLIOGRAPHIE.....	46
ANNEXES.....	48

INTRODUCTION

La maladie mentale invite les professionnels de santé à questionner régulièrement leurs pratiques et à revisiter leurs modèles conceptuels de référence. Nous avons tous les mêmes interrogations à l'esprit : comment appréhender au mieux la maladie psychiatrique ? Comment la comprendre pour mieux la soigner ? Et comment mieux accompagner les personnes dans leurs projets, en vue d'améliorer leur qualité de vie ?

La place dans la société des personnes souffrant de troubles psychiques a beaucoup évolué, s'orientant désormais vers la recherche d'une réhabilitation dans la cité, hors des murs de l'institution hospitalière. Mais comment donner ou redonner une place à quelqu'un dans une société qui n'est pas forcément prête à le recevoir ? Comment lever la situation de handicap engendrée par les représentations stigmatisantes sur la maladie ?

Par ailleurs, le contexte politique et économique français est, lui aussi, en mouvement perpétuel, nous conduisant à toujours plus de restrictions budgétaires, de réduction des durées moyennes de séjour, de diminution du nombre de lits et par là même, de diminution des effectifs soignants.

Notre profession d'ergothérapeute, pourtant encore jeune au regard des autres professions paramédicales, a déjà connu de nombreuses révolutions conceptuelles. Depuis toujours, acteurs de notre propre changement, nous n'avons eu de cesse de nous adapter à notre environnement institutionnel, politique et sociétal.

Aujourd'hui, l'ergothérapie se veut résolument tournée vers l'avenir et impliquée dans les préoccupations actuelles de notre système de santé.

En inscrivant sa pratique dans le champ de recherche des Sciences de l'Activité Humaine, elle est en accord avec l'ouverture de la psychiatrie au concept plus vaste de santé mentale. Ainsi, notre préoccupation n'est plus centrée uniquement sur les symptômes, les déficits et incapacités mais s'étend à l'équilibre psychique de la personne dans son ensemble et sa singularité.

Notre valeur ajoutée par rapport à d'autres professionnels de santé réside dans notre expertise d'analyse et d'accompagnement de l'activité humaine. Notre intérêt pour la nature occupationnelle (au sens anglo-saxon du terme) de l'être humain, dans son environnement, est depuis toujours à la base de notre intervention.

Notre place apparaît donc pleinement pertinente dans une logique de soins tournée vers une augmentation de la capacité d'agir des personnes.

Pourtant à ce jour nous constatons que, malgré l'augmentation du nombre d'étudiants formés chaque année, la profession reste minoritaire sur le territoire français et que les postes tendent même à disparaître, transformés pour répondre à l'embauche d'autres professionnels. Or, de nombreux besoins de santé ne sont pas couverts, que ce soit en intra hospitalier comme en ambulatoire ou encore dans le domaine de la prévention et de la réinsertion. Dans beaucoup d'hôpitaux, l'ergothérapeute travaille seul, isolé dans sa réflexion et limité dans ses moyens. Sa spécificité étant mal connue, il doit quotidiennement défendre ou expliquer la pertinence de ses interventions.

Nous voyons encore trop souvent des services proposer des ateliers dits d'ergothérapie qui sont en fait réalisés par des infirmiers, des aides-soignants ou des animateurs dans une démarche récréative et ce, en dépit des textes de loi qui régissent notre profession.

Les locaux qui nous sont attribués, quand il y en a, sont généralement inadéquats : trop petits, mal situés, ou utilisés par d'autres professionnels pour des usages très différents.

En ambulatoire, les équipes censées être pluriprofessionnelles le sont encore bien peu, souvent constituées exclusivement d'infirmiers. Malgré leurs compétences spécifiques dans le domaine de la réhabilitation psychosociale, les ergothérapeutes sont rarement associés aux programmes de remédiation cognitive, d'éducation thérapeutique et encore moins aux interventions à domicile. Quant à la pratique de l'ergothérapie en libéral, celle-ci peine à se développer alors qu'elle a toute sa pertinence dans le contexte actuel pour répondre aux besoins de la population.

Il nous apparaît donc nécessaire et urgent de redéfinir notre pratique pour mieux faire connaître notre potentiel et notre motivation à participer aux multiples changements que connaît la santé mentale aujourd'hui.

Tour à tour, nous aborderons dans ce document des thèmes qui nous semblent fondamentaux pour présenter et comprendre notre profession. Nous commencerons par situer le contexte politique en santé mentale, puis l'histoire de l'ergothérapie et sa dynamique actuelle tournée vers la recherche scientifique, suivie de la présentation de notre démarche d'intervention et nous terminerons en exposant notre rôle dans la continuité du parcours de soin.

De la capacité créative et réactive des ergothérapeutes est né cet écrit. Il est destiné à être un outil de communication sur notre identité, nos atouts et nos besoins auprès de nos hiérarchies et de nos tutelles politiques.

Souhaitons donc qu'il soit le début d'un nouveau questionnement et d'un dialogue riche et constructif entre les différents acteurs du soin investis autour de la personne.

PARTIE 1 :

LA DYNAMIQUE DU SOIN EN SANTE MENTALE : CONTEXTE POLITIQUE

L'Organisation Mondiale de la Santé considère que cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au 21^è siècle concernent la psychiatrie¹ : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression, troubles obsessionnels compulsifs. Par conséquent, être en mesure d'élaborer des prises en charge adaptées et personnalisées tout au long du parcours de soin devient un enjeu majeur pour notre société.

Au cours de la dernière décennie, de nombreuses modifications se sont opérées dans le système psychiatrique français. Les nouvelles orientations de politique de santé encouragent ainsi le renforcement des actions de promotion de la santé mentale.

Malgré les valeurs communes défendues par les professionnels, des disparités persistent et peuvent entraîner des ruptures dans le parcours des usagers. En effet, les cadres d'analyse et de suivi restent encore trop cloisonnés entre les champs sanitaire, médico-social et social. Une remise en question des pratiques actuelles s'impose pour évoluer vers une collaboration coordonnée autour de l'intérêt de la personne.

Plusieurs mutations sont importantes à identifier pour comprendre comment l'ergothérapie s'inscrit dans ce mouvement.

1. Mutation sociétale

De nos jours, la société invite chaque individu à être plus participant et engagé dans son projet de vie. Ce dernier a plus facilement accès aux informations médicales grâce à l'évolution de ses droits et à Internet. Il est également plus souvent représenté dans les instances officielles.

Désormais la personne s'interroge et peut remettre en question ou devenir force de proposition dans le choix de ses soins. D'un point de vue législatif, la loi de 2002 sur les droits des usagers a entériné leur participation ainsi que celle des familles dans les prises de décisions des institutions.

Par la suite, la loi du 11 juillet 2005² a apporté une reconnaissance du terme « handicap psychique ». Cette reconnaissance vise à réduire les stigmatisations et les discriminations. Elle favorise l'égalité des chances quel que soit le handicap présenté par la personne.

Ce nouveau paradigme a permis de faire évoluer les mentalités sur la perception et le rôle des personnes souffrantes ainsi que de leurs familles.

Les professionnels de la santé mentale ont dû, eux aussi, modifier leur approche et leurs pratiques, passant ainsi d'un modèle très médical à des modèles holistiques, envisageant chaque personne dans sa complexité, en tant que sujet pensant et agissant.

Le « patient » est devenu un « usager » et est passé d'une position passive à celle d'acteur

¹ Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2010-2015

² Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

engagé dans ses soins, partenaire des décisions qui concernent son projet de vie.

La reconnaissance du handicap d'origine psychique a eu pour résultat la prise en compte des besoins non seulement en matière de soins mais aussi d'accompagnement médico-social et social de la personne. La continuité et la coordination entre ces différents champs se sont matérialisées, entre autres, par la création de centres ressources autour du handicap psychique, dans lesquels les ergothérapeutes ont toute leur place. Nos compétences dans le domaine du handicap en général et de l'activité humaine nous permettent effectivement de bien identifier les processus qui conduisent à la situation de handicap.

L'autre concept marquant de notre mutation sociétale est la définition de « bonne santé mentale » donnée par l'OMS en 2005, lors de la conférence d'Helsinki : *« une personne en bonne santé mentale vit en équilibre dynamique dans tous les aspects de sa vie physique, psychologique, économique et sociale »*. Cela suppose que l'individu possède les ressources d'adaptation nécessaires pour pouvoir évaluer la concordance entre son environnement et ses compétences. Dès lors, il peut faire des choix, agir, s'adapter.

Dans ce contexte sociétal, chaque professionnel est amené à réinterroger ses pratiques habituelles et à construire de nouveaux partenariats avec le réseau de soins. Par un accompagnement adapté et personnalisé, l'ergothérapeute s'engage désormais dans une démarche de réhabilitation de la personne dans la société.

2. Mutation citoyenne

L'Etat soutient le principe d'une « démocratie sanitaire »³ et encourage le développement des maisons des usagers. La première a vu le jour en 1995. Il s'agit de lieux d'accueil, d'écoute et d'information pour les personnes demandeuses de soins, leurs proches et toute autre personne recherchant des conseils dans le domaine de la santé mentale.

Parallèlement apparaissent les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM). Ces communautés associatives d'entraide visent à rompre l'isolement relationnel induit par les maladies psychiques. Les personnes qui, dans les hôpitaux de jour ou les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, avaient jusque-là le statut de patient deviennent ici les participants et les acteurs de l'animation des activités.

Le principe phare de ces groupes est l'entraide, la solidarité entre personnes désireuses de partager un temps d'échange et de loisirs hors d'un cadre de soins. L'arrêté du 13 juillet 2011 a fixé le cahier des charges des GEM, officialisant et organisant ainsi leur existence sur l'ensemble du territoire.

La mutation citoyenne s'illustre également à travers le développement du programme Pairs Aidants Réseau (Harvey et Lagueux, 2006). Le plan d'action en santé mentale 2005-2010 proposait plusieurs orientations liées à l'organisation des services de première ligne, dont la formation et l'embauche de pairs aidants. Force est de constater que, pour une personne souffrant de troubles psychiques, le discours d'un pair peut avoir un impact bien différent de celui d'un soignant. Ce discours repose en effet sur un vécu commun et une compréhension mutuelle.

³ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Tous ces éléments (Maisons des usagers, GEM, Programme Pairs Aidants) contribuent à la réhabilitation des personnes souffrant, ou ayant souffert par le passé, de troubles psychiques et désirant aujourd'hui se sentir utiles dans la société. Leur expérience dans la maladie n'est plus seulement un handicap mais devient une plus-value qui leur permet de retrouver un rôle et des droits citoyens.

L'article 1^{er} de la loi de santé promulguée le 26 janvier 2016⁴ porte sur la création d'une union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé. Placer ainsi la personne au centre du système de santé contribue à développer son *empowerment*, c'est-à-dire à augmenter son sentiment de compétence et son pouvoir d'action sur son environnement.

Enfin, rappelons que « se rétablir » signifie retrouver une capacité citoyenne : « *il ne s'agit pas de retrouver l'état antérieur, mais l'équilibre suffisant pour exercer son droit citoyen* » (Greacen, 2012). Le patient est avant tout un sujet, une personne à part entière qui doit être réhabilitée dans son statut de citoyen légitime.

Envisager le rétablissement comme un possible modifie en profondeur la démarche de soins qui devient plutôt une démarche d'accompagnement de l'individu en vue de son retour vers la cité.

3. Mutation thérapeutique

Le plan psychiatrie 2011-2015 précise quatre axes de travail autour de la prévention et de la réduction des différentes ruptures possibles dans les soins : les ruptures au cours de la vie de la personne, celles selon les publics concernés, celles entre la psychiatrie et l'environnement sociétal et enfin celles entre les savoirs.

Etablir une véritable continuité dans le parcours de soin de la personne constitue une priorité. En effet, les ruptures peuvent être sources de rechutes ou d'émergence de situations de handicap.

Ce plan spécifie par ailleurs que la discipline psychiatrique impose une personnalisation du lien et du parcours de soin. Ces éléments sont rappelés dans le rapport Piveteau (2014).

La nouvelle loi de modernisation du système de santé confirme ces points d'amélioration de la politique de santé mentale en priorisant la prévention, les soins de proximité et le développement des droits des patients. L'article L.3221-1 du Code de la santé publique précise que « *la politique de santé mentale comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines* ». Trois notions sont mises en avant : la coordination entre structures sanitaires, médico-sociales et sociales, la collaboration entre professionnels et enfin la coopération pour une réponse commune.

Dans l'objectif d'améliorer la continuité du parcours de soin, la démarche de rendre le sujet plus acteur de ses soins s'impose progressivement, contribuant à une promotion de la santé. Elle prend la forme d'éducation thérapeutique, d'éducation à la santé. La loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire de 2009 avait établi l'éducation thérapeutique comme une composante à

⁴ Loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé, 26 janvier 2016

part entière du Code de la Santé Publique. Citée dans le chapitre VI de la Loi de santé, elle reste le pivot d'une nouvelle démarche.

Il est effectivement apparu que permettre à la personne de s'approprier ou se réapproprier son parcours de soin est un principe fondamental pour améliorer sa qualité de vie et son implication dans son suivi.

A travers ces programmes, l'expertise du sujet sur sa maladie et sur son vécu est ainsi davantage reconnue et valorisée. Le professionnel se place davantage dans une démarche d'accompagnement de la personne en créant une alliance entre leurs compétences respectives.

Par la volonté de responsabiliser le patient dans la gestion de sa maladie, les programmes d'éducation thérapeutique visent à favoriser son autonomie. Or, ce concept fondamental de l'autonomie est au cœur de la pratique des ergothérapeutes : *« le but de l'ergothérapie est de favoriser le maintien ou l'accession au maximum d'autonomie des individus en situation de handicap et ceci dans leur environnement »* (Detraz, 1992). De ce fait, la démarche d'éducation thérapeutique nous est familière et notre participation dans les programmes correspondants apparaît comme une évidence.

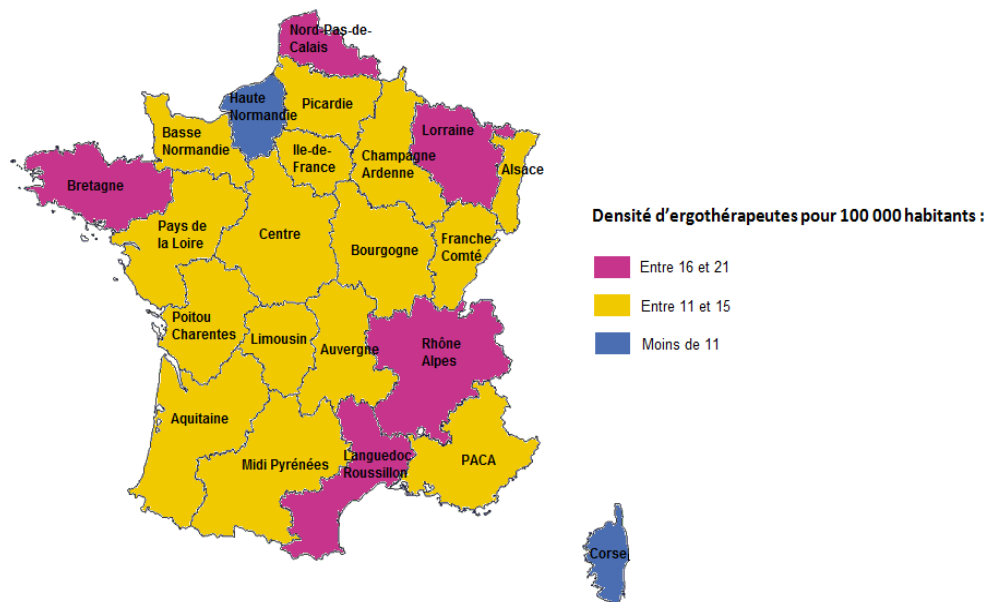
Enfin, la mutation thérapeutique s'articule également avec l'axe 3 du plan psychiatrie 2011-2015 qui concerne la prévention des ruptures entre la psychiatrie et l'environnement sociétal. Pour réinstaurer du lien dans l'espace de proximité de la personne en soin, il s'avère nécessaire de disposer d'un territoire coordonné, d'un maillage en réseau mais également d'une spécification des compétences. L'accompagnement en psychiatrie, qu'il soit social ou médico-social, s'inscrit dans une stratégie d'intervention prenant en compte 3 niveaux qui sont : la personne avec ses capacités et ses limites, son environnement social avec ses moyens et ses ressources, et l'exercice de sa citoyenneté. Ce plan rappelle aussi l'importance de l'emploi dans la pratique de la citoyenneté et donc l'intérêt d'un accompagnement vers le travail et la formation.

La modification des structures fonctionnelles et la création de nouveaux services doivent se compléter par une diversification des acteurs : équipes mobiles, unités de réhabilitation, hospitalisation, soins aux détenus, structures fermées, maisons de santé, développement de l'exercice libéral. Le rapport Couty (2013) insiste sur la nécessité d'ouvrir des postes dans les équipes hospitalières pour les professions qui y sont actuellement faiblement représentées, dont les ergothérapeutes font partie.

4. Les ergothérapeutes sur le territoire français

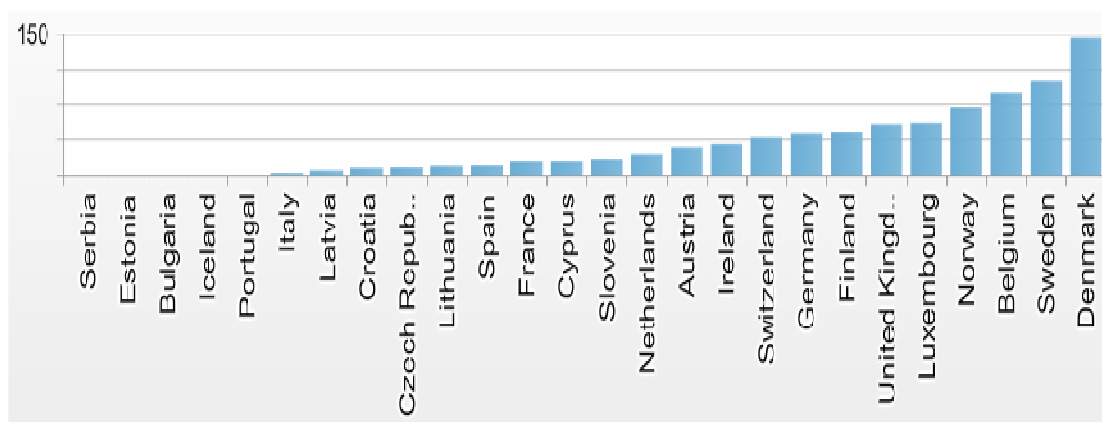
Outre le fait que le territoire doit être coordonné, la loi HPST du 22 juillet 2009⁵ préconise une égalité de l'offre de soins sur tout le territoire. Or, selon le lieu d'habitation des usagers, les disparités sont encore notables. En ce qui concerne les ergothérapeutes, nous constatons de fortes inégalités dans leur répartition géographique.

⁵ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires



Densité des ergothérapeutes pour 100.000 habitants par région.
Source : DRESS, 2016⁶

Actuellement, la densité moyenne des ergothérapeutes tous domaines confondus est de seulement **15,8 pour 100 000 habitants**. Cela représente très peu en comparaison des autres pays de l'Union Européenne.



Densité des ergothérapeutes pour 100.000 habitants dans les différents pays européens.
Source : COTEC, 2015⁷

A ce jour, **10 417 ergothérapeutes** exercent en France. 57,7% de l'ensemble des ergothérapeutes sont des salariés hospitaliers, 32,5% exercent dans des établissements non hospitaliers et 9,7% en libéral⁸.

Ceux qui interviennent en santé mentale sont présents majoritairement dans les structures

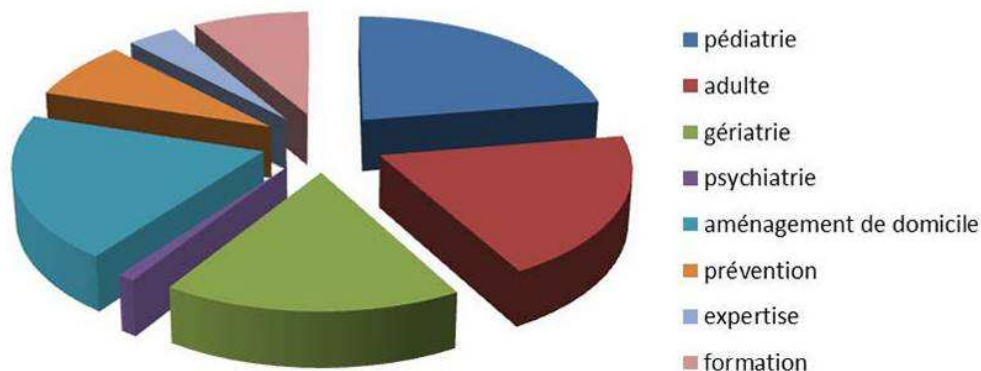
⁶ Statistiques au 1^{er} janvier 2016, publiées par la DREES. Accessibles sur : <http://www.anfe.fr/demographie>

⁷ <http://www.coteceurope.eu/directory/statistics/>

⁸ Rapport ANFE. Octobre 2015

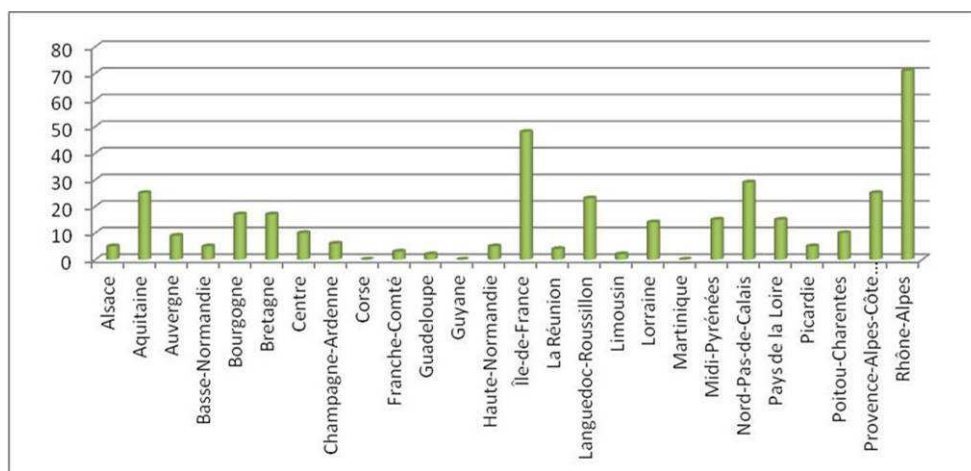
sanitaires, très peu dans les structures médico-sociales et plus rarement en exercice libéral.

La proportion d'ergothérapeutes en libéral qui exercent dans le domaine de la psychiatrie est minime en comparaison des autres domaines de la santé :



Répartition des domaines d'intervention des ergothérapeutes en libéral.
Données SYNTEL, 2015

Leur répartition géographique est, là encore, très inégale sur l'ensemble du territoire :



Répartition géographique des ergothérapeutes en libéral en France tous domaines confondus
Données SYNTEL, 2015⁹

Au vu des diverses mutations que nous venons d'identifier et dans le contexte du plan psychiatrie, un renforcement des effectifs d'ergothérapeutes apparaît indispensable pour répondre aux besoins de la population sur l'ensemble du territoire, en institution comme en libéral.

Par ailleurs, ces dernières années nous avons assisté à l'émergence de nouvelles professions spécialisées dans l'adaptation et l'accompagnement, par exemple le *job*

⁹ <http://www.synfel-ergolib.fr/ergo/>

coaching et le *case management*.

Très présent au Luxembourg, le *job coaching* est un accompagnement intensif individualisé d'une personne vers l'emploi. Il s'adresse à des personnes présentant des troubles psychiques et reconnues travailleurs handicapés. Le *case management*, quant à lui, s'applique au parcours de soin de personnes atteintes de pathologies chroniques. Il vise à améliorer leurs compétences dans leur environnement habituel.

Ces deux définitions ressemblent fortement à certaines missions des ergothérapeutes. En dépit de l'intérêt des compétences spécifiques de ces professions émergentes, il serait regrettable de ne pas déployer davantage de moyens pour former puis recruter en priorité des ergothérapeutes.

En santé mentale, notre domaine d'intervention est nettement plus vaste. Il s'étend du soin à la réadaptation en passant par la prévention et le conseil, ceci dans le cadre de multiples approches conceptuelles qui nous permettent de respecter la singularité de chaque sujet.

Grâce à leurs compétences spécifiques, les ergothérapeutes ont les moyens et la volonté de s'inscrire pleinement dans la triple mutation qui s'opère actuellement en France.

Une augmentation du nombre de postes d'ergothérapeutes apparaît aujourd'hui incontournable au regard des besoins actuels de la population.

Notre objectif est en effet de faire valoir l'individu dans sa capacité à agir, à s'exprimer et à être citoyen parmi ses pairs. Cela passe par un accompagnement personnalisé pour que chaque personne soit en capacité de gérer ses besoins et son projet de vie de manière autonome.

PARTIE 2 :

L'ERGOTHERAPIE : UNE PROFESSION EN MOUVEMENT

1. Histoire et valeurs de la profession

L'histoire de l'ergothérapie s'inscrit dans l'évolution de l'histoire de la psychiatrie. Elle s'est toujours efforcée de s'adapter aux changements de paradigmes pour rester au plus près des attentes des personnes.

Nos valeurs éthiques et professionnelles sont à caractère humaniste. Celles-ci sont précisées par la World Federation of Occupational Therapy (WFOT). En premier lieu, l'une de ces valeurs est que *« la personne humaine doit être envisagée dans sa globalité, dans laquelle corps et esprit forment un tout ; celle-ci est considérée comme capable d'autonomie et d'auto-détermination, responsable, digne et ses droits fondamentaux sont respectables »*¹⁰.

1.1 Le travail comme thérapie

Dès l'Antiquité, le travail est reconnu comme fondamental pour l'épanouissement de l'individu, qu'il s'agisse de son bien-être physique ou de son équilibre psychique.

Les vertus curatives de l'expression artistique sont bien décrites par la médecine hippocratique. Le chirurgien du roi TISSOT, au siècle des lumières, prône lui aussi la remise en activité physique pour soigner.

Vers 1800, apparaissent les premières descriptions nosographiques des maladies mentales et donc le champ de la psychiatrie. PINEL et ESQUIROL vont insister alors sur les vertus curatives du travail, qui était alors rémunéré par un pécule pour payer l'hospitalisation. PINEL considère en effet que l'homme est humanisé par son agir et par son faire.

FREUD, quant à lui, décrira ensuite le travail comme étant indispensable pour l'existence de l'individu dans une société, de par sa valeur de lieu de transfert.

Après la première guerre mondiale, le travail comme support de rétablissement se développe en vue de rééduquer et réhabiliter les blessés de guerre.

1.2 L'activité comme thérapie

Progressivement, la notion de travail s'élargit à celle de l'activité dans un sens plus large : activités quotidiennes, activités de loisirs, etc.

¹⁰ ANAES, *Le dossier du patient en ergothérapie*, Mai 2001, p. 26-27

Susan TRACY, infirmière, introduit l'idée que l'activité a des effets bénéfiques sur la personne souffrant de troubles psychiatriques. Elle forme des professeurs d'activités artisanales, qui sont d'abord des artisans puis des infirmières. En 1918, elle publie aux Etats-Unis « Occupational Therapy ». Elle est considérée comme la première ergothérapeute.

En France, le terme ergothérapie est créé en 1943 par Georges DUHAMEL, secrétaire général de l'Académie française. Il utilise le grec *ergon*, qui traduit le lien entre l'agir et l'être, la thérapie par l'activité étant le moyen de soigner, de soulager les symptômes.

Dans son écrit sur le travail thérapeutique, François TOSQUELLES rappelle qu'il est nécessaire de considérer la personne dans sa dimension culturelle. Il prend en compte toutes les activités de la personne, notamment en termes d'expression, de plaisir, d'autonomie, de réinsertion socio-familiale et professionnelle, pour l'aider à se relier à la réalité. La psychothérapie institutionnelle basera son approche sur l'idée que l'hôpital est un instrument de guérison et que toute activité y est thérapeutique.

Nous retrouvons cette idée dans les valeurs éthiques énoncées par la WFOT : « *Les activités thérapeutiques significatives et créatives permettent à la personne de se développer, de se transformer et de trouver sa place dans la société* ».

1.3 Ergothérapie et environnement

Au sein des sciences médicales, trois grands courants se dessinent peu à peu. L'approche biomécanique se centre sur l'intégrité du corps, l'approche neurophysiologique s'attache au traitement de l'information et l'approche psychodynamique s'intéresse aux relations et à l'expression de l'inconscient.

L'ergothérapie évolue en lien avec ces avancées conceptuelles mais aussi avec les avancées techniques et les changements dans la société. L'individu est davantage considéré dans son environnement propre, dans le respect de sa singularité et de ses investissements personnels : « *Les environnements humains et matériels sont des facteurs déterminants qui interagissent avec toutes les composantes physiques, psychiques et sociales, dans ses différents domaines d'activités* » (WFOT).

En 1980, la Classification Internationale des Handicaps¹¹ associe les paramètres individuels, les déficiences et incapacités, aux paramètres sociaux, les désavantages. Ainsi, il est reconnu que la notion de handicap dépend de la personne mais aussi de son environnement. Cela correspond bien à la démarche d'intervention des ergothérapeutes.

1.4 Ergothérapie et participation sociale

Dans les années 90, nous assistons simultanément à une diminution des temps d'hospitalisation, à un changement de modèles théoriques sur la connaissance des troubles psychiatriques et de leur traitement, ainsi qu'à un nouveau rapport de la personne souffrante à ses soins. Ces éléments ont un impact indéniable sur nos pratiques professionnelles.

Les ergothérapeutes développent alors des modèles spécifiques qui donnent une place plus importante à la recherche de ce qui est porteur de sens pour le sujet et à sa participation

¹¹ Wood : 1980 ; traduction française 1988

dans les soins : « *La relation établie dans le cadre thérapeutique est essentielle pour la progression du patient, sa participation et son aptitude à être acteur de sa prise en charge. La motivation et les valeurs de la vie de la personne sont les moteurs de l'action, du changement et de l'adaptation* » (WFOT).

L'évaluation ne se limite plus aux symptômes ou aux déficiences mais s'étend aux habitudes de vie de la personne, à sa motivation, à sa capacité à identifier ses forces et ses difficultés et à s'engager dans les soins. Les objectifs recherchés sont le retour à un niveau de fonctionnement le plus autonome possible et la participation sociale par l'investissement dans des activités signifiantes et significatives. Les activités signifiantes sont celles qui présentent une importance et un sens particulier pour la personne, en lien avec son histoire et son projet de vie. Les activités significatives, quant à elles, relèvent plutôt du sens social que leur attribue leur entourage ou la société.

Au fil des ans, l'ergothérapie a donc enrichi ses champs d'application, s'adaptant constamment aux besoins de la personne et aux contraintes médicales et socio-économiques. Le champ d'exercice évolue au-delà des murs de l'institution, vers les structures extra-hospitalières et médico-sociales.

Le décret d'acte de 1986 a permis par ailleurs de réglementer la profession et a établi la liste des actes professionnels que les ergothérapeutes sont habilités à réaliser. Ceux-ci sont référencés dans l'article R4331-1 du Code de la Santé Publique. Légalement, la pratique de l'ergothérapie est donc clairement encadrée et ne peut en aucun cas être réalisée par des professionnels non titulaires du diplôme. A ce même titre, le terme ergothérapie ne peut plus être mentionné pour désigner des ateliers qui ne sont pas réalisés par des ergothérapeutes.

2. Evolution de la formation

Les premières écoles d'ergothérapie françaises sont fondées en 1954 à Paris et Nancy. Le Diplôme d'Etat d'ergothérapie est, quant à lui, créé en 1970 et inscrit au livre IV du Code de la santé (Annexe I). En septembre 2016, 24 Instituts de Formations en Ergothérapie sont recensés.

Dans le contexte de la réingénierie des études paramédicales, le référentiel d'activité des ergothérapeutes a été élaboré en s'appuyant sur le décret d'actes de 1986 (Annexe II). En 2010, ce référentiel a conduit à une nouvelle définition des compétences attendues pour réaliser ces activités et a permis d'établir le nouveau référentiel de formation¹².

La réforme s'inscrit dans la recherche d'une harmonisation européenne des professions de santé en vue d'un meilleur transfert de compétences. Elle a également pour objectif l'intégration des études d'ergothérapie dans le système Licence Master Doctorat pour développer une filière de recherche propre à la profession et faciliter les passerelles avec les cursus universitaires.

Le référentiel de formation est articulé autour de l'acquisition de compétences spécifiques à la profession d'ergothérapeute et de compétences communes aux différentes professions paramédicales.

Il vise à amener le futur professionnel à être en capacité de répondre aux besoins de santé, d'autonomie et de qualité de vie des personnes dans le cadre d'un travail en

¹² Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute

pluriprofessionnalité.

L'étudiant est ainsi formé à l'évaluation des déficits moteurs, sensoriels, psychiques et cognitifs de chaque maladie. Il apprend à analyser l'interaction de ces déficits avec les facteurs personnels et environnementaux qui vont influencer la capacité de participation sociale de la personne.

Même si les compétences technologiques restent au cœur de la formation, l'accent est mis en priorité sur le développement du raisonnement clinique, sur la communication et la relation d'aide, sur l'animation de groupe et la conduite d'entretiens, ainsi que sur l'ouverture indispensable au travail en équipe.

La durée totale de la formation est de 3 années soit 6 semestres de 20 semaines chacun. L'organisation des études est construite par une alternance entre des temps d'enseignements théoriques et pratiques à l'institut de formation, et des temps de stages cliniques et situationnels (36 semaines).

La formation est constituée de 6 domaines :

- Sciences humaines, sociales et droit.
- Sciences médicales.
- Fondements et processus de l'ergothérapie.
- Méthodes, techniques et outils d'intervention de l'ergothérapeute.
- Méthodes de travail.
- Intégration des savoirs et posture professionnelle de l'ergothérapeute.

Les unités d'enseignement (U.E.) en santé mentale tiennent une place conséquente dans le parcours de l'étudiant, par exemple :

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- UE 2.5 : « Dysfonctionnement cognitif et psychique ». 90h en présentiel et 72h de travail personnel.- UE 3.3 : « Les modèles conceptuels ». 32h en présentiel et 22h de travail personnel.- UE 3.6 : « Médiation, relation et cadre thérapeutique ». 38h en présentiel et 16h de travail personnel.- UE 4.2 : « Techniques et outils de relation et de communication ». 30h en présentiel et 24h de travail personnel.- UE 4.4 : « Techniques de rééducation et réadaptation ». 196h en présentiel et 74h de travail personnel.- UE 6.3 : « Conduite d'une intervention en ergothérapie ». 66h en présentiel autour de vignettes cliniques. |
|--|

Sans oublier les cours transversaux comme :

- Psychologie, anthropologie, sociologie : 60h (CM¹³) 33h (TD) 42h (TP).
- Ergonomie : 18h (CM) 16h (TD) 20h (TP).
- Démarche clinique – Hygiène – Pharmacologie : 24h (CM), 10h (TD), 20h (TP).
- Santé publique : 16h (CM), 16h (TD), 22h (TP).
- Pédagogie : 16h (CM) 18h (TD) 20h (TP).
- Ergothérapie et science de l'activité humaine : 16h (CM) 24h (TD) 41h (TP).
- Méthodes et techniques d'évaluation : 20h (CM) 74h (TD) 41h (TP).

Le parcours de l'étudiant comporte au moins un stage dans le domaine de la santé mentale : psychiatrie adulte, gériopsychiatrie, pédopsychiatrie, psychogériatrie, ceci dans des structures intra ou extra hospitalières, sanitaires et/ou sociales, ou encore à domicile.

Pour l'obtention du diplôme et la reconnaissance du grade de Licence, l'étudiant doit également présenter un mémoire d'initiation à la recherche dans le domaine de son choix.

3. Perspectives

Dans une société en pleine mutation et en présence d'avancées scientifiques de plus en plus nombreuses, l'ergothérapie est une profession toujours active dans sa réflexion, sa promotion et son développement.

Plusieurs Masters, Diplômes Inter Universitaires et Diplômes Universitaires se sont ouverts aux ergothérapeutes. Ces derniers sont en effet nombreux à vouloir s'engager dans des projets de recherche ou de publications dans des revues professionnelles (Annexe III). L'un des objectifs est de pouvoir développer à terme des pratiques davantage basées sur la preuve de l'efficacité de nos interventions ou sur la mesure du service rendu (*evidence based practice*).

Par ailleurs, dans le cadre d'une réflexion internationale, des modèles conceptuels spécifiques aux ergothérapeutes ont vu le jour ces dernières années et modifient progressivement nos pratiques. Nous pouvons citer par exemple le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de Participation (MCRO-P), le Modèle Australien de la Performance Occupationnelle (OPM : A), le modèle COPE (*Competent Occupational Performance in the Environment*) et le modèle Kawa.

Même si, dans notre pays, l'ergothérapie se situe dans les débuts de ce travail sur les modèles, elle s'enrichit de ses échanges avec les pays nord-américains pour asseoir plus scientifiquement sa pratique.

¹³ CM : Cours Magistraux, TD : Travaux Dirigés, TP : Travaux Pratiques.

Un travail important de traduction des outils d'évaluation est d'ailleurs actuellement en cours. La principale difficulté réside dans des problèmes de transposition de vocabulaire et de concepts dans un contexte culturel différent.

Pour exemple, le terme « occupation », employé internationalement, continue d'être peu utilisé en France du fait de sa connotation péjorative, correspondant à une simple réponse à l'oisiveté. Ce terme n'a pas la même signification dans les autres pays où « occupation » correspond au travail, à la profession ou à l'activité, c'est-à-dire aux activités signifiantes (qui ont un sens pour la personne) et significatives (qui ont un sens pour l'entourage social).

En France, nos revues de référence sont : la revue ergOTHérapies et la Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie (RFRE).

A l'international, les revues professionnelles les plus connues sont : l'American Journal of Occupational Therapy, le British Journal of Occupational Therapy, la Revue Canadienne d'ergothérapie, l'Occupational Practice Magazine, Open Journal of Occupational Therapy, Occupational Therapy in Mental Health, etc.

Il n'existe pas à ce jour d'Ordre des ergothérapeutes ni de code de déontologie. Les ergothérapeutes se réfèrent à des standards de pratiques établis par la World Federation of Occupational Therapists (Annexe IV).

Dans notre pays, l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) constitue l'instance officielle représentative de la promotion et du développement de la profession, notamment au Haut Conseil des Professions Paramédicales (Annexe V).

Elle a œuvré à l'étude sur les référentiels de pratique, la mise en place d'instruments d'évaluation des pratiques professionnelles, ainsi qu'à la réflexion sur la définition du diagnostic en ergothérapie.

L'ANFE contribue aux travaux de la Haute Autorité de Santé (HAS) tels que le développement des référentiels de bonnes pratiques. Elle participe également aux plans ministériels, travaux d'agences et observatoires.

En 2015, elle a participé entre autres aux travaux de la gouvernance des instituts de formation et l'encadrement des stages, à l'évolution du Développement Professionnel Continu (DPC) et au reclassement en catégorie A des ergothérapeutes de la fonction publique hospitalière.

Toutes ces actions s'inscrivent dans une dynamique nationale mais aussi internationale puisque l'association est membre de la COTEC¹⁴ et de la WFOT¹⁵. En 2022, le congrès international d'ergothérapie sera d'ailleurs organisé en France.

¹⁴ Council of Occupational Therapists for the European Countries

¹⁵ World Federation of Occupational Therapists

Ce qu'il faut avant tout retenir de ce bref retour sur l'histoire est la dimension dynamique de notre profession. Elle s'est d'abord construite sur les bases fondamentales de l'histoire de la psychiatrie et n'a jamais cessé d'évoluer depuis.

Aujourd'hui, nous affirmons notre volonté de contribuer davantage aux travaux de recherche qui font avancer le domaine de la santé mentale.

Par notre expertise et nos fondements scientifiques, nous avons pleinement notre place dans ces avancées.

PARTIE 3 :

LE PROCESSUS DE SOIN EN ERGOTHERAPIE

1. Présentation générale

L'ergothérapie s'inscrit dans une approche humaniste basée sur l'instauration d'une relation thérapeutique personnalisée. Cette relation permet de soutenir l'élaboration des conflits internes avec le support des activités d'expression. Il s'agit également d'encourager et de soutenir le potentiel créatif du sujet en l'accompagnant dans une prise de conscience de ses capacités. Cette démarche prend en compte l'interaction entre personne, activité et environnement.

Dans le domaine du handicap psychique, l'ergothérapeute a pour mission d'évaluer les retentissements fonctionnels de la maladie sur les investissements professionnels, scolaires, relationnels et de vie quotidienne.

Il utilise pour cela le lien qui existe entre l'activité humaine et la santé, ceci en vue d'obtenir une qualité de vie satisfaisante aux yeux de la personne en soin. Pour définir cette qualité de vie propre à chacun, il accompagne celle-ci dans la recherche des activités qui sont signifiantes pour elle et qui donnent ainsi du sens à son existence.

Quelle que soit l'approche conceptuelle retenue, notre objectif est toujours de permettre à chacun de se construire et de s'épanouir en tant que sujet.

L'activité humaine s'entend selon le terme anglo-saxon *occupation* c'est-à-dire « *un groupe d'activités, culturellement dénommées, qui ont une valeur personnelle et socioculturelle et qui sont le support de la participation à la société* » (Meyer, 2013, p.59). Elles comprennent notamment les soins personnels, la scolarité, le travail et les loisirs.

Même si l'outil le plus connu de l'ergothérapeute reste l'activité thérapeutique, ce dernier a également recourt à des entretiens et à des mises en situation dans la cité ou à domicile.

L'ergothérapie s'exerce dans les secteurs sanitaire, médico-social et social, au sein d'équipes pluridisciplinaires et en lien avec un réseau d'acteurs au bénéfice de la personne.

L'intervention se réalise le plus souvent sur prescription médicale, lorsque la nature des activités conduites l'exige¹⁶.

Les pratiques ergothérapiques peuvent prendre des formes variables en fonction de chaque personne, du projet de soins et du contexte institutionnel, en particulier selon les modèles conceptuels retenus.

L'ergothérapeute est lui-même un professionnel de santé multi-référencé. Formé à diverses approches théoriques de la santé mentale, il peut échanger et communiquer sur des bases communes, partageant un même vocabulaire avec les autres professionnels.

¹⁶ Arrêté du 5 Juillet 2010 relatif au Diplôme d'Etat d'ergothérapeute

Ainsi, les approches psychodynamiques, de réhabilitation psychosociale, cognitivo-comportementales, systémiques ou de psychothérapie institutionnelle, vont donner une coloration particulière à sa pratique, en fonction des orientations du service dans lequel il intervient.

Par exemple, il peut aussi bien mener des ateliers d'expression et de création selon une orientation psychanalytique, que s'intégrer dans les programmes d'éducation thérapeutique ou encore intervenir dans des programmes de remédiation cognitive et d'habiletés sociales.

Parallèlement à ces approches conceptuelles, les ergothérapeutes élaborent également leur pensée autour de modèles plus spécifiques à la profession tels que le Modèle de l'Occupation Humaine¹⁷ ou le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel¹⁸.

Ces modèles accordent une place prépondérante à l'engagement, à la motivation et à la participation dans des activités qui sont signifiantes pour le sujet. La notion de rendement occupationnel y est développée en tant que « *capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations significatives qui lui procurent de la satisfaction* » (Association Canadienne des Ergothérapeutes, 1997, p.34).

2. La démarche d'intervention

Au vu des multiples modèles conceptuels et outils que l'ergothérapeute utilise, les modalités de réflexion et d'intervention peuvent paraître très diverses. La démarche reste néanmoins commune à tous les ergothérapeutes et vise toujours l'autonomie, le bien-être et la qualité de vie de la personne.

2.1 Recueil de données et évaluation initiale

Au cours de cette première étape, nous cherchons à identifier tous les paramètres de la situation sur le plan clinique, environnemental et motivationnel de la personne. Nous recherchons plus particulièrement les ressources mobilisables ainsi que les facteurs facilitateurs et les freins au changement.

Ces éléments nous sont apportés par la personne et son entourage, par le médecin et l'équipe et enfin, par le dossier patient.

A l'occasion d'un premier entretien ou d'un échange informel, la personne est encouragée à exprimer ses attentes, ses besoins, ses valeurs. Pour cela l'ergothérapeute établit une relation de confiance qui constitue un support fondamental tout au long de son intervention.

Pour compléter son diagnostic ergothérapique, il utilise des évaluations qualitatives et/ou quantitatives. Celles-ci peuvent être des bilans standardisés ou prendre la forme d'observations cliniques lors de mises en situation d'activité.

Toutes ces données recueillies sont transmises aux autres professionnels et intégrées au dossier patient, par le biais de notes ou de grilles d'observations.

¹⁷ Modèle de l'Occupation Humaine élaboré par Gary Kielhöfner en 2008

¹⁸ Modèle Canadien du Rendement Occupationnel, élaboré en 1997 puis révisé et traduit en 2008

2.2 Diagnostic ergothérapique et cadre conceptuel

La notion de diagnostic ergothérapique est encore en cours d'élaboration. Un groupe de travail y est actuellement consacré, en collaboration avec l'ANFE.

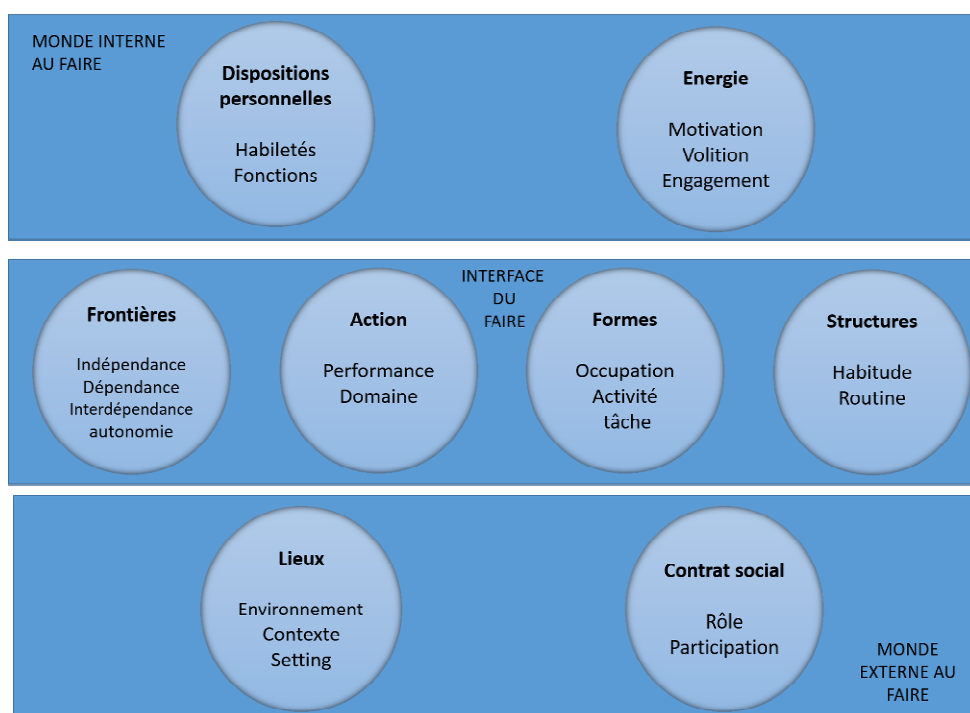
La définition provisoire proposée par le Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie Français (SIFE) est la suivante :

« Le diagnostic ergothérapique est une synthèse et une analyse de l'évaluation qui vise à identifier la nature occupationnelle d'une personne ou groupe de personnes, en tenant compte des facteurs internes et externes qui l'impactent ».

La nature occupationnelle d'une personne est entendue ici comme son niveau d'engagement dans des activités ayant pour elle une valeur personnelle et/ou socioculturelle et qui sont le support de sa participation à la société (soins personnels, productivité, loisirs).

« Fruit d'une co-construction avec la personne concernée, le diagnostic ergothérapique est élaboré en référence à des modèles conceptuels et des approches théoriques. Il permet de définir les orientations et stratégies d'intervention de l'ergothérapeute. Il contribue au dépistage et à l'élaboration diagnostique d'autres professionnels ».

Le diagnostic ergothérapique se base sur des concepts définis par ENOTHE¹⁹, résumés dans le schéma ci-dessous :



*Représentation schématique du cadre conceptuel
du groupe de terminologie d'ENOTHE (CCTE) (MEYER, 2013, p.42)*

¹⁹ European Network of Occupational Therapy in Higher Education.

Dans ce schéma nous voyons que l'ergothérapeute construit son dispositif de soins sur trois niveaux, que la personne soit enfant, adulte ou personne âgée :

- Le monde interne du sujet est pris en compte par l'encouragement de son expression émotionnelle, à travers le support des médiations et de la verbalisation.
- L'interface du faire, entre monde interne et monde externe, est l'aire d'expériences dans laquelle la personne se situe pendant l'activité. Elle y développe ses capacités, ses habiletés et son autonomie.
- Le monde externe concerne ses relations avec l'extérieur. Ce niveau est travaillé à travers les accompagnements en situation, dans le lieu de vie de la personne, son domicile, son école ou son travail, et ses loisirs.

Pour compléter ce schéma, nous pouvons reprendre les mots d'Isabelle PIBAROT (2013, p.65) qui définit l'être et le faire comme deux axiomes de l'agir :

« L'agir humain se constitue d'être et de faire. Etre engendre le faire. Entre être et faire, il n'y a pas d'opposition mais un rapport dynamique conduisant à la maîtrise du réel. »

« L'agir est signe d'existence, il est activité de l'être en relation. Hors relation, la personne est enfermée dans l'être. »

L'un des principes fondamentaux de notre profession est donc bien que l'individu est un être agissant, un être autonome et participant, mais aussi un être de créativité et de relation.

L'ergothérapeute encourage la capacité d'auto-détermination, la responsabilité et la qualité de vie. Pour cela il soutient l'engagement de la personne dans ses soins. Celle-ci doit pouvoir être motivée par des activités qui ont du sens pour elle et qui sont sources de satisfaction.

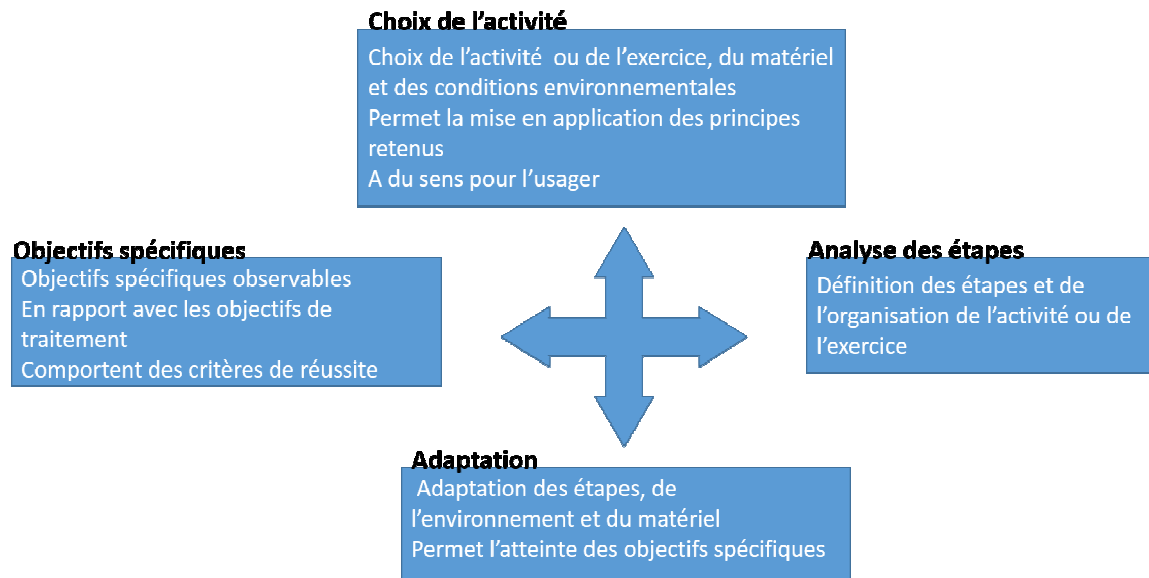
Rappelons également que l'activité thérapeutique en psychiatrie est utilisée comme médiatrice. Elle n'est pas un but en soi, mais joue le rôle d'interface entre le sujet et sa problématique. L'objet créé n'a pas de vocation esthétique ou fonctionnelle, il accompagne le processus dynamique de changement et sert de support relationnel.

Nous accordons une place prépondérante au respect de la singularité de chaque individu. Ainsi nos valeurs humanistes se reflètent dans la qualité de la relation thérapeutique, d'aide et de confiance, que nous entretenons tout au long de notre démarche d'accompagnement de la personne.

Notre diagnostic étant établi, nous co-construisons ensuite notre plan d'intervention avec la personne qui, de cette façon, peut entamer un processus d'implication dans ses soins.

2.3 Formulation des objectifs

Nos objectifs sont en accord d'une part, avec les choix de la personne et d'autre part, avec l'intervention globale de l'équipe de soins. Ils sont hiérarchisés, organisés dans le temps et régulièrement réévalués.



les 4 éléments d'une activité ou d'un exercice durant le traitement

(MEYER S., 2007, p94)

A titre d'exemples, voici quelques-uns des objectifs que nous pouvons nous fixer :

- valoriser, soutenir la confiance et l'estime de soi ;
- accompagner la prise de conscience de son potentiel et de ses limites à travers l'agir ;
- encourager l'expression de ses émotions et le travail d'élaboration psychique ;
- développer sa capacité à établir des relations adaptées et satisfaisantes ;
- restaurer, maintenir ou améliorer ses fonctions cognitives ;
- inscrire la personne dans une temporalité, une organisation et un rythme de travail ;
- développer ou maintenir l'indépendance et l'autonomie dans les activités de vie quotidienne et trouver des stratégies ou des moyens de compensation si nécessaire ;
- encourager une dynamique de changement basée sur la motivation et l'engagement ;
- accompagner dans un changement des habitudes et dans l'élaboration d'un projet de vie.

2.4 Cadre de l'intervention

Les objectifs à court, moyen et long terme étant posés, nous prenons ensuite le temps de penser les modalités de notre intervention : nature des séances, lieu et moyens. En effet, le choix du dispositif est tout aussi important et réfléchi que la définition des objectifs.

La personne en soin peut être reçue en séance individuelle, avec ou sans entretien préalable, ou bien en groupe ouvert, semi-ouvert ou fermé. La fréquence et la durée des séances sont également conditionnées par les objectifs recherchés.

Le lieu d'intervention peut être un atelier d'ergothérapie ou bien hors les murs, dans la cité ou au domicile :

- L'atelier d'ergothérapie est un espace particulier, bien différencié des autres pièces du service. Il constitue un espace transitionnel d'expériences qui met en jeu les ressentis et la créativité de chaque individu.

L'atelier est avant tout un lieu de relation et d'échanges. A ce titre, il constitue un lieu où il est possible de s'exprimer en tant que sujet, à travers ses désirs, ses craintes ou encore son vécu de la maladie. Notre écoute particulière, médiatisée par l'activité, contribue fortement à la construction d'une alliance thérapeutique entre la personne souffrante et l'ensemble de l'équipe soignante.

- Les interventions hors les murs ont pour objectif de travailler en situation réelle sur le transfert des compétences acquises dans l'institution vers l'environnement singulier de la personne. Il peut s'agir d'un accompagnement pour repérer des trajets, prendre les transports en commun, préparer sa liste de courses et réaliser ses achats, utiliser un agenda pour planifier les rendez-vous et bien d'autres activités de la vie quotidienne que la personne apprécie ou qu'elle doit faire. Dans toutes ces tâches, l'ergothérapeute évalue la réussite de l'action mais aussi le ressenti (angoisse, sentiment de satisfaction) et propose, si besoin, des compensations matérielles et/ou humaines.

Les supports d'intervention en ergothérapie sont les médiations thérapeutiques et les mises en situation de vie quotidienne. Les médiations thérapeutiques (artisanales, artistiques, sportives, etc.) ont des composantes structurantes, ludiques, expressives, projectives, que l'ergothérapeute utilise de façon personnalisée.

Les mises en situation peuvent porter sur la gestion du quotidien (ménage, cuisine, courses, déplacements, budget), sur des habiletés sociales (jeux de rôle), sur des éléments d'éducation thérapeutique (connaissance de la maladie).

2.5 Evaluation et traçabilité

Comme tous les autres acteurs de la santé, l'ergothérapeute suit une démarche rigoureuse d'évaluation constante de son intervention pour réajuster ses objectifs au plus près de l'évolution de la personne.

Il s'inscrit dans la démarche de soins globale de l'ensemble de l'équipe en participant aux réunions cliniques et à l'élaboration, avec la personne, de son projet de vie.

Il assure également une traçabilité de ses actes. Ces écrits peuvent prendre la forme de transmissions dans le dossier patient, de comptes-rendus, de bilans standardisés. Dans le cadre de nos compétences d'expertise et de préconisation, ils peuvent être réalisés pour des structures auxquelles le patient est adressé.

Parmi les bilans les plus utilisés par les ergothérapeutes, nous pouvons mentionner :

- L'EMAE (Echelle d'Evaluation Multifocale de l'Activité Ergothérapique) : évaluation qualitative et quantitative des habiletés motivationnelles, émotionnelles, cognitives et de relations sociales d'une personne, mesurées dans une situation d'activité.

- L'ELADEB (Echelle Lausannoise d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins) : outil d'auto-évaluation qui établit un profil quantitatif des difficultés et des besoins d'aide d'un individu.
- Le MOHOST (Model Of Human Occupation Screening Tool) : outil d'analyse de la vie occupationnelle d'un sujet pour repérer ses forces et ses faiblesses. Il peut se réaliser par observation, entretien, recueil d'information auprès des proches ou du dossier médical.
- L'ERF (Echelle des Répercussions Fonctionnelles) : mesure de l'impact des troubles cognitifs sur les activités de vie quotidienne. Cette échelle est souvent utilisée avant l'intégration de la personne dans un programme de remédiation cognitive.
- Le TEM (Test des Errances Multiples) : Outil d'évaluation écologique des fonctions exécutives. Il permet d'évaluer les capacités de planification, d'adaptation, de résolution de problèmes et de flexibilité mentale en situation réelle.
- L'AMPS (Assessment of Motor and process Skills) : évaluation des habiletés motrices et procédurales par une analyse qualitative lors de la réalisation d'une activité. Cet outil est standardisé et utilisable dès l'âge de 3 ans.
- La batterie d'Azima : technique projective basée sur l'observation et les échanges verbaux avec une personne lors de la réalisation d'activités à médiation expressive. Elle permet d'appréhender son humeur, ses comportements et ses relations objectales.

Concernant les évaluations cognitives, l'ergothérapeute n'utilise pas de tests psychométriques puisque ces derniers relèvent de la compétence des psychologues et neuropsychologues, mais il peut les compléter par des évaluations dites « écologiques ».

Ces évaluations consistent à repérer des dysfonctionnements cognitifs au cours de la réalisation d'une activité. Ainsi, une difficulté à planifier les différentes étapes de la confection d'un repas pourra révéler un trouble des fonctions exécutives. Certains de ces troubles peuvent passer inaperçus ou ne pas être évaluables dans des situations de tests psychométriques alors qu'ils seront révélés lors d'une mise en situation concrète.

Pour conclure cette présentation de notre démarche, nous souhaitons insister sur l'idée que l'intervention d'un ergothérapeute se réfléchit, se prépare et s'évalue.

Loin de proposer « des occupations pour distraire le patient et lui faire passer le temps », comme nous l'entendons encore trop souvent, l'ergothérapeute s'engage, avec rigueur et méthode, dans un véritable processus de soin et de changement par l'activité.

Par ce fait, il est devenu un acteur incontournable du dispositif de soins autour de la personne.

PARTIE 4 :

LA PLACE DE L'ERGOTHERAPIE DANS LA CONTINUE DU PARCOURS DE SOIN

Nous proposons ici de donner une représentation de ce que peut être le parcours de soin d'une personne souffrant de troubles psychiques.

Cette présentation n'est qu'un exemple des situations les plus fréquemment rencontrées actuellement par les ergothérapeutes dans le champ sanitaire.

Cependant, d'autres pratiques tendent à se développer dans des lieux d'intervention diversifiés, notamment dans les champs médico-sociaux, sociaux, de la prévention et de l'exercice libéral. Elles concernent un public varié qui ne se restreint pas aux adultes mais qui concerne également les enfants, les adolescents et les personnes âgées.

1. Le temps de l'hospitalisation

La nécessité de recourir à une hospitalisation correspond à une rupture dans la vie d'une personne et de sa famille, rupture d'un équilibre dans son fonctionnement et dans son bien-être. C'est une période de crise où les symptômes sont très présents. L'urgence est à l'instauration de traitements dont les effets secondaires peuvent s'avérer importants, et à la mise en place d'un cadre de soins parfois restrictif.

Quand l'hospitalisation se fait sous contrainte, l'alliance thérapeutique est d'autant plus difficile à établir. Le souvenir que le patient gardera de ses premiers contacts avec les services de psychiatrie est un enjeu majeur car il impacte fortement son adhésion aux soins sur le long terme. Or, ces premières images sont souvent perçues comme très stigmatisantes.

Par son intervention, l'ergothérapeute contribue à rassurer et à mettre en confiance la personne pour que son engagement dans les soins devienne possible. Lors des séances, il lui redonne la capacité de choisir et d'agir, une liberté dont celle-ci se sent souvent privée à l'hôpital. Dans cet espace privilégié d'expression de soi, une alliance thérapeutique peut se tisser pas à pas au plus près des attentes de chaque sujet.

L'ergothérapeute accompagne également la personne dans la prise de conscience de ses symptômes à travers la confrontation à la réalité de la situation d'activité. La précocité de ses interventions peut permettre de réduire certains troubles en complétant l'action des traitements et en coordination avec les interventions des autres professionnels.

Par ailleurs, des mises en situation écologiques peuvent être nécessaires pour évaluer les capacités et incapacités de la personne en fin d'hospitalisation, en vue de préparer la sortie. Cela peut se concrétiser par exemple à travers des accompagnements à l'extérieur de l'hôpital pour faire des courses ou prendre les transports pour se rendre à l'hôpital de jour.

Suite à l'hospitalisation, l'ergothérapeute rédige un compte-rendu destiné aux autres professionnels qui assureront la continuité des soins sur le secteur extra-hospitalier. Cette

liaison permet une meilleure efficacité dans la chaîne de soins puisqu'elle apporte une première évaluation des capacités et incapacités de la personne.

Le compte-rendu apporte également des informations importantes sur les centres d'intérêt de la personne, ses besoins et ses attentes. Les autres équipes pourront s'appuyer sur ces éléments pour permettre à la personne de se sentir reconnue dans sa singularité et soutenue dans son projet de vie. Parfois, c'est un même ergothérapeute qui établit cette liaison par le fait qu'il exerce à la fois sur les services intra et extra hospitaliers.

2. Le temps de la réadaptation

Après le temps de la crise vient le temps de la reconstruction de soi, de son rôle, de sa place dans la société. La réadaptation psychiatrique a pour but de permettre la réintégration de la personne dans son environnement antérieur ou le démarrage de nouveaux projets, professionnels ou scolaires par exemple. Pour cela, il s'agit de développer ses habiletés cognitives, émotionnelles, relationnelles, physiques en vue de trouver un fonctionnement le plus satisfaisant possible.

Comme les ergothérapeutes ont déjà l'habitude de le faire, l'autonomie est placée au cœur de cette étape du soin. Ainsi, développer les compétences d'adaptation à la maladie est une mission à laquelle l'ergothérapeute peut contribuer pour réduire les risques de rechute. Il peut le faire notamment en mettant à disposition ses compétences pour l'élaboration des programmes d'éducation thérapeutique.

Sa formation poussée sur les dysfonctionnements cognitifs fait également de lui un partenaire essentiel dans les programmes de remédiation cognitive fréquemment utilisés dans les structures extra-hospitalières.

Enfin, l'ergothérapeute est un « catalyseur du processus de changement de l'individu » (Offenstein, 2015, p.109). Par la mise en activité, il propose à la personne des situations d'apprentissage en situation réelle qui lui permettent de prendre conscience de ses habiletés, de ses limites et des contraintes de son environnement. Par exemple, dans le quotidien, celle-ci va réaliser que faire ses courses est une activité trop coûteuse pour elle en termes de fatigue, d'organisation ou de gestion de son budget. Une autre personne réalisera à l'inverse qu'elle a recouvré le potentiel cognitif suffisant pour reprendre une activité professionnelle dans un milieu adapté.

Dans les structures ambulatoires pour enfants ou adultes, l'ergothérapeute organise des activités de socialisation et d'entraînement aux activités de vie quotidienne telles que les repas thérapeutiques, les sorties culturelles, la prise des transports. Mais il continue aussi à soutenir l'expression et l'élaboration psychique par des médiations artistiques. Il part en effet du principe que, pour retrouver une place dans la société, chaque individu a besoin de construire son identité et d'identifier ce qui a du sens pour lui. Cela relève pleinement de l'étape de la réadaptation.

L'ergothérapeute, avec sa vision globale de la personne, autant psychique que corporelle, peut s'intégrer dans des activités sportives, de relaxation, mais également dans les programmes d'hygiène alimentaire. L'un des objectifs est d'encourager les efforts de la personne dans sa réadaptation, en s'assurant qu'elle conserve une bonne estime d'elle-même, en dépit de la prise de poids souvent associée à la prise des traitements. Ce constat est parmi les premiers facteurs d'arrêt des traitements et donc de rechute.

Auprès des enfants, la réadaptation peut comporter des interventions dans le milieu scolaire ou des loisirs pour favoriser une bonne intégration, par l'entraînement à des habiletés cognitives et des habiletés relationnelles dans un groupe.

La réadaptation en faveur des personnes âgées peut se faire dans des hôpitaux de jour comme dans le cas des unités spécialisées dans la maladie d'Alzheimer. Des activités y sont proposées à la journée, visant à maintenir les acquis, réduire l'évolution des troubles cognitifs et à préserver l'estime de soi des personnes en perte d'autonomie.

3. Le temps de la réhabilitation

Avec l'apparition des concepts de rétablissement et de handicap psychique, une nouvelle image de la santé mentale apparaît, où l'étape de la réhabilitation prend tout son sens.

Réhabiliter une personne c'est chercher à lui redonner toute sa dignité, soutenir sa capacité d'émancipation et son pouvoir d'agir dans la société. L'*empowerment* consiste ainsi à octroyer davantage de pouvoir aux individus pour qu'ils soient en mesure d'agir sur leurs contraintes sociales. Il s'agit donc pour nous, ergothérapeutes, de soutenir leur participation sociale et leur engagement dans des activités significatives au regard de leurs habitudes de vie.

Ce processus est à la fois individuel et systémique. Il implique de pouvoir intervenir sur l'environnement de la personne : famille, emploi, école, quartier, vie associative.

Concernant le domaine du logement, l'ergothérapeute intervient au domicile de la personne, qu'elle soit seule, en famille, en foyer ou en appartement thérapeutique. Il évalue avec elle ses difficultés dans la gestion du quotidien et propose des compensations si nécessaire.

Par rapport à la scolarité et à l'emploi, l'ergothérapie permet une évaluation en situation des habiletés de l'individu et ouvre le dialogue avec l'institution pour envisager les aménagements nécessaires. Il peut s'agir d'un milieu ordinaire de travail, d'un emploi protégé (type ESAT²⁰), d'une intégration en milieu scolaire ordinaire ou adapté (type ITEP²¹).

Dans le secteur des loisirs, l'ergothérapeute encourage la personne dans des démarches d'inscription à des activités, que ce soit vers les maisons de quartiers ou les associations. Il l'informe sur les possibilités existantes et l'aide à organiser son planning sur la semaine ou à trouver les transports adéquats pour s'y rendre.

Quand le retour au fonctionnement antérieur s'avère impossible, la réhabilitation comporte un volet d'évaluation du handicap. Pour cela, l'ergothérapeute utilise ses compétences d'expertise qu'il met en lien avec les services de la MDPH²². Grâce à sa connaissance de la personne, de ses attentes et de son environnement, il va pouvoir identifier les besoins matériels, humains et financiers nécessaires pour maintenir son autonomie au quotidien.

²⁰ ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

²¹ ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

²² MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

A ce stade de la réhabilitation, les relations avec les structures du réseau social et médico-social sont essentielles.

Ainsi, les ergothérapeutes sont présents dans les structures sociales telles que les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS). Ils contribuent à l'élaboration, à la réalisation et au suivi du projet d'accompagnement individualisé. Ils interviennent à domicile pour évaluer les besoins, conseiller et sensibiliser à l'utilisation de moyens de compensation du handicap. Il en est de même dans les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) qui complètent les interventions des SAVS par des prestations de soins. Il s'agit d'établissements médico-sociaux.

Au sein de ces deux types de structures, l'ergothérapeute contribue à la mise en œuvre du plan de compensation (travail de coordination entre les intervenants pour assurer une continuité de soins et d'accompagnement). Il participe également au soutien des aidants familiaux et à l'accompagnement vers l'insertion professionnelle, scolaire et sociale.

L'objectif est toujours de rester vigilant à ce que la continuité du parcours de soin et de vie soit préservée depuis l'hospitalisation jusqu'au retour dans la cité, de façon à maintenir une alliance thérapeutique sur le long terme.

L'ergothérapeute connaît bien toutes ces étapes et il est compétent pour intervenir dans chacune d'elle. De ce fait, il est à même d'aider la personne à se repérer dans l'articulation des différents maillons de la chaîne de soins.

Mais pour cela, des postes doivent absolument être maintenus et d'autres doivent être créés sur les différentes structures que nous venons de mentionner.

4. De la continuité des soins à la participation sociale

Dans notre pratique, actuellement, les actions à visée communautaire sont encore peu développées. Cependant il est indispensable qu'elles le deviennent, car le meilleur moyen de réduire les rechutes et de limiter les situations de handicap est encore d'informer, de conseiller et de mener des actions de prévention auprès de l'entourage et des institutions.

A toutes les étapes du parcours de soin, l'ergothérapeute peut avoir un rôle d'information et de conseil auprès de l'entourage. Durant l'hospitalisation, il a surtout un impact sur l'image que la famille se fait à la fois de la maladie mais aussi des soins psychiatriques en général. La relation établie avec eux est fondamentale car ils seront les principaux partenaires dans la suite du suivi. Ce sont eux qui, au quotidien, repèrent les éventuels facteurs de risque ou signes de rechute, qui partagent aussi les projets de vie.

Leur adhésion est donc parfois tout aussi importante que celle de la personne bénéficiaire des soins.

Lors de la réhabilitation, il faut pouvoir leur donner un maximum d'informations et de conseils pour que l'ancien patient redevienne un sujet à part entière, qu'il retrouve sa place et son rôle dans sa propre cellule familiale. Parfois, l'ergothérapeute se trouve être leur principal interlocuteur, notamment quand il intervient sur leur lieu de vie.

Ce rôle d'information est aussi à destination des employeurs et des établissements scolaires. Comprendre qu'un individu apparaissant négligé, ralenti, avec des difficultés à se concentrer,

n'est pas forcément un élève ou un employé qui se désinvestit mais simplement quelqu'un qui souffre d'un handicap d'origine psychique, relève du rôle d'information de l'ergothérapeute auprès de l'environnement de la personne. Par exemple, ce dernier peut prodiguer des conseils pour que la tâche demandée soit répartie sur des durées adaptées aux capacités cognitives et psychiques de la personne.

Les retentissements fonctionnels des maladies psychiatriques sont encore méconnus du grand public et parfois même des professionnels. Ils sont donc souvent mal interprétés.

Des travaux de recherche dans ce domaine, ainsi qu'une meilleure communication dans des articles professionnels, permettront aux ergothérapeutes de mieux les faire connaître pour mieux les prendre en charge à tous les niveaux du parcours de soin.

Au-delà du registre des troubles identifiés comme relevant du soin psychiatrique, c'est ici tout le champ de la santé mentale qui s'ouvre à l'intervention des ergothérapeutes.

Il concerne des problématiques bien plus larges : stress professionnel, conduites à risque à l'adolescence, précarité sociale, vieillissement, etc.

De façon non exhaustive, nous pouvons citer quelques-uns des interlocuteurs auprès de qui les ergothérapeutes mènent des actions d'information et de promotion de la santé :

- les Centres Communaux d'Action Sociale, par exemple pour soutenir le maintien à domicile de personnes âgées présentant un début de démence mais encore aptes à rester chez elles ;
- les maisons de quartiers, les centres pour adolescents déscolarisés, en vue de proposer des suivis précoces en ambulatoire et de limiter les risques d'entrée dans des maladies psychiatriques ;
- les Services de l'Aide Sociale à l'Enfance, pour améliorer la coordination entre réseau social et réseau de soins, par exemple dans des situations de signalement auxquelles nous pouvons être confrontés à tout moment du parcours de soin mais surtout à domicile ou à l'école ;
- les auxiliaires de vie, les aides à la vie scolaire, pour les conseiller dans leurs interventions auprès des personnes en situation de handicap psychique ;
- les services sociaux dans les mairies, pour mettre en place un meilleur partenariat dans les actions en faveur de la lutte contre les discriminations, par exemple en organisant des actions culturelles associant la population et des associations de patients ;
- les Conseils Locaux en Santé Mentale, pour des actions de prévention et d'information, de repérage précoce des troubles psychiques et de réduction de leurs conséquences telles que l'isolement.

5. L'ergothérapie en libéral

Dans la perspective d'une intervention au plus près de l'environnement réel des personnes accompagnées, les ergothérapeutes sont aujourd'hui plus nombreux à vouloir s'orienter vers l'exercice libéral. A cet effet, l'offre de formation a été développée ces dernières années dans les Instituts de Formation en Ergothérapie, ainsi que par l'ANFE et par le SYNTEL²³.

Mais à ce jour, cette pratique demeure encore peu répandue en France alors qu'elle est beaucoup plus présente dans d'autres pays européens et nord-américains.

Les problématiques du non remboursement des actes par l'assurance maladie et du non accès direct de l'utilisateur sans prescription médicale demeurent des freins importants.

Pourtant, l'évolution des besoins et de la politique de santé mentale en France justifierait le soutien et l'expansion de la pratique libérale des ergothérapeutes. Notamment, le manque de places d'accueil ambulatoires et le manque de psychiatres libéraux justifient un déploiement plus important de l'offre de soins en libéral. L'accent pourrait ainsi être davantage mis sur des actions de prévention, en particulier face aux risques psycho-sociaux.

Dans le registre de la psychiatrie, les actes d'ergothérapie peuvent s'adresser à tous types de pathologies de la névrose à la psychose chronique en passant par les troubles des conduites alimentaires, les addictions, les difficultés d'apprentissage ou d'attention, auprès d'adultes ou de jeunes adultes.

Le plus souvent, les personnes sont orientées par leur médecin généraliste ou leur psychiatre. D'autres professionnels de santé peuvent également leur conseiller un suivi en ergothérapie mais elles devront, quoi qu'il en soit, passer par leur médecin pour obtenir une prescription. L'ergothérapeute est donc inscrit dans un réseau de soin auquel il peut se référer et faire appel à tout moment.

Les personnes suivies sont généralement demandeuses d'une approche psychothérapique médiatisée par l'activité en complément des entretiens ou souhaitent poursuivre un travail psychique entamé en institution, ou encore faire un point à distance de la période de crise.

Selon les attentes, le suivi peut être ponctuel, transitoire ou au long cours, ce qui permet de réduire les risques de rechute.

L'intervention se réalise généralement au cabinet sous forme de séances de psychothérapie à médiation, d'entretiens et d'évaluations.

Mais elle peut se faire aussi à domicile, dans le milieu scolaire, professionnel et auprès du réseau social et familial de la personne.

En libéral comme en institution, l'ergothérapeute cherche à questionner les difficultés rencontrées par un individu à la lumière de son histoire, de ses représentations et de ses désirs, tout en le rendant acteur de son parcours de soin.

²³ Synfel-Ergolib : Réseau National Français des Ergothérapeutes en libéral

Il est important de souligner que l'ergothérapeute est certes un professionnel de santé, mais il demeure avant tout un professionnel de l'activité humaine.

Quelle que soit l'étape de son intervention, depuis l'hôpital jusqu'à la cité, la nature occupationnelle de l'être humain, malade ou non, demeure au centre de ses préoccupations.

Ces activités humaines concernent bien plus que le champ sanitaire puisqu'elles sont étroitement corrélées à la vie sociale.

Pour accompagner la personne jusqu'au terme de son processus de réhabilitation, l'ergothérapeute doit désormais travailler en partenariat étroit avec les intervenants du réseau social et s'inscrire dans le réseau des soins ambulatoires.

CONCLUSION

Cette brève présentation de la profession d'ergothérapeute ne saurait à elle seule donner une représentation complète de la diversité de nos pratiques en santé mentale. Notre objectif était avant tout d'amener des éclairages pour préciser notre rôle, nos compétences et nos domaines de pratique dans les secteurs sanitaire, médico-social et social.

Plusieurs aspects ont ainsi été abordés autour de notre démarche d'intervention, de nos fondements historiques et scientifiques, ainsi que sur notre intégration dans le parcours de soin des personnes souffrant de troubles psychiques.

Dans le contexte d'une société soucieuse de reconnaître le handicap psychique, à la recherche d'une égalité des chances pour tous, l'ergothérapie a beaucoup à apporter. En considérant la nature fondamentalement occupationnelle de l'être humain, l'ergothérapeute recherche le développement de la capacité d'agir des personnes, leur *empowerment*, pour qu'elles puissent s'affirmer en tant que citoyen dans le respect de leur singularité.

Nous constatons tous que les besoins évoluent et donc les approches de soin aussi. Or, actuellement, les ergothérapeutes ne peuvent y répondre pleinement faute de postes, de moyens et de reconnaissance de leur véritable rôle dans les postes déjà existants.

Sur le terrain, nous constatons une grande méconnaissance de notre profession, plus ou moins marquée selon les institutions. Aujourd'hui encore, des services dits d'ergothérapie existent sans ergothérapeute. Ceci n'est plus acceptable pour notre communauté professionnelle. Alors nous appelons à une prise de conscience de la part des équipes, des médecins et des instances ministérielles. Un changement important doit s'opérer dès à présent pour que notre plus-value devienne un atout dans la qualité des soins au service de la personne en souffrance psychique.

Le parcours de soin et de vie se développe à présent vers plus d'interventions dans la cité. L'ergothérapie doit impérativement faire partie du réseau ambulatoire, en complémentarité des autres paramédicaux. Même si certains champs d'intervention semblent se recouper, chaque professionnel a toujours des compétences propres dans son domaine.

Celles des ergothérapeutes visent à proposer aux personnes des soins plus en adéquation avec leurs besoins, leurs attentes, leurs valeurs.

Nos capacités d'évaluation et d'accompagnement au changement de la personne à travers son profil occupationnel est notre atout majeur car l'activité est un fil conducteur du domaine du soin jusqu'au domaine médico-social puis social.

Les ergothérapeutes s'inscrivent dans une démarche dynamique, toujours en réflexion sur leurs pratiques et le devenir de leur profession. Une profession engagée et participante, désireuse de contribuer à l'évolution de notre système de santé.

Nos capacités d'adaptation ont toujours été au centre de nos pratiques : adaptation aux différents publics, aux fonctionnements institutionnels, aux modèles conceptuels, à la composition des équipes, aux moyens disponibles ou à leur absence, ainsi qu'aux multiples changements politiques de notre société.

Comme nous le savons tous, les changements de politique de soins en santé mentale sont, en grande partie, sous-tendus par des contraintes économiques et sociales. Or, nos interventions à différents stades de la prise en charge peuvent contribuer à une réduction du coût des soins : d'une part, grâce à une évaluation plus précoce des situations de handicap et d'autre part, grâce à des interventions visant l'alliance thérapeutique et la réduction des rechutes. La démarche que nous proposons se situe pleinement au carrefour des besoins de notre société et de ses contraintes budgétaires.

Par conséquent, le Ministère de la Santé et les principaux acteurs de la santé mentale, dans les hôpitaux et dans la cité, doivent se saisir dès à présent de tout le potentiel que nous avons à offrir pour apporter à la population des réponses adaptées complémentaires aux traitements médicamenteux.

La reconnaissance de notre activité devra impérativement passer par un développement de l'activité scientifique autour de la profession ainsi que par une valorisation de nos actions, notamment à travers le remboursement des actes de soins en libéral.

Enfin, en 2022, la communauté des ergothérapeutes accueillera en France le congrès international d'ergothérapie. Cet évènement est historique pour notre pays et promet encore de nouvelles avancées pour la profession. Tirant de cette future rencontre une certaine fierté professionnelle, nous sommes d'autant plus motivés à poursuivre notre engagement dans le changement.

Mais c'est à vous à présent, acteurs et décideurs du système de soins pour la santé mentale en France, de prendre conscience de la nécessité de nous donner une place et des moyens en adéquation avec les besoins de notre société.

GUIDE DE RECOMMANDATIONS

Au regard des éléments présentés dans le document « *Ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspectives* », de nombreux points ont été soulevés.

Il apparaît que l'ergothérapie doit être revalorisée sur l'ensemble du territoire français, dans un souci d'équité et de qualité des soins.

C'est dans cette perspective que nous proposons les recommandations qui suivent.

Celles-ci doivent permettre le développement de notre profession selon 4 grands axes :

- **Une équité de l'accès au soin.**
- **Un cadre d'exercice fonctionnel.**
- **Une meilleure identification de la démarche en ergothérapie.**
- **Un développement des pratiques scientifiques et des actions de promotion de la profession.**

Axe 1:

Une équité de l'accès au soin

Recommandation 1: Promouvoir un accès équitable au soin en ergothérapie pour l'individu citoyen

- Réduire les inégalités de répartition géographique des postes sur l'ensemble du territoire, en adéquation avec les densités de population.
- Maintenir et développer les postes dans toutes les unités d'hospitalisation, quel que soit le secteur concerné ou les modalités d'accueil dans ces unités.
- Soutenir la continuité du parcours de soin en développant les postes en intra et en extra-hospitalier et en optimisant la coordination entre ces structures par des outils de transmissions spécifiques.
- Augmenter la participation des ergothérapeutes aux programmes de réhabilitation à toutes les étapes de la prise en soins (intra et extra hospitalières).
- Développer des postes d'ergothérapeutes dans les structures médico-sociales et sociales.
- Permettre l'accès pour tous à une intervention (enfants, adultes, personnes âgées, personnes incarcérées ou en situation de précarité, etc.) en développant la création de postes sur des structures plus diversifiées que le seul champ de la psychiatrie adulte.
- Associer les ergothérapeutes à des missions d'intérêt général, de prévention, d'information, de conseil, et de coordination du parcours de soins.

Recommandation 2 : Mettre en place une intervention précoce

- Développer les postes dans les structures médico-sociales permettant le dépistage et les interventions précoces auprès des enfants et adolescents, de façon à réduire leurs risques d'hospitalisation.
- Faciliter, lors des hospitalisations, la précocité de l'évaluation et de l'intervention de l'ergothérapeute en vue de préserver l'autonomie de la personne et de réduire les durées d'hospitalisations.
- Pouvoir rencontrer rapidement la personne pour entamer une relation de confiance et ainsi développer au plus tôt une alliance et un engagement dans les soins.

Axe 2:

Un cadre d'exercice fonctionnel

Recommandation 3 : Procurer un cadre d'exercice adapté pour optimiser l'efficacité de l'intervention

- Disposer d'un espace dédié, identifié et adapté à nos interventions.
- Pouvoir définir un temps de travail, reconnu comme tel, pour la préparation des séances.
- Bénéficier d'un budget approprié aux besoins et d'un temps pour la gestion des stocks et des achats.
- Limiter la répartition des temps de travail à deux structures maximum par ergothérapeute.

Recommandation 4 : Reconnaître à l'ergothérapeute une autonomie dans son intervention

- Reconnaître à chaque ergothérapeute le choix de ses orientations conceptuelles et de ses outils (bilans, entretiens, médiations).
- Lui permettre de définir lui-même ses modalités d'intervention (séances groupes, individuelles, cadre thérapeutique et dispositif de soin).
- Légitimer auprès des autres professionnels cette autonomie de fonctionnement, basée sur les compétences de l'ergothérapeute, en cohérence avec le projet de soins.

Recommandation 5 : Faciliter les transmissions et la collaboration au soin

- Accéder à un outil de transmissions écrites efficace et adapté, facilement consultable par les autres professionnels de l'équipe et par le médecin.
- Pouvoir recourir à des bilans spécifiques et les intégrer au dossier patient.
- S'inscrire régulièrement dans les réunions cliniques du service.
- Favoriser la présence aux synthèses organisées avec les partenaires du réseau.

Axe 3:

Une meilleure identification de la démarche en ergothérapie

Recommandation 6 : Promouvoir une approche singulière

- Augmenter les moyens alloués à l'analyse de l'environnement de la personne et à l'intervention dans ce milieu (domicile, travail, école, cité, etc.). L'objectif est d'accompagner la personne dans la récupération de son pouvoir à agir sur son environnement (*empowerment*).
- Disposer de temps pour rechercher des activités qui sont signifiantes pour la personne de façon à adapter notre accompagnement et les médiations proposées.
- Maintenir ou développer les séances individuelles pour approfondir avec la personne ses attentes, ses besoins, ses projets, sa motivation et définir avec elle ses objectifs de soins.

Recommandation 7 : Mieux identifier les missions de l'ergothérapeute par une communication efficace

- Posséder une fiche de poste dans chaque structure, régulièrement réactualisée.
- Garantir la légalité de l'utilisation du terme « ergothérapie », réservé aux seuls détenteurs du diplôme d'Etat d'ergothérapeute.
- Disposer de temps et d'outils de communication auprès des équipes pour expliquer les missions de l'ergothérapeute.
- Favoriser et permettre les transmissions nécessaires aux partenaires extérieurs concernant la nature des interventions réalisées en ergothérapie pour chaque personne.
- Promouvoir la connaissance de l'intervention en ergothérapie auprès du patient, de sa famille, de son entourage et du citoyen au sens large.

Recommandation 8 : Mieux définir la demande d'intervention

- Encourager les médecins à une plus grande précision de leur demande, par des indications contextualisées selon des données cliniques, biographiques et motivationnelles, ainsi que par la définition d'un objectif thérapeutique global.
- Donner la possibilité de formuler la demande d'intervention ergothérapique à tout moment du parcours de soin : intervention précoce en hospitalisation, suivi ambulatoire, médico-social ou encore en cabinet libéral.

Axe 4:

Un développement des pratiques scientifiques et des actions de promotion de la profession

Recommandation 9 : Soutenir le développement de l'exercice libéral

- Créer une cotation des actes d'ergothérapie pour procurer aux bénéficiaires le remboursement des séances par l'assurance maladie.
- Promouvoir, auprès du réseau, une meilleure connaissance du dispositif de soin en ergothérapie.
- Développer des formations spécifiques à cet exercice auprès des professionnels et des étudiants.

Recommandation 10 : Procurer des temps pour la communication, l'enseignement et la promotion de la profession

- Mettre en place ou maintenir des temps et des espaces pour l'analyse des pratiques entre pairs.
- Prendre en compte le temps consacré à l'encadrement des stagiaires.
- Identifier et valoriser les temps consacrés aux interventions, et à leur préparation, dans les Instituts de Formation en Ergothérapie.
- Disposer d'un accès à des ressources documentaires suffisantes pour promouvoir l'écriture d'articles professionnels et scientifiques.
- Entretenir une veille professionnelle continue et de qualité grâce à un budget dédié à l'achat de livres et l'abonnement à des revues spécifiques.
- Bénéficier de temps pour la préparation de communications dans des colloques.

Recommandation 11 : Développer la participation à la recherche clinique

- Favoriser l'accès aux formations permettant de développer des compétences en matière de recherche scientifique.
- Permettre une mise à disposition des ergothérapeutes pour intégrer des programmes de recherches paramédicales ou spécifiques existants.
- Disposer de moyens et de temps pour initier de nouveaux projets de recherche.
- Faciliter les échanges de savoirs au niveau national et international (stages à l'étranger).

Recommandation 12 : Offrir aux ergothérapeutes l'accès à des formations spécifiques

- Favoriser l'utilisation du dispositif de Développement Professionnel Continu (DPC) pour des formations continues spécifiques en ergothérapie.
- Créer un Master en ergothérapie sur le territoire français. Le Master européen en ergothérapie n'existe actuellement que dans quelques pays (Suède, Danemark, Pays Bas, Royaume-Uni), ce qui ne facilite pas son accès aux ergothérapeutes français.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES :

- Association Canadienne des Ergothérapeutes (1997). *Promouvoir l'occupation. Une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa : CAOT Publications.
- Caire, J.M. (dir). (2008). *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*. Marseille : Solal, ANFE.
- Detraz, M.C. et coll. (1992). *L'encyclopédie Medico Chirurgicale*, 26. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Detraz, M.C. (2008). Le processus d'intervention en ergothérapie. In J.M. CAIRE, *Nouveau Guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*. Paris : Solal.
- Freud, S. (2010). *Malaise dans la civilisation*. Paris : Payot, collection petit bibliothèque, (œuvre originale publiée en 1930).
- Greacen, T. (2012). *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*. Toulouse : Eres.
- Hardy-Baylé, M.C. (2015). *Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique*. Rapport Centre de preuves en psychiatrie et en santé mentale.
- Harvey, D., & Lagueux, N. (2006). *Programme québécois pairs-aidants réseau : Une stratégie efficace pour favoriser l'embauche et l'intégration des intervenants pairs-aidants dans les services de santé mentale*. Communication présentée à la journée d'information et de consultation sur le programme québécois pairs-aidants réseau, Québec.
- Harvey, D., & Lagueux, N. (2007). *L'intervention par les pairs: Un tandem d'espoir vers le rétablissement*. Québec, Canada: Association des personnes utilisatrices des services de santé mentale de la région de Québec (APUR) Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP).
- Hernandez, H. (2016). *De la souffrance psychique à la réadaptation*. Paris : Solal (2è éd.).
- Izard, M.H. (2015). *Expériences en ergothérapie*, 28è série. Paris : Sauramps Médical.
- Klein, F. (2014). *Etre ergothérapeute en psychiatrie*. Toulouse : Eres.
- Lecomte, T., & Leclerc, C. (2012). *Manuel de réadaptation psychiatrique*. (2è éd.). Québec : Presses de l'Université de Québec.
- Lievin, J.C. (2015). *L'ergothérapie en action sociale, une approche multidimensionnelle des situations de handicap*. Paris : L'Harmattan.
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. Paris : De Boeck-Solal.
- Meyer, S. (2007). *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. Lausanne : EESP.
- Morel-Bracq, M.C. (2009). *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. Paris : Solal.

- Pibarot, I. (2013). *Une ergologie, des enjeux de la dimension subjective de l'activité humaine*. Paris : De Boeck Solal.
- Piveteau, D. (2014). *Le devoir collectif de permettre un parcours sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*. Rapport édité par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé.
- Offenstein, E. (2015). L'ergothérapeute, catalyseur du changement. In E. Trouve, et Al, *L'activité humaine : un potentiel pour la santé* (pp.109-123). Paris : De Boeck.Solal
- Trouve, E. et al. (2011). *Recherche en ergothérapie : pour une dynamique des pratiques*. Paris : Solal.
- Winnicott, D.W. (1997), *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, 1^è éd. 1975, Paris : Gallimard.
- Zribi, G., & Beulné, T. (2009). *Les handicaps psychiques, concepts, approches, pratiques*, Rennes : Presses de l'EHESP.

TEXTES DE LOI ET RAPPORTS OFFICIELS :

- ANAES, *Dossier du patient en ergothérapie*, Mai 2001.
- Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute.
- Couty, E. (2013). *Le pacte de confiance pour l'hôpital*. Rapport édité par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé.
- Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie.
- DRESS. (2016). *Répertoire ADELI*.
- Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005 - 2008*.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2011). *Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015*.

ANNEXES

- I. Quelques grandes dates de l'histoire de l'ergothérapie
- II. Référentiel de compétences et d'activités
- III. Publications et recherches
- IV. Code d'éthique
- V. Association Nationale Française des Ergothérapeutes

ANNEXE I

Les grandes dates de l'histoire de l'ergothérapie

- 1961 – Création de l'ANFE
- 1964 – Adhésion de l'ANFE à la WFOT
- 1971 – Décret instituant le Diplôme d'Etat d'ergothérapeute, accompagné d'un programme de formation officiel
- 1980 – Création du diplôme de Moniteur Cadre Ergothérapeute
- 1986 – Adhésion de l'ANFE au COTEC
- 1986 – Publication du décret d'actes des ergothérapeutes
- 1990 – 2^{ème} réforme du programme de formation
- 1992 – Formation par l'ANFE de l'UIPARM
- 1995 – Inscription de l'ergothérapie au Code de la Santé Publique
- 1995 – Création du Diplôme de Cadre de Santé
- 1998 – Création de l'instance exercice libéral au sein de l'ANFE
- 2000 – Création par l'ANFE de la « Charte des ergothérapeutes libéraux »
- 2000 – Réalisation par l'ANFE de l'ouvrage : « *Ergothérapie : guide de pratique* »
- 2000 – Congrès « Ergo 2000 » organisé à Paris par l'ANFE
- 2001 – Validation par l'ANAES du Dossier du patient en ergothérapie
- 2004 – Edition par l'ANFE de l'ouvrage « *Les modèles conceptuels en ergothérapie* »
- 2004 – 3^{ème} réforme du programme de formation
- 2007 – Premières journées européennes et francophones d'ergothérapie
- 2007 – Décret sur la mise en place du Haut Conseil des Professions Paramédicales
- 2008 – Premières Assises Nationales d'Ergothérapie (*Ergothérapie et politique de santé*)
- 2008 – Livre blanc des ergothérapeutes écrit par Synergo
- 2010 – Création du référentiel d'activités, de compétences et de formation
- 2011 – Développement de la recherche dans le cadre de la création du Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP)
- 2011 – Deuxièmes Assises Nationales d'Ergothérapie (*Recherche en ergothérapie, pour une dynamique des pratiques*)
- 2015 – Troisièmes Assises Nationales d'Ergothérapie (*L'activité humaine : un potentiel pour la santé*)
- 2015 – Reclassement en catégorie A des ergothérapeutes de la fonction publique
- 2022 – Congrès international d'ergothérapie à Paris

ANNEXE II

Référentiels de compétences et d'activités

REFERENTIEL DE COMPETENCES :

1. Evaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapique.
2. Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement.
3. Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie.
4. Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques.
5. Elaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique.
6. Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie.
7. Evaluer et faire évoluer la pratique professionnelle.
8. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques.
9. Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs.
10. Former et informer.

REFERENTIEL D'ACTIVITES

1. Recueil d'informations, entretiens et évaluations visant au diagnostic ergothérapique.
2. Réalisation de soins et d'activités à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation sociale.
3. Application et réalisation de traitements orthétiques et préconisation d'aides techniques ou animalières et d'assistances technologiques.
4. Conseil, éducation, prévention et expertise vis-à-vis d'une ou de plusieurs personnes, de l'entourage et des institutions.
5. Réalisation et suivi de projets d'aménagement de l'environnement.
6. Organisation, coordination des activités en santé et traitement de l'information.
7. Gestion des ressources.
8. Veille professionnelle, formation tout au long de la vie, études et recherche.
9. Formation et information des professionnels et des futurs professionnels.

ANNEXE III

PUBLICATIONS ET RECHERCHES

Exemples de Masters, Diplômes Universitaires et Diplômes Inter-Universitaires :

- Master en Santé publique, « handicap et santé »
- Master Santé
- Master en Sciences de l'Education « professionnels de santé »
- DU Accompagnement du vieillissement
- DU Réhabilitation psycho-sociale
- DU Réhabilitation neuro-psychologique
- DU Adolescents difficiles, approches éducatives et psychopathologiques
- DU Alcoologie
- DU Psycho-éducation et remédiation cognitive des troubles en santé mentale
- DIU Gestion et résolution des conflits, négociation, médiation
- DIU Ethique et pratiques médicales
- DIU Ethique et soins des malades d'Alzheimer

Ergothérapeutes possédant un Doctorat, ou Doctorants, ou engagés dans des projets de recherche (liste non exhaustive) :

- Belio, C., *Participation des travailleurs handicapés à la vie de l'entreprise.*
- Caire, J.M., *L'accompagnement des aidants de personnes ayant la maladie d'Alzheimer.*
- Chavoix, C., *Dysfonctionnement mnésique chez l'homme et le primate non-humain.*
- Delourme, G., *Validation d'un Test d'évaluation écologique des fonctions exécutives (Test des Errances Multiples) chez des patients souffrant de schizophrénie : Etude de validité discriminative* (Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale).
- Engels, C., *L'utilisation du médiateur ludique pour favoriser le développement des compétences non-académiques en formation supérieure.*
- Offenstein, E., *Transformation des habitudes d'orientation de l'action des ergothérapeutes en situation d'accompagnement.*
- Poncet, F., *Validation du test du « gâteau au chocolat » chez la personne cérébro-lésée.*
- Sorita, E., *Pathologie et utilisation des logiciels de réalité virtuelle.*
- Ung, Y., *Etude ethnographique de la participation sociale des personnes ayant des troubles obsessionnels compulsifs et conception de dispositifs technologiques d'assistance au handicap psychique.*

**ARTICLES PROFESSIONNELS PARUS DANS DES REVUES NON SPECIFIQUES AUX
ERGOTHERAPEUTES (liste non exhaustive) :**

- Bossard, C., Launois, M., Schmitt, B., Wihlidal, M.-C. (2015). Que devient l'ergothérapie ? Conversation entre ergos. *VST - Vie sociale et traitements*. (128), 60-66.
- de Lepine, C. (1994). L'ergothérapie dans le champ de la psychiatrie. *L'infirmière magazine*, (81), 39-40.
- de Lepine C. (1995). L'ergothérapie dans l'expérience franco-canadienne d'accréditation. *Canal psy, a review of psychiatrist expert*, (3), 118-119.
- Le Bras, E., Boutinaud, J., Chabert, P. (2012). Quand le corps se dessine. Une expérience clinique auprès de patientes anorexiques. *Le Coq-héron*, 2 (209), 100-108.
- Riou, G. (2015). Ergothérapie et retentissements fonctionnels de la schizophrénie. *Santé Mentale*, (202), 64-67.
- Roth, E.-M., Heitzmann, E. (2008). Les ateliers d'ergothérapie dans un service psychiatrique fermé (Unité pour malades difficiles). *Travailler*, 1 (n°19), 81-102.
- Sansberro, C. (2015). Une façon d'être là. *Santé mentale*, (202), 16-18.
- Stip, E., Sablier, J., Sepher, A., Rivard, S., Cloutier, C., Aubin, G., Godbout J., Limoges, F. (2007). Cuisine et schizophrénie : activité carrefour d'une évaluation écologique, ergothérapique et neuropsychologique. *Santé mentale au Québec*, 32 (1), 159-179.
- Van Luchene, A. (2015). Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique. *VST - Vie sociale et traitements*, 4 (128), 53-59.

ANNEXE IV

Code d'éthique

Council Meeting WFOT - 2004

A l'heure actuelle, la réglementation française n'autorise pas les ergothérapeutes à posséder un code de déontologie. Néanmoins, ceux-ci fondent leurs pratiques sur le code d'éthique international de la WORLD FEDERATION of OCCUPATIONAL THERAPISTS (WFOT).

Code d'Ethique

Ce code décrit d'une manière générale la conduite à adopter par les ergothérapeutes dans l'ensemble des situations professionnelles. Il est bien entendu que chaque association membre doit elle-même définir un code détaillé tenant compte de ses spécificités et de ses besoins.

Qualités personnelles : les ergothérapeutes doivent faire preuve d'intégrité personnelle, de fiabilité, d'ouverture d'esprit et de loyauté dans tous les aspects de leur rôle professionnel.

Responsabilité vis-à-vis des bénéficiaires de services

Les ergothérapeutes approchent les personnes recevant leurs services avec respect et tiennent compte de leur situation individuelle. Les ergothérapeutes n'exercent aucune discrimination envers ces personnes, sur base de leur race, couleur, incapacités, handicaps, origine nationale, âge, sexe, préférence sexuelle, religion, appartenance politique ou statut dans la société.

Les ergothérapeutes tiennent compte des valeurs personnelles, des préférences et de la volonté de participer des personnes recevant leurs services.

La confidentialité des informations personnelles est garantie et les détails personnels ne sont communiqués qu'avec le consentement des personnes.

Conduite professionnelle en collaboration inter-professionnelle

Les ergothérapeutes reconnaissent le besoin de collaboration inter-professionnelle et respectent les contributions spécifiques des autres professions.

La contribution des ergothérapeutes à la collaboration inter-professionnelle est basée sur le rendement occupationnel²⁴, car c'est un élément de base de la santé et du bien-être.

²⁴ Occupationnel ici est compris dans un sens large incluant toutes les activités que réalise une personne pour s'épanouir à travers un projet de vie personnel.

Développement des connaissances professionnelles

Les ergothérapeutes participent au développement de la profession en poursuivant leur formation tout au long de leur carrière et en appliquant, dans leur travail, les connaissances et les compétences acquises.

Quand ils participent à des activités de recherche, les ergothérapeutes respectent les implications éthiques qui y sont liées.

Promotion et développement

Les ergothérapeutes s'engagent à participer à l'amélioration et au développement de la profession en général.

Ils s'impliquent également dans la promotion éthique de l'ergothérapie vis-à-vis du public, d'autres organisations professionnelles et d'organismes gouvernementaux au niveau régional, national et international.

Traduction : C. et J. Valentin, Belgique Août 2004
Avec l'aide des délégués WFOT Canadien, Français et Suisse
Adopté au Council Meeting WFOT en 2004.

ANNEXE V

L'Association Nationale

Française des Ergothérapeutes

MISSIONS :

L'ANFE est une association type loi 1901 créée en 1961 par Jacqueline ROUX.

Son objectif est la promotion de l'ergothérapie en France et sa représentation auprès des instances ministérielles, territoriales, politiques et associatives ainsi qu'au Haut Conseil des Professions Paramédicales.

Elle contribue aux réflexions, études et réformes relatives à la santé et au développement des services à la personne ainsi qu'à l'évolution de la profession (formation, recherche scientifique).

ORGANISATION :

- Un conseil d'administration de 15 membres élus par les adhérents.
- Un comité d'éthique et d'exercice de 5 membres désignés par le conseil d'administration.
- Un comité scientifique réparti en 3 collèges : recherche, formation, édition.
- Un comité territorial qui regroupe les délégués représentant l'ANFE au niveau local.
- 7 salariés : la directrice, la responsable de la formation, l'assistante de formation, le secrétaire du service formation continue, la secrétaire de rédaction de la revue ergOTHérapies, une chargée de communication et une déléguée générale.
-

PUBLICATIONS :

L'ANFE a un partenariat d'édition avec Solal – De Boeck.

Elle dirige 4 collections :

- Ergothérapie
- Vivre au quotidien
- Méthode, techniques et outils d'intervention
- Actualités en ergothérapie

L'ANFE édite une revue trimestrielle à caractère scientifique, ergOTHérpie

« *Le Monde de l'Ergothérapie* » est le journal de l'ANFE destiné aux adhérents. Il comprend des articles relatifs à l'association, aux actualités ergothérapiques nationales et internationales, des informations juridiques et un agenda.

Le Groupe de Réflexion sur l'Ergothérapie en Santé Mentale (GRESM)



Chloé AUDOIT : Diplômée en 2014 de l'IFE de Berck sur mer (62), elle obtient simultanément une licence Ingénierie en Santé Publique. Elle a d'abord exercé en psychiatrie intra-hospitalière, auprès d'adultes et de personnes âgées, à l'Etablissement Public de Santé Mentale de La Roche sur Foron (74).

Depuis fin 2014, elle exerce au sein d'un Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP) à Nîmes (30). Ses interventions s'adressent à des enfants et adolescents présentant des difficultés psychologiques qui s'expriment par des troubles du comportement et des perturbations dans l'accès aux apprentissages et à la socialisation. Par ailleurs, elle fait partie d'un groupe de travail d'ergothérapeutes exerçant en ITEP qui cherchent à promouvoir et développer l'ergothérapie dans ce type de structures.

Gwenaëlle DELOURME : Diplômée en 2000 de l'IFE de l'ADERE à Paris. Pendant 11 ans, elle a exercé dans le Groupe Public de Santé Perray Vaucluse (91). Dans un premier temps, elle intervenait sur une Unité d'Accueil Spécialisée auprès de patients polydéficitaires. Puis elle a évolué vers un poste du pôle de psychiatrie réparti sur une unité d'hospitalisation en phase aigüe, un CMP et un hôpital de jour.

Depuis 2011, elle travaille maintenant dans un Centre de Réhabilitation Cognitive et Sociale, dans le pôle de Psychiatrie de l'Hôpital Albert Chenevier de Créteil (94). Cette unité a pour but d'évaluer et de proposer un suivi individualisé à des personnes souffrant de schizophrénie, ainsi qu'un accompagnement vers un projet de réinsertion socio-professionnelle.

Par ailleurs, elle est engagée dans un protocole de recherche, dans le cadre d'un Programme Hospitalier en Recherche Infirmière et Paramédicale (P.H.R.I.P. VALITEM 2014), ayant pour objectif la validation d'une évaluation écologique des fonctions exécutives (Test des Errances Multiples) au sein de cette population.



Océane FOLLIET : Diplômée en 2015 de l'Institut de Formation en Ergothérapie de l'Université Paris Est Créteil (94). Elle a débuté sa carrière au sein du Groupe Hospitalier Paul Guiraud (GHPG) à Villejuif (94). Ses différentes interventions étaient réparties à 20% sur un service intra-hospitalier et à 80% sur une création de poste en CATTP.

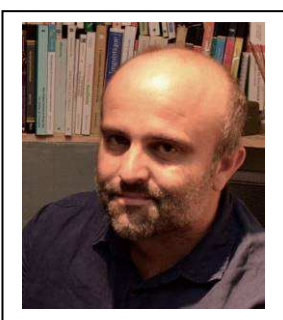
Elle a ensuite intégré le Centre Hospitalier Spécialisé de Blain (44), où elle travaille en intra et en extra-hospitalier auprès d'adultes et de personnes âgées.

En parallèle, elle est intervenante en formation initiale à l'IFE de Créteil sur les modules de psychiatrie et d'évaluation, ainsi que jury et directrice de mémoire.

Matthieu GOSME : Diplômé en 2005 de l'Institut Supérieur pour les Carrières auxiliaires de la Médecine (Haute Ecole libre de Bruxelles Ilya Prigogine). De formation initiale psycho dynamique, il a par la suite fortement développé dans sa pratique les approches comportementalistes et évaluatives.

Il est actuellement en poste au Centre Hospitalier du Rouvray (76). Depuis 2005, il travaille en secteur de psychiatrie générale, en intra hospitalier et en ambulatoire. Et depuis 2009, il travaille également dans le service des addictions J.P. Pot, auprès de personnes pouvant présenter une comorbidité de troubles psychiatriques et addictifs.

Il intervient dans les IFE de La Musse et de Rouen sur les modules de psychiatrie, d'évaluations et d'analyse d'activité.



David GOUINEAU : Diplômé en 1998 de l'IFE de Montpellier (34), Cadre de Santé (2009), M1 en Sciences de l'Éducation (2009).

Il a développé sa formation psychanalytique au collège clinique de Montpellier, rattaché à l'Ecole de la Cause Freudienne.

Il exerce auprès d'adultes à la clinique psychiatrique STELLA (34) ainsi qu'en cabinet libéral spécialisé en psychiatrie.

Il est également formateur auprès d'étudiants en formation initiale à l'IFE de Montpellier et auprès de professionnels en formation continue. Ses actions de formations concernent les domaines relatifs à la relation et aux médiations thérapeutiques, l'approche psychodynamique en ergothérapie, la méthodologie de recherche, l'éducation thérapeutique du patient et l'éthique en ergothérapie.

Irène KATSAROS : Diplômée en 2014 de l'IFE de Berck-sur-Mer (62), elle obtient simultanément une licence Ingénierie en Santé Publique.

Dès 2014, elle a intégré l'Unité pour Malades Difficiles (UMD) du Centre Hospitalier Le Vinatier, à Bron (69), où elle exerce toujours actuellement. L'UMD accueille des personnes adultes atteintes de pathologies psychiatriques présentant un important potentiel de dangerosité, pour elles-mêmes ou pour autrui.

Faire valoir l'activité professionnelle de l'ergothérapeute dans ce domaine spécifique l'a amenée à devenir intervenante dans des établissements allant du lycée général à l'Institut de Formation de Soins Infirmiers de Saint Genis Laval (69).

Elle débute également un projet de recherche axé sur la notion de contenance soignante.





Coralie LECLERC DE SABLON : Diplômée en 2002 de l'IFE de Montpellier (34). Elle exerce en psychiatrie adulte depuis 14 ans et depuis peu au Centre Hospitalier Le Vinatier de Bron en intra et extra hospitalier.

Au fil de ses expériences dans plusieurs hôpitaux et cliniques, en métropole et outre-mer, elle a développé un intérêt particulier pour la psychothérapie institutionnelle et les psychothérapies médiatisées. Plus récemment, elle a commencé à pratiquer la remédiation cognitive en équipe pluri-professionnelle et s'est formée à l'éducation thérapeutique du patient. Elle a également une mission en équipe mobile à destination des personnes en situation de handicap psychique et des équipes d'accompagnement. Dans sa pratique, elle intègre les modèles conceptuels du MOH et du MDH-PPH.

Depuis la réingénierie du diplôme d'Etat, elle est également très investie auprès des étudiants en ergothérapie.

Mylène LE GALL : Diplômée en 2008 de l'IFE de Rennes (35). Elle a d'abord travaillé pendant deux ans en pédopsychiatrie au Centre Hospitalier Théophile Roussel à Montesson, puis dans le domaine des addictions, au sein du centre de postcure Philaé à Rennes.

En 2013-2014, elle a été responsable pédagogique à l'Institut Régional de Formation en Ergothérapie de Saint-Denis de la Réunion (974).

Actuellement, depuis 2010, elle est en poste à l'Institut Marcel Rivière au Mesnil Saint Denis (78), auprès de personnes adultes souffrant de troubles psychiatriques, d'addictions ou de troubles du comportement alimentaire. Sa pratique repose, entre autres, sur des ateliers à médiations thérapeutiques, des ateliers d'évaluation et des groupes de réhabilitation psychosociale.



Chantal de LEPINE : Diplômée en 1980 à l'IFE de Montpellier, elle a exercé en pneumologie, phthisiologie et rééducation du membre supérieur, mais l'essentiel de sa carrière s'est plutôt déroulé en psychiatrie.

Elle a ainsi occupé divers postes dans des services intra et extra hospitaliers, aussi bien dans des hôpitaux que des cliniques. Cette pratique lui a permis d'affiner son approche psychodynamique.

Actuellement elle exerce à Montpellier (34) dans une structure médico-sociale, la Plateforme Wallon-Lainé de l'APSH 34, où elle développe une approche de réhabilitation psychosociale.

D'autre part, elle a eu l'occasion de publier une quinzaine de fois des écrits à destination des ergothérapeutes mais aussi des autres professionnels de la santé. Tutrice de stage, et directrice de mémoire, elle est également intervenante dans les IFE de Montpellier (34), Meulan-les-Mureaux (78), et Marseille (13).



Laure Moisan : Diplômée en 1981 de L'IFE de Berck sur Mer (62). Durant 26 ans, elle a exercé à l'Hôpital de Saint Germain en laye (78), puis au Centre Hospitalier T.ROUSSEL à Montesson, en service de Psychiatrie Générale, en unité intra et extra hospitalière. Elle a participé à un travail de recherche sur l'alcoolologie avec M.MONJAUZE. Elle a approché la gérontologie durant un an dans un accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et personnes dépendantes en 2003.

Diplômée à l'IFCS de Montsouris (Université Paris Est Créteil, 94) en 2008, elle a travaillé comme cadre de santé en pédopsychiatrie dans une unité d'adolescents durant 7 ans. Ayant obtenu un Master 2 à Montsouris (UPEC) en 2014, elle a évolué sur un poste de cadre de pôle en Gérontologie Clinique au CHU de Nantes depuis 2016.

Actuellement, elle est cadre supérieur sur le pôle de psychiatrie du CHU de Nantes (44), référente de 3 secteurs adultes, de la gérontopsychiatrie du service d'ordonnancement et référente Qualité du pôle.

Depuis 1994, elle intervient régulièrement auprès des étudiants paramédicaux, et plus spécifiquement en IFE (Berck/mer, Lille, Evreux, Tours, Alençon, Meulan les Mureaux, la Réunion), et auprès des professionnels. Elle accompagne les étudiants dans leurs travaux de mémoire et participe aux jurys des DE.

Elle est membre du Comité Scientifique de la Formation continue de l'ANFE et membre de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent et des Disciplines Associées (SFPEADA).

Claire POULLAIN : Diplômée en 2009 de l'IFE de l'Université de Paris Est Créteil (94).

Après une première expérience en gériatrie et pédiatrie en région parisienne, elle s'oriente en 2011 vers un poste à l'hôpital de Vienne (38). Elle intervient alors dans le service intra-hospitalier du secteur psychiatrique adulte G15 de l'Isère.

En 2013, son poste se diversifie sur l'ambulatoire. Elle exerce donc actuellement à 20% sur l'extra-hospitalier (Centre Médico-psychologique et Centre de Jour) et à 80% sur le service d'hospitalisation.

Tutrice de stage, elle intervient par ailleurs à l'Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation de l'Université Claude Bernard Lyon 1, dans le domaine de la santé mentale, pour les unités d'enseignements des techniques de rééducation et de réadaptation et l'unité d'enseignement optionnelle.



Karine RIGUET : Diplômée en 1996 de l'IFE de l'Université de Paris Est Créteil (94), après avoir suivi une formation universitaire en psychologie sociale à l'Université François Rabelais de Tours (37).

Elle a exercé pendant 7 ans dans un centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle pour adultes à Beauvais (60), et dans un foyer d'hébergement à Ermenonville (60).

Elle est ensuite intervenue pendant 3 ans en tant que technico-commerciale chez Proteor, au Mans (72).

En 2003, elle s'est orientée vers le domaine de la psychiatrie au sein d'un service intersectoriel. En 2006, elle a poursuivi vers l'encadrement en se formant à l'IFCS Montsouris de l'Université Paris Est Créteil (94).

Elle a ensuite pris ses fonctions de cadre de santé sur une période de six mois dans un service de psychiatrie de la personne âgée pour revenir, en 2008, dans son service d'origine.

Depuis, elle a en responsabilité un service intersectoriel de médiations thérapeutiques sur deux unités (intra et extra hospitalières), ainsi qu'un service ELISE (Equipe Locale d'Intervention Spécifique d'Ergothérapie) créé en 2015.

Elle est membre du Comité Stratégique CREHPSY Pays de Loire et vice-secrétaire de l'association Sport en tête.

Engagée à titre professionnel et personnel au sein de l'ANFE, elle a fait partie du comité scientifique des Assises Nationales d'Ergothérapie en 2011 et 2015, et a poursuivi son engagement dans le projet de congrès international des ergothérapeutes qui aura lieu en France en 2022. Elle est par ailleurs membre du Comité d'Ethique et d'Exercice d'où émerge le projet de ce livre blanc.

Depuis 2008, elle intervient auprès des étudiants paramédicaux (IFE de Laval, Alençon et Tours ; en IFAS et IFE) et auprès des professionnels sur les thèmes des transmissions ciblées, du handicap psychique et de l'évaluation.

Gaëlle RIOU : Diplômée en 1998 à l'IFE de Berck sur mer (62), elle a obtenu en 2011 un Master 2 de psychologie clinique parcours psychothérapies, auprès de l'Institut d'Enseignement à Distance de l'Université Paris 8. Au cours de cette formation, elle a développé un intérêt particulier pour la psychologie de la santé et notamment les soins palliatifs.

Depuis 1998, elle a essentiellement exercé en psychiatrie auprès d'adultes et d'enfants, dans divers établissements intra et extra hospitaliers de la métropole (CH de Pontoise, 95, et CHS Georges Daumézon à Fleury les Aubrais, 45), ainsi que plusieurs années en Martinique.

Pendant 2 ans elle a également travaillé en Institut d'Education Motrice et en Maison d'Accueil Spécialisée pour enfants et adultes polyhandicapés.

Depuis 2007, elle exerce auprès d'adultes au Centre Hospitalier de Versailles, au sein des deux unités (ouverte et fermée) du service hospitalo-universitaire de psychiatrie du Professeur Passerieux.

Elle est directrice de mémoire à l'IFE de l'ADERE à Paris, et jury de mémoires dans les IFE de Berck, Créteil, Paris, et Tours. Auteur de plusieurs articles à destination des ergothérapeutes et des professionnels de la santé mentale, elle est également membre du comité de relecture pour la revue ergOThérapies.



Association Nationale Française des Ergothérapeutes

64 Rue Nationale

CS 41362

75214 PARIS Cedex 13

Tel : 01.45.84.30.97

Email : accueil@anfe.fr

www.anfe.fr



