

Guide du diagnostic en ergothérapie

Bénédicte **Dubois**
Sarah **Thiébaud Samson**
Éric **Trouvé**
Marine **Tosser**
Géraldine **Poriel**
Leïla **Tortora**
Karine **Riguet**
Jérémy **Guesné**

Ergothérapie

Guide du diagnostic en ergothérapie

Bénédicte Dubois, Sarah Thiébaut Samson,
Éric Trouvé, Marine Tosser,
Géraldine Poriel, Leïla Tortora,
Karine Riguët, Jérémy Guesné

De Boeck Supérieur
5 allée de la 2^e Division Blindée
75015 Paris

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre domaine
de spécialisation, consultez notre site web :

www.deboecksuperieur.com

Downloaded by 3.8.18.9.19

© De Boeck Supérieur SA, 2017
Rue du Bosquet, 7 – B-1348 Louvain-la-Neuve

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme ou de quelque manière que ce soit.

Dépôt légal :
Bibliothèque royale de Belgique : 2017/13647/146
Bibliothèque nationale, Paris : août 2017
ISBN : 978-2-35327-439-0

Sommaire

Remerciements	V
Avant-propos	VII
Préface	XI
Introduction	1
De l'usage du terme diagnostic	3
1. Quelques repères étymologiques	3
2. Le diagnostic dans le monde de la santé.....	3
3. Le diagnostic dans le monde ergothérapique.....	5
Le centre de gravité du diagnostic ergothérapique.....	15
1. L'occupation, concept central.....	15
2. Autres concepts existants : habitudes de vie, rôles sociaux, participation	16
3. Intérêt de recourir au concept d'occupation	17
L'objet du diagnostic : définir et expliquer l'état occupationnel d'une personne ou d'un groupe de personnes	19
1. Qu'est-ce que l'état occupationnel ?.....	19
2. L'état occupationnel et les termes approchants	23
3. Définir l'état occupationnel : le niveau descriptif du diagnostic	24
4. Expliciter l'état occupationnel : le niveau explicatif du diagnostic	30

**Le raisonnement diagnostique comme une étape
du raisonnement clinique de l’ergothérapeute33**

1. Les différentes formes du raisonnement clinique..... 33

2. Définitions et différentes étapes
du raisonnement diagnostique 34

3. Le diagnostic ergothérapique comme la résultante
d’un processus d’évaluation 38

Écrire et partager le diagnostic écrit41

Les responsabilités professionnelles inhérentes à la
rédaction d’un diagnostic en ergothérapie et la place
de la personne dans la rédaction de celui-ci..... 43

Le diagnostic comme énoncé : fruit du raisonnement49

1. Recension et analyse des écrits sur l’énoncé
diagnostique 49

2. Parties pour la formulation de l’énoncé diagnostique51

3. Définition..... 53

Conclusion.....55

Exemples détaillés..... 57

Bibliographie.....67

Glossaire73

Liste des acronymes utilisés77

Présentation des auteurs79

Downloaded by 3.8.18.9.19

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier chaleureusement :

- L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) et le Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie Français (SIFEF) d'avoir soutenu ce travail depuis le début ;
- Martine Brousseau pour son accompagnement méthodologique et son éclairage sur le raisonnement clinique tel qu'exercé au Québec ;
- Nicolas Bigaut pour la première recherche documentaire sur le diagnostic qui a permis aux auteurs de démarrer les travaux aboutissant à cet ouvrage ;
- Henri Aboiron, Anne Barthélémy, Éric Forestier, Aline Williot pour leur contribution au démarrage du groupe de travail ;
- Yannick Ung pour ses recherches documentaires précieuses ;
- Marie Vujanovic et Barbara Vauvillé-Chagnard pour leur participation à la rédaction des cas cliniques.

Avant-propos

Et si Molière avait raison ? Lorsqu'il met dans la bouche de M. Jourdain que celui-ci fait de la prose sans le savoir, il met en évidence une situation finalement bien répandue, y compris dans nos milieux professionnels : faire sans clairement identifier ce que nous faisons...

Mais encore faut-il que quelqu'un éclaire ces pratiques intuitives !

C'est parfaitement ce que propose ce texte riche, logique et illustré de nombreux exemples.

Depuis plus d'une dizaine d'années la question du diagnostic fait écho chez les professionnels ergothérapeutes autant que dans les structures de formation. Unanimement reconnus, les travaux internationaux ont largement influencé, voire conditionné, la réflexion française. Mais personne n'avait jusqu'alors posé d'une façon aussi claire les choses !

D'une façon spontanée, tous les ergothérapeutes élaborent des diagnostics, très souvent sur un modèle *bottom-up*¹ mais, malgré tout, avec une réelle volonté d'intégration d'un ensemble de facteurs influençant les actions futures.

Ce multi-paramétrage des évaluations relève plus d'une expertise élaborée au fil des années par expérience que d'une démarche en formation.

Le travail de l'équipe de rédaction de ce texte positionne une démarche clarifiée, rigoureuse, dont le contenu et les enjeux sont ici précisément exprimés.

En abordant le diagnostic comme le résultat d'un processus, les rédacteurs nous incitent à maîtriser l'ensemble des concepts qui le sous-tendent.

Le Collège National Professionnel de l'Ergothérapie (CNPE) a, entre autres, pour mission d'identifier les ressources qui permettent de valider les pratiques et de collaborer à l'élaboration de recommandations professionnelles, en lien avec les agences et structures nationales.

Cette proposition de modélisation du diagnostic ergothérapique prend d'emblée une place privilégiée dans ces ressources et constitue une référence dans le cadre de la formation, tant initiale que continue.

¹ Voir Glossaire p. 73

Merci à l'ensemble des rédacteurs et collaborateurs de ce texte qui préfigure, sans aucun doute, d'autres productions littéraires francophones permettant de toujours mieux positionner, au travers d'une démarche scientifique et de données probantes, les actions des ergothérapeutes.

Pascal GUILLEZ
Président du CNPE

Riches de l'évolution constante de leurs pratiques et sans cesse en recherche d'une adaptation de leurs interventions aux données médicales, sociales, économiques et culturelles de notre temps, les ergothérapeutes français expriment depuis longtemps le besoin d'avoir des lignes directrices pour la pratique et des outils qui la soutiennent. Ce besoin légitime rejoint la nécessité de définir, dans sa spécificité et son élaboration, le diagnostic en ergothérapie introduit par l'arrêté du 5 juillet 2010.

L'ambition de cet ouvrage est de fournir des repères nécessaires à l'intervention des professionnels et de permettre l'échange et la communication entre pairs, mais aussi avec leurs partenaires, qu'ils soient usagers, collègues, employeurs ou tutelles.

Il peut être défini comme un guide, car il jette les bases d'une authentique culture professionnelle et fait la lumière sur les dernières évolutions de la profession en France. En partant des enjeux d'une écriture professionnelle et d'une revue de littérature, les auteurs nous emmèneront découvrir les références conceptuelles sur lesquelles le diagnostic s'appuie, avant de le définir et de l'illustrer par des exemples concrets issus de la clinique. Cette alliance habile du théorique et du concret est particulièrement intéressante, car elle permet de cerner ce qu'est l'ergothérapie aujourd'hui, dans sa complexité et ses diverses approches.

L'ANFE qui a soutenu activement ce travail espère qu'il fournira là aux praticiens, les éléments d'une réflexion en matière d'approche diagnostique et qu'il permettra de soutenir leur pratique et promouvoir efficacement la profession.

Éric TROUVÉ
Président de l'ANFE

En décrivant le processus de pensée qui amène à poser un diagnostic ergothérapeutique, les auteurs de cet ouvrage apportent un éclairage fondamental à l'exercice et à l'identité de la profession d'ergothérapeute.

Quel que soit leur domaine de pratiques, très divers, quand les ergothérapeutes communiquent entre eux, ils utilisent un langage spécifique ; et, au-delà du choix des mots, ils se comprennent et se reconnaissent dans ce qui se révèle comme une identité professionnelle. Pourtant il n'est pas aisé de cerner les composants de cette identité professionnelle « être ergothérapeute ».

D'aucuns diraient que ce sont les situations de pratiques avec des patients sur des plateaux techniques spécifiques qui caractérisent la profession. Cela peut être vrai, mais ne permet pas de les distinguer des différents professionnels qui ont des locaux de travail très similaires.

D'autres défendent l'identité professionnelle par le choix de la technique employée, mais cela non plus ne suffit pas, car les techniques, à quelques rares exceptions près, trouvent leur développement au croisement des regards pluriprofessionnels.

Certains prétendent encore que le mode d'évaluation, et particulièrement le choix de l'outil d'évaluation, est un moyen d'identifier le professionnel. Cette pratique, qui peut être utile pour une position défensive d'une corporation, souligne malgré tout la fragilité de la reconnaissance professionnelle.

Les auteurs nous apprennent en quoi l'identité professionnelle des ergothérapeutes s'inscrit dans le processus de penser depuis le recueil de données jusqu'au projet d'accompagnement en passant par l'élaboration d'un diagnostic ergothérapeutique.

Exprimer une sensation après avoir admiré un tableau d'un musée est une chose, puis revenir le regarder selon une grille de critères prédéfinis en est une autre. Les deux procédés se complètent et nourrissent l'acuité de l'observateur. De la même façon, l'ergothérapeute oriente son regard, son écoute et son questionnement spécifique de la personne à soigner selon un ou plusieurs référentiels de pensée.

L'ergothérapeute intègre dans ses valeurs professionnelles l'idée d'un processus d'intervention co-construit avec la personne soignée. L'élaboration « diagnostique » est une démarche proposée, formalisée, et invite à un processus de changement engagé. Ainsi le processus de collecte de données factuelles ou intuitives enrichit une grille d'analyse qui se veut holistique avec le triptyque : personne-occupation-environnement.

Il s'agit d'un travail collectif scrupuleux de recensement de publications pour apporter la substance du chaînon manquant à la formation initiale des ergothérapeutes : pouvoir enseigner à l'aide d'exemples l'élaboration d'un diagnostic ergothérapeutique.

Bernard DEVIN
Président du SIFEF

Préface

Le diagnostic ergothérapique au cœur de la pratique

La publication de l'arrêté du 5 juillet 2010 en énonçant, dans le référentiel d'activités professionnelles et de formation qu'un ergothérapeute élabore un diagnostic ergothérapique, a donné l'opportunité à un groupe d'ergothérapeutes d'être novateur et d'élaborer des lignes directrices sur la nature de ce diagnostic. Ce travail d'élaboration a procédé à partir d'une analyse des écrits ergothérapiques publiés un peu partout dans le monde. Il a fait une synthèse des principaux éléments théoriques essentiels au sujet en sachant y placer au cœur les concepts centraux auxquels se rattachent les meilleures pratiques en ergothérapie. Définir est une chose ! Situer le kaléidoscope des nuances en est une autre ! En ce sens, ce travail est colossal. Il est celui que tout ergothérapeute, s'intéressant, le moins, à la valorisation du métier, aurait voulu avoir fait.

En publiant, le groupe d'ergothérapeutes pérennise le travail remarquable réalisé. Ce travail a été méthodique, rationnel, clair et logique. La qualité du document le reflète. Il n'existe pas, à mon avis, pareil document, autant dans les écrits francophones qu'anglophones. Les écrits disponibles dans la littérature grise sont ceux des associations professionnelles qui ont plutôt fourni une liste d'éléments à inclure dans les dossiers-clients sans jamais être explicites du raisonnement derrière la démarche. L'écrit qui se rapproche le plus des présentes lignes directrices est celui de Rogers (2004) dont s'inspirent aussi les auteurs. Toutefois, Rogers (2004) déplorait l'absence d'une taxonomie de diagnostic ergothérapique et, en cette absence, a proposé quelques exemples inspirés uniquement de la Classification internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF). Le présent ouvrage est allé beaucoup plus loin et propose une taxonomie plus exhaustive. Il apporte des distinctions entre statut occupationnel, état occupationnel²,

2 Voir Glossaire, p. 74.

profil occupationnel³, ce qui est au cœur de la compréhension de diverses formulations de ce fameux diagnostic. Aussi, la réflexion a été faite en profondeur et vient rendre concret le résultat de la démarche d'intégration des modèles conceptuels dans la pratique (Morel-Bracq, 2017). De plus, à l'instar de Rogers (2004) des exemples sont exposés. Placés à la fin de l'ouvrage, ils sont pédagogiques et ciblent plusieurs situations cliniques en ergothérapie. Ils sauront convaincre ergothérapeutes et étudiants et seront utiles aux formateurs.

Le présent travail est aussi très important, car il propose le cheminement sous-jacent nécessaire à améliorer l'écriture professionnelle en ergothérapie. Dans un récent ouvrage synthèse sur la professionnalisation, Cros (2014) fait valoir que cette écriture sur le lieu de travail, en tant que geste professionnel, prend forme dans des rapports ou des notes au dossier-client. Ces rapports, à la fois complets et synthétiques, doivent être de plus en plus argumentés et apporter la justification des choix et des actions professionnelles subséquentes. Il y a lieu de croire que la communication écrite du diagnostic ergothérapie est une étape essentielle à la reconnaissance de la spécificité de l'ergothérapie. Produire un bon diagnostic en ergothérapie nécessite l'intégration des notions théoriques que sont les savoirs essentiels de la profession et le développement des compétences en écriture.

Mieux comprendre sa pratique et améliorer ses compétences est un enjeu important de développement professionnel en ergothérapie. Pour ce, tout ergothérapeute utilisant les présentes lignes directrices dans sa pratique ne pourra que poursuivre son développement professionnel. Par la même occasion, il améliorera ses compétences en évaluation et en écriture professionnelle.

Martine BROUSSEAU,

Professeure titulaire en ergothérapie
Université du Québec à Trois-Rivières
Trois-Rivières, Québec, Canada

3 Voir Glossaire, p. 75.

Références

- Cros, F., (2014). Écriture professionnelle. Dans Jorro, A., (éd.). *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (pp. 81-85). Louvain-la-Neuve (Belgique) : De Boeck Supérieur.
- Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, ministère de la Santé et des Sports (MTSFP), (2010). *Annexe 2 selon l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute*. Repéré à http://www.anfe.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=390&Itemid=249
- Morel-Bracq, M-C., (éd.) (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie. Introduction aux concepts fondamentaux* (2^e éd.). Louvain-la-Neuve (Belgique) : De Boeck Supérieur.
- Rogers, J.C., (2004). Occupational Diagnosis. Dans Molineux, M., (ed.). *Occupation for Occupational Therapist* (pp.17-30). London : Blackwell Publishing.

Introduction

L'arrêté du 5 juillet 2010 précise dans son annexe I que l'ergothérapeute « évalue les intégrités, les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation des personnes ou des groupes de personnes, en prenant en compte les âges, les données pathologiques, les environnements humains et matériels, et les habitudes de vie. Il élabore ainsi un diagnostic ergothérapique. » Dans ce texte officiel, le terme de diagnostic est explicitement mentionné comme appartenant au référentiel d'activités de l'ergothérapeute. De même, il figure dans le référentiel de compétences, la première étant « Évaluer une situation et élaborer un diagnostic » (ministère de la Santé et des Sports, 2010).

Ce terme apparaît ici pour la première fois dans un texte réglementant la profession en France, sans que celui-ci ait fait l'objet d'une réflexion préalable. C'est pourquoi au fil des années il est apparu nécessaire de le définir afin de clarifier la pratique, de positionner les ergothérapeutes vis-à-vis des autres professionnels et d'être enseigné en formation initiale.

Dans leur pratique, bien qu'ils puissent formuler de façon orale le fruit de leur évaluation, les ergothérapeutes se doivent d'aller encore plus loin en documentant les dossiers des bénéficiaires et/ou en écrivant des rapports d'évaluation, des rapports de suivi ou bien encore des argumentaires. Cette responsabilité professionnelle et légale nécessite parfois plusieurs heures dans une journée de travail. Certains professionnels acceptent d'ailleurs difficilement cette tâche d'écriture, perçue comme administrative au détriment du « Faire » et de l'intervention directe auprès des personnes, si chers aux ergothérapeutes. Elle constitue une préoccupation importante, car elle doit refléter correctement la pratique des ergothérapeutes, se référer à des approches théoriques, à des données scientifiques et justifier les décisions prises avec la personne à travers l'ensemble du processus d'intervention. Le diagnostic ergothérapique s'insère donc dans les pratiques d'écriture déjà existantes.

Les étudiants en ergothérapie s'initient à cette tâche dès leurs premiers stages et les ergothérapeutes l'accomplissent tous les jours de façon plus ou

moins explicite. Pour autant, la rédaction s'avère être une tâche complexe sans guide précis et sans consensus sur les concepts et terminologies employés.

Un groupe de travail, comprenant des membres du Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie Français (SIFEF) et de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), a travaillé plusieurs années à l'élaboration d'une définition et d'un guide à l'attention des ergothérapeutes, des formateurs et des étudiants. Un consensus de la profession était nécessaire pour que chacun puisse s'accorder sur les termes. Le présent ouvrage fait état du cheminement intellectuel de ce groupe de travail et de la position consensuelle validée par les deux organisations professionnelles précitées.

Cet écrit partira du terme de diagnostic, pour déterminer à partir d'une recherche documentaire, le centre de gravité du diagnostic ergothérapique, les concepts le composant, sa place dans le processus ergothérapique et sa construction. Tout au long de cet ouvrage, des exemples étayeront la lecture et la compréhension de la construction du diagnostic pour le lecteur. Il sera fait état des usages du diagnostic ergothérapique et de ses différentes modalités en fonction des pratiques spécifiques des professionnels. La posture de l'ergothérapeute dans la construction et dans l'écriture du diagnostic sera décrite et mise en perspective de son engagement professionnel.

Cet écrit propose ainsi des ressources pour pratiquer le diagnostic ergothérapique, améliorer le raisonnement professionnel, l'écriture et la pratique auprès des personnes accompagnées.

La formalisation du diagnostic servira ainsi la profession face à ses tutelles, employeurs et financeurs, en ce qu'il témoigne de la qualité du raisonnement et des conclusions produites par l'ergothérapeute à propos d'une situation donnée. Elle permettra d'affirmer la spécificité de l'ergothérapie, sa plus-value et ses valeurs.

De l'usage du terme diagnostic

1. Quelques repères étymologiques

Le terme diagnostic vient du grec *διάγνωση* (diágnōsi), composé de *δια* (dia), « par, à travers, séparation, distinction », et *γνώση* (gnōsi), « connaissance ». Comme l'indique Sève-Ferrieu en 2010 : « Il s'agit donc, littéralement, d'acquiescer la connaissance à travers les signes observables ». Couramment, le terme est employé lorsque l'on cherche à poser une « hypothèse tirée d'une analyse des signes » (Rey, 2016).

2. Le diagnostic dans le monde de la santé

Interroger les pratiques d'autres praticiens, tels que les médecins, infirmiers et kinésithérapeutes en matière de diagnostic, permet d'alimenter une réflexion préliminaire.

Selon Rey (2016), le diagnostic médical est la « détermination d'un état, d'une maladie, d'après les symptômes » ; de cette manière-là la « diagnose est la connaissance d'une maladie qui s'acquiert par l'observation des signes diagnostics, des symptômes ». Le DSM V⁴ (APA, 2013) ou la CIM 10⁵ (OMS, 2008) sont d'ailleurs des outils très précieux pour cette production : à la fois classifications des maladies, tableaux cliniques, et nomenclatures, ils permettent aux médecins de poser leur diagnostic, mais aussi de l'énoncer sous une forme

4 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ou *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie* (2013).

5 CIM 10 (Classification internationale des maladies) ou *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. La version en ligne actuelle est datée de 2008. La CIM 11 est actuellement en version bêta. « L'OMS publie la version 2016 de la CIM-11 afin de recueillir les observations de ses États membres. Les travaux de la présente conférence permettront d'affiner encore la CIM-11 pour aboutir à sa mise en œuvre début 2018. » (CHAN 2016)

compréhensible et utilisable par tout le monde. Selon Sournia (1995), le diagnostic médical est la « démarche intellectuelle par laquelle une personne d'une profession médicale identifie la maladie d'une autre personne soumise à son examen, à partir des symptômes et des signes que cette dernière présente et à l'aide d'éventuelles investigations supplémentaires ». Il s'agit de la formulation du problème et de la conclusion de l'évaluation. Cela implique le rassemblement de données d'origines différentes, les unes liées à la personnalité du malade dans sa complexité, les autres dues aux connaissances techniques du médecin, et qui ouvrent sur la préconisation d'une thérapeutique précise.

De plus, selon l'article R.4127-33 du code de la santé publique « le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés. » Ce qui constituerait donc une faute, c'est de ne pas chercher à faire le diagnostic avec tout le soin nécessaire, de se contenter d'une certaine forme d'incertitude, de prescrire un traitement standard sans discrimination, de ne pas adapter un protocole à la situation.

Ainsi, le diagnostic médical sous-entend :

- un travail de réflexion, avec une collecte de données à la fois objectives s'apparentant aux signes cliniques observables et subjectives s'apparentant aux symptômes énoncés par la personne ;
- l'expression du problème de manière brève, avec un langage spécialisé en référence à des nomenclatures et classifications ;
- des connaissances (ici médicales) ;
- une responsabilité du décideur ;
- l'orientation vers une thérapeutique idoine.

Dès 1973, la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) propose une définition, sur laquelle se base le travail des infirmiers en France : « Un diagnostic infirmier est un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels, ou aux processus de vie, d'un individu, d'une famille ou d'une collectivité. Le diagnostic infirmier sert de base pour choisir les interventions de soins visant l'atteinte de résultats, dont l'infirmière est responsable. » (Celis-Geradin, 2010, cité par Vecchiato S., 2014, p. 182)

Plus récemment, Charrier (2015) précise que « le diagnostic infirmier est le nom donné à un problème de santé, constaté par un infirmier, à partir de l'analyse de situation d'une personne soignée. [...] **L'intitulé d'un diagnostic fait donc référence à une liste de termes choisis**, ayant fait l'objet d'une élaboration rigoureuse et validée, par des professionnels experts en soins infirmiers (méthode de recherche : analyse conceptuelle, méthode de validation "Delphi"...). Il résume et s'appuie sur un ensemble de caractéristiques et de facteurs favorisant traduisant la présence du diagnostic. »

Il est intéressant de noter que les termes retenus pour formuler le diagnostic infirmier se distinguent des termes médicaux. Ils correspondent en effet aux signes et symptômes pour lesquels l'infirmier a été formé (Vecchiato, 2014). Par exemple, le diagnostic infirmier utilisera le terme de « température élevée » et non d'« hyperthermie ».

Selon Schmouth (citée par Lamy, O., 2001, p. 40) « Faire un diagnostic infirmier a favorisé le passage d'un mode de pensée axé sur l'action à une conceptualisation du problème ou de l'expérience de la personne. » En France, le diagnostic infirmier est ainsi le socle du rôle « propre » de l'infirmier. Il met en avant les compétences et les responsabilités des infirmiers. Il se fait en parallèle du diagnostic médical dont il est complémentaire. Il est le point de départ des interventions infirmières. Le diagnostic identifie des problèmes de santé avec des termes spécialisés. Il a permis de développer l'efficacité et de renforcer la crédibilité des infirmiers. Le terme diagnostic est référencé dans l'annexe I du *Code de la santé publique* et dans l'annexe II du *Référentiel de compétences infirmier*.

Selon L'Association Française pour la Recherche et l'Évaluation en Kinésithérapie (AFREK) (2016), « le diagnostic kinésithérapique est un processus d'analyse des déficiences et incapacités observées et/ou mesurées. C'est un processus d'évaluation du pronostic fonctionnel dont les déductions permettent :

- d'établir un programme de traitement en fonction des besoins constatés ;
- de choisir les actes de kinésithérapie à mettre en œuvre ».

Comme pour les infirmiers, Delplanque (2001) précise que le diagnostic en masso-kinésithérapie permet d'assumer une autonomie professionnelle. Il permet en outre de justifier les objectifs kinésithérapiques dans le cadre d'un projet thérapeutique, d'évaluer les chances et les probabilités de réussite du soin, d'établir un programme de traitement avec le choix des actes propres à la profession, d'établir un contrat moral exhaustif et explicite entre le patient et le professionnel.

3. Le diagnostic dans le monde ergothérapique

3.1. Recension des écrits

Les premiers usages du terme *diagnosis* en ergothérapie se retrouvent dans les écrits d'ergothérapeutes américaines. Dans le cadre de leurs recherches sur le raisonnement clinique, elles ont étudié la manière dont les ergothérapeutes décidaient des activités professionnelles à mettre en œuvre et dont elles justifiaient leurs choix. Une étude menée sur la résolution de problème comme forme de raisonnement clinique conduit Line (1969) à constater

que les ergothérapeutes auront des difficultés à développer leur métier s'ils n'acquièrent pas la compétence de définir les problèmes des personnes qu'ils traitent dans leurs propres termes.

Rogers et Masagatani (1982) poursuivent elles aussi des recherches sur le raisonnement clinique et, suite à une étude qualitative, Rogers introduit le terme d'*occupational therapy diagnosis* en 1983. Rogers et Holm écrivent le premier article entièrement consacré au concept en 1991. Le terme évolue ensuite dans les écrits de Rogers sous l'appellation d'*occupational diagnosis* (2004).

Dans la douzième édition du *Willard and Spackman's Occupational Therapy* (2013), Boyt Schell évoque la notion de *diagnostic reasoning*. Elle définit le raisonnement diagnostique comme une forme de raisonnement scientifique qui cherche à comprendre et analyser la raison et les conditions requérant l'intervention d'un ergothérapeute. Toutefois, c'est le terme de *diagnosis* qui est mentionné dans le glossaire de cet ouvrage, et non celui d'*occupational diagnosis*, qui n'apparaît pas comme concept central. Ce même terme n'a pas non plus été retenu dans les publications de l'Association Américaine des Ergothérapeutes où sont employés plutôt les termes de *summary* et *analysis* (Clark & Youngstrom, 2003 et 2008).

Le tableau ci-dessous restitue les définitions successives données au terme *occupational therapy diagnosis* ou *occupational diagnosis* dans les écrits anglophones recensés ci-dessus.

Tableau I. Définitions des concepts *occupational therapy diagnosis* et *occupational diagnosis* dans les écrits recensés.

Auteur, date	Terme utilisé	Définition donnée
J.C. Rogers, 1983	Diagnostic ou définition du problème	p. 337. « Le diagnostic et la définition du problème évoquent l'identification de processus ou états pathologiques, anormaux, dysfonctionnels ou problématiques. » p. 338 : – « Il détermine les problèmes spécifiques du patient dans la réalisation d'occupation dans les domaines des soins personnels, du travail et des loisirs. » – « Perturbation dans des rôles occupationnels concernés par le traitement. » – « Les perturbations dans les rôles occupationnels sont la plupart du temps de deux sortes : l'impossibilité de réussir les tâches socialement définies en rapport avec l'âge de la personne et l'impossibilité d'organiser effectivement ces tâches dans la vie quotidienne. » – « Souvent, le diagnostic ergothérapique n'indique pas uniquement la perturbation de rôle occupationnel, mais aussi la cause ou les causes suspectées de cette perturbation. »

J.C. Rogers ; M. Holm, 1991	Diagnostic ergothérapique	p. 1045 : – « L'intervention de l'ergothérapeute est conduite à partir de l'énoncé du problème ou des énoncés des problèmes décrivant le déficit fonctionnel. » – « Le diagnostic ergothérapique « décrit les effets actuels ou potentiels de maladies, traumatismes, troubles du développement, changements associés à l'âge, privation environnementale et autres agents étiologiques du statut occupationnel. » – « la séquence de décisions sur laquelle repose le diagnostic ergothérapique est nommée raisonnement diagnostic. »
J.C. Rogers, 2004	Diagnostic occupationnel	p. 17. « Le diagnostic occupationnel se réfère à la fois aux processus cognitifs utilisés par l'ergothérapeute praticien pour formuler un énoncé résumant le statut occupationnel du client et les résultats de ce processus, l'énoncé diagnostic. » p. 18 : – « Résumé concis des perturbations du rôle occupationnel du client, pouvant être abordées en ergothérapie. » – « Le diagnostic occupationnel est un concept clef car il résume les besoins en ergothérapie et identifie les données pour lesquelles l'ergothérapeute peut être tenu responsable professionnellement. »
B.A. Boyt Schel, 2013	Raisonnement diagnostique	p. 338 : – « Le raisonnement d'investigation et d'analyse des causes ou de la nature des conditions requérant une intervention en ergothérapie, peut être considéré comme une composante du raisonnement scientifique. » – « Les thérapeutes tentent d'explicitier pourquoi le client vit des problèmes, en utilisant un mélange de science et d'informations venant du client. »

Dans ces écrits, le concept fait référence à une analyse des difficultés occupationnelles vécues par un client et motivant l'intervention de l'ergothérapeute. Rogers et Holm (1991) suggèrent qu'identifier des problèmes fonctionnels dans les activités importantes de la personne est au cœur du diagnostic que doivent faire les ergothérapeutes. La rédaction des problèmes identifiés lors de l'évaluation et consignés dans le diagnostic doit contenir quatre éléments selon eux : une description des problèmes, une explication, un indice et le lien avec le déficit ou la maladie.

En France le concept de diagnostic ergothérapique a émergé concomitamment à l'apparition du terme dans le langage des professionnels de la santé. Les premiers usages en ergothérapie font écho à l'adoption du concept par d'autres métiers paramédicaux, en particulier les kinésithérapeutes et les infirmiers. Guillez publie en 2007 le premier écrit sur le sujet dans lequel il

précise que la reconnaissance légale de cette activité permet de prédire l'action de l'ergothérapeute et de positionner ses actes dans un contexte pluriel. Un diagnostic précis sert à établir des objectifs puis des interventions précises, gage de réussite et de qualité pour les bénéficiaires. Il poursuit sa réflexion dans un article publié en 2009 avec le kinésithérapeute Gedda sur la complémentarité entre l'ergothérapie et la kinésithérapie. Il précise que « la finalité de l'évaluation est de donner un diagnostic professionnel. Cette notion de diagnostic n'a pas, pour l'instant, donné lieu à une réglementation et une définition légale. Toutefois, ce diagnostic est explicitement demandé dans la totalité des interventions d'ergothérapie. » (Gedda & Guillez, 2009, p. 4). Pour ces auteurs, le diagnostic consiste en l'analyse qualitative et quantitative de l'altération de l'activité.

En 2010, suite à la publication de l'Arrêté officiel mentionnant le diagnostic ergothérapique comme compétence attendue pour les ergothérapeutes, Sève-Ferrieu propose une réflexion sur le sujet dans un numéro spécial de la revue *ergOThérapies*. Selon elle, le diagnostic ergothérapique est « un processus d'évaluation et d'analyse des symptômes d'une personne et de sa situation de handicap dans l'objectif de la mise en place d'un accompagnement personnalisé en ergothérapie » (Sève-Ferrieu, 2010, p. 51). Selon cet auteur, la difficulté résiderait dans le fait de rendre compte du regard spécifique de l'ergothérapeute sur la situation de handicap. En 2010, Meyer consacre un paragraphe sur le raisonnement diagnostique dans son ouvrage sur les démarches et raisonnements cliniques. En 2013, elle emploie le terme de « définition des problèmes » pour évoquer cette étape correspondant à la formulation du diagnostic : « la définition des problèmes correspond à l'appréciation, par l'ergothérapeute, de ce qui est important dans une situation et à la mise en relation des diverses informations retenues de manière à leur conférer du sens » (Meyer, 2013, p. 237). Elle souligne le fait que cette élaboration narrative est le fait de l'ergothérapeute qui intègre les problèmes communiqués par l'utilisateur. Elle met l'accent sur la dimension éthique et réglementaire associée à la protection de ces données, ce qui lui fait dire qu'il est préférable de ne pas les consigner dans le dossier de l'utilisateur.

Plus récemment, Brousseau, ergothérapeute québécoise qui mène depuis les années 1990 des recherches sur la tenue des dossiers des ergothérapeutes et sur l'analyse dans le processus d'intervention, réalise plusieurs publications sur le sujet, dont une en collaboration avec Tosser (2015). Elle constate que l'adoption du terme de « diagnostic ergothérapique » dans un référentiel d'activités est une spécificité française (2015). Au Canada, c'est le terme d'« analyse » qui est retenu dans les lignes directrices de l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (2002 ; 2013). Elle propose également des critères de qualité pour la rédaction d'un diagnostic ergothérapique et donne des exemples de rédaction. Brousseau, Gauthier et Morel-Bracq (2017) mettent en évidence l'intérêt de recourir à des modèles

centrés sur l'occupation pour fonder le raisonnement de l'ergothérapeute, ce qui n'exclut pas le recours à d'autres schèmes de références qui peuvent être utilisés de manière complémentaire, notamment dans le raisonnement et l'énoncé diagnostique. Mignet (2015) fait du *Model of Human Occupation Screening Tool* (MOHOST) un instrument structurant le recueil de données relatif aux occupations des personnes, et pouvant faciliter la formulation du diagnostic ergothérapique.

Le tableau ci-dessous consigne les différentes définitions attribuées au concept de diagnostic ergothérapique dans les écrits francophones énumérés préalablement.

Tableau II. Définitions du concept de diagnostic ergothérapique dans les écrits recensés.

Auteur, date	Terme utilisé	Définition donnée
P. Guillez, 2007	Diagnostic ergothérapique	p. 23. « Le diagnostic est l'élément qui va servir de référence à la mise en place d'objectifs d'intervention. » p. 24. « L'activité devient ainsi l'axiome de base du diagnostic d'ergothérapie. » p. 25. « Si l'activité est le facteur déterminant pris en compte par l'ergothérapeute, c'est donc elle qu'il faut "mesurer" en premier. (...) L'étape suivante va consister à approfondir l'investigation pour expliciter ce qui perturbe ou rend impossible l'activité. »
M. Gedda, P. Guillez, 2009	Diagnostic ergothérapique	p. 4 : – « La finalité de l'évaluation est de proposer un diagnostic professionnel. » – « L'impact de la pathologie ou du dysfonctionnement sur l'activité ne suffit pas à établir le diagnostic d'ergothérapie. Ce dernier permet de préciser d'emblée le ou les secteurs où il sera nécessaire d'intervenir, mais il reste insuffisant si les causes de cette limitation n'ont pas été définies. C'est donc la seconde partie du diagnostic d'ergothérapie qui précise l'étiologie de cette altération. » p. 5. « Le prédiagnostic correspond à deux démarches classiques de l'ergothérapeute : l'entretien et l'observation. (...) Le diagnostic est ensuite élaboré à l'issue de l'interprétation et du raisonnement clinique mis en place après le recueil d'informations. »
N. Sève-Ferrieu, 2010	Diagnostic ergothérapique	p. 51 : – « Établissement de la problématique de la personne obtenue par l'analyse de sa situation. » – « Processus d'évaluation et d'analyse des symptômes d'une personne et de sa situation de handicap dans l'objectif de la mise en place d'un accompagnement personnalisé en ergothérapie. »

M. Brousseau, 2015	Diagnostic ergothérapique ou analyse	p. 49. « Le diagnostic ergothérapique renvoie à la fois à un processus et à un énoncé précis ». p. 52. « Un ou des énoncés résultant du jugement clinique sur les réactions présentes ou potentielles aux problèmes de participation, d'engagement et de satisfaction aux activités d'une personne, d'un groupe ou d'une collectivité. Il est complémentaire du diagnostic médical et ne s'y substitue pas. D'une façon générale, il est centré sur les besoins d'une personne et non directement sur sa pathologie. »
G. Mignet, 2015	Diagnostic ergothérapique	p. 59. « Le diagnostic ergothérapique fait partie du raisonnement clinique de l'ergothérapeute. C'est un processus, guidé par un modèle conceptuel ergothérapique, qui aboutit à la construction d'une image clinique de la personne qui va permettre de concevoir le plan d'intervention en ergothérapie. Cette image clinique s'appuie sur la synthèse des résultats de l'évaluation : elle prend en compte la complexité de la situation de handicap de la personne, et est formulée en termes de forces/potentiels et de limites/problèmes en regard de l'occupation. En plus de cette image clinique, le diagnostic ergothérapique pose également des hypothèses, et propose des bases pour résoudre les problèmes occupationnels et valoriser les potentiels de la personne. Ainsi, il permet de définir les priorités d'accompagnement et de concevoir le plan d'intervention en ergothérapie. »
S. Meyer, 2010	Raisonnement diagnostique	p. 161. « Le raisonnement diagnostique permet à l'ergothérapeute d'identifier les problèmes de l'usager, de définir des objectifs de traitement et de développer des solutions. » (note de l'auteur : Par problème, il faut entendre « une liste de performances ou d'éléments de performances qui sont altérés. ») p. 164. « En ergothérapie, le raisonnement hypothético-déductif vise la description souvent assez détaillée des limitations de la capacité fonctionnelle de la personne, des perturbations des habiletés⁶ ou des fonctions corporelles, des facteurs environnementaux en cause : une sorte de photographie. »

3.2. Analyse comparative des définitions recensées

L'analyse comparative de ces réflexions et définitions fait ressortir des convergences dans l'approche du diagnostic ergothérapique.

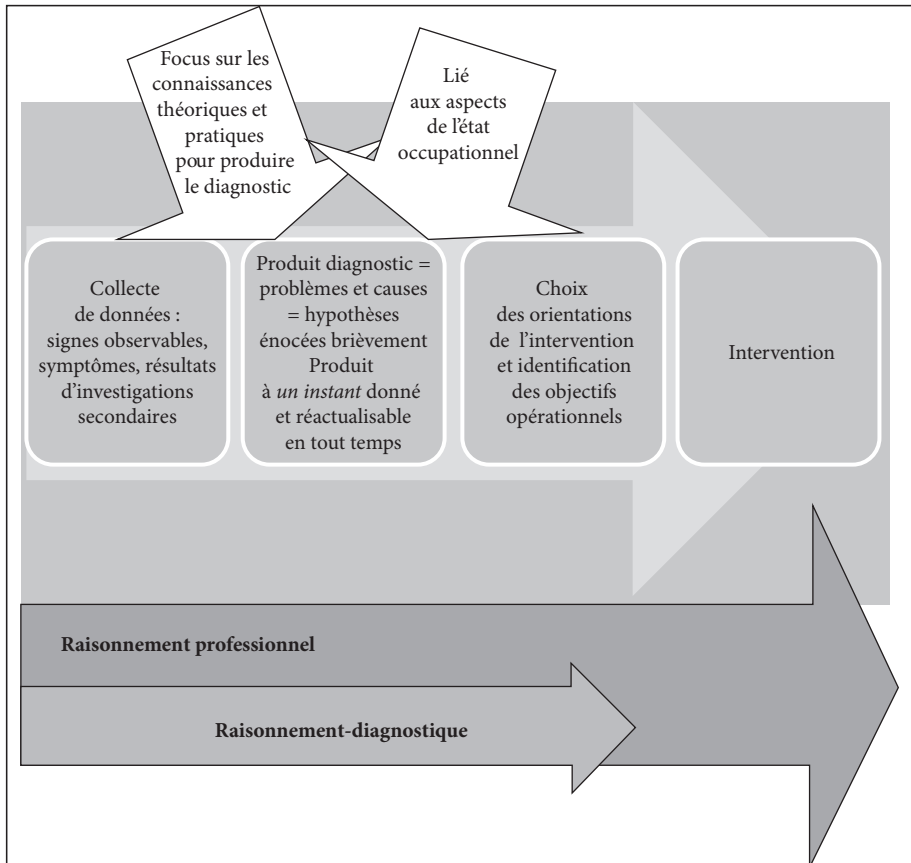
En premier lieu, ces écrits se rejoignent sur le fait suivant : le diagnostic ergothérapique repose sur l'identification de problèmes relatifs à l'activité

6 Voir Glossaire, habileté, page 74.

d'une personne, il intègre l'analyse des facteurs expliquant ces problèmes d'activité. Il comporte un niveau descriptif et un niveau explicatif.

Par ailleurs, ils différencient le diagnostic comme raisonnement, du diagnostic comme énoncé. Les termes employés ne sont pas toujours les mêmes, mais une distinction est faite entre le processus de pensée déployé par l'ergothérapeute et la formulation d'un énoncé qui est son aboutissement. Le raisonnement diagnostique est une partie du raisonnement professionnel mis en œuvre par l'ergothérapeute lorsqu'il évalue une situation. L'énoncé du diagnostic fonctionne comme une sorte de pivot, il succède à l'évaluation et précède l'intervention dans la démarche de l'ergothérapeute. Il s'agit d'une formulation, à l'oral ou à l'écrit, en une suite finie de phrases (Dubois et al., 2001), des problèmes relatifs à l'activité accompagnés des facteurs explicatifs. Le diagnostic ergothérapique relève donc à la fois du raisonnement professionnel : les processus de pensée à l'œuvre chez le thérapeute, et de la démarche d'intervention : la succession des activités professionnelles réalisées. La double nature du diagnostic et son positionnement dans le processus ergothérapique sont illustrés par le schéma suivant :

Figure 1. La double nature du diagnostic ergothérapique.



Cependant, ces définitions divergent sur certains points. Ainsi, une première constatation est la diversité des termes utilisés, en particulier pour parler du problème lié à l'activité. Ces problèmes sont nommés tour à tour *disruptions in occupational role* (Rogers, 1983), *functional deficits* (Rogers & Holm, 1991), *effects of etiological agents on occupational status* (Rogers & Holm, 1991), perturbation des activités (Guillez, 2007), limitation et altération des activités (Gedda & Guillez, 2009), problématique et situation de handicap (Sève-Ferrieu, 2010), dysfonctionnement occupationnel (Trouvé, 2011), problèmes de participation, d'engagement et de satisfaction aux activités (Brousseau, 2015), problèmes occupationnels (Mignet, 2015).

Cette diversité tient aux différents cadres conceptuels qui sous-tendent la pensée et l'expression de ces auteurs. Définir ce qu'est le diagnostic ergothérapique implique donc un choix conceptuel en référence à des modèles généraux, du fait même des termes employés et des critères retenus.

Par ailleurs, la notion de diagnostic ergothérapique recouvre essentiellement les problèmes, les dysfonctionnements présents ou potentiels dans les écrits de Rogers (1983, 2004), Rogers et Holm (1991), Guillez (2007), Gedda et Guillez (2009) et Sève-Ferrieu (2010). Ces auteurs ne négligent pas l'importance de tenir compte des forces et des ressources de la personne dans son contexte, mais elles ne sont pas intégrées dans le diagnostic ergothérapique. En effet, les personnes qui ont recours à l'ergothérapie le font du fait d'un problème présent ou potentiel de réalisation de leurs activités. C'est de ce problème réel ou potentiel que devra rendre compte l'ergothérapeute qui engage une intervention. Brousseau (2015) et Mignet (2015) retiennent une définition plus large du concept qui incorpore les ressources de la personne et de son contexte sur lesquelles l'intervention pourra s'appuyer. Elles mettent de ce fait l'accent sur la dimension prospective du diagnostic qui anticipe déjà les objectifs et moyens d'intervention.

Enfin, il est intéressant de noter que Brousseau (2015) élargit la possibilité de poser un diagnostic ergothérapique à un groupe et à une collectivité. Ce redimensionnement de la population fait écho au référentiel d'activité de l'ergothérapeute et à la première activité décrite qui est celle d'évaluer « les intégrités, les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation des personnes ou des groupes de personnes » (ministère de la Santé et des Sports, 2010). Cela signifie que l'ergothérapeute peut être amené à repérer des problèmes, présents ou potentiels, d'activité menée par un ensemble d'acteurs à un niveau plus macroscopique, ce qui le place potentiellement dans la sphère de l'action citoyenne et politique.

3.3. Éléments pour une définition

De cette analyse, des éléments peuvent être retenus pour une définition du diagnostic ergothérapique.

Tableau III. Éléments retenus pour une définition du diagnostic ergothérapique.

Éléments retenus	Référence aux auteurs
Le diagnostic ergothérapique est à la fois un processus et un énoncé. Le raisonnement diagnostique est une composante du raisonnement professionnel qui aboutit à la formulation d'un énoncé diagnostique.	Rogers et Holm (1991), Rogers (2004) ; Brousseau (2015)
Il définit et résume les problèmes présents ou potentiels relatifs à l'état occupationnel de la personne/du groupe qui justifient l'intervention de l'ergothérapeute.	Inspiré de Rogers et Holm (1991), Rogers (1983, 2004), Mignet (2015) et de Brousseau (2015)
Le diagnostic ergothérapique identifie les facteurs internes et externes explicatifs de cet état occupationnel et met en évidence les ressources sur lesquelles la thérapie pourra s'appuyer.	Rogers (1983 ; 2004), Rogers et Holm (1991), Guillez (2007), Gedda et Guillez (2009), Sève-Ferrieu (2010), Brousseau (2015), Mignet (2015)

Le centre de gravité du diagnostic ergothérapique

Comme tout autre diagnostic, le diagnostic ergothérapique s'efforce de mettre en évidence les éléments essentiels qui vont orienter l'intervention du praticien. Mais, comment repérer et organiser ces éléments essentiels dans la perspective de l'ergothérapie ? Pour éviter de faire une simple liste, il est nécessaire d'identifier le cœur (Guillez, 2007) ou centre de gravité (Fisher, 2009) autour duquel va s'organiser le raisonnement et par conséquent l'énoncé diagnostique. Différents termes sont utilisés pour désigner cet élément qui retient toute l'attention de l'ergothérapeute : activité, occupation, engagement, performance, participation, etc. Les modèles conceptuels synthétisant les représentations fondamentales de la profession d'ergothérapeute permettent d'approcher ce centre de gravité, ce cœur, susceptible de rassembler le plus grand nombre.

1. L'occupation, concept central

La plupart des modèles conceptuels propres à l'ergothérapie, représentent le lien existant entre la santé des personnes et leurs occupations, dans une perspective individuelle et collective.

Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) se présente d'emblée comme un modèle *occupation centered* (centré sur l'occupation). Il incite les ergothérapeutes à se centrer sur les occupations, c'est-à-dire à raisonner en gardant comme point de mire la réalisation des activités de travail, de loisir et de vie quotidienne que les personnes réalisent dans un contexte temporel, physique et socio-culturel (Kielhofner, 2008, p. 5). Pour Kielhofner, les rôles occupationnels (parents, collègues, étudiants, malade, chef d'entreprise, etc.) assumés par la personne et/ou lui étant attribués fondent pour une large part la structure et la forme de ses routines quotidiennes.

L'occupation est aussi « l'objet d'intérêt primordial de l'ergothérapie » (Townsend et Polatajko, 2013, chapitre 1) selon le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO). Elle y est entendue comme « une activité ou un ensemble d'activités réalisées avec constance et régularité qui apportent une structure à laquelle des individus et une culture accordent une valeur et une signification » (Townsend et Polatajko, 2013, p. 22). L'occupation peut appartenir au domaine des soins personnels (prendre soin de soi), de la productivité (contribuer à l'édifice social et économique de la communauté) ou des loisirs (se divertir).

Dans le sillage du MOH, Fisher encourage les ergothérapeutes à adopter une vision *occupation-centered*, centrée sur l'occupation (Fisher, 2009, 2013). Elle définit l'occupation comme l'engagement dans des activités ayant du sens et/ou un but. Pour promouvoir une pratique cohérente avec cette vision, elle propose une modélisation du processus d'intervention centré sur l'occupation à toutes les étapes : l'*Occupational Therapy Intervention Process Model* (OTIPM).

Le cadre conceptuel de terminologie européen (CCTE) retient aussi le concept d'occupation pour désigner « un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société » (Meyer, 2013, chapitre 4).

Ce concept d'occupation connaît par ailleurs une notoriété sans précédent dans le monde de l'ergothérapie puisqu'il a été retenu pour définir l'objet de l'*occupational science* ou science de l'occupation se destinant à informer et renforcer la pratique des ergothérapeutes (Pierce, 2016).

2. Autres concepts existants : habitudes de vie, rôles sociaux, participation

L'occupation peut sensiblement se superposer sur d'autres concepts plus communément utilisés en France, issus de modèles conceptuels interprofessionnels internationaux tels que le Modèle de Développement Humain – Processus de Production de Handicap (MDH-PPH 2) (Fougeyrollas, 2010) ou bien encore la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF) (OMS, 2001).

Le praticien recourant au MDH-PPH 2 (Fougeyrollas, 2010) utilise le concept d'habitudes de vie et s'efforce de promouvoir la pleine participation sociale ou de réduire les situations de handicap résultant de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux. Les habitudes de vie selon Fougeyrollas sont les activités courantes qu'une personne réalise et les rôles sociaux qu'elle exerce. Wolfensberger et Thomas (Fougeyrollas, 1996, p. 44) favorisent la compréhension de cette notion de rôle social : « Le rôle social renvoie à un modèle de comportement socialement attendu et habituellement défini afin de faciliter la réalisation de(s) fonction(s) particulière(s) qui

sont généralement attribuées à ou assumées par un individu et qui reflètent partiellement le statut social de cette personne ». La participation sociale correspond alors à la pleine réalisation des habitudes de vie dans le milieu de vie d'un individu ou d'un groupe d'individus.

Le praticien utilisant les concepts de la CIF (OMS, 2001) a pour sa part recours au concept de participation pour parler des activités auxquelles prend part la personne en situation de vie réelle, différemment des activités réalisées dans un milieu de vie plus standardisé, représenté par le milieu clinique.

3. Intérêt de recourir au concept d'occupation

Que soit utilisé le terme d'occupation, d'habitudes de vie, ou de participation, le raisonnement et la démarche de l'ergothérapeute sont centrés sur les activités dans lesquelles les personnes s'engagent quotidiennement pour subvenir à leurs besoins fondamentaux, tisser leurs relations sociales et accomplir leurs rôles sociaux, par choix ou par intérêt. Cependant, le recours au concept d'« occupation » et la référence à des modèles centrés sur l'occupation permet d'affiner une démarche diagnostique spécifique à l'ergothérapeute, tout en distinguant différents niveaux de l'agir.

Différentes taxonomies du « faire » sont proposées dans les cadres conceptuels relevant de modèles centrés sur l'occupation. Selon le Cadre conceptuel de terminologie européen (CCTE), l'occupation comprend un ensemble d'activités. Par exemple l'occupation « préparer un repas » recouvrira diverses activités telles que « faire une soupe », « faire cuire des pâtes », « mettre la table », qui elles-mêmes peuvent être subdivisées en tâches. Cette arborescence se retrouve de manière à peu près similaire dans le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel avec des niveaux supplémentaires de complexité : occupation/activité/tâche/Action/mouvements volontaires ou processus mentaux. Dans l'OTIPM et dans le MOHO, l'occupation s'actualise en performances, qui comprennent elles-mêmes plusieurs habiletés (celles-ci sont les plus petites unités observables de l'occupation). Pour préparer un repas, la performance occupationnelle⁷ de la personne correspondra à la réalisation des tâches « faire une soupe », « faire cuire des pâtes », « mettre la table » ; elle mettra en œuvre plusieurs habiletés pour y parvenir : elle se déplace, soulève des ustensiles de cuisine, marche et transporte ces ustensiles, elle localise les objets, les rassemble, les organise, etc.

Ainsi, recourir au concept d'occupation et à ses différentes taxonomies pour élaborer le diagnostic ergothérapeutique augmente le niveau de précision de l'appréciation de la situation par l'ergothérapeute.

7 Voir Glossaire, p. 75.

L'objet du diagnostic : définir et expliquer l'état occupationnel d'une personne ou d'un groupe de personnes

La recension des écrits relative au diagnostic ergothérapique a mis en évidence une diversité de termes utilisés pour nommer l'objet du diagnostic relativement aux occupations d'une personne ou d'un groupe. Parmi ces termes, situant l'ergothérapie dans une approche centrée sur l'occupation, Rogers (2004) indique le raisonnement et l'énoncé diagnostique en ergothérapie comme permettant de définir et expliquer l'état occupationnel (*occupational status*) d'une personne.

1. Qu'est-ce que l'état occupationnel ?

Sont présentées ci-dessous les définitions des auteurs mentionnant dans leurs écrits le concept d'*occupational status* et se référant à l'ergothérapie : les écrits de Rogers (1983, 2004), Rogers et Holm (1991), un article de Cederfeldt, Lundgren et Sadlo (2003) et un chapitre de l'ouvrage de Meyer (2010).

Pour Rogers et Holm (1991), se prononcer sur l'état occupationnel signifie donner des indications sur la performance du rôle occupationnel (*occupational role performance*), sur la performance occupationnelle (*occupational performance*) et sur les composantes de cette performance (*components of occupational performance*). Pour Meyer (2010), s'appuyant sur ces mêmes auteurs, définir l'état occupationnel revient à identifier les effets de la condition de santé d'une personne sur ses performances et ses habiletés.

Tableau IV. Définitions de l'état occupationnel dans les écrits recensés.

Auteur, date	Définition donnée
J.C. Rogers, 1983	p. 337 : – « Une fois l'état du patient compris, les connaissances scientifiques et empiriques sont appliquées pour améliorer le statut occupationnel. » – « La première question à considérer lors du questionnement d'évaluation : Quel est le statut occupationnel du patient ? L'évaluation en ergothérapie est le résumé concis et précis de la performance du rôle occupationnel qui résulte de l'investigation auprès du patient. » – « Le mot évaluation est préférable au terme diagnostic ou définition du problème pour l'évaluation du statut occupationnel car il a un sens beaucoup plus large. » p. 346. « Les données cliniques sont utilisées pour décrire le statut occupationnel du patient. Cette description inclut une indication des compétences d'adaptation du patient, des dysfonctionnements de performance avec leurs causes présumées, ainsi que les compétences motivationnelles. »
J.C. Rogers, M. Holm, 1991	p. 1045. « Le diagnostic ergothérapique « décrit les effets actuels ou potentiels de maladies, traumatismes, troubles du développement, changements associés à l'âge, privation environnementale et autres agents étiologiques du statut occupationnel. » p. 1046. « Ensemble, les dimensions de la performance du rôle occupationnel, la performance occupationnelle et les composantes de la performance occupationnelle sont nommées le statut occupationnel. » p. 1052. « généralement, le diagnostic ergothérapique consiste en quatre composantes qui le structurent : descriptive, explicative, indicative et pathologique. La première composante décrit le déficit dans le statut occupationnel [...]. Cette composante renvoie à un problème de performance dans la tâche. »
M. Cederfeldt, B. Pierre Lundgren, G. Sadlo, 2003	p. 83 : – « Le statut occupationnel est un concept clef [...] nommant les domaines de l'occupation et les aspects de la performance occupationnelle. » Exemples de domaines occupationnels : « soins personnels, préparation des repas, les transferts à la maison. » Exemples d'aspects de l'occupation : « indépendance, difficulté, sécurité... » p. 85. « Le concept fondamental émergeant des données a été nommé "statut occupationnel" et comprend à la fois les domaines de l'occupation (où se trouve la performance) et les aspect de l'occupation, qui sont les clefs de compréhension du raisonnement des ergothérapeutes lors de l'évaluation du statut occupationnel. »
J.C. Rogers, 2004	p. 17. « Le diagnostic occupationnel se réfère à la fois aux processus cognitifs utilisés par l'ergothérapeute praticien pour formuler un énoncé résumant le statut occupationnel du client et les résultats de ce processus, l'énoncé diagnostic. »

S. Meyer, 2010	p. 162 : – « Tout d'abord l'ergothérapeute a une intuition des difficultés de l'usager, établie à partir des données qu'il détient sur l'usager, notamment son diagnostic médical. Cette intuition donne une image très générale de l'usager, que l'ergothérapeute cherchera à préciser par une procédure systématique aboutissant à la définition du statut occupationnel particulier de l'individu. » – « L'effet de la condition de santé de la personne sur les performances et les habiletés. »
----------------	---

Ces termes « *performance* », de « *role performance* » et de « *components of occupational performance* », de performances et d'habiletés résonnent avec les concepts du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH). Le MOH distingue en effet trois niveaux de l'agir : la participation, la performance et les habiletés (Kielhofner, 2008).

Dans le MOH, la performance du rôle occupationnel (*occupational role performance*) est proche de la notion de participation occupationnelle. La participation occupationnelle est la notion la plus large de l'agir. Elle est définie comme le fait de s'engager dans des occupations situées dans un contexte socio-culturel, désirées et/ou nécessaires pour le bien-être de la personne (Kielhofner, 2008, p. 101). La participation occupationnelle tient compte également de l'expérience subjective dans l'agir.

La performance occupationnelle (*occupational performance*) est décrite comme le fait d'accomplir une tâche concourant à la participation occupationnelle. Par exemple, prendre une douche concourt à faire sa toilette, prendre des notes concourt à étudier ou travailler, faire du vélo concourt à se déplacer.

Les composantes de la performance occupationnelle sont les habiletés (skills) et correspondent aux petites actions concrètes réalisées pour accomplir une tâche : saisir le pommeau de douche, déplacer le pommeau de douche, organiser : commencer par se savonner avant de se rincer, verser du shampooing dans sa main pour se laver les cheveux sont autant d'habiletés qui sont réalisées pour prendre une douche. Ces habiletés peuvent être motrices, procédurales ou encore d'interaction ou de communication. Il est important de souligner que les habiletés diffèrent des capacités de performance, celles-ci correspondant aux fonctions corporelles de la personne au sens de la CIF 2001 : cognitives, motrices, sensorielles.

Ainsi, l'état occupationnel recouvre ces trois dimensions de l'agir définies par Kielhofner. Résumer l'état occupationnel d'une personne revient à donner des indications sur son implication dans des occupations et sur la réalisation des habiletés et des performances qui composent ces occupations.

L'étude de l'évolution récente du modèle canadien de MCRO à MCREO montre l'importance de la prise en compte de l'aspect subjectif de l'état occupationnel. En effet, depuis 1997 date de l'introduction du modèle canadien du rendement occupationnel, l'Association canadienne des Ergothérapeutes

(ACE) mettait un accent particulier sur le rendement occupationnel comme le principal élément de l'occupation, résultant d'une intersection dynamique entre les trois composantes : personne, environnement, occupation. Néanmoins, « le rendement comme point central souligne seulement une partie de ce qui nous intéresse au sujet de l'occupation humaine. Au-delà du rendement occupationnel, les ergothérapeutes sont aussi intéressés à d'autres modes d'interactions occupationnelles. » (Townsend et Polatajko, 2013, p. 28) : dès lors, il ne s'agit plus uniquement de s'intéresser au « faire » dans le sens de « réaliser de manière conforme », mais d'ouvrir sur la notion de signifiante et de satisfaction au « faire », en lien avec les valeurs, l'histoire, le contexte socio-culturel des personnes. Le « faire » s'ouvre alors sur une perspective plus large, avec l'engagement occupationnel, en s'appuyant sur la science de l'occupation. De même, l'engagement n'implique pas uniquement de « commencer jusqu'à son achèvement une activité : réaliser, faire, agir, conformément aux exigences (Houghton Mifflin Company, 2004, cité par (Townsend et Polatajko, 2013, p. 28). Ces différentes remarques ont conduit le MCREO à définir l'engagement comme « l'action de se mobiliser, de devenir occupé, de participer à une occupation ou de s'y engager. C'est apporter sa contribution afin d'être, de devenir et d'appartenir, ainsi qu'effectuer ou s'adonner à des occupations ». (Townsend et Polatajko, 2013, p. 440).

De ce fait, l'engagement occupationnel ne concerne pas seulement la performance réelle dans une occupation, mais aussi le degré d'importance qui lui est accordé et le degré de satisfaction qu'elle apporte à l'individu. Il se décline en fonction de sa nature (actif ou passif), son degré d'établissement (nouveau, continu, en lien avec une transition occupationnelle), (Townsend et Polatajko, 2013, pp. 28-30).

La définition de Cederfeldt, Lundgren et Sadlo (2003) permet d'affiner un peu plus la compréhension de l'état occupationnel. D'après eux, formuler l'état occupationnel (*occupational status*) d'une personne oblige à préciser le domaine (area) et l'aspect (aspect) de cette occupation pris en considération lorsque le thérapeute effectue son évaluation. Par exemple la toilette, la préparation du repas, le travail, la scolarité sont autant de domaines occupationnels différents. D'autre part, l'indépendance, la sécurité, l'équilibre entre les occupations, l'effort demandé, la satisfaction ressentie sont autant d'aspects qui peuvent être retenus par l'ergothérapeute pour évaluer les occupations. Les aspects étudiés peuvent être objectifs ou subjectifs.

Ainsi l'état occupationnel peut se comprendre comme ce que la personne réalise de manière objective et comme la manière dont elle perçoit et ressent cette réalisation. Il peut s'agir du degré de satisfaction, de la cohérence avec ses valeurs et ses intérêts, etc.

Cette analyse conduit les auteurs à proposer une formulation nouvelle de définition de l'état occupationnel d'une personne :

« L'état occupationnel d'une personne correspond à sa participation et son engagement dans des occupations, aux performances et à l'utilisation des habiletés qui lui permettent ou non d'y prendre part, et à la perception qu'elle en a. Lorsqu'il formule l'état occupationnel d'une personne, l'ergothérapeute précise les domaines et les aspects objectifs ou subjectifs de l'occupation pris en considération. » (Cederfeldt, Lundgren et Sadlo, 2003, pp. 81-87)

Cette définition de l'état occupationnel peut aussi s'appliquer à un ensemble de personnes ayant des caractéristiques communes : habiter un même lieu, s'adonner à des occupations identiques, etc. De ce fait, l'ergothérapeute peut aussi formuler l'état occupationnel d'un groupe, qui correspondrait à l'engagement et la participation de ses membres dans des occupations similaires, à la réalisation de performances et d'habiletés communes. Par exemple, un ergothérapeute intervenant dans une structure d'hébergement peut être à même de repérer l'état occupationnel relatif à la mobilité des personnes se déplaçant en fauteuil roulant manuel dans ce même lieu, en dégagant des caractéristiques communes à l'ensemble des situations particulières des résidents concernés.

2. L'état occupationnel et les termes approchants

L'état occupationnel ne doit pas être confondu avec le profil occupationnel. Selon l'association américaine d'ergothérapie, le profil occupationnel est défini comme « la première étape du processus d'évaluation, permettant la compréhension de l'histoire et des expériences occupationnelles de la personne, son organisation de vie quotidienne, ses intérêts, ses valeurs et ses besoins ». ⁸ (AOTA, 2014, p.10)

Le profil occupationnel revient à s'interroger sur les formes occupationnelles de la personne, c'est-à-dire, la manière dont elle s'engage dans les domaines de l'occupation, et pourquoi. Le profil occupationnel s'intéresse à la signification de l'engagement occupationnel (c'est-à-dire à la volition) en lien avec l'histoire occupationnelle de la personne. Ensuite, c'est la manière dont la vie de la personne est organisée en routines et en rôles, eux même sous l'influence d'un environnement social et physique clairement défini et identifié, correspondant aux normes et aux attentes définies par cet environnement (ou habitude) qui est étudié.

On pourrait dire que l'état occupationnel est en quelque sorte au profil occupationnel, ce qu'une photographie serait au film d'une vie.

Mais la traduction littérale d'*occupational status* par statut occupationnel n'est pas satisfaisante. En effet, l'expression française statut occupationnel est

8 (Traduction libre en français)The initial step in the evaluation process that provides an understanding of the client's occupational history and experiences, patterns of daily living, interests, values, and needs.

déjà utilisée en français dans le domaine des sciences sociales pour désigner le statut ou l'activité professionnelle d'une personne. Cette définition rejoint celle d'*occupational status* du thesaurus MeSH : « the state of being engaged in an activity or service for wages or salary. »⁹ Ainsi, le choix du terme statut occupationnel restreindrait le sens de l'expression au champ professionnel. Le terme d'état permet de traduire autrement le terme status, sans risquer de confondre ces différents champs.

Par ailleurs le terme *état occupationnel*, en se référant à l'être, à la manière d'être d'une personne, témoigne d'une évolutivité possible et ne signifie pas que les indications recueillies relèvent de l'essence de la personne et lui sont inaliénables. Un état peut être passager. Se prononcer sur l'état occupationnel d'une personne revient à prendre une sorte de photographie datée. Cet état occupationnel est inscrit dans le temps, car le style occupationnel évolue, notamment lors d'événements marquants, pouvant générer une transition occupationnelle (Townsend et Polatajko, 2013). Cette formulation de l'état occupationnel est une image construite par le thérapeute à partir de sa compréhension de l'agir d'une personne pendant l'évaluation, et selon ce qu'elle accepte de livrer d'elle et de son vécu. Cette expression d'état occupationnel oriente l'attention du thérapeute autant sur l'agir de la personne que sur le processus vécu dans l'agir, sur ce qui se déroule sous son regard et ce qui se vit en l'autre et en lui-même.

Cette approche des problèmes centrée sur l'état occupationnel ouvre des perspectives nouvelles vers une ergothérapie sociale et/ou anthropologique. Prenons pour exemple l'entrée en Établissement d'hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), l'arrêt temporaire ou définitif du travail, l'institutionnalisation, etc. Autant d'éléments qui peuvent interroger sur l'état liminaire (Gardou, 1997 ; 2006) de la personne et sur son processus d'adaptation. Aussi peut-il se rapprocher de rites de passage nécessaires à la reconstruction d'une identité occupationnelle par l'engagement occupationnel. Chaque schéma occupationnel étant garant de la constance de l'individu, regroupant des habitudes et des rôles appris et intégrés sous l'influence d'un contexte socioculturel particulier.

3. Définir l'état occupationnel : le niveau descriptif du diagnostic

L'ergothérapeute impliqué dans une démarche diagnostique s'efforce de saisir et de résumer les problèmes présents ou potentiels relatifs à l'état occupationnel

9 Le fait d'être engagé dans une activité ou des services en échange de rémunération ou salaire (traduction libre).

de la personne ou du groupe qui vont motiver son intervention. Cet état des lieux est la partie descriptive du diagnostic ergothérapique. En considérant le triptyque personne, occupation, environnement, le fait de définir l'état occupationnel revient à explorer la dimension de l'occupation dans différents domaines, sous différents aspects et à différents niveaux :

- accomplissement des rôles sociaux en lien avec les occupations ;
- performance occupationnelle → entraîne des problèmes occupationnels

3.1. Préciser les domaines de l'occupation retenus

Lorsqu'il définit l'état occupationnel, l'ergothérapeute précise les domaines de l'occupation qu'il prend en considération.

Les domaines de l'occupation sont identifiés différemment en fonction des modèles conceptuels. Dans les modèles centrés sur l'occupation, les occupations de la personne peuvent être regroupées selon qu'elles appartiennent aux soins personnels, aux activités productives ou aux loisirs (Kielhofner, 2008 ; Townsend et Polatajko, 2013). Les occupations peuvent aussi être classées selon ce qu'elles apportent à la personne : ressourcement, plaisir, productivité (Pierce, 2016).

Pour leur part, La CIF et le PPH- MDPH 2 proposent des nomenclatures correspondant à autant de domaines identifiés.

Dans certains secteurs d'activité, les termes d'ADL (Activity of Daily Living) et IADL (Instrumental Activity Of Daily Living) sont préférés.

L'ensemble des domaines de l'occupation sont regroupés dans le tableau V.

Tableau V. Récapitulatif des domaines de l’occupation en fonction des modèles et exemples d’aspects de l’occupation.

	Domaines de l’occupation	Domaines d’aspects de l’occupation
CIF (OMS, 2001)	– apprentissage et application des connaissances : perceptions sensorielles intentionnelles, apprentissage élémentaire, appliquer des connaissances ; – tâches et exigences générales ; – communication : recevoir des messages, produire des messages, conversation et utilisation des appareils et techniques de communication ; – mobilité : changer et maintenir la position du corps, déplacer et manipuler des objets, marcher et se déplacer, se déplacer avec un moyen de transport ; – entretien personnel ; – vie domestique : acquérir les produits d’usage courant, tâches ménagères, s’occuper des effets ménagers et s’occuper des autres ; – relations et interactions avec autrui : interactions générales avec autrui, relations particulières avec autrui ; – grands domaines de la vie : éducation, travail et emploi, vie économique ; – vie communautaire¹⁰, sociale et civique.	Le code qualificatif de performance indique l’étendue de la restriction de la participation (ok) en décrivant la réalisation effective d’une tâche ou d’une action par une personne dans son environnement ordinaire. Résumé : performance/restriction de participation ; capacité/limitation d’activité (observé ou perçu) ; degré d’assistance/ degré de satisfaction.
MDH-PPH (Fougeyrollas, 1998 ; 2010)	Actes de la vie courante : – nutrition : régime alimentaire, préparation des repas, prise des repas ; – condition corporelle : sommeil, condition physique, condition mentale ; – soins personnels : hygiène corporelle, hygiène excrétrice, habillement, soins de santé ; – communication : orale et corporelle, écrite, télécommunication ; – habitation : activités reliées au domicile, entretien ménager, ameublement – déplacements : restreints dans la communauté, utilisation des moyens de transport. Rôles sociaux : – responsabilités : financières, civiles, familiales ; – relations interpersonnelles : affectives, sexuelles, relations sociales ; – vie communautaire : consommation, association volontaire ; – éducation ; – travail : recherche d’un emploi, occupation rémunérée ; – loisirs : occupation non rémunérée, sports et jeux, arts et culture.	Cette déclinaison se traduit donc en situation de handicap ou en situation de participation sociale (ok). Distinction entre le degré de réalisation, le type d’aides nécessaires, et le degré de satisfaction

¹⁰ Voir Glossaire, p. 73.

MOH (Kielhofner, 2008)	– activités de productivité : rémunérées ou non et qui fournissent des services ou des produits aux autres (ex : étudier, travailler, faire du bénévolat, s'occuper des enfants, etc.) ; – activités de loisir : entreprises dans leur propre intérêt (ex : jouer, faire du sport, célébrer, explorer, etc.) ; – activités de vie quotidienne : de soin personnel ou de subsistance (ex : se laver, manger, faire le ménage, la lessive, etc.).	– participation occupationnelle ou problème de participation ; – performance ou problème de performance ; – exemples d'aspects proposés dans <i>l'Assessment of Motor and Process Skills</i> : effort physique, efficacité dans le temps et l'espace, sécurité, indépendance, conformité sociale, verbalisation de la satisfaction, verbalisation de la douleur.
MCREO (Townsend et Polatajko, 2013)	– activités de soins personnels : qui contribuent à s'occuper de soi-même (ex : hygiène, mobilité fonctionnelle – transferts, vie communautaire tel que conduire, transports, téléphoner, prendre un rendez-vous, payer des factures, faire des courses, etc.) – activités de productivité : qui contribuent à l'épanouissement social et économique ou engendrent des revenus. Cela comprend : le travail rémunéré ou non, les travaux scolaires, le travail bénévole dans la communauté ; la gestion du foyer avec les travaux ménagers, le rôle de parent (s'occuper enfants, aide aux devoirs...) ; les activités ludiques (petite enfance, enfance) : dessiner, écrire, lancer objets, escalader, etc. ; – activités de loisirs : divertissement. Cela comprend : la vie sociale, les loisirs sédentaires (écouter musique, service religieux, etc.) et les activités actives (pratiquer un sport, s'occuper d'un animal, aller au cinéma, à la plage, etc.).	Les problèmes de rendement occupationnel font référence à un phénomène vécu plutôt qu'observé. Il englobe : – l'incapacité d'exécuter à la capacité d'exécuter l'activité (1 à 10) ; – l'importance d'exécuter les domaines considérés comme problématiques (pas important du tout à extrêmement important) de 1 à 10) ; – le degré de satisfaction à l'égard de son rendement (de pas satisfait du tout à extrêmement satisfait de 1 à 10).

3.2. Préciser les aspects de l'occupation considérés

En définissant les problèmes relatifs à l'état occupationnel, l'ergothérapeute précise aussi les facettes de l'occupation qu'il va considérer : l'indépendance, l'autonomie, la sécurité, l'effort demandé, la satisfaction, l'équilibre entre les occupations, etc. De même que pour les domaines de l'occupation, les modèles conceptuels éclairent différemment les aspects qui peuvent être retenus pour analyser les occupations.

Pour pouvoir préciser et qualifier ces aspects, l'ergothérapeute s'appuie sur les résultats d'évaluations objectives et subjectives réalisées à partir d'entretiens, d'observations, de questionnaires, tests validés et/ou standardisés. Il s'appuie sur ce que la médecine nomme à la fois signes et symptômes appliqués à l'agir. L'*Assessment of Motor and Process Skills* (AMPS), la Mesure des Habitudes de Vie, le *Model of Human Occupation Screening Tool* (MOHOST) ou encore le *World Health Organisation Disability Assessment Schedule* (WHODAS) sont des outils d'évaluation pouvant être utilisés par l'ergothérapeute dans ce but. Ils proposent chacun des critères d'analyse spécifiques qui sont autant de facettes de l'occupation.

Par exemple, une analyse de la performance occupationnelle selon le MOH et l'OTIPM retiendra les aspects suivants : effort physique, efficacité, efficacité dans le temps et l'espace, sécurité, indépendance, conformité sociale, dépendance, autonomie, satisfaction (Fisher, 2009).

Dans les modèles généraux tels que le MDH-PPH 2 ou la CIF, les problèmes relatifs à l'état occupationnel interrogent la participation.

La participation se définit comme l'engagement dans les situations de vie sociale, communautaire, familiale, autant dans le travail que dans les loisirs ou dans le soin personnel. Ninacs présente la participation sociale comme « l'ensemble des activités réalisées dans les environnements sociaux fréquentés par la personne et comportant des interactions avec les acteurs propres à chacun de ces environnements. Ces activités sont favorables à l'expression du pouvoir personnel de la personne et peuvent s'inscrire dans une perspective d'autonomisation (*empowerment*¹¹) communautaire ». (Ninacs, 2002, cité par Tremblay et Tellier, 2006).

Dans un contexte de réadaptation, Fougeyrollas propose la définition suivante de la participation sociale : « Une situation de participation sociale correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles). »

Ainsi, selon Castelein, se prononcer sur l'état occupationnel dans les modèles occupations centrés, signifie mesurer la qualité de la participation dans les domaines décrits dans le tableau V (page 26).

¹¹ Voir Glossaire, p. 74.

Une analyse des habitudes de vie et de la participation selon le MDH-PPH2 retiendra les aspects de degré de réalisation, de type d'aides nécessaires, de degré de satisfaction par rapport au mode de réalisation et de degré d'importance de l'activité pour la personne dans son milieu de vie. « Les résultats de la réadaptation » doivent être mesurés non pas tant en matière de « réduction des incapacités » qu'en matière de situation de participation sociale ou situation de handicap (Castelein, 2012, p. 11-24).

Une analyse s'appuyant sur la CIF considérera des aspects similaires à partir des domaines de l'occupation correspondants¹². La participation est définie dans la CIF comme un engagement dans des situations de vie. L'ergothérapeute ayant recouru au modèle de la CIF indique alors dans un premier temps l'étendue de la limitation d'activité, en décrivant l'aptitude de la personne à effectuer une tâche ou une action, et se concentre sur les limitations qui sont liées aux caractéristiques inhérentes ou intrinsèques de la personne sans assistance. Il appréciera ensuite l'étendue de la restriction de la participation, en décrivant la réalisation effective d'une tâche ou d'une action par une personne dans son environnement ordinaire et en mesurant la difficulté de la personne à effectuer ces tâches, en supposant qu'elle veuille les exécuter.

Dans tous les cas, une fois les aspects de l'occupation considérés, le diagnostic devra préciser le degré de la perturbation appréciée afin d'être utile : par exemple, atteinte légère de la participation, altération modérée de la conformité sociale, insatisfaction totale, indépendance entravée partiellement, atteinte sévère des habiletés).

3.3. Définir l'état occupationnel à différents niveaux de l'agir

Pour définir l'état occupationnel, l'ergothérapeute met en lien les différents niveaux de l'agir en se référant aux taxonomies de l'occupation. Il relie le niveau de participation et d'engagement dans une occupation au niveau de réalisation des performances et des habiletés qui la composent. Il identifie les performances et les habiletés qui entravent ou risquent d'entraver l'engagement dans l'occupation. L'ergothérapeute affine plus ou moins son point de vue en fonction des besoins des personnes et de la raison pour laquelle il intervient.

Pour répondre aux besoins des personnes présentant une altération importante de leur état occupationnel dans de nombreux domaines, l'ergothérapeute s'efforce de mettre en évidence les performances ou les habiletés sur lesquelles s'orienteront prioritairement ses actions professionnelles.

La priorisation et la hiérarchisation des données tiennent compte des besoins et préférences exprimés par la personne et son entourage, de la gravité

¹² Voir tableau V page 26.

des altérations et des moyens d'intervention qu'il est à même de mettre en œuvre dans son contexte professionnel.

3.4. Exemples de formulation de l'état occupationnel

3.4.1. Exemple 1 : Oliver

Présentation d'Oliver et rappel du mandat de l'ergothérapeute

Oliver est un jeune garçon âgé de 8 ans et 11 mois, scolarisé en Cours élémentaire 2^e année (CE2) dans l'école primaire de sa commune. Il est rencontré en ergothérapie pour un soutien dans son rôle d'élève et ses activités dédiées.

Partie descriptive du diagnostic d'Oliver.

Oliver est partiellement dépendant pour réaliser les activités scolaires de CE2 qui sont principalement le geste d'écriture et la manipulation globale des outils scolaires : règle, gomme, colle, compas et équerre. Oliver n'est pas en mesure, à ce jour, d'avoir un geste graphique fonctionnel. La réalisation de cette activité majeure qu'est l'écriture entraîne chez lui un manque de confiance et une dévalorisation qu'il verbalise fréquemment à l'adulte. Toutefois, il aime dessiner et cette activité fait partie de ses habitudes de vie. Il fait ainsi appel à son imaginaire et est en mesure de recopier son prénom.

3.4.2. Exemple 2 : Candie

Présentation de Candie et rappel du mandat de l'ergothérapeute

Candie, 26 ans, célibataire, est reçue en ergothérapie, dans le cadre d'une première hospitalisation sous contrainte, pour un accompagnement thérapeutique visant la reprise de ses activités dans son milieu de vie.

Partie descriptive du diagnostic ergothérapeutique de Candie

Candie vit de manière autonome et indépendante dans un appartement acheté par sa mère. Elle révèle une impulsivité et une frénésie d'activités qui ne lui procurent pas de satisfaction. Cela se vérifie dans ses loisirs et dans son activité professionnelle de serveuse qu'elle a quittée il y a un mois pour trouver un autre emploi ou partir en voyage, ce qui la laisse sans ressources.

4. Expliciter l'état occupationnel : le niveau explicatif du diagnostic

La plupart des définitions du diagnostic ergothérapeutique recensées précédemment intègrent l'identification des facteurs à l'origine des problèmes d'activité

ainsi que les processus qui mènent à leur création (interactions-transactions). C'est le niveau explicatif du diagnostic qui vient compléter le niveau descriptif.

Le diagnostic ergothérapique s'efforce de relier l'état occupationnel aux composantes de la personne, de l'environnement ou à des caractéristiques de l'activité elle-même pour repérer quels sont les facteurs qui influent sur l'état occupationnel. En d'autres termes, le niveau de réalisation ou de participation sera mis en relation avec différents facteurs internes ou externes à la personne.

En même temps qu'il fait ressortir les difficultés majeures qu'éprouve la personne pour réaliser et s'engager dans des occupations telles qu'accomplir ses soins personnels, suivre un cursus scolaire, etc., l'ergothérapeute va proposer une explication : pourquoi la personne est-elle dans cette situation ? Il s'efforce de relier cet état occupationnel à des éléments relevant de la personne elle-même : ses dimensions physiques, cognitives, affectives, relationnelles et comportementales, son monde interne, etc., à des éléments relevant de son milieu physique et social comme l'architecture, les institutions, les droits, l'entourage familial, etc. ou encore à des éléments relevant de l'activité elle-même (séquence des tâches, flexibilité, durée, etc.). Il s'agit du niveau explicatif du diagnostic.

L'ergothérapeute peut choisir d'analyser préférentiellement l'un ou l'autre de ses facteurs, ou s'attacher à expliquer leur intrication dans une perspective systémique et complexe. Ainsi, en fonction de ses hypothèses de travail et des modèles conceptuels sur lesquels s'appuie son raisonnement, il mettra en exergue des éléments choisis.

Ainsi, une perspective biomédicale appellera l'ergothérapeute à considérer préférentiellement l'impact univoque des déficiences et des incapacités sur les activités quotidiennes.

Une perspective bio-psycho-sociale élargira le questionnement à l'interrelation des facteurs environnementaux avec la personne et ses activités, notamment les facteurs sociaux, physiques, matériels, humains ou naturels à prendre en compte pour expliquer les habitudes de vie ou la participation de cette personne. L'ergothérapeute intégrera dans son analyse la dimension subjective de cet état occupationnel, c'est-à-dire la manière dont la personne se représente et vit sa situation ?

L'ergothérapeute s'appuyant sur des modèles centrés sur l'occupation considérera lui aussi les interrelations de la personne avec son environnement matériel, social et culturel et tiendra compte des représentations de la personne. En outre, il essaiera de comprendre en quoi l'occupation elle-même, par sa forme, ses demandes spécifiques, est aussi déterminante. Il mettra en valeur les processus volitionnel et habituel sous-jacents (Kielhofner, 2008). Retenir l'état occupationnel comme objet premier du diagnostic conduit clairement l'ergothérapie moderne à se démarquer d'une approche biomédicale centrée sur les fonctions corporelles et la situe davantage dans un raisonnement centré sur la personne de type

*top-down*¹³. Ainsi, l'exploration du sens, du but et de la qualité de réalisation des occupations précède l'exploration des fonctions corporelles contrairement à une approche de type *bottom-up* (Hocking, 2001).

Comme la pratique s'appuie sur différents modèles conceptuels, de la même manière le diagnostic ergothérapique peut intégrer divers schèmes de référence. En particulier, l'aspect descriptif du diagnostic peut s'appuyer sur un modèle général tel que le MOH ou le MCREO et combiner une analyse biomécanique, cognitive, psychodynamique des facteurs en jeu pour la partie explicative : « dans la pratique une approche *top-down* sera facilitée par l'utilisation de modèles ergothérapiques, en facilitant le repérage d'indices en lien avec les occupations dans l'environnement. En complément, lorsqu'on vient à affiner les hypothèses et que l'on recherche des éléments complémentaires, d'autres schèmes de référence pourront être utilisés conjointement. » (Brousseau, Gauthier, Morel-Bracq, 2017, 229)

4.1. Exemple 1 : Partie explicative du diagnostic ergothérapique d'Oliver

[...] Ses difficultés s'expliquent par des capacités visuo-motrices moindres par rapport à un enfant de sa classe d'âge, des manipulations à l'intérieur de la main difficiles ainsi que des capacités visuo-spatiales restreintes. Le facteur postural est également à prendre en compte. Oliver démontre toutefois des capacités d'apprentissages graphiques et de la persévérance lors des épreuves graphiques alors qu'elles le mettent grandement en difficulté. Par ailleurs, le traitement des informations sensorielles, lui, est complexe et très coûteux sur le plan de l'attention. Ses difficultés sensorielles sont palliées majoritairement par un environnement supportant et bienveillant. Sa famille et l'équipe pédagogique s'assurent de lui offrir des opportunités occupationnelles variées. L'environnement connu, la reprise des activités (CE2 en deux ans) et les stratégies utilisées par l'enseignant permettent à Oliver de vivre une scolarité qu'il apprécie.

4.2. Exemple 2 : Partie explicative du diagnostic ergothérapique de Candie

[...] Candie est dans un questionnement existentiel et évoque des causes extérieures responsables de sa situation. Ses restrictions de participation s'expliquent par sa difficulté à prendre en compte les contraintes et les règles de la réalité, à filtrer les stimulations extérieures et intérieures, à réfléchir et trouver des solutions face à un obstacle.

¹³ Voir Glossaire, p 73.

Le raisonnement diagnostique comme une étape du raisonnement clinique de l'ergothérapeute

Lors du processus d'intervention, le raisonnement clinique est indispensable. Il est omniprésent tout le long du suivi de la personne.

Ce raisonnement est au cœur de la démarche professionnelle de l'ergothérapeute. Il s'agit d'un processus complexe de réflexion et de décision, associé à l'action professionnelle. Il constitue la pensée de l'ergothérapeute qui mène à sa démarche.

« Le raisonnement clinique est défini comme étant un processus cognitif ou métacognitif qui permet de prendre des décisions éclairées et qui guide l'exercice de la profession. Le terme cognitif fait référence au processus même qui nous amène à prendre des décisions telles que poser un diagnostic » (Tremblay, 2004).

Pour les novices et les étudiants, il est essentiel de s'approprier le processus qui sous-tend le raisonnement. Chez l'expert il passe inaperçu, car il est rapide, confronté à une multitude de schémas de pensée (*pattern*) qui lui permettent d'avoir une idée claire de la situation de la personne, dans sa singularité et de proposer une ligne de conduite pour l'accompagner. C'est un savoir incorporé : une compétence.

1. Les différentes formes du raisonnement clinique

Situons dans un premier temps le raisonnement diagnostique dans le raisonnement clinique.

Dans le raisonnement clinique comme le précise Tremblay, il existe deux ordres, le « déductif » et « l'inductif » (Tremblay, 2004). Selon Sylvie Meyer (2010, p. 158), ils peuvent s'apparenter à un raisonnement « explicite » ou « intuitif ».

Le raisonnement « déductif » ou « explicite » est guidé par la théorie et correspond davantage à un raisonnement scientifique donnant lieu à des réflexions de type hypothético-déductives. Ce mode de raisonnement permet de légitimer rationnellement ses décisions cliniques. Il est présent dans le raisonnement diagnostique qui sera défini ultérieurement et dans le raisonnement procédural¹⁴. Le raisonnement procédural est un processus cognitif systématique et rationnel, dont le but est d'identifier des problèmes et d'en trouver les solutions. Ce type de raisonnement est plutôt utilisé par les « cliniciens novices ».

Le raisonnement « inductif » ou « implicite », plus aiguisé chez l'expert, s'appuie sur un recueil d'indices empiriques, comprenant l'état d'esprit de l'utilisateur. Il donne lieu à une compréhension de celui-ci dans son contexte de vie.

Les différents types de raisonnement inductif d'après Davis (2007, pp. 117-292) :

- *le raisonnement interactif* correspond à « la pensée du thérapeute pour s'ajuster du point de vue perceptif et comportemental dans les interactions avec la personne » ;
- *le raisonnement conditionnel* : représentation par l'ergothérapeute de la vie de la personne et les répercussions dans l'activité de celle-ci ;
- *le raisonnement narratif* : récit de la maladie qui permet de donner du sens, de s'organiser et de proposer une progression dans l'activité.

Deux types de raisonnement supplémentaires d'après Boyt Schell (2014) :

- *le raisonnement éthique* qui s'intéresse à ce qu'il est « bon » de faire dans l'accompagnement de la personne ;
- *le raisonnement pragmatique* : met en avant « les conditions pratiques contextuelles externes à la personne », plus en lien avec celles de l'ergothérapeute.

2. Définitions et différentes étapes du raisonnement diagnostique

Constitué de ces deux types de raisonnement « déductif » et « inductif », le raisonnement diagnostique selon Rogers et Holm (1991) s'attache à délimiter et définir les problèmes des personnes, ce qui permet dans un second

¹⁴ Voir Glossaire, p. 75.

temps d'établir des objectifs et de construire un plan d'intervention. Dans ce processus diagnostique, l'ergothérapeute s'appuie à la fois sur son stock de connaissances et sur un recueil d'indices empiriques. Selon Rogers et Holm (1991) on peut distinguer les quatre processus de base suivants qui sous-tendent le raisonnement diagnostique.

2.1. Le recueil des premiers indices indirects

Le premier processus pour l'ergothérapeute est le recueil des premiers indices qui lui permettent de se construire une première représentation, une première image de la personne ou du groupe et de générer de premières hypothèses sur son état occupationnel et ses facteurs explicatifs. Ces indices sont issus du recueil de données indirect et des connaissances de l'ergothérapeute (savoirs pratiques et théoriques). Il s'agit par exemple de la prescription médicale, du diagnostic médical, d'informations données par l'équipe de soin, d'autres professionnels, par les proches, etc. Ce sont les premières informations reçues par l'ergothérapeute avant même qu'il ne rencontre les personnes. Celles-ci vont l'orienter vers différents éléments à observer en priorité.

2.1.1. Exemple en pédiatrie : Oliver

Recueil des premiers indices indirects : diagnostic médical et histoire développementale

L'ergothérapeute obtient les premières informations lors d'un premier échange téléphonique avec la mère d'Oliver. Elle apprend à cette occasion qu'un diagnostic médical d'autisme d'Asperger a été posé pour l'enfant, qu'il n'arrive pas bien à écrire et n'écrit que des petits mots. La mère d'Oliver exprime son souhait : qu'il apprenne à écrire.

Un premier rendez-vous d'une heure avec la mère d'Oliver permet à l'ergothérapeute d'obtenir des informations supplémentaires sur l'histoire développementale de l'enfant. Elle s'appuie sur le discours de la mère et sur le compte-rendu du neuropédiatre qui lui est transmis.

Oliver est décrit par ses parents comme un bébé qui pleurait beaucoup, se calmait peu dans les bras au cours des premiers mois (jusqu'à 6 mois), dormait peu, ne faisait pas de sieste. Il a acquis la marche à 12 mois. Le langage est apparu tardivement entre 2 ans et demi et 3 ans. Puis, à partir de 3 ans, le langage s'est mis en place d'un coup avec d'emblée des phrases. À l'entrée à l'école à 3 ans, Oliver pouvait s'exprimer correctement. Il avait des pleurs le matin pendant au moins deux ans. Il présente des difficultés de relation avec ses pairs (peur d'être touché, mise à l'écart, etc.).

L'ergothérapeute s'appuie sur ses connaissances théoriques pour formuler de premières hypothèses : ses connaissances des stades du développement

psychomoteur, affectif de l'enfant, de l'importance de l'intégration sensorielle dans le développement de l'enfant, etc. Il s'appuie aussi sur ses connaissances pratiques : expériences antérieures avec des enfants ayant présenté une symptomatologie proche, etc.

2.1.2. Exemple en pédiatrie : Oliver

Premières hypothèses ergothérapeutiques

- Oliver est un enfant anxieux, la relation à l'autre lui est-elle complexe ?
 - ⇒ L'ergothérapeute durant la première rencontre veillera à observer si Oliver le regarde dans les yeux.
- Oliver est un enfant qui semble présenter des particularités sensorielles (hypersensibilité tactile) ?
 - ⇒ L'ergothérapeute veillera lors du premier entretien à interroger la famille autour de cette question (est-ce qu'Oliver supporte d'être parfois sale ? Est-ce qu'il arrive à toucher de la peinture avec les doigts ? etc.).

2.2. Le recueil de premiers indices directs

Il permet la génération de nouvelles hypothèses (*hypothesis generation*). Le recueil de ces indices s'effectue à l'aide de différents outils d'évaluation formels ou informels (entretiens, observations...). La première hypothèse peut en générer de nouvelles afin de se représenter plus précisément l'état occupationnel de la personne. Ces différentes hypothèses sont construites et évoluent en lien avec le recueil de données. Les hypothèses portent sur l'état occupationnel et sur les facteurs influant sur celui-ci.

Exemple en pédiatrie : Oliver

Recueil des premiers indices directs

Lors de la première rencontre en ergothérapie, Oliver ne sera pas en mesure de s'asseoir, il touche tout ce qu'il voit et court au milieu du bureau. Il arrive avec des sandales, mais se met rapidement pieds nus. L'échange avec sa maman autour de la réalisation des activités quotidiennes (avec le support de la Mesure d'Indépendance Fonctionnelle Mômes et de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel) révèle une restriction alimentaire : Oliver mange uniquement des aliments de couleur blanche (riz-pâtes- mie de pain, etc.). Les temps de repas sont complexes, car il se lève en permanence, se couche sur la table, etc.

Nouvelles hypothèses en ergothérapie

- Oliver connaît une restriction de participation dans de nombreuses activités de son quotidien : est-ce en lien avec des habiletés visuelles

et perceptives modifiées ? une rigidité dans la réalisation de ses routines ? etc.

Les deux étapes suivantes sont en lien avec un raisonnement déductif.

2.3. L'interprétation des indices

Cette troisième étape permet de sélectionner les différents outils permettant de renseigner les hypothèses posées et de regrouper les différentes informations récoltées par catégories afin d'avoir une idée plus claire de la situation et de la problématique.

Exemple en pédiatrie : Oliver

Recueil de nouveaux indices directs

L'ergothérapeute propose à la famille de remplir le Profil sensoriel de Dunn (un exemplaire par parent) ainsi qu'à l'équipe pédagogique qui accompagne Oliver sur les temps d'apprentissage depuis plusieurs mois (enseignant, auxiliaire de vie scolaire). Le profil sensoriel est un questionnaire qui renseigne sur le comportement sensoriel de l'enfant dans le quotidien et permet de déterminer son profil spécifique relatif aux différentes modalités sensorielles selon le niveau d'enregistrement du signal sensoriel par le cerveau et le type de réponse ou de comportement de l'enfant. Cela permettra de mieux appréhender les répercussions des spécificités sensorielles d'Oliver sur la réalisation de ses occupations (manger, s'habiller, se chauffer, etc.).

L'interprétation des indices

Dans cet exemple, l'interprétation du profil sensoriel d'Oliver relève des notes basses (en dessous de deux écarts types de la moyenne) au Facteur 4 (sensibilité sensorielle orale), au Facteur 5 (Inattention/Distractibilité), à la section A (Traitement de l'information auditive) et à la section F (Traitement de l'information orale).

Cela signifie qu'Oliver *présente une hypersensibilité aux stimuli*, c'est-à-dire qu'un faible stimulus (comme un bruit ou une odeur) provoque immédiatement une activation de son système nerveux (comme une réaction de dégoût ou de fuite). Dans son quotidien, Oliver a rapidement tendance à prêter attention au moindre stimulus qui se présente, ce qui a pour effet de le distraire de la tâche qu'il est en train d'accomplir. Il peut se montrer prudent sur ce qu'il convient de faire dans certaines situations (regroupement de plusieurs camarades par exemple), parce qu'il est passé à côté de certaines informations (du fait de sa distractibilité), ou peut se fâcher à cause de difficultés à mener une tâche à bien, ou être contrarié par ceux qui l'interrompent. Par ailleurs, il est relevé une note basse au Facteur 1 (Recherche de sensation) ainsi que dans la section H (Modulation liée à la position du corps et au mouvement).

Cela signifie pour Oliver *qu'il est actif en permanence, car continuellement en prise avec son environnement* c'est-à-dire qu'il ajoute de la stimulation sensorielle à chaque expérience de sa vie quotidienne (gigote en travaillant, parle beaucoup, marche pied-nu, etc.). Cela s'explique, car Oliver essaie de contrer le seuil des stimulations sensorielles qui l'entourent (bruits, lumière, position dans l'espace, etc.) en étant tout le temps actif.

2.4. La validation des hypothèses (hypothesis evaluation)

Lors de cette quatrième étape, l'ergothérapeute va être en mesure de décider de la validité de ses différentes hypothèses et va émettre une dernière hypothèse sur l'état occupationnel et les facteurs explicatifs. Cette dernière étape constitue l'aboutissement du raisonnement diagnostique ergothérapique, directement en lien avec « une nouvelle image du patient non plus comme un individu présentant le tableau classique de l'affection dont il est atteint, mais comme le sujet à travers lequel la maladie ou le handicap se manifeste de façon plus spécifique » (Rogers, 1983 pp. 601-616). L'hypothèse prioritaire finalement retenue pour le diagnostic est celle semblant à l'ergothérapeute la plus proche de l'état occupationnel de la personne en réponse au mandat initial.

Exemple en pédiatrie : Oliver

Validation des hypothèses

L'ergothérapeute retient les hypothèses suivantes pour établir ses objectifs et son suivi : Oliver présente une restriction importante de sa participation sociale, en particulier de ses interactions avec les autres écoliers. Il a peur d'être touché et est à l'écart sur la cour de récréation. Il ne peut rester assis pendant le repas et de manière générale présente une hyperactivité sensorielle qui l'empêche de mener à terme les activités du quotidien. Ces limitations pour réaliser les activités s'expliquent par une hypersensibilité aux stimuli qui le place en prise continue avec son environnement. Il essaie de contrer les stimulations qui l'entourent en étant continuellement dans l'activité.

3. Le diagnostic ergothérapique comme la résultante d'un processus d'évaluation

Ainsi, le diagnostic est le fruit d'un raisonnement implicite et explicite de l'ergothérapeute. La question se pose ici de la méthodologie sur laquelle s'appuie le raisonnement clinique. La démarche d'évaluation base de l'écriture du diagnostic ergothérapique sera développée ci-dessous.

Selon Rogers (1982), « Le processus ergothérapique consiste en la résolution d'un problème dans un contexte d'incertitude. L'ergothérapeute collecte, classe et analyse les informations, puis il les analyse pour déterminer les problèmes du patient, ses buts et prescriptions. Bien que les décisions concernant les problèmes, les buts et le traitement constituent l'essence du processus ergothérapique, aucune étude empirique sur l'étape du raisonnement clinique n'a été entreprise. »¹⁵

En 1991, Rogers poursuit par : « le diagnostic ergothérapique résume le raisonnement diagnostique de l'ergothérapeute. Généralement, le diagnostic ergothérapique est structuré en quatre étapes : descriptive, explicative, exploratoire, causale. »¹⁶ Pour Rogers, le raisonnement s'appuie donc sur quatre étapes successives :

- la description de l'altération de l'état occupationnel ;
- l'émission d'une ou plusieurs hypothèses quant aux probables cause de cette altération ;
- la validation des hypothèses en identifiant les causes (signes et symptômes) sur la nature de l'altération de l'état occupationnel ;
- la validation du diagnostic en identifiant les agents pathogènes à l'origine de l'altération de l'état occupationnel.

Cette approche reste assez centrée sur la maladie et les dysfonctionnements, en lien avec le paradigme de l'ergothérapie de la fin du xx^e siècle.

Fisher (2013) interroge l'intérêt d'une ergothérapie centrée sur l'occupation. Elle expose ainsi une taxonomie des définitions : « *occupation-centered*, *occupation-based* et *occupation-focused* ».

Hocking (2001) conceptualise le raisonnement clinique de l'ergothérapeute et développe le cadre conceptuel pour l'évaluation centrée sur l'occupation selon quatre étapes (Hocking, 2001, p. 4) :

- étape 1 ou *meaning*, c'est-à-dire le sens de l'occupation pour la personne. La première étape du processus d'évaluation amène l'ergothérapeute à comprendre la personne en tant qu'être occupationnel. Le *meaning*, ce raisonnement clinique passe alors par plusieurs interrogations : comment la personne se décrit-elle en tant qu'être occupationnel ? Comment les occupations contribuent-elles à construire son identité ? Quel est le sens de l'occupation pour elle ? Autrement dit, il s'agit de

15 Traduction libre de l'auteur. Texte original : "The occupational therapy process consists of problem solving under conditions of uncertainty. Information is collected, classified, and analyzed and is used to determine patient problems, goals, and prescriptions. Although decisions concerning problems, goals, and treatment constitute the essence of the occupational therapy process, no empirical studies of the clinical reasoning sequence have been reported."

16 Traduction libre de l'auteur. Texte original : "The occupational therapy diagnosis is a summary of the therapist's diagnostic reasoning. Generally, the occupational therapy diagnosis consists of four structural components: describe, explanatory, cue, and pathologic."

s'interroger sur le sens de l'engagement occupationnel de la personne. Quel est son profil occupationnel ? Quelle est son histoire occupationnelle ? Pour le thérapeute, il est question alors de problématiser la situation de la personne : dans quelle mesure l'engagement dans les activités de tous les jours, tel que décrit par la personne, a-t-il un effet significatif sur sa santé, sa qualité de vie, sa satisfaction ? Quel est l'équilibre occupationnel entre son engagement dans les activités, son environnement et son accomplissement dans ses différents rôles ? Quels sont ses schémas occupationnels (*patterns*) ? Quel est son « répertoire » occupationnel ? Quelles sont ses possibilités de changement en lien avec son développement occupationnel ? Il s'agit d'identifier, puis d'analyser, l'impact de la perte ou de la transition occupationnelle ;

- étape 2 ou *function*, c'est-à-dire le but que cela représente pour la personne, dans sa vie. Cette étape consiste à mettre en avant les priorités occupationnelles de la personne. La personne expose son état occupationnel, à savoir quel est le degré de son engagement occupationnel dans les occupations les plus importantes à ses yeux ? Quelle est sa satisfaction dans cette performance occupationnelle ?
- étape 3 ou *form*, c'est-à-dire la qualité de la réalisation des occupations. Il s'agit à ce moment du processus d'évaluation de la performance occupationnelle de la personne dans son environnement. Ce processus implique donc du thérapeute qu'il détermine :
 - la qualité de la performance par l'observation en situation écologique ;
 - la nature de l'ampleur de la perturbation de la performance occupationnelle ;
 - les capacités occupationnelles observables et objectivables en fonction de l'environnement ;
 - les opportunités environnementales qui peuvent soutenir la performance occupationnelle.

Il s'agit de faire du lien entre l'être occupationnel et l'agir dans son environnement.

- étape 4 ou *performance*, c'est-à-dire les causes des difficultés dans les occupations et les facteurs qui y contribuent. Elle permet de comprendre les causes des difficultés occupationnelles. Ainsi, il s'agit d'identifier les causes des difficultés dans les occupations et les facteurs qui y contribuent. Cette étape selon Fisher constitue le moment où le thérapeute définit et décrit les actions liées aux tâches que le client fait ou ne fait pas de manière efficace.

Écrire et partager le diagnostic écrit

L'ergothérapeute, en tant qu'acteur du parcours de soins d'une personne ou d'un groupe, doit être en mesure de communiquer sur son exercice, avec des partenaires multiples et diversifiés. L'analyse de la situation occupationnelle de la personne accompagnée ou de l'aidant devient alors un élément majeur à transmettre. Le diagnostic ergothérapique est l'outil permettant de formaliser l'analyse et le regard porté par l'ergothérapeute, les orientations qu'il choisit de développer et de défendre. Il permet également, par l'utilisation d'un langage professionnel, de mettre en lumière le raisonnement clinique de l'ergothérapeute. Ce diagnostic ergothérapique soutient la démarche clinique du professionnel en amont de son écriture tout en légitimant ses axes d'interventions en aval de sa formalisation à l'usager ou à l'aidant. Il met ainsi en valeur les compétences professionnelles spécifiques de l'ergothérapeute tout en traduisant la pertinence de son accompagnement.

Par ailleurs, l'écriture du diagnostic en ergothérapie s'inscrit dans une démarche plus globale de la rédaction d'écrits professionnels en ergothérapie. Il s'agit donc pour chaque ergothérapeute français d'être en mesure de fournir un dossier complet pour chaque personne ou groupe de personnes suivis, pour une évaluation initiale comme pour un accompagnement au long cours. Bien que les lignes directrices proposées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES, 2001) soient un peu anciennes aujourd'hui et, par certains aspects dépassées, nous pouvons néanmoins retenir quelques éléments utiles pour notre réflexion.

Le dossier en ergothérapie (ANAES, 2001, p. 28) doit répondre à des règles particulières, telles que :

- « être structuré ;
- être adaptable ;
- être évolutif en fonction de la progression du traitement et des résultats ;
- être simple d'utilisation compte tenu des contraintes professionnelles ;

- utiliser un langage précis, clair, bref, pour permettre une lisibilité optimale du dossier ;
- utiliser un vocabulaire compréhensible par tous les ergothérapeutes et par les autres professionnels de santé pour favoriser le partage des données entre les différents intervenants ;
- contenir des informations spécifiques à la pratique de l'ergothérapeute pour assurer dans les meilleures conditions la continuité, la sécurité, la cohérence et le contrôle de la réalisation des soins et prendre en compte les aspects curatif, préventif, éducatif et relationnel de la prise en charge ergothérapique ;
- respecter la confidentialité : l'accessibilité de tous les intervenants ergothérapeutes ou autres professionnels de santé ne doit pas faire oublier les règles du secret professionnel pour protéger la vie privée du patient ;
- assurer la continuité de l'information délivrée au patient. »

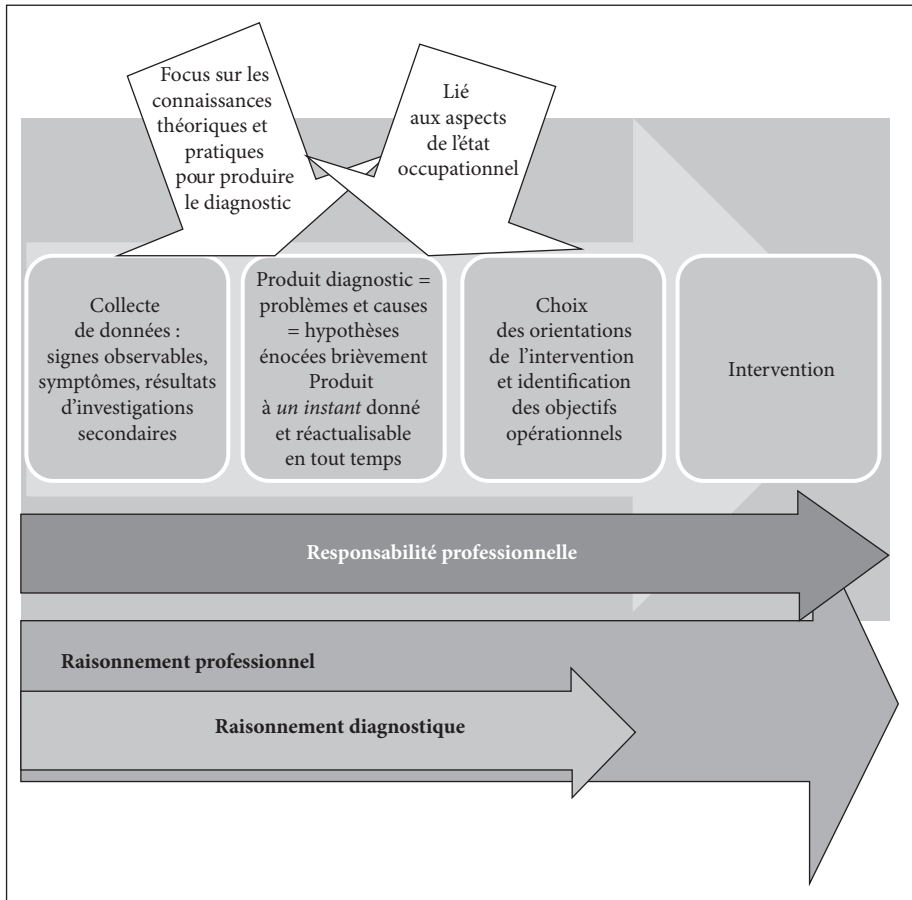
Il semble alors important de préciser que le diagnostic ergothérapique s'inscrit dans ce processus de tenue de dossiers en répondant à l'ensemble des critères précédemment détaillés. Il en devient donc une pièce centrale.

Enfin, selon un regard plus global, l'écriture d'un diagnostic ergothérapique contribue au développement de la profession d'ergothérapeute sous de multiples formes (Meyer, 2013). En effet, le clinicien en rédigeant régulièrement des diagnostics ergothérapiques propose une organisation logique et adaptée de ses interventions ergothérapiques tout en s'inscrivant dans un contexte temporel nommé. La rédaction du diagnostic offre également aux ergothérapeutes la possibilité d'affirmer leur identité professionnelle, tout en construisant une représentation spécifique des difficultés occupationnelles des personnes. Cela lui permet en outre de communiquer avec exactitude avec les autres ergothérapeutes et les autres professionnels de l'accompagnement tout en facilitant les discussions avec les usagers. De plus, la rédaction de ce diagnostic ergothérapique facilite la diffusion d'informations à des tiers, à la hiérarchie, à l'administration (MDPH notamment), dans le respect de la confidentialité et du secret professionnel qui s'appliquent à la profession. En outre, ce diagnostic enseigné depuis la réforme du métier en 2010 aux étudiants permet de soutenir et d'étayer la réflexivité autour des actions professionnelles présentes et futures de l'ergothérapeute.

Les responsabilités professionnelles inhérentes à la rédaction d'un diagnostic en ergothérapie et la place de la personne dans la rédaction de celui-ci

Écrire de manière générale est un véritable défi : envers soi-même, envers la maîtrise de la langue, envers le regard de l'autre, notamment le lecteur. Ainsi, écrire dans un contexte professionnel représente de nombreux enjeux et engage notamment la responsabilité du professionnel, au-delà même de sa démarche clinique singulière d'ergothérapeute.

Figure 2. La responsabilité professionnelle engagée dans le diagnostic ergothérapique.



La rédaction du diagnostic en ergothérapie s'inscrit dans le processus de tenue de dossiers. La plupart du temps, seuls les lecteurs de première ligne sont envisagés. Ces lecteurs sont notamment les médecins, la famille, les partenaires

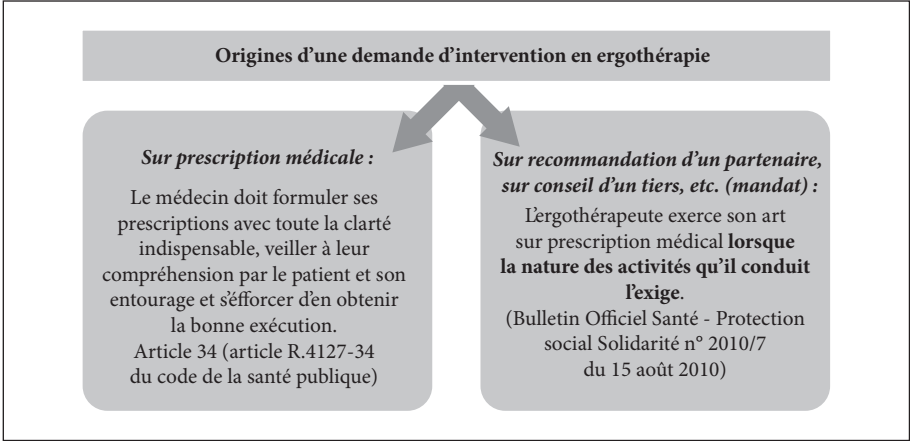
directs, etc. Or, il est important de souligner la présence, peu nommée, des lecteurs de seconde ligne, car « les processus de la tenue de dossiers sont de nos jours utilisés en gestion d'institutions, comme les services de santé. L'efficacité, la sécurité, la responsabilité professionnelle, le contrôle des coûts, la gestion de personnel, le consentement, les codes de déontologie, la protection de la vie privée, la supervision, les relations publiques, et d'autres processus sont tous gérés au moyen de documents, et non pas par l'observation directe ou la supervision ». (Townsend et Polatajko, 2013, p. 358, Smith, 2005).

La formulation écrite du diagnostic ergothérapique soulève ainsi un enjeu déontologique lié à sa diffusion. En effet, l'ergothérapeute doit se conformer à l'impératif de discrétion relevant du secret professionnel. L'ergothérapeute a donc le souci que cet écrit ne puisse être transmis qu'à des personnes autorisées (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006). Ces personnes autorisées pouvant être par exemple la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) par exemple.

L'écriture clinique en ergothérapie démarre parfois avant même d'avoir rencontré une première fois la personne ou les aidants. « Dès le moment qu'un ergothérapeute prend note d'une demande d'évaluation ou une demande de services, il entame un processus clinique ou une démarche clinique. La tenue de dossiers se doit de refléter ce processus ou cette démarche » (Brousseau, 2013).

En France, l'origine d'une demande d'intervention en ergothérapie peut-être multiple :

Figure 3. Les origines possibles d'une demande d'intervention en ergothérapie en France.



En amont ou en préambule de la rédaction du diagnostic, chaque ergothérapeute veillera donc à formuler clairement l'origine de la demande d'intervention, également nommée mandat.

Exemple : Dans le cadre d'une consultation en Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), Henri est reçu en ergothérapie pour une évaluation de la réalisation des activités attendues d'un enfant de son âge.

Le diagnostic ergothérapique, appelé à devenir la pierre angulaire des écrits produits par les cliniciens dans les années à venir, exige une rédaction spécifique. Celle-ci invoque une véritable prise d'autonomie professionnelle de la part des ergothérapeutes. En effet, chaque thérapeute est responsable de l'efficacité de sa pratique. Ainsi « la responsabilité professionnelle est un outil puissant qui définit ce qui est important [ce qui compte] » (Townsend et Polatajko, 2013, p. 358 ; Stein, 2001 ; Waring, 1988).

Aussi, écrire un diagnostic est un engagement de la part de l'ergothérapeute à établir un plan d'intervention individualisé dans un cadre respectant les valeurs de la personne, ses besoins et les buts de l'intervention en adéquation avec une démarche s'appuyant sur des données probantes proposant alors la meilleure stratégie d'intervention en s'appuyant sur une démarche éthique.

Le patient est inclus dans la réflexion autour du diagnostic. Il est également inclus depuis quelques années dans les pratiques de soins, dans les réflexions sur les démarches d'accompagnement, etc.

« L'implication du patient dans la réalisation des soins signe la mutation radicale qui affecte les pratiques jusqu'alors fondées sur son « évitement » (Bautzer, 2002, p. 46). En effet, depuis de nombreuses années, les ergothérapeutes anglo-saxons ont repris à leur compte les préceptes de Rogers en matière de pratique centrée sur la personne, qui est alors nommée « client ».

Quelle est donc alors la place de la personne dans la réalisation du diagnostic qui la concerne ? Ou encore d'un point de vue éthique, quelle est la place accordée par le thérapeute, au vécu et aux valeurs de l'utilisateur (Rogers, 1983 p.166-167) et comment peut-il associer la personne au processus diagnostique pour lui permettre de devenir acteur de son changement ?

Si le diagnostic est le fruit d'une co-construction, pour autant il n'est pas co-rédigé, la production diagnostique étant de la seule responsabilité de l'ergothérapeute.

En référence à l'approche centrée sur le client, cela signifie que la perception et les représentations de la personne sont les fondements du travail de l'ergothérapeute. L'écriture du diagnostic part des attentes de l'utilisateur et/ou de ses proches afin de respecter une organisation client-centrée. En prenant ainsi en compte l'avis de la personne, le diagnostic ergothérapique se veut le symbole de la réunion de deux expertises : celle de l'accompagné et celle de l'accompagnant. De plus, les bénéfices pour la personne se situent sur le versant qualitatif des informations transmises, puisqu'en se positionnant à l'aide d'un langage professionnel, spécifique et précis, l'ergothérapeute améliore son expertise de la situation. Il est alors capable de la retranscrire de manière compréhensible à un tiers concerné. Sur le versant quantitatif, réussir l'écriture du diagnostic ergothérapique permet à l'ergothérapeute de réduire

le nombre d'informations à transmettre et de se concentrer sur l'essentiel : le nœud des limites et ressources occupationnelles de la personne. L'analyse et l'interprétation des informations recueillies vont ainsi permettre de favoriser l'individualisation de la proposition de plan d'intervention. Ce processus de personnalisation de l'accompagnement sera assuré par la créativité du professionnel et ses capacités d'adaptation qui transparaîtront dans le diagnostic et légitimeront son action. En effet, être au clair avec son raisonnement clinique permet l'ouverture d'un nouvel espace psychique chez l'ergothérapeute lui offrant une légitimité à être créatif dans la proposition de ses contenus d'intervention.

C'est une notion inhérente à la responsabilité professionnelle à laquelle s'ajoutent des obligations légales, comme citées dans la Charte de la personne hospitalisée qui précise : « l'information donnée au patient doit être accessible et loyale » (ministère de la Santé et des Solidarités, 2006).

L'ergothérapeute encourage donc la personne à exprimer son vécu et ses valeurs dans la réalisation des activités. Le thérapeute fait part de ses différentes observations, de son ressenti et de ses connaissances lorsque c'est possible. Le thérapeute et l'usager sont des agents autonomes. Les problèmes centraux retenus pour le diagnostic sont le fruit d'un échange et d'une réflexion dialectique.

Tout au long du raisonnement clinique du professionnel, la personne soignée va contribuer au processus avec un changement de statut : il passe d'objet de soin à sujet et même auteur, en alternance selon les étapes. Son consentement et son engagement dans le processus sont alors indispensables. Sans cette alliance le diagnostic serait arbitraire et incomplet.

Un diagnostic co-construit avec la personne, par « le fait d'engager la motivation de la personne [...] peut avoir des effets sur le plan de l'évolution clinique, de l'engagement dans le soin, de la satisfaction d'être acteur » (Caire, 2015, p.196). Pour cela plusieurs outils ergothérapiques existent. Un des plus connus sur le territoire français est la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) issue du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO, 2013). « En utilisant ce type d'entretien, le thérapeute se rend disponible pour accueillir l'opinion et le vécu de la personne en souffrance. L'utilisation de cette subjectivité favorise la priorisation des objectifs avec lui et la cotation d'un niveau de performance et de satisfaction. Le patient peut alors être surpris de cette nouvelle position où il doit mettre en œuvre ses compétences pour co-construire le projet de soins avec le thérapeute » (Caire, 2015, p.197).

Ce processus de co-construction du diagnostic se singularise en fonction de chacun des projets de soins et des domaines d'exercice. Il existe de fait, une nuance de co-construction, entre le domaine d'exercice d'un ergothérapeute sur une unité protégée pour les patients atteints d'une maladie d'Alzheimer et celui d'un ergothérapeute exerçant dans un service de commercialisation d'aides techniques. La diversité des pratiques en ergothérapie offre la

perspective d'une multiplicité de modalités de co-construction. De même, la pluralité des personnes pouvant faire appel à un ergothérapeute admettra de nombreuses façons de mettre en œuvre cette co-construction : « quand la langue, la culture ou les capacités physiques restreignent l'expression, les ergothérapeutes peuvent tout d'abord inciter le client à utiliser des médias créatifs, la communication par la gestuelle, des jeux de rôles ou des codes visuels. Quand le client est prêt à s'exprimer verbalement, il s'agit de lui demander d'indiquer, d'établir et de prioriser ses besoins, ses désirs ou ses attentes » (Townsend et Polatajko, 2013, p.164). Ainsi, comme un exemple de communication par l'image, la Sélection de Cartes d'activités (ACS) a pu être utilisée pour évaluer l'engagement dans les occupations pour des personnes ayant une aphasie, comme relaté dans une recherche en sciences de l'occupation (Tabor Connor, in : Pierce, 2014).

Cette co-construction intervient en amont de la rédaction du diagnostic sous diverses formes : entretien d'entrée, passation de la MCRO, échanges avec le prescripteur ou un membre de la famille, etc. Mais cette co-construction se finalise également en aval de la rédaction avec notamment, une lecture des conclusions de l'évaluation et du diagnostic avec un temps laissé à l'échange : « Que pensez-vous de ce diagnostic ? Êtes-vous en accord avec celui-ci ? Souhaitez-vous préciser un élément particulier ? ». Ce moment de partage est d'autant plus crucial que ce diagnostic est destiné à des prescripteurs et/ou financeurs. L'ajout d'une note finale telle que : « Les résultats ont été présentés verbalement à Mme et M. X, en présence de Y, le 15 décembre 2016 ; ils sont en accord avec le diagnostic » assure que l'ergothérapeute a respecté une démarche client-centré dans la communication de son diagnostic, vecteur de son analyse clinique. Le fait de partager le raisonnement et l'énoncé diagnostique avec les bénéficiaires est en accord avec leur droit à l'information : l'usager peut avoir accès aux écrits le concernant sur simple demande (ministère de la Santé et des Solidarités, 2006). Cela implique pour l'ergothérapeute de consigner par écrit les hypothèses les plus avérées en ayant le souci de considérer les bénéficiaires et leur entourage avec égard.

Au-delà de ce processus de co-construction, il peut être pertinent de comprendre le diagnostic ergothérapique comme moment clé dans le parcours de la personne. Le patient s'engage alors comme acteur ou objet avec consentement dans le processus d'intervention jusqu'au diagnostic. De fait, si le mode d'évaluation préalable à la mise en œuvre du diagnostic porte vers l'occupation (*occupation focus*), la personne entrera alors dans un processus de changement. En effet, favoriser l'engagement occupationnel favorise chez l'autre une mobilité au sein même de son répertoire occupationnel. Cet engagement, concept défini selon le Cadre Conceptuel de Terminologie (CCTE) du réseau *European Network of Occupational Therapy in Higher Education* (ENOTHE) (MEYER, 2013 p.155) comme étant « le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la

réalisation d'une activité ou d'une occupation » devient alors le résultat du diagnostic ergothérapique, car « l'accompagnement en ergothérapie vise, de bien des façons, l'engagement dans de nouvelles activités, [c'est pourquoi] [...] le rapport au changement en ergothérapie est d'autant plus fort que la pratique se centre sur les habitudes de vie altérées de la personne. Le changement de comportement n'est donc plus seulement une nécessité pour le déroulement de l'accompagnement thérapeutique, mais représente le résultat que nous cherchons à atteindre » (Offenstein, 2015, p.110-115).

Le diagnostic comme énoncé : fruit du raisonnement

De nombreux arguments conduisent donc à considérer que la formulation écrite d'un diagnostic ergothérapeutique est une étape attendue dans le processus d'intervention de l'ergothérapeute, en tenant compte des principes éthiques et déontologiques précédemment décrits. La rédaction de cet énoncé fait suite au raisonnement diagnostique et met en mots l'hypothèse prioritaire retenue concernant la situation des bénéficiaires. Mais comment s'y prendre concrètement ?

1. Recension et analyse des écrits sur l'énoncé diagnostique

Une recension des écrits sur le diagnostic ergothérapeutique peut nous aider sur les façons de l'énoncer. Le tableau ci-dessous détaille les parties de l'énoncé diagnostique en fonction des auteurs.

Tableau VI. Parties attendues lors de la rédaction du diagnostic ergothérapeutique.

Auteur, date	Parties de l'énoncé diagnostique
Selon Rogers et Holm (1991) et Rogers (2004)	Composante descriptive : le déficit dans le statut occupationnel
	Composante explicative : l'hypothèse du thérapeute sur la cause probable du déficit (hypothèse probable de la cause du déficit)
	Composante hypothétique : les signes et symptômes qui permettent au thérapeute de conclure au déficit fonctionnel
	Composante pathologique : agent pathologique causant le déficit
Selon Guillez (2009)	Altération quantitative et qualitative des activités
	Identification des facteurs organiques, sociaux et environnementaux qui perturbent ou rendent impossible l'activité

Selon Brousseau (2015)	Elle est l'explication d'une situation. Elle établit des liens entre les occupations, les dimensions de la personne et l'environnement tout en faisant ressortir les forces de cette personne
	Elle répond à la raison pour laquelle l'utilisateur est vu en ergothérapie, ce qui correspond au mandat d'évaluation en ergothérapie de la situation d'un usager
	Elle est une appréciation
	Elle comprend l'opinion professionnelle qui repose sur le jugement clinique de l'ergothérapeute
Selon Mignet (2015)	Formulation des problèmes et potentiels occupationnels
	Formulation d'hypothèses pour résoudre les problèmes et valoriser les ressources

Les différentes structures recensées convergent vers une même dynamique *top-down* centrée sur l'occupation. Cela signifie que le diagnostic ergothérapique commence par évoquer l'état occupationnel des personnes avant d'en donner des explications. Cette centration sur l'occupation sera retenue dans la structuration du diagnostic : les occupations des personnes sont le centre de gravité du diagnostic ergothérapique. Les éléments énoncés le sont au regard des occupations évoquées.

La dimension médicale reste prépondérante dans la structure proposée par Rogers et Holm (1991) et Rogers (2004), comme le montre la place accordée à l'agent pathologique en fin de diagnostic. Partant du point de vue que l'objet du diagnostic ergothérapique n'est pas d'aboutir au diagnostic médical, tout comme il n'est pas de la compétence de l'ergothérapeute de poser ce diagnostic médical, la dernière étape concernant l'agent pathologique ne sera pas retenue. Par ailleurs, ce qui est nommé *cue component* (composantes indicatives) est envisagé dans le diagnostic ergothérapique français comme appartenant à l'analyse de l'état occupationnel. Dans l'exemple que proposent les auteurs, les signes et les symptômes conduisant l'ergothérapeute à conclure à un déficit fonctionnel s'apparentent aux habiletés composant l'état occupationnel.

Brousseau (2015) et Mignet (2015) ajoutent l'importance de valoriser les forces de la personne, les ressources de la situation dans l'énoncé diagnostique. Cet aspect permettant à l'ergothérapeute de se projeter d'emblée dans des choix d'intervention sera retenu.

Enfin, Brousseau (2015) propose que le diagnostic ergothérapique comprenne « l'opinion professionnelle reposant sur un jugement clinique ». Le fait de retenir l'hypothèse la plus probable concernant l'état occupationnel et son explication est en soi une forme de positionnement du thérapeute. Selon le guide de pratique de l'OEQ (2005), l'analyse permet de distinguer les diverses parties d'un ensemble dans le but d'identifier ou d'expliquer les rapports qui les relient les unes aux autres. De plus, il spécifie qu'un jugement professionnel doit avoir lieu pour la participation du client dans ses habitudes de vie tout

en y exposant les liens avec l'évaluation du client et les facteurs personnels et environnementaux. Il est précisé qu'une analyse ne correspond pas à une simple synthèse, soit une liste de problèmes. La synthèse n'est pas une liste, mais le rassemblement des éléments d'un ensemble, qui permet d'avoir une vue d'ensemble du problème (Meyer, 2013, p.237), c'est pourquoi les liens de causalité doivent être précisés.

L'analyse et le jugement clinique de l'ergothérapeute peuvent le conduire à formuler à la fin de son diagnostic des conclusions utiles ou des recommandations essentielles pour d'autres professionnels ou dispositifs, en rapport avec l'occupation. Par exemple, le danger que constituerait de vivre seul à domicile, l'impossibilité de conduire une automobile ou le niveau de dépendance à une tierce personne.

2. Parties pour la formulation de l'énoncé diagnostique

Au préalable est rappelé le mandat d'évaluation en ergothérapie. La raison pour laquelle la personne ou le groupe bénéficie d'ergothérapie est reformulée en termes occupationnels par l'ergothérapeute et précède l'énoncé diagnostique, qui est une réponse à ce mandat. (Ce rappel du mandat peut éventuellement être inséré en chapeau du diagnostic si celui-ci doit être séparé du mandat)

Selon Brousseau (2015), le diagnostic ergothérapique doit répondre au mandat d'évaluation en ergothérapie. Il est une forme de réponse à un besoin d'ergothérapie exprimé par les usagers, leurs proches ou par un autre professionnel de santé. Car avant même de formuler l'énoncé diagnostique, il est important de bien identifier la raison pour laquelle l'ergothérapeute intervient. S'agit-il d'évaluer l'impact des fonctions corporelles sur l'activité ? S'agit-il d'évaluer la réalisation des habitudes de vie ? S'agit-il encore d'identifier les éléments de l'environnement déterminants dans la réalisation d'une occupation ? Etc. Ce mandat d'évaluation peut être reformulé en termes occupationnels, ce qui signifie que la raison de l'intervention de l'ergothérapeute est énoncée au regard des occupations des personnes (et non seulement au regard d'une déficience par exemple).

2.1. Niveau descriptif de l'énoncé diagnostique

Les problèmes principaux présents ou potentiels relatifs à l'état occupationnel de la personne ou du groupe sont présentés de façon succincte. Ces problèmes peuvent concerner les rôles sociaux liés aux occupations et/ou la réalisation des occupations. Ils sont qualifiés selon les différents niveaux de l'agir, en

fonction du champ épistémologique des modèles conceptuels ou approches utilisés sous-jacents : Participation/ Performances/ Habiletés (MOH), Participation/ Activités (CIF), Engagement (MCREO), Participation/ Activités/ Tâches (CCTE), Habitudes de vie (MDH-PPH2), etc. Les atteintes sont appréciées (légère, modérée, sévère, partielle, totale, etc.).

Les domaines de l’occupation concernés et les aspects objectifs ou subjectifs de l’occupation considérés sont précisés. Ils sont en relation avec les critères des outils de recueil de données utilisés au cours de l’évaluation.

Pour sélectionner et prioriser les problèmes, l’ergothérapeute tiendra compte de la gravité de l’altération, de l’importance accordée, de l’insatisfaction exprimée, mais aussi de son propre contexte d’exercice qui détermine en partie ses actions professionnelles.

2.2. Niveau explicatif de l’énoncé diagnostique

Le niveau explicatif de l’énoncé diagnostique comprend :

- les composantes de la personne, de l’environnement ou de l’occupation elle-même expliquant les problèmes relatifs à l’état occupationnel (il s’agit des hypothèses explicatives les plus probables). Pour décrire ces composantes, l’ergothérapeute peut avoir recours à une terminologie relevant de modèles conceptuels appliqués à une population donnée (par exemple neuro-développemental, cognitif, biomécanique, etc.) ;
- l’identification des ressources de la personne et de la situation sur lesquelles pourra s’appuyer l’intervention de l’ergothérapeute.

Tableau VII. Structuration de l’énoncé diagnostique.

Les différentes parties figurant dans l’énoncé diagnostique
Résumé des principaux problèmes présents ou potentiels relatifs à l’état occupationnel en réponse au mandat en ergothérapie : – les domaines et les aspects de l’occupation considérés sont précisés ; – les problèmes identifiés aux différents niveaux de l’agir sont mis en lien.
Énoncé des composantes de la personne, de l’environnement ou de l’activité elle-même qui expliquent ces problèmes réels ou éventuels relatifs à l’état occupationnel.
Énoncé des ressources de la personne et de sa situation sur lesquelles pourra s’appuyer l’intervention en ergothérapie.

3. Définition

En conséquence et faisant suite à la réflexion décrite au cours de cet ouvrage, le diagnostic ergothérapique est défini de la façon suivante :

Le diagnostic ergothérapique est à la fois un processus et un produit. Le raisonnement diagnostique est une composante du raisonnement professionnel qui aboutit à la formulation d'un énoncé diagnostique en s'appuyant sur un jugement professionnel. L'énoncé définit les problèmes présents ou potentiels relatifs à l'état occupationnel de la personne/du groupe de personnes qui justifient l'intervention de l'ergothérapeute. Il identifie les facteurs internes ou externes explicatifs et leurs interactions. Il met en évidence les ressources sur lesquelles l'intervention s'appuiera. Fruit d'une co-construction avec la personne concernée, il est élaboré en référence aux modèles conceptuels et approches théoriques professionnels. 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 et dispositifs.

Conclusion

Le diagnostic ergothérapique est une notion présente depuis 2010 dans les textes régissant l'exercice et la formation des ergothérapeutes. Parallèlement à l'arrivée de la réforme des études et des nouveaux termes afférents, de nombreux instituts de formation ont été créés, produisant une dynamique de formation, mais aussi un besoin d'harmonisation plus prégnant. Dès 2013, la réflexion a démarré dans les instances nationales, suivie de la constitution du groupe de travail, avec un double objectif : permettre la formation des étudiants au diagnostic ergothérapique, mais aussi proposer une clarification des pratiques de terrain par rapport au décret d'exercice.

Cet écrit a été envisagé en lien avec le raisonnement clinique en ergothérapie et en correspondance avec le cheminement des sciences de l'occupation en France. Il entre en résonance avec l'évolution actuelle des schémas de pensée, du modèle biomédical vers les modèles bio-psycho-sociaux et la science de l'occupation.

Aujourd'hui, dans ce mouvement mixte d'avancée vers un monde empreint de technologie, d'imprimantes 3D, de réalité virtuelle, et parallèlement, de progression vers une ergothérapie retrouvant ses liens avec l'occupation, il est temps pour les ergothérapeutes français de s'intégrer dans les recherches en sciences de l'occupation. C'est par cette démarche que les ergothérapeutes d'aujourd'hui et de demain feront avancer l'ergothérapie. La compréhension de la pratique, fondée sur la science de l'occupation, outillera les ergothérapeutes pour avancer dans leur pratique (Pierce, 2016, p.347). Le travail engagé ici sur l'état occupationnel et le diagnostic nécessitera d'être complété par une réflexion plus avancée sur les états occupationnels dans leur diversité, grâce à l'établissement d'une taxonomie spécifique pour aller plus loin dans l'établissement d'un langage commun.

Ce guide d'usage du diagnostic ergothérapique a été créé pour permettre aux ergothérapeutes de définir avec précision la problématique de la personne ou du groupe de personnes dans ses occupations. Il explicite les usages de ce diagnostic dans différents domaines en proposant des lignes directrices en lien avec les pratiques et les modèles actuels. Son but est

d'ancrer la pratique dans une réflexivité autour du paradigme de l'occupation et de définir les axes du travail de l'ergothérapeute au plus proche des besoins d'agir de la personne ou du groupe de personnes, dans les différents domaines de la vie : professionnel, personnel, en tenant compte de son environnement.

Proposer un diagnostic co-construit avec la personne ou le groupe de personnes accompagné, c'est aussi s'inscrire dans une démarche collaborative, proposant à la personne ou au groupe de personnes de prendre sa place dans son propre processus de soin ou d'accompagnement, c'est envisager *l'empowerment*, la citoyenneté et la réelle autonomie des personnes comme parti pris de l'ergothérapie d'aujourd'hui.

Actuellement, une première démarche est écrite, dans l'élaboration du diagnostic. Il s'agit bien d'une première étape. Cette réflexion, pour évoluer, doit être nourrie par les retours de nombreux praticiens. Il faut désormais envisager des allers-retours entre le terrain et la formation, notamment à partir des stages des étudiants. En effet, le stage de première année des étudiants en ergothérapie a pour premier objectif d'ouvrir la compréhension des compétences une et deux de l'ergothérapeute pour l'étudiant. Ces compétences autour du diagnostic et du processus en ergothérapie sont primordiales pour aborder la profession. D'autres moyens de permettre une continuité de cet écrit se situeront dans la mise en œuvre et le partage d'expériences à partir de ces lignes directrices.

En outre, l'élaboration de lignes directrices en matière de diagnostic ergothérapique met de nouveau en exergue le sujet de l'écriture professionnelle. En effet, le diagnostic ergothérapique s'écrit, engage le professionnel et l'invite aussi à une démarche d'explicitation de sa pratique. Le diagnostic ergothérapique s'enchâsse dans la rédaction d'un dossier ou d'un compte-rendu d'évaluation.

Il est une partie d'un tout et ne se suffit pas à lui-même. Le travail autour de l'écriture doit continuer désormais. Car si le diagnostic est posé à partir du raisonnement diagnostique, celui-ci permet avec l'utilisation des raisonnements « déductif » et « inductif », après avoir défini les problématiques d'une personne ou d'un groupe de personnes, d'établir les objectifs d'accompagnement ergothérapique avec la personne concernée et de construire un plan d'intervention.

Il reste encore à produire ce travail autour du plan d'intervention, avec en point de mire la modélisation d'un processus français d'intervention en ergothérapie, avec des sources diversifiées et riches, en Europe, mais aussi de façon internationale, pour mettre en lumière une pratique particulière méritant d'être couchée sur le papier.

1. Exemple détaillé 1

1.1. Présentation de la personne et du mandat

Henri est un enfant âgé de 5 ans atteint d'une paralysie cérébrale, scolarisé à temps partiel en moyenne section. Dans le cadre d'une consultation en Centre d'Action Médico-Sociale Précoce, il est reçu en ergothérapie pour une évaluation des habitudes de vie et des aptitudes attendues relativement à son âge.

1.2. Rédaction du diagnostic

Henri présente un décalage dans l'acquisition des activités scolaires, dont le graphisme et le découpage. Il est très dépendant pour se déplacer, accéder à son logement et réaliser ses soins personnels, en particulier se laver, s'habiller. Ces situations de handicap s'expliquent par des contractions et co-contractions majorées aux membres inférieurs et au membre supérieur droit, une insuffisance du maintien postural, une perturbation des mouvements oculaires et de la coordination visuo-motrice étroitement liée à un trouble de l'organisation gestuelle et de la construction. Il est très aidé par sa famille et en particulier sa mère pour les actes de la vie courante, mais la disponibilité de celle-ci risque d'être amoindrie du fait de sa reprise professionnelle. Le domicile n'est pas accessible à cause d'un ascenseur trop étroit. Le décalage dans ses acquisitions scolaires est compensé par une aisance de compréhension des consignes, d'expression orale, de relation et l'aide d'une auxiliaire de vie scolaire.

1.3. Explication de la construction du diagnostic

1.3.1. Niveau descriptif du diagnostic :

Résumé des principaux problèmes présents ou potentiels relatifs à l'état occupationnel en réponse au mandat en ergothérapie. Les domaines et les aspects de l'occupation considérés sont précisés. Les problèmes identifiés aux différents niveaux de l'agir (ici Habitudes de vie en référence au PPH) sont mis en lien.

« Henri présente un décalage dans l'acquisition des activités scolaires, dont le graphisme et le découpage. . Il est très dépendant pour se déplacer, accéder à son logement et réaliser ses soins personnels, en particulier se laver, s'habiller. »

1.3.2. Niveau explicatif du diagnostic :

Énoncé des composantes de la **personne**, de l'**environnement** ou de l'activité elle-même qui expliquent ces problèmes présents ou potentiels relatifs à l'état occupationnel.

« Ces situations de handicap s'expliquent par des contractions et co-contractions majorées aux membres inférieurs et au membre supérieur droit, par une insuffisance du maintien postural, par une perturbation des mouvements oculaires et de la coordination visuo-motrice reliée à un trouble de l'organisation gestuelle et de la construction. Il est très aidé par sa famille et en particulier sa mère pour les actes de la vie courante, mais la **disponibilité de celle-ci risque d'être amoindrie du fait de sa reprise professionnelle. Le domicile n'est pas accessible à cause d'un ascenseur trop étroit.** »

1.3.3. Énoncé des **ressources** de la personne et de sa situation sur lesquelles pourra s'appuyer l'intervention en ergothérapie :

« Il est très aidé par sa **famille** et en particulier sa **mère** pour les actes de la vie courante, mais la disponibilité de celle-ci risque d'être amoindrie du fait de sa reprise professionnelle. Le domicile n'est pas accessible à cause d'un ascenseur trop étroit. Le décalage dans ses acquisitions scolaires est compensé par une **aisance de compréhension des consignes, d'expression orale, de relation et l'aide d'une auxiliaire de vie scolaire** »

2. Exemple détaillé 2

2.1. Présentation de la personne et du mandat

Mme Martin, 52 ans, hospitalisée suite à un choc cardiogénique le 20/03/17, présente une atteinte du nerf médian suite à la nécrose de sa perfusion sur la face antérieure de son avant-bras. Elle est reçue en ergothérapie pour une évaluation de ses capacités et de sa participation occupationnelle, dans la perspective d'un retour à domicile.

2.2. Rédaction du diagnostic

Mme Martin a perdu de l'indépendance dans les trois domaines d'activités de la vie quotidienne. Elle est aujourd'hui dans l'impossibilité de reprendre son activité professionnelle, car elle ne peut ni faire le trajet en voiture ni accomplir les tâches demandées, spécialement les activités bimanuelles et

nécessitant des ports de charge. Elle présente un risque d'accidents domestiques. Cette diminution de sa participation occupationnelle s'explique par une grande fatigabilité et par le déficit de flexion, de force, de dextérité et de sensibilité de sa main dominante, particulièrement au niveau du pouce douloureux à la mobilisation. Le déficit de force touche également la main gauche. L'arrêt de travail de Mme Martin et les revenus du foyer entraînent des difficultés financières compromettant la réalisation des aménagements du logement dont ils sont propriétaires s'ils ne bénéficient d'aucune aide. Le retour à domicile est toutefois envisageable du fait de la stabilité psychologique de Mme Martin, d'un dynamisme et d'une certaine indépendance qu'elle a conservée et du soutien que pourra lui apporter son mari au quotidien.

2.3. Explication de la construction du diagnostic

2.3.1. Niveau descriptif du diagnostic :

Résumé des principaux problèmes présents ou potentiels relatifs à l'état occupationnel en réponse au mandat en ergothérapie. Les domaines et les aspects de l'occupation considérés sont précisés. Ces problèmes identifiés aux différents niveaux de l'agir (performances et habiletés) sont mis en lien.

« Mme X a une performance dans les trois domaines d'activités de la vie quotidienne. Elle est aujourd'hui dans l'impossibilité de reprendre son activité professionnelle, car elle ne peut plus accomplir les tâches demandées, en particulier les activités bimanuelles et nécessitant des ports de charge, ni se rendre à son travail, car elle ne peut plus conduire. Enfin, il existe un risque d'accidents domestiques. »

2.3.2. Niveau explicatif du diagnostic :

Énoncé des composantes de la personne, de l'environnement ou de l'activité elle-même qui expliquent ces problèmes présents ou potentiels relatifs à l'état occupationnel.

« On constate que sa main dominante est déficitaire, tant au niveau de la force musculaire qu'au niveau articulaire, particulièrement au niveau du pouce, qui est douloureux à la mobilisation. La main ne peut donc pas se fermer complètement, ce qui représente une gêne au niveau des préhensions globales et dans les activités de la vie quotidienne. Il y a également un déficit de dextérité et de sensibilité sur cette même main. Le déficit de force touche également la main gauche. Ces déficits sont à l'origine d'une fatigabilité dans les activités. Le retour à domicile pourra être compliqué par les difficultés financières dû à de faibles revenus et à arrêt de travail de Mme X,

car d'éventuels aménagements du domicile ne seront sûrement pas réalisables sans subventions. »

2.3.3. Énoncé des *ressources* de la personne et de sa situation sur lesquelles pourra s'appuyer l'intervention en ergothérapie :

« La prise en charge sera facilitée par la *stabilité psychologique et cognitive* de la patiente. Un retour à domicile sera possible et envisageable, car a *conservé une certaine indépendance* et un *dynamisme* dans la plupart des soins personnels, la marche et les transferts. De plus, elle pourra compter sur *l'aide de son mari* pour la soutenir au quotidien. Si les difficultés financières de Mme X peuvent être surmontées, les aménagements architecturaux pourraient être réalisables étant donné qu'elle est *propriétaire de sa maison*. »

3. Exemple détaillé 3

3.1. Présentation de la personne et du mandat

Candie, 25 ans, célibataire, est reçue en ergothérapie, dans le cadre d'une première hospitalisation sous contrainte, pour un accompagnement thérapeutique visant une stabilisation durable de son humeur et la reprise de ses activités dans son milieu de vie.

3.2. Rédaction du diagnostic

Candie vit de manière autonome dans un appartement acheté par sa mère. Elle révèle une impulsivité et une frénésie d'activités qui ne lui procurent pas de satisfaction. Cela se vérifie dans ses loisirs et dans son activité professionnelle de serveuse qu'elle a quittée il y a un mois pour trouver un autre emploi ou partir en voyage, ce qui la laisse sans ressources. Candie est dans un questionnement existentiel et évoque des causes extérieures responsables de sa situation. Ses restrictions de participation s'expliquent par sa difficulté à prendre en compte les contraintes et les règles de la réalité, à filtrer les stimulations extérieures et intérieures, à réfléchir et trouver des solutions face à un obstacle. Sa facilité à se lier est une ressource à l'établissement d'une relation thérapeutique permettant d'expérimenter les principes de réalité, de contenance et de créativité.

3.3. Explication de la construction du diagnostic

3.3.1. Niveau descriptif du diagnostic :

Résumé des principaux problèmes présents ou potentiels relatifs à l'état occupationnel en réponse au mandat en ergothérapie. Les domaines et les aspects de l'occupation considérés sont précisés. Ces problèmes identifiés aux différents niveaux de l'agir (ici Participation et Activités en référence à la CIF) sont mis en lien.

« Candie vit de manière autonome dans un appartement acheté par sa mère. Elle révèle une impulsivité et une frénésie d'activités qui ne lui procurent pas de satisfaction. Cela se vérifie dans ses loisirs et dans son activité professionnelle de serveuse qu'elle a quittée il y a un mois pour trouver un autre emploi ou partir en voyage, ce qui la laisse sans ressources. »

3.3.2. Niveau explicatif du diagnostic :

Énoncé des composantes de la personne, de l'environnement ou de l'activité elle-même qui expliquent ces problèmes réels ou éventuels relatifs à l'état occupationnel.

« Candie est dans un questionnement existentiel et évoque des causes extérieures responsables de sa situation. Ses restrictions de participation s'expliquent par sa difficulté à prendre en compte les contraintes et les règles de la réalité, à filtrer les stimulations extérieures et intérieures, à réfléchir et trouver des solutions face à un obstacle. »

3.3.3. Énoncé des ressources de la personne et de sa situation sur lesquelles pourra s'appuyer l'intervention en ergothérapie :

« Sa facilité à se lier est une ressource à l'établissement d'une relation thérapeutique permettant d'expérimenter les principes de réalité, de contenance et de créativité. »

4. Exemple 4

4.1. Présentation de la personne et du mandat

Olivier, est un jeune garçon, âgé de 8 ans et 11 mois, scolarisé en CE2 dans l'école primaire de sa commune. Il est rencontré en ergothérapie pour un soutien dans son rôle d'élève et ses activités dédiées.

4.2. Rédaction du diagnostic

Oliver est partiellement dépendant pour réaliser les activités scolaires de CE2 qui sont principalement l'écriture et la manipulation des outils scolaires. Il n'est pas en mesure d'avoir un geste graphique fonctionnel. *L'écriture entraîne un manque de confiance et une dévalorisation qu'il verbalise fréquemment à l'adulte.* Ses difficultés s'expliquent par des capacités visuo-motrices et visuo-spatiales moindres par rapport à un enfant de sa classe d'âge, des manipulations à l'intérieur de la main difficiles, un traitement des informations sensorielles complexe et très coûteux sur le plan de l'attention, une faiblesse de maintien postural. *Toutefois, il a l'habitude de dessiner en faisant appel à son imagination et aime cette activité.* Il démontre des capacités d'apprentissages graphiques et de la persévérance. Ses difficultés sont palliées majoritairement par un environnement familial et pédagogique supportant et bienveillant. L'environnement connu, la reprise des activités (CE2 en deux ans) et les stratégies utilisées par l'enseignant permettent à Oliver d'apprécier sa scolarité.

5. Exemple 5

5.1. Présentation de la personne et du mandat

Aurélia, est une jeune fille, âgée de 10 ans et 1 mois, scolarisée en CM2 dans une école primaire de la banlieue lyonnaise. Elle est rencontrée en ergothérapie pour un soutien dans son rôle d'élève et dans ses activités dédiées que sont principalement le geste d'écriture ainsi que la manipulation globale des outils scolaires : règle, gomme, colle, compas et équerre. L'évaluation en ergothérapie s'inscrit également dans une recherche de l'origine des difficultés observées dans le quotidien d'Aurélia et participe, dans une dynamique pluridisciplinaire, à la recherche d'un diagnostic médical.

5.2. Rédaction du diagnostic

Aurélia est quelque peu dépendante pour son entretien personnel, dont l'habillement, et les activités associées à sa vie scolaire. Elle fait preuve de maladresse dans les activités de motricité fine et globale. Ces restrictions de participation et limitations d'activité s'expliquent par une altération du traitement sensoriel liée à une instabilité posturale, des difficultés d'attention visuelle, de perception des objets (surtout en reconstitution mentale) ; un trouble de l'organisation pour gérer les tâches et le matériel ; ainsi que des difficultés de type dysgraphiques. Les fonctions visuo-constructives et d'expression verbale sont préservées. Elle présente une fragilité émotionnelle nécessitant

l'établissement d'une relation de confiance avec l'adulte. Aurélia est actuellement dans une période d'évolution soutenue par un environnement familial et pédagogique bienveillant.

6. Exemple 6

6.1. Présentation de la personne et du mandat

En réponse à la demande de Mme Roux du 3 novembre 2015 pour un diagnostic financé par sa caisse de retraite, une expertise de sa participation sociale dans son milieu de vie a été effectuée le 17 novembre 2015.

6.2. Rédaction du diagnostic

Mme Roux ressent une baisse de sa qualité de vie et une insatisfaction dans ses interactions sociales et sa pratique des loisirs. Elle rencontre des difficultés pour participer aux clubs de son village, pour la lecture, l'écriture et le tricot. Elle est gênée pour communiquer et ne peut plus se déplacer seule à l'extérieure de la commune. Du fait d'une chute récente, il existe un risque important que Mme Roux restreigne encore sa participation sociale et augmente sa dépendance dans les activités de vie courante, dont le ménage et les courses. Ces situations de handicap sont liées au fait qu'elle ait une baisse de son acuité visuelle et de son audition et qu'elle n'intègre pas dans son quotidien la prothèse auditive et les aides techniques pour la basse vision dont elle dispose. Sa chute a provoqué un sentiment d'insécurité et son envie de participer aux activités courantes a diminué. Elle a le sentiment d'être un poids pour ses filles qui l'aident dans ses déplacements. Toutefois, en dépit de ces difficultés, elle conserve un investissement important dans ses loisirs.

7. Exemple 7

7.1. Présentation de la personne et mandat

Mme Durand, âgée de 59 ans, atteinte de schizophrénie paranoïde, en hospitalisation de jour, est reçue en ergothérapie en réponse à la prescription médicale du Dr. Romain pour une évaluation de sa situation et un accompagnement thérapeutique.

7.2. Rédaction du diagnostic

Mme Durand est suffisamment autonome pour vivre seule en appartement et réaliser les activités reliées au domicile. Elle nécessite cependant l'aide d'un tiers pour l'entretien de son logement et pour assumer sa gestion financière et administrative. Elle manque d'autonomie pour engager des relations interpersonnelles et les entretenir, ce qui compromet sa participation à des activités productives ou de loisirs. Son autonomie au quotidien est entravée par un sentiment de morcellement et de dépersonnalisation, un envahissement dans la relation à l'autre, une difficulté à investir ou exprimer des envies et de fortes angoisses. Ses processus psychiques de distinction moi/non-moi, de permanence de l'objet et de créativité pourront se révéler peu à peu dans un cadre thérapeutique et une relation suffisamment contenant.

8. Exemple 8

8.1. Présentation de la personne et mandat

En réponse à la prescription médicale du 8 janvier 2013 du Dr Grand, il a été procédé à l'évaluation de la situation de M. Dupont en ergothérapie dans le cadre d'un suivi pour une dépression récemment diagnostiquée en centre psychothérapique.

8.2. Diagnostic ergothérapique

M. Dupont présente une restriction modérée de sa participation : ses relations avec sa famille, ses amis, et probablement ses collègues de travail sont appauvries, il a une limitation importante pour gérer son budget, il se désengage des activités productives à domicile telles que le ménage et le jardinage. Cet amoindrissement de sa participation trouve son origine dans des difficultés à gérer ses émotions, la présence d'une humeur triste persistante, un manque de jugement et une faible estime de lui-même. Son entourage ne parvient pas à expliquer son état et à apporter son soutien. Il présente un manque de motivation pour s'engager dans des activités, si ce n'est l'intérêt qu'il conserve pour faire du bricolage avec son fils.

9. Exemple 9

9.1. Présentation de la population et mandat

En réponse au mandat de la commune de X, en date de Septembre 2017, il a été procédé à un diagnostic d'accessibilité des établissements recevant du public de la commune, dans le cadre de la mise en œuvre des agendas d'accessibilité programmée.

9.2. Méthodologie supplémentaire

Il s'appuie sur une méthodologie inclusive prenant en compte les bénéficiaires, les prestataires et les partenaires. Ce diagnostic repose sur une méthodologie participative (entretien et outil d'évaluation Mhavia et MQE), fonctionnelle (mise en situation) et normative (législation en vigueur loi 2005 et code de la construction des ERP). Il prend pour appui le diagnostic d'accessibilité universelle.

9.3. Rédaction du diagnostic

Les personnes interrogées rencontrent des difficultés modérées à absolues et un problème de sécurité pour accéder aux bâtiments et aux informations, en particulier pour la bibliothèque, l'école, la salle dédiée à la vie associative et les transports.

L'accès à la bibliothèque est restreint du fait de l'absence de place PMR à proximité de l'entrée, et de son implantation sur une pente à plus de 6 %. La lecture dans la bibliothèque est limitée à cause d'un manque de luminosité, d'un mobilier et d'une signalétique non accessibles. Utiliser les infrastructures scolaires demeure très difficile. En effet, les parents ne peuvent accompagner leurs enfants à l'école en toute sécurité en raison de l'existence pour le cheminement extérieur, d'une pente dont le taux (14 %), est très largement supérieur à la norme autorisée, sans palier de repos. Il en est de même pour les cheminements dans l'enceinte de l'école, notamment pour accéder à la cour. Il faut franchir un escalier ; pour accéder à la salle de motricité : Les déplacements sans aide humaine dans l'enceinte de l'école et à l'extérieur sont difficiles, voire impossibles. Aussi descendre en récréation, participer aux activités de motricité et périscolaires est impossible sans aide ou alors par substitution (porter l'élève ou emprunter un autre chemin seul). L'engagement dans la vie associative (association de parents d'élèves, associations sportives, chorale) n'est pas envisageable à ce jour à cause de la présence d'escaliers intérieurs, d'une luminosité insuffisante et d'une largeur de portes ne permettant pas le passage d'un fauteuil roulant. Se déplacer dans la commune est difficilement

réalisable du fait du relief naturel. Utiliser les transports interurbains est possible par le biais d'un dispositif particulier et de démarches individuelles compte tenu du faible taux de bus accessibles. Utiliser les services de loisirs culturels et spirituels reste difficile en l'absence d'aménagement de l'environnement architectural des bâtiments tels que la bibliothèque et l'église. La méthodologie d'enquête participative utilisée pour recueillir ces informations est un premier levier pour permettre la mobilisation des différents acteurs et favoriser l'inclusion.

10. Exemple 10

10.1. Présentation de la population et du mandat

En réponse à la demande du Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), une évaluation de l'accessibilité d'un jardin partagé mis à disposition par la ville et ouvert à leurs bénéficiaires a été réalisée en vue de proposer des aménagements visant à faciliter la participation et l'engagement de tous dans ce lieu.

10.2. Rédaction du diagnostic

Les bénéficiaires du SSIAD présentent une diminution modérée à majeure de leur participation à cette occupation de loisir qu'est le jardinage dans ce jardin partagé mis à disposition par la ville. Ils rencontrent un problème de performance pour accéder aux parcelles, notamment se déplacer suffisamment près et se baisser pour regarder, toucher, sentir les plants ou encore travailler la terre. Ces difficultés occupationnelles s'expliquent par une diminution de l'endurance, des capacités motrices et sensorielles des bénéficiaires, en lien avec le vieillissement et diverses pathologies, conduisant la plupart d'entre eux à se déplacer à l'aide d'une canne ou d'un fauteuil, accompagnés d'une tierce personne. Les principaux obstacles architecturaux sont la configuration du cheminement central surélevé, qui oblige à descendre une marche pour accéder aux parcelles, elles-mêmes toutes au ras du sol. La dynamique collaborative du lieu sera un atout pour concevoir des aménagements favorisant l'implication de l'ensemble des personnes fréquentant le jardin.

Bibliographie

- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). (2001). *Le dossier du patient en ergothérapie*. 73 p. Disponible en ligne : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ergoth_rap.pdf
- American Occupational Therapy Association (AOTA). (2014). *Occupational Therapy Practice and Framework : Domain & Process* (3rd ed.) 75 p. *The American Journal of Occupational Therapy* (AJOT). March/April 2014. Volume 68 (Supplement 1). AOTA.
- Association canadienne des ergothérapeutes (2002). *Promouvoir l'occupation. Une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa, ONT : CAOT Publications ACE.
- Association Française pour la Recherche et l'Évaluation en Kinésithérapie (AFREK). (s.d.). Qu'est-ce que le diagnostic kinésithérapique ? Disponible en ligne : <http://www.afrek.org/notre-base-de-donnees/utilisation-du-bilan>
- American Psychiatric Association (APA) (2015). DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier-Masson.
- Boyt Schell, B.A. (2014). Professional Reasoning in Practice. In B.A. Boyt Schell, G. Gillen & M.E. Scaffa (coord.), *Willard and Spackman's Occupational Therapy*, (12th ed., pp. 384-397). Baltimore : Lippincott Williams & Wilkins.
- Boyt Schell, B.A., Gillen, G., Scaffa & M.E. (2014). *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (12th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Brousseau, M. (2015). Perspective canadienne du diagnostic ergothérapique : historique, critères de qualité et exemples avec diverses clientèles. In M.H. Izard (coord.). *Expériences en ergothérapie* (28^e série, pp. 47-55). Montpellier : Sauramps médical.
- Brousseau, M., Gauthier A., Morel-Bracq, C., (2017). Liens entre modèles, raisonnement clinique et diagnostic ergothérapique. In M-C. Morel-Bracq (dir.), *Les modèles conceptuels en ergothérapie*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Brousseau, M., & Tosser, M., (2015). Un modèle conceptuel basé sur l'activité au service de l'écriture des dossiers cliniques en ergothérapie. *ErgOTHérapies* (59), pp. 37-43.

- Castelein, P., (2012). La participation sociale : un enjeu pluridisciplinaire. In Izard, M.H. (coord.), *Expériences en ergothérapie* (Vol. XXV, série, p. 11-24). Montpellier, Sauramps médical.
- Cederfeldt, M., Pierre B., L., & Sadlo, G., (2003). Occupational Status as Documented in Records for Stroke Inpatients in Sweden. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 10(2), pp. 81-87.
- Chan, M., (2016). Déclaration liminaire. *Conférence sur la révision de la Classification statistique internationale des maladies CIM-11*. Tokyo. Disponible en ligne : <http://www.who.int/dg/speeches/2016/tokyo-icd-revision/fr/>
- Charrier, J., (2015). Le diagnostic infirmier, une clé d'accès à l'information. Consulté le 19/03/17. Disponible en ligne : <http://www.infirmiers.com/le-diagnostic-infirmier-une-clef-d-acces-a-l-information>
- Clark, G. F., & Youngstrom, M. J., (2008). Guidelines for Documentation of Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 62, pp. 684-690.
- Clark, G.F., Youngstrom, M.J., & Brayman, S.J., (2003). Guidelines for Documentation of Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 57, pp. 646-649. doi :10.5014/ajot.57.6.646.
- Davis, J., Craik, J., & Polatajko, H.J., (2007). Using the Canadian Process Practice Framework : Amplifying the Process. In E.A. Townsend & H.J. Polatajko, (eds.), *Enabling Occupation II : Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation*, pp. 247-272. Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.
- Delplanque, D., Antonello, M., (2001). L'évaluation au service de l'autonomie professionnelle en kinesithérapie respiratoire : de l'utilité du bilan-diagnostic kinésithérapique. *Kinésithérapie Scientifique*, 414, pp. 522-56.
- Delplanque D., (2009). *La démarche diagnostique en kinésithérapie : un concept de soins*, Acte de la Conférence INK, Salon mondial de rééducation, Vincennes.
- Dubois J., Giacomo M., Marcellesi C., Marcellesi J-B., Mével J-P., (2001). *Dictionnaire de linguistique*. Paris : Larousse-Bordas.
- Fisher, A.G., (2009). Occupational Therapy Intervention Process Model : A Model for Planning and Implementing Top-down, Client-centered and Occupation-based interventions. Fort-Collins, CO, Three Star Press.
- Fisher, A.G. (2014). Occupation-centred, Occupation-based, Occupation-focused : Same, Same or Different ? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21 : pp. 96-107. DOI : 10.3109/11038128.2014.952912.
- Fougeyrollas, P. (2010). La funambule, le fil et la toile : transformations réciproques du sens du handicap. Presses de l'Université de Laval.
- Fougeyrollas, P. & Cloutier, R. (1998). *Classification québécoise : processus de production du handicap : The Quebec Classification : Disability Creation Process*. Québec, Canada : Réseau International sur le Processus de Production du Handicap (RIPPH).

- Gedda, M., & Guillez, P. (2009). Ergothérapie et kinésithérapie : des complémentarités en évolution. *Encyclopédie médico-chirurgicale – Kinésithérapie*, 5 (26-006-A-10).
- Guillez, P., (2007). Hypothétique diagnostic. Propositions de repères pour un diagnostic d'ergothérapie. In MH. Izard (Coord.), *Expériences en ergothérapie* (n° 13, pp. 22-27). Montpellier : Sauramps Médical.
- Hocking C., (2001). Implementing Occupation-Based Assessment. *American Journal of Occupational Therapy Association*, 55(4), pp. 463-469.
- Kielhofner, G., (2008). *Model of Human Occupation* (4th ed). Baltimore : Lippincott Williams & Wilkins.
- Lamy, O., (2001). La classification des soins, une question de plus-value, *L'infirmière du Québec*, Actualités, 8(6), p. 39.
- Line, J., (1969). Case Method as a Scientific Form of Clinical Thinking. *American Journal of Occupational Therapy*, 23(4), pp. 308-313.
- Mattingly, C., & Hayes-Fleming, M., (1993). Clinical Reasoning : Forms of Inquiry in a Therapeutic Practice. Philadelphia, PA : FA Davis.
- Meyer, S., (2010). *Démarches et raisonnements en ergothérapie*, 2^e éd. Suisse, Lausanne : Haute école de travail social et de la santé – EESP.
- Meyer, S., (2013). *De l'activité à la participation*. Bruxelles : De Boeck Supérieur.
- Mignet G., (2015). Le MOHOST : un outil d'aide au diagnostic ergothérapique ? In M.H. Izard (coord.), *Expériences en ergothérapie* (28^e série, pp. 56-67). Montpellier : Sauramps médical.
- Ministère de la Santé, (2006). Annexe à la circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.
- Ministère de la Santé (2004). Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. Article R. 4127-33.
- Ministère de la Santé et des Solidarités (2006). Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.
- Ministère de la Santé et des Sports (2010). *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute*. Disponible sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000022447668
- Offenstein, E., (2015). L'ergothérapeute, catalyseur du changement ? in Morel-Bracq, M.C., Trouvé, E. et al., *L'activité humaine : un potentiel pour la santé* (pp. 109-124). Paris : De Boeck-Solal.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), (2001). Classification Internationale, du Fonctionnement, du handicap et de la santé. Genève : OMS.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), (2008). *Classification Internationale des Maladies. CIM.10*. Disponible en ligne : <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr>

- Organisation des Nations Unies (ONU). (2006). Convention relative aux droits des personnes handicapées. Disponible en ligne : <http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec, (2005). Cadres légal et normatif de la tenue des dossiers en ergothérapie, guide de l'ergothérapeute. Montréal : OEQ.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec, (2004). L'analyse en ergothérapie. Montréal : OEQ.
- Ordre National des Infirmier, (2010). *Nouveaux rôles infirmiers : une nécessité pour la santé publique et la sécurité des soins, un avenir pour la profession.*
- Pendleton, H.M., & Schultz-Krohn, W., (2013). *Pedretti's Occupational Therapy, Practice Skills for Physical Dysfunction* (7th ed.). St. Louis, MO. Mosby Elsevier Inc.
- Pierce, D., (2003). *Occupation by Design : Building Therapeutic Power*. Philadelphia : F.A. Davis Co.
- Pierce, D, (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. Bruxelles : De Boeck Supérieur.
- Pierre, B.L., (2001). Occupational Therapy as Documented in Patients » Records. Part III. Valued but Not Documented. Underground Practice in the Context of Professional Written Communication. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8(4), pp. 174-183.
- Pomini, V., & Golay, P., & Reymond, C. et al., (2008). L'évaluation des difficultés et des besoins des patients psychiatriques. *L'information psychiatrique*, 84(10), pp. 895-902. doi : 10.1684/ipe.2008.0406.
- Radomski, M.V., (2008). Planning, Guiding and Documenting Practice. In Radomski M.V. & C.A., *Occupational Therapy for Physical Dysfunction* (chap. 3). Philadelphia, Lippincot Williams & Wilkins.
- Rey, A. (2016). Dictionnaire historique de la langue française. Le Petit Robert.
- Rogers, J. C. (1983). Clinical reasoning : The Ethics, Science and Art. *American Journal of Occupational Therapy*, 37, 601-616.
- Rogers, J.C., & Holm M.B., (1991). Occupational Therapy Diagnostic Reasoning : A Component of Clinical Reasoning. *American Journal of Occupational Therapy*, 45(11), pp. 1045-1053.
- Rogers, J.C., & Masagatani, G., (1982). Clinical Reasoning of Occupational Therapists During the Initial Assessment of Physically Disabled Patients, *The Occupation Therapy Journal of Research*, vol.2, Issue 4, pp.195-219.
- Rogers, J.C., (2004). Occupational Diagnosis. In M. Molineux (ed.), *Occupation for Occupational Therapists*, Oxford, UK : Blackwell Publishing, pp.16-31.
- Rothier-Bautzer, E., (2002). Pratiques soignantes en mutation : de la lutte contre la maladie à la collaboration avec le patient. In : *Revue française de pédagogie*, volume 138, 2002. Recherches sur les pratiques d'enseignement et de formation. pp. 39-50. Disponible en ligne : http://www.persee.fr/doc/rfp_0556-7807_2002_num_138_1_2862

- Sève-Ferrieu, N., (2010). Que doit-on entendre par « diagnostic ergothérapique » ?, *ErgOTHérapies*, n° 40. Décembre 2010. pp. 51-54.
- Sournia, J.-C., (1995). *Histoire du diagnostic en médecine*, éditions de la Santé.
- Tabor Connor L., L'impact de la participation dans les activités lors d'une aphasie. In Pierce D., *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*, Bruxelles : De Boeck Supérieur, 2016, pp. 130-133.
- Townsend, E., & Polatajko, H., (2013). Habilitier à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation (2^e éd.), Ottawa, ONT : CAOT Publications ACE.
- Tremblay, G., & Tellier, C., (2006). L'échelle « Évaluation du niveau de participation sociale », Manuel de l'utilisateur. Centre de réadaptation La Myriade. http://www.crlamyriade.qc.ca/docpdf/Manuel_ENPS.pdf
- Trouvé, E., (2011). Quel diagnostic faire du diagnostic ergothérapique ? *Le monde de l'ergothérapie*. Publication de l'ANFE.
- Vecchiato, S., (2014). Un lexique satellite : les diagnostics infirmiers. *Cahiers de recherche de l'École Doctorale en Linguistique Française*, pp. 179-197.

Glossaire

Approches *top-down* et *bottom-up*

Approche top-down

Intervention portée directement sur les occupations de la personne avec pour but ultime d'optimiser la performance occupationnelle, quelles que soient les méthodes utilisées.

Approche bottom-up

Intervention portée directement sur les déficiences et les capacités de la personne dans le but d'améliorer consécutivement la performance dans les activités.

Brown, T., & Chien, C., (2010). Top-down or Bottom-up Occupational Therapy Assessment : Which Way Do We Go ? *British Journal of Occupational Therapy*, 73(3), pp. 95-95.

Weinstock-Zlotnick, G., & Hinojosa, J., (2004). Bottom-up or Top-down Evaluation : is One Better than the Other ? *American Journal of Occupational Therapy*, 58, pp. 594-599.

Communautaire

L'adjectif communautaire prend ici une acception différente du sens habituel dans la langue française qui se réfère à une vie commune, en communauté, une appartenance à un groupe social. *La vie communautaire* dans le langage des sciences de l'occupation pourrait être traduite par « la vie de la personne dans son quartier », « la vie de la personne au travail », etc., c'est-à-dire les différents cercles où se déroulent les occupations de la personne.

Empowerment

« Un processus par lequel des personnes accèdent ensemble ou séparément à une plus grande possibilité d’agir sur ce qui est important pour elles-mêmes, leurs proches ou le collectif auquel elles s’identifient » (Le Bossé, 2012).

- Le Bossé, Y., (2012). *Sortir de l’impuissance : Invitation à soutenir le développement du pouvoir d’agir des personnes et des collectivités.* Tome 1 : Fondements et cadres conceptuels. Québec : Éditions ARDIS.

État occupationnel

L’état occupationnel d’une personne correspond à son engagement dans des occupations, à la réalisation des habiletés et des performances qui lui permettent ou non de participer à ces occupations, et à la perception qu’elle a de cet engagement. Lorsqu’il formule l’état occupationnel d’une personne, l’ergothérapeute précise les domaines et les aspects objectifs ou subjectifs de l’occupation pris en considération.

Habiletés

Les actions concrètes qui sont réalisées pour accomplir une tâche. Ci-dessous, reproduction de la liste des habiletés motrices telle que présente dans l’ouvrage *Model of Human Occupation* (Kielhofner, 2008) :

Compétences motrices	
Posture	– stabiliser le corps pour l’équilibre – aligner le corps en position verticale – positionner le corps ou les bras de manière appropriée à la tâche
Mobilité	– marcher : se déplacer dans l’environnement de la tâche (surface plane) – atteindre les objets relatifs à la tâche – fléchir ou tourner son tronc de manière appropriée pour effectuer la tâche – coordonner deux parties du corps pour stabiliser les objets pour la tâche – manipuler les objets en rapport avec la tâche – fluidité : exécuter les mouvements des bras et des mains de manière aisée, fluide
Force et effort	– mouvements : pousser et tirer les objets sur une surface plane, ouvrir et fermer des portes ou des tiroirs – transporter des objets en rapport avec la tâche d’un endroit à un autre – soulever des objets utilisés pendant la tâche – calibrer : réguler la force et l’intensité des mouvements

Kielhofner, G., (2008). *Model of Human Occupation (4^e ed).* Baltimore : Lippincott Williams & Wilkins.

Participation occupationnelle

Fait de s'engager dans une occupation.

Kielhofner, G., (2008). *Model of Human Occupation* (4^e ed). Baltimore : Lippincott Williams & Wilkins.

Performance occupationnelle/réalisation occupationnelle

Personne en train d'agir → performance/réalisation occupationnelle.

Pour Fisher (2009), la performance occupationnelle est « ce que fait la personne à ce moment, son comportement observable ».

Fisher, A., (2009). *Occupational therapy, intervention process model*. Fort Collins (USA) : Three Star Press, Inc.

Profil occupationnel

Le profil occupationnel correspond aux informations décrivant l'histoire et les expériences occupationnelles antérieures de la personne, son organisation de la vie quotidienne, ses intérêts, ce qui a de la valeur pour elle et ses besoins, son projet de vie et ses objectifs à plus court terme... Il s'agit d'une sorte d'état des lieux de l'engagement, de la participation et de la performance occupationnelle selon le point de vue du client.

Le profil est construit à partir d'une collecte de données objectives sur la personne, préférentiellement à travers un entretien semi-directif. Le profil occupationnel n'est jamais vraiment complet, il se construit au fur et à mesure des rencontres avec la personne.

Meyer, S., (2007). *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. Suisse, Lausanne : EESP.

Chisholm, D., Boyt Schell, B.A., (2014), Overview of the Occupational Therapy Process and Outcomes. In Barbara A. Boyt Schell, Glen Millen, Marjorie E., Scaffa, Willard & Spackman's *Occupational Therapy*. USA : Lippincott Williams & Wilkins.

Raisonnement procédural

Processus cognitif systématique et rationnel dont le but est d'identifier des problèmes et d'en trouver les solutions.

Liste des acronymes utilisés

ACE : Association canadienne des Ergothérapeutes
ACS : Sélection de Cartes d'activités (ou *Activity Sort Cards*)
ADL : *Activity of Daily Living*
AFREK : Association Française pour la Recherche et l'Évaluation en Kinésithérapie
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation en Santé
ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes
AOTA : American Occupational Therapists Association
CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CCTE : Cadre Conceptuel de Terminologie Européen
CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CE2 : Cours élémentaire 2^e année
CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé
CIM : Classification internationale des maladies (ou *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)
CNPE : Collège National Professionnel de l'Ergothérapie
DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (ou *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie*), 2013
EHPAD : Établissement d'hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ENOTHE : European Network of Occupational Therapy in Higher Education
IADL : *Instrumental Activity of Daily Living*
MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels
MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel
MDH-PPH 2 : Modèle du Développement Humain – Processus de Production du Handicap, 2^e version
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MOH : Modèle de l'Occupation Humaine
MOHOST : Model of Human Occupation Screening Tool

Présentation des auteurs

Bénédicte DUBOIS Ergothérapeute DE (IFE de Rennes, 1995), Cadre de Santé et titulaire d'un Master en Santé Publique situations de handicap et participation sociale (École des Hautes Études en Santé Publique – Université de Rennes II, 2013), elle est titulaire d'un DU en éducation thérapeutique (2017). Elle est formatrice agréée par le groupement International Francophone de Formation aux Classifications du Handicap (GIFFOCH), 2007. Elle a exercé comme ergothérapeute dans les milieux de la rééducation réadaptation, puis comme cadre de santé en service de soins en psychiatrie. Formatrice en ergothérapie à l'Institut de Formation en Pédiatrie-podologie, Kinésithérapie, Ergothérapie de Rennes (IFPEK) depuis 2006, elle participe à des travaux autour la participation sociale et du développement de l'ergothérapie en santé communautaire en France dans le cadre d'un groupe de travail européen du réseau ENOTHE (*European Network of Occupational Therapy in Higher Education*) et a collaboré à la traduction de l'ouvrage « la science de l'occupation pour l'ergothérapie » de Doris Pierce (2016).

Jérémy GUESNÉ Ergothérapeute DE (IFE de Nancy, 2006), cadre de santé, il termine actuellement un Master Métiers de l'Enseignement, de l'Éducation et de la Formation mention Ingénierie de Formation de Formateurs à l'Université de Lorraine (2017). Il travaille à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Lorraine Champagne Ardenne à Nancy depuis 2013 en tant que responsable pédagogique, chargé de l'organisation et la coordination des enseignements des étudiants de deuxième année. Il a exercé comme ergothérapeute dans le domaine de la santé mentale au centre hospitalier spécialisé de Fains-Véel (55). Il participe à des travaux impulsés par l'Agence Régionale de Santé Lorraine visant à la construction d'un référentiel qualité spécifique à l'activité des instituts de formation paramédicaux.

Géraldine PORIEL Diplômée d'état en 1999 (IFE Rennes), elle est titulaire d'un master en santé publique spécialisation situation de handicap et participation sociale (EHESP, 2014). Après avoir exercé pendant 13 années en centre

de réadaptation professionnelle, elle intègre en 2013 le centre hospitalier de Laval afin de contribuer à la création d'un institut de formation en ergothérapie à vocation régionale au sein du Pôle Régional de Formation santé social lavallois. Elle a publié des articles interrogeant l'ergothérapie comme levier de la participation sociale. La clé de voûte de ses missions et ses enseignements à l'IFE est le lien entre les concepts en sociologie et l'engagement occupationnel. Elle est chargée des enseignements sur la construction sociale du handicap, les sciences de l'occupation et le processus d'intervention en ergothérapie centré sur l'occupation. Elle pilote les projets inclusifs à visée développement communautaire pour répondre aux besoins du territoire.

Karine RIGUET Ergothérapeute DE (IFE Créteil, 1996), Cadre de santé (Institut Montsouris, Paris), titulaire d'un Master Management Gestion Santé, elle a été en poste 9 ans dans un service de réhabilitation psychosociale avec orientation sur des pratiques innovantes. Elle a pris récemment ses fonctions d'assistante de chef de pôle, faisant fonction cadre supérieur de santé d'un pôle de psychiatrie adulte de la Sarthe. Depuis 3 ans, elle participe au comité scientifique du centre ressource du handicap psychique du pays de Loire et contribue à la mise en place d'une coordination départementale du handicap psychique. Elle est investie pour l'accompagnement du personnel soignant à une démarche de Recherche scientifique, au sein de l'établissement public de santé mentale. De même, elle contribue à différents projets nationaux sur l'ergothérapie (création du Groupe de réflexion de l'ergothérapie en santé mentale GRESM, participation au comité d'organisation du congrès international pour 2022).

Sarah THIÉBAUT SAMSON Ergothérapeute DE (IFE de Rennes, 1998). Maîtrise de Lettres Modernes mention Français Langue Étrangère à l'Université Rennes 2 Haute-Bretagne. DEA d'Études Féminines à l'Université Paris 8, suivi de 3 années de doctorat en Sciences des Religions à l'École Pratique des Hautes Études à Paris. Elle travaille depuis 2008 à l'Institut de Formation en Ergothérapie de l'ADERE à Paris en tant que formatrice chargée de l'organisation et de la coordination des enseignements. Elle a exercé auparavant dans une section pour enfants polyhandicapés, en structures gériatriques, en centre de rééducation fonctionnelle et dans un SESSAD pour enfants déficients moteurs. Elle a publié plusieurs articles sur les structures en pédiatrie (2010), le développement durable en ergothérapie (2015) et les fondements du métier (2017).

Marine TOSSER Ergothérapeute DE (IFE de Berck-sur-Mer, 2010). Titulaire d'une Licence (2012), elle poursuit en Master 1^{re} année (2015) en Sciences de l'Éducation mention Éducation, Formation et Intervention Sociale à l'Université Paris 8. Elle exerce principalement en pédiatrie au sein de diverses

institutions médico-sociales et depuis peu a ouvert son propre cabinet d'ergothérapie en centre Finistère. Formatrice ponctuelle au sein de plusieurs IFE, mais également au sein d'ITES pour un public d'Aide Médico Psychologique et d'auxiliaires de vie. Partie se former au Québec auprès de Martine Brousseau (PhD, OT) autour de la rédaction des dossiers cliniques en ergothérapie. Le fil conducteur de ses actions ergothérapiques (rédactrice adjointe puis membre du comité de lecture de la revue *ergOTHérapies*, animation du GEPFI (Groupe des Ergothérapeutes du Finistère), etc.) s'inscrit dans une recherche d'étayage de la réflexivité professionnelle des ergothérapeutes à travers les processus d'écriture sous toutes leurs formes.

Leïla TORTORA Ergothérapeute DE (IFE de Montpellier 1996). Cadre de santé, titulaire d'un master dans le domaine des sciences humaines et sociales, mention éducation et formation à l'Université d'Aix Marseille 1 (2011). Elle travaille à l'Institut de formation en Ergothérapie de Hyères depuis son ouverture en 2012 en tant que formatrice chargée de l'organisation et la coordination des enseignements des étudiants de 2^e année. Elle a exercé comme ergothérapeute en centre de rééducation fonctionnelle, en santé mentale et en service de soins infirmiers à domicile, puis comme cadre de santé en EHPAD et foyer d'accueil médicalisé pour personnes handicapées vieillissantes. Elle a publié un article sur la démarche de soins à domicile en ergothérapie (2004).

Éric TROUVÉ Ergothérapeute DE (IFE de Montpellier, 1997), BSc. (Université de Montréal, 1998), Cadre de Santé et titulaire d'un Master en Sciences de la Motricité (Université Paris V), il est Directeur de l'Institut de Formation en Ergothérapie Croix Rouge Française de Tours depuis sa création (2012) et Président de l'Association Nationale des Ergothérapeutes (ANFE) depuis 2004. Il est intervenant vacataire pour les universités d'Orléans et de Caen, les IFE d'Amiens et Rouen, et l'Institut des Sciences Politiques de Paris. Auteur et coordinateur de plusieurs ouvrages, il a présidé le congrès national des rééducateurs en gériatrie entre 2009 et 2015, a fait partie du Conseil d'Administration de la Société Française des Technologies, pour l'Autonomie et de Gérontechnologie (SFTAG) et participe au Réseau de Recherche en SHS sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées de la Fondation Médéric Alzheimer. Il a participé à de nombreux travaux nationaux portant sur l'ergothérapie, l'autonomie des personnes âgées, la vie au domicile et l'évaluation.