



Institut d'ergothérapie
Faculté de médecine



معهد العلاج الانشغالي
كلية الطب

Soutien aux familles déplacées Contribution de l'IET

Intervention communautaire en temps de crise

Visée globale de l'intervention

L'intervention communautaire en temps de crise, a pour objectif de sensibiliser les étudiants aux réalités du terrain, de développer leurs compétences professionnelles et de leur permettre de contribuer activement au soutien des communautés touchées. Il vise principalement à :

- Comprendre les besoins communautaires en temps de crise ;
- Promouvoir l'accès juste aux occupations et aux ressources nécessaires au bien-être des individus et des communautés ;
- Mettre en place des stratégies d'adaptation et de réhabilitation pour les personnes déplacées et vulnérables ;
- Promouvoir la santé mentale des personnes déplacées dans le cadre d'une pratique centrée sur le « Trauma-Informed Care » ;
- Soutenir les familles qui s'occupent des proches en difficultés ;
- Améliorer l'accessibilité, en contribuant à rendre les espaces plus accessibles et en proposant des adaptations pour les personnes vulnérables ;
- Favoriser l'implication des individus dans des activités significatives et signifiantes à travers des interventions occupationnelles ;
- Sensibiliser aux enjeux éthiques et culturels rencontrés en temps de crise.

Étapes à suivre, basés sur le Cadre de Pratique Centré sur la Communauté (CCPF)

- 1. Identité communautaire** : Identifier le lieu et remplir la fiche d'informations (*Cf. fiche d'informations*) ;
- 2. Occupation communautaire** : Identifier les besoins spécifiques ;
- 3. Ressources et barrières communautaires** : Identifier les ressources nécessaires ;
- 4. Mise en place de la participation** : Mettre en place les activités appropriées :
 - Consultations individuelles pour dépistage et identification des besoins (*Cf. fiche de consultation*)
 - Séances individuelles pour les personnes en difficulté (personnes âgées, personnes en situation de handicap...) (*Cf. Schéma holistique et notes de suivi*) ;
 - Séances de groupe pour les enfants, les personnes âgées et les familles (*Cf. fiche de planification et suivi de groupe*) ;
 - Adaptations et aménagements de l'environnement (*Cf. modifications à effectuer*) ;

Annexes

Annexe 1 : Fiche d'informations

Annexe 2 : Fiche de consultation

Annexe 3 : Schéma holistique

Annexe 4 : Notes de suivi

Annexe 5 : Fiche de planification et suivi de groupe

Annexe 6 : Modifications à effectuer

Annexe 2 : Fiche de consultation

Informations générales & Contexte social	
Nom :	Habitat initial :
Date de naissance :	Habitat actuel :
<u>Sexe</u> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Habitation actuel (bâtiment, étage, accessibilité...) : Statut marital <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> En relation <input type="checkbox"/> Marié/e <input type="checkbox"/> Veuf/Veuve
Diagnostic (posé par qui et quand) :	Enfants : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (précisez)

Historique		
Handicap : <input type="checkbox"/> Inné <input type="checkbox"/> Acquis	<input type="checkbox"/> Droitier <input type="checkbox"/> Gaucher	Sémiologie
Tableau Clinique :	Signe	Description
	Douleur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Fatigue	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Défis occupationnels primaires :	Sommeil	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Sensibilité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Tonus Musculaire
Attentes du patient :		
Notes (Médicaments, Chirurgies, Suivi antérieurs/actuels...) :		

Notes

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Personne
Quelles sont, selon vous, les difficultés les plus marquées au plan moteur chez vous/la personne?
Pourriez-vous décrire en général l'état émotionnel de la personne (agressivité, colère, tristesse, joie...)?
Quelles sont vos priorités dans la vie ? Qu'est-ce qui a de la valeur pour vous ?
Si présentes, quelles sont, selon vous, les difficultés les plus marquées au plan cognitif chez la personne? (mémoire, attention, langage)

Environnement
Est-ce que la patiente rencontre des barrières environnementales dans ce lieu ? Aménagements/A.T. ?
Pourriez-vous décrire le cercle social/fréquentation du patient (communauté, relation avec les autres...)?

Occupation
Au sein de quelles activités quotidiennes la personne a-t-elle besoin d'aide ?
Quels sont les loisirs principaux de la personne ? Comment passe-t-elle son temps ces jours-ci ?
Pourriez-vous me décrire une journée typique pour la personne ?

Notes Additionnelles

.....

.....

.....

Annexe 3 : Schéma holistique et notes de suivi

Problème de Santé, Impacts et Défis Occupationnels		
<p style="text-align: center;">Définition du Problème de Santé</p>		
<p style="text-align: center;">Impacts sur la Personne (Sémiologie)</p> <p style="text-align: center;"><i>Relatifs au problème de santé</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • 	<p style="text-align: center;">Considérations de l'Environnement</p> <p style="text-align: center;"><i>Relatifs au problème de santé</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • 	<p style="text-align: center;">Défis Occupationnels</p> <p style="text-align: center;"><i>Relatifs au problème de santé</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • • • •
<p style="text-align: center;"><i>Spécifiques à la personne</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • 	<p style="text-align: center;"><i>Spécifiques à la personne</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • 	<p style="text-align: center;"><i>Spécifiques à la personne</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • • • •

Prise en Charge Pluridisciplinaire

Projet Institutionnel du patient

Prise en charge	Prise en charge	Prise en charge
<i>Résumé de l'Évaluation (+date)</i> <ul style="list-style-type: none">••••	<i>Résumé de l'Évaluation (+date)</i> <ul style="list-style-type: none">••••	<i>Résumé de l'Évaluation (+date)</i> <ul style="list-style-type: none">••••
<i>Axes du Projet</i> <ul style="list-style-type: none">••••	<i>Axes du Projet</i> <ul style="list-style-type: none">••••	<i>Axes du Projet</i> <ul style="list-style-type: none">••••

Processus d'Évaluation en Ergothérapie

Paramètres et Méthodes d'Évaluation	Résumé des Résultats Obtenus		
<p align="center"><i>(Organisés selon le modèle choisi)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 	T1		
	Entrevue		
	Questionnaire		
	Test		
	Mise en situation		
	Observation directe		
Consultation de documents			

Processus d'Intervention en Ergothérapie

Objectif Occupationnel	Objectifs SMART	Objectifs Opérationnels	Moyens	

Organisation Temporelle

<i>(Organisés selon le modèle choisi)</i>

Groupe / Individuel

Fréquence par semaine

Durée prévue de la prise en charge

Durée de la séance

Références Bibliographiques

Annexe 4 : Notes de suivi

Informations Générales			
NOM		Durée de la séance	
Prénom		Durée prévue de la prise en charge	
Défis Occupationnels		Fréquence (par semaine)	
Diagnostic		Modalité	<input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Groupe

Séance N°	1	Date	DD/MM/YYYY	Séance N°	2	Date	DD/MM/YYYY
Objectifs de la séance				Objectifs de la séance			
• •				• •			
Déroulement prévu / Préparation (interventions)				Déroulement prévu / Préparation (interventions)			
1. 2. 3.				1. 2. 3.			
Matériel utilisé (+ Photos)				Matériel utilisé (+ Photos)			
- - -				- - -			
Notes de Suivi	<input type="checkbox"/> Structurée (SOAP)	<input type="checkbox"/> Non-structurée		Notes de Suivi	<input type="checkbox"/> Structurée (SOAP)	<input type="checkbox"/> Non-structurée	

Annexe 5 : fiche de planification et suivi de groupe

Nom de l'Étudiant :

Date de la Séance : DD/MM/YYYY

Nom du Groupe :

Durée de la Séance : ... minutes

Schème(s) de Référence et/ou Modèle(s) adopté(s)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Approche Psychodynamique | <input type="checkbox"/> Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) |
| <input type="checkbox"/> Groupe de Déficience Cognitive d'Allen | <input type="checkbox"/> Modèle Personne – Environnement – Occupation – Performance (PEOP) |
| <input type="checkbox"/> Approche Développementale | <input type="checkbox"/> Modèle Kawa |
| <input type="checkbox"/> Continuum Cognitivo-Comportemental | |

Objectif de la séance, justifié selon le(s) schème(s) et/ou modèle(s) choisi(s)

Brève Description du déroulement de l'Activité en Groupe

Matériel (si oui, préciser) :

- Oui Non

-
-
-

Patient Critère	Participant 1	Participant 2	Participant ...	Participant ...	Participant ...

Observations et Commentaires Additionnels

Signature :

Annexe 6 : fiche modification

Modifications de l'environnement													
<p>Déplacement : <input type="checkbox"/> Marche <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Canne/Walker <input type="checkbox"/> Autres Si autres, précisez : Accessibilité : <input type="checkbox"/> Escaliers <input type="checkbox"/> Ascenseur</p>	<p align="center">Fauteuil Roulant</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Aspects</th> <th>Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Largeur adéquate</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td>Hauteur adéquate</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td>Repose pieds</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td>Mains courantes amovibles</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td>Coussin anti-escarres</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> </tbody> </table>	Aspects	Description	Largeur adéquate	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Hauteur adéquate	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Repose pieds	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Mains courantes amovibles	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coussin anti-escarres	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Aspects	Description											
	Largeur adéquate	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non											
	Hauteur adéquate	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non											
	Repose pieds	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non											
	Mains courantes amovibles	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non											
	Coussin anti-escarres	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non											
	<p align="center">Canne/Walker</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Aspects</th> <th>Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hauteur convenable</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> </tbody> </table>		Aspects	Description	Hauteur convenable	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
	Aspects	Description											
	Hauteur convenable	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non											
	<p align="center">Informations Additionnelles</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Aspects</th> <th>Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bon éclairage</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td>Espace suffisant</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> </tbody> </table>		Aspects	Description	Bon éclairage	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Espace suffisant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
	Aspects	Description											
	Bon éclairage	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non											
	Espace suffisant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non											
<p>Modifications : Ajouter : <input type="checkbox"/> Coussin sur l'assise <input type="checkbox"/> Coussin sur le dossier <input type="checkbox"/> Matériel (éponge, serviette...) sur les côtés <input type="checkbox"/> Repose pieds <input type="checkbox"/> Hauteur de la canne <input type="checkbox"/> Autres ; précisez :</p> <p>Enlever : <input type="checkbox"/> Repose pieds <input type="checkbox"/> Coussin <input type="checkbox"/> Autres ; précisez :</p>													
<p>Notes supplémentaires :</p>													
Risque de Chute													
<p>Quel que soit la modalité de déplacement précisez la présence d'un risque de chute</p>	<input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Minime <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Elevé <input type="checkbox"/> Alité												
<p>Positionnement : <input type="checkbox"/> Matelas <input type="checkbox"/> Lit/Sofa <input type="checkbox"/> Autres Si autres, précisez :</p>	<p align="center">Positionnement</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Aspects</th> <th>Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Risque d'escarres</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Stade de l'escarre</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nécrose</td> </tr> </tbody> </table>	Aspects	Description	Risque d'escarres	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Stade de l'escarre	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Nécrose				
	Aspects	Description											
	Risque d'escarres	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non											
	Stade de l'escarre	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2											
		<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4											
<input type="checkbox"/> Nécrose													
<p>Modifications : <input type="checkbox"/> Matelas à eau <input type="checkbox"/> Matelas à air <input type="checkbox"/> Divan lit <input type="checkbox"/> Epaisseur du matelas</p>													

	<input type="checkbox"/> Autres ; précisez :	
	Notes supplémentaires :	
Passage aux toilettes : <input type="checkbox"/> Aide <input type="checkbox"/> Sans aide Si aide, précisez les ressources (humaines et/ou matérielles) : Bain : <input type="checkbox"/> Aide <input type="checkbox"/> Sans aide Si aide, précisez les ressources (humaines et/ou matérielles) : Espace : <input type="checkbox"/> Sol <input type="checkbox"/> Bac à douche <input type="checkbox"/> Autres Si autres, précisez :	Toilettes	
	Aspects	Description
	Même étage	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Seuil de porte	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hauteur adéquate de la cuvette	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Ouverture de la porte	<input type="checkbox"/> Intérieur <input type="checkbox"/> Extérieur
	Largeur adéquate de la porte	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Espace large	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Modifications : <input type="checkbox"/> Indices visuels (seuils) <input type="checkbox"/> Rehausseur de toilette <input type="checkbox"/> Ouverture de la porte <input type="checkbox"/> Chaise en plastique avec accoudoirs <input type="checkbox"/> Chaise en plastique sans accoudoirs <input type="checkbox"/> Antidérapant <input type="checkbox"/> Caoutchouc antidérapant (bas de la chaise) <input type="checkbox"/> Autres ; précisez	
	Notes supplémentaires :	
	Sensibilité sensorielle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Stimuli sensoriels
	Aspects	Description
	Bruit constant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
	Eclairage adéquat	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
	Distracteurs visuels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
	Espaces calmes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
	Espaces vastes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
	Matériel (jeu)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
	Modifications : <input type="checkbox"/> Ecouteurs/casque antibruit <input type="checkbox"/> Retrait les distracteurs auditifs <input type="checkbox"/> Retrait les distracteurs visuels <input type="checkbox"/> Création d'un espace calme <input type="checkbox"/> Recommandation des « Fidget Toys » ; précisez : <input type="checkbox"/> Ajouter un coin sensoriel ; précisez le matériel :	

	<input type="checkbox"/> Autres ; précisez
	Notes supplémentaires :
Images (au besoin)	