

7

CAHIERS DE L'EESP

Sylvie Meyer

LE PROCESSUS
DE
L'ERGOTHÉRAPIE



Sylvie Meyer

**LE PROCESSUS
DE L'ERGOTHÉRAPIE**

Sylvie Meyer

**LE PROCESSUS
DE L'ERGOTHÉRAPIE**

Éditions EESP

LES CAHIERS DE L'EESP

L'École d'études sociales et pédagogiques de Lausanne publie régulièrement des études et travaux réalisés par ses enseignants et chargés de cours, qui illustrent ses divers domaines d'activité, de recherche et d'enseignement, à l'intention de ses anciens étudiants, de l'ensemble des professionnels de l'action sociale et des milieux intéressés.

Le comité d'édition: Pierre Avanzino,
Claude Pahud, Simone Pavillard,
Paola Richard De Paolis.

Responsable de la diffusion: Jean Fiaux

Couverture - Conception: Charly Mausli
Maquette: † Christian Collaud

Diffusion auprès des libraires:
Albert le Grand S.A., Temple 1, 1701, Fribourg.

L'ÉCOLE D'ÉTUDES SOCIALES ET PÉDAGOGIQUES (EESP)

L'École d'études sociales et pédagogiques de Lausanne prépare à plusieurs professions sociales. Elle compte aujourd'hui cinq sections:

- Le Centre de formation d'éducateurs spécialisés,
- L'École d'éducateurs et d'éducatrices de la petite enfance,
- L'École d'ergothérapie,
- L'École de service social et d'animation,
- La Formation des maîtres socio-professionnels.

Elle propose des cycles réguliers de formation à plein temps et en emploi (environ 400 étudiants), ainsi que des cours spéciaux de directeurs et directrices de lieux d'accueil pour jeunes enfants, de praticiens formateurs et de superviseurs.

L'École d'études sociales et pédagogiques de Lausanne a été créée le 19 novembre 1964 par la fusion de l'École d'assistantes sociales et d'éducatrices (1952) et du Centre de formation d'éducateurs pour l'enfance et l'adolescence inadaptées (1953).

Établissement de formation professionnelle supérieure, membre de la Conférence suisse des Écoles d'éducateurs spécialisés (CSEES), du Conseil suisse des Écoles de service social (CSESS), du Comité suisse des Écoles d'ergothérapie (CSEET), de la Coordination des Écoles suisses d'animation socio-culturelle (CE-SASC), la Fondation *École d'études sociales et pédagogiques - Lausanne* est reconnue et subventionnée par la Confédération suisse et les Cantons de Berne, Fribourg, Jura, Neuchâtel, Valais, Vaud et du Tessin.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction générale	13
Chapitre 1 Le processus de l'ergothérapie, quelques précisions indispensables	15
Le processus de l'ergothérapie comme démarche de résolution de problèmes dans une situation clinique	
Le processus de l'ergothérapie et les limites de la rationalité thérapeutique	
Les phases du processus de l'ergothérapie	
La définition de l'ergothérapie	
Les méthodes de traitement	
Conclusion	
Chapitre 2 L'évaluation formative	31
Les buts et les limites de l'évaluation formative	
Les étapes de l'évaluation formative	
Les caractéristiques des données recueillies en ergothérapie	
Les moyens d'obtention de l'information	
L'indication à l'ergothérapie	
Les informations complémentaires	
L'entretien avec le patient	
L'observation	
Les instruments formalisés de mesure	
Le jeu des hypothèses et des questions	
L'organisation et l'interprétation des données	
Les problèmes	

La synthèse des problèmes
Exemple de problèmes et de synthèse des problèmes
Conclusion

Chapitre 3 La planification du traitement **57**

Le plan de traitement
 Les finalités du traitement
 Les buts du traitement
 Les objectifs généraux du traitement
Exemple de plan de traitement; domaine de la pédiatrie
Le programme de traitement
 Les principes de traitement
 Les techniques de traitement
 Les activités
 Le contexte spatio-temporel du traitement
 Le caractère individuel ou communautaire de l'intervention
Exemple de traitement; domaine de la psychiatrie
Conclusion

Chapitre 4 L'exécution du traitement **77**

Le choix des activités
Les objectifs spécifiques
L'analyse de l'activité
L'adaptation de l'activité
Le déroulement de la séance d'ergothérapie
L'observation durant l'intervention
Conclusion

Chapitre 5 L'évaluation sommative **89**

La procédure de réévaluation
Les conséquences des résultats des traitements
Conclusion

Liminaire

Ce cahier a pu être réalisé grâce à la collaboration de mes collègues, Michèle Dubochet, Michel Jaques et Edith Kelemen. Je les remercie pour leur lecture attentive et critique du manuscrit. Je leur dois les divers exemples présentés dans cet ouvrage. Je remercie également Paola Richard-de Paolis et Pierre Avanzino pour leurs questions et leurs remarques dont j'ai tiré un grand profit.

POUR CONNAÎTRE

L'ERGOTHERAPIE EN SUISSE

Dans les livres:

CARREZ, Gaudenz. **Neuropsychologische Therapie nach Hirn-schädigungen**: Grundlagen und Praxis. Berlin: Springer, 1984.

DUBOCHET, Michèle; FRAGNIERE, Jean-Pierre. **Les ergothérapeutes**: problèmes des professions paramédicales. Vevey: Delta, 1979.

EGGERD, Ortrud. **Traitement de l'adulte hémiplegique en ergothérapie par la méthode Bobath**. Paris: Springer, 1988.

ERGOTHERAPIE et autres prestations particulières à domicile. Lausanne: SCRIS, 1986.

FRAGNIERE, Jean-Pierre. **Maîtriser la division du travail dans les professions sociales et les professions de la santé**. Lausanne: Réalités sociales, 1984.

Dans les revues:

ERGOTHERAPIE: Revue de l'Association suisse des ergothérapeutes.
ERGOTHERAPIE, in: **Travail social**; 1, 1988.

Les adresses utiles:

Association suisse des ergothérapeutes
Langstrasse 31
8004 ZURICH
Schule für Ergotherapie
Schlösslistrasse 40
2504 BIENNE
Schule für Ergotherapie
Krafstrasse 22
8044 ZURICH

Introduction générale

Ce cahier est consacré à la méthodologie de l'ergothérapie. Il s'adresse aux ergothérapeutes qui, quotidiennement, observent, évaluent, traitent des clients. Ils y trouveront l'explication du processus par lequel leur pensée se développe lorsqu'ils conduisent une thérapie. Cet ouvrage s'adresse aussi aux étudiants en ergothérapie, ils y trouveront un guide pour l'apprentissage du processus de l'ergothérapie. Enfin, il s'adresse aux enseignants en ergothérapie et aux responsables des stages des étudiants qui pourront y puiser des réponses à des questions pédagogiques. D'autres professionnels des secteurs sanitaires, sociaux et éducatifs y trouveront cependant une méthodologie comparable à la leur et des réflexions faisant écho aux leurs. Pour que notre texte soit accessible aux lecteurs qui ne sont pas ergothérapeutes, nous allons rapidement situer l'ergothérapie.

L'ergothérapie est une profession jeune comme la plupart des professions dans le secteur médico-social et éducatif. Elle partage des frontières avec plusieurs d'entre-elles. Pour la situer de façon un peu caricaturale parmi l'ensemble de ces professions précisons qu'elle est à cheval sur les secteurs sanitaire et social. Les ergothérapeutes travaillent davantage dans les milieux médicaux que dans ceux de l'éducation. L'ergothérapie est une profession comportant de nombreux aspects techniques. Elle s'est donné les moyens d'intervenir auprès de sa clientèle par le recours à un certain nombre d'actes techniques de nature à aider les clients dans la résolution de problèmes particuliers. Ces problèmes sont des difficultés ou des impossibilités que des individus rencontrent dans l'accomplissement de leurs tâches quotidiennes. Ils sont consécutifs à de graves altérations de la santé dues à des maladies, à des accidents ou à des handicaps divers.

Les problèmes susceptibles d'être traités en ergothérapie sont nombreux et variés. La profession est ainsi fort diversifiée. Ces problèmes sont souvent mieux identifiables et se laissent plus aisément délimiter que les problèmes que doivent affronter des éducateurs. Les réponses que les ergothérapeutes donnent aux problèmes de leurs clients sont fréquemment d'ordre pratique. Il s'agit d'un certain nombre d'actions que les clients réaliseront en collaboration avec leur ergothérapeute afin d'améliorer leurs compétences dans leur vie de tous les jours. Les thérapies sont effectuées durant un nombre limité de séances de traitement. L'application des thérapies demande la connaissance de plusieurs méthodes spécialisées de traitement.

Les moyens et les méthodes d'intervention des ergothérapeutes se sont peu à peu développés notamment par rapport à des handicaps ou à des maladies particulières comme l'infirmité motrice cérébrale, l'hémiplégie ou la maladie d'Alzheimer. Des ouvrages ont été publiés mais la plupart sont en anglais. La littérature française s'agissant d'ergothérapie est extraordinairement pauvre.

La méthodologie de l'ergothérapie est l'une des matières qui occupe les théoriciens de l'ergothérapie depuis une dizaine d'années. C'est un sujet bien documenté en anglais. Notre ouvrage est le premier en Suisse exclusivement consacré au processus de l'ergothérapie. Nous y détaillons les phases par lesquelles passent les interventions en ergothérapie. Les descriptions sont celles qu'on rencontre habituellement dans la littérature mais nous y avons ajouté des réflexions que nous avons jugées pertinentes quant à la validation des traitements ou utiles quant à l'apprentissage du processus de l'ergothérapie.

Chapitre 1

Le processus de l'ergothérapie quelques précisions indispensables

Ce premier chapitre traite de quelques points essentiels à la compréhension du processus de soins en ergothérapie. Il situe la fonction et les limites du processus dans l'arsenal conceptuel des ergothérapeutes. Il en précise les phases.

Le lecteur trouvera dans ce chapitre la définition de quelques notions indispensables à la compréhension des chapitres suivants. En particulier une définition de l'ergothérapie et des précisions sur les méthodes de traitement. A cette fin, des choix ont été opérés dans une littérature en ergothérapie qui demeure peu uniformisée. Ces options ont fait l'objet de débats entre les responsables de formation de l'école d'ergothérapie de Lausanne.

Enfin, il faut préciser que le lecteur aura peut-être dans ce chapitre l'impression d'un discours plus nourri d'idéaux que de technologie. Cela s'explique par le fait que nous pensons que l'ergothérapie s'ancre dans un certain nombre de croyances et de valeurs concernant l'individu, l'activité et la santé. Par exemple: l'individu est un tout, il s'adapte au monde à travers son action; l'action est toujours significative pour l'acteur; la santé est liée au sentiment d'être adapté; l'individu s'éprouve dans l'image que les autres lui renvoient de lui-même. Le rôle de l'ergothérapeute devient alors de faciliter chez l'individu le développement de moyens d'action lui permettant une adaptation qui le satisfasse. Nous ferons par la suite référence à ces croyances en parlant de la base philosophique de l'ergothérapie.

Le processus de l'ergothérapie comme démarche de résolution de problèmes dans une situation clinique

Un processus de soins est un instrument qui aide un soignant à cerner un patient particulier. Il lui propose des phases par lesquelles ses réflexions passent afin d'évaluer et de résoudre au mieux les difficultés du client. Les phases définies sont généralement les suivantes: le recueil d'informations, l'analyse des informations, l'établissement des objectifs de traitement, le choix des moyens de traitement, l'application de la thérapie et l'évaluation du résultat.

Cette stratégie par phases permet au thérapeute de décider d'une façon qui tend à être rationnelle parce qu'elle objective les raisons pour lesquelles les décisions sont prises. Elle montre la filiation qu'il y a entre l'ensemble des décisions. La plupart des processus de soins énoncent des questions que le soignant doit se poser à chaque phase et le type de raisonnement nécessaire à chacune de celles-ci.

Un processus de soins n'est pas uniquement une démarche linéaire dans laquelle le thérapeute évolue pas à pas; il est aussi, et simultanément, une démarche circulaire. Chaque phase pouvant amener à un réajustement de l'une ou l'autre des phases précédentes. Le processus peut aussi être reconduit plusieurs fois dans le déroulement d'une même prise en soins.

Un processus de soins n'est pas une recette. Il ne précise pas les "ingrédients" utiles au traitement mais seulement les opérations intellectuelles à effectuer. Ces ingrédients sont des connaissances, des savoir-faire que le soignant possède. Ils portent sur l'être humain, la maladie, les objectifs possibles, les moyens et les méthodes de traitement et d'évaluation. Un processus de soins ne saurait se substituer à ces savoirs. Ceux-ci diffèrent d'une profession à l'autre et font leur spécificité.

Un processus de soins n'est pas présentable et intelligible totalement en dehors des savoir dont il permet l'organisation et c'est sans doute pourquoi les différentes professions soignantes ont toutes un processus de soins spécifique. Celui-ci s'appuie toujours explicitement sur la définition de la profession dont il facilite l'organisation des connaissances. Ainsi en est-il aussi du processus de l'ergothérapie.

Le processus de l'ergothérapie et les limites de la rationalité thérapeutique

Le processus de l'ergothérapie est une stratégie d'apparence simple mais elle cherche à appréhender des phénomènes d'une extrême complexité: comment Monsieur Dupond s'accommodera d'une tétraplégie, comment aider Madame Durand à ne pas déprimer dans sa maison de retraite... Pour fonder rationnellement leurs décisions de traitement, les thérapeutes de Monsieur Dupond et de Madame Durand devraient répondre de façon explicite à un ensemble impressionnant de questions.

Concernant par exemple le recueil de données, les thérapeutes devraient au moins connaître et valider: la méthode d'identification des informations pertinentes, les informations pertinentes, la méthode d'obtention de ces informations auprès du patient, la méthode permettant de vérifier la fidélité de l'application de la méthode d'obtention des informations, les résultats de l'application de la méthode d'obtention des données. Concernant par exemple le choix de la thérapie, les thérapeutes doivent disposer des connaissances relatives aux moyens de recenser les différentes thérapies possibles. Ils doivent aussi disposer de critères permettant de choisir entre les différentes méthodes thérapeutiques (Christensen, 1981).

L'ergothérapeute ne peut répondre explicitement et complètement à aucun de ces problèmes. Les stratégies décisionnelles demeurent alors partiellement irrationnelles. Les décisions prises dépendent de facteurs non mentionnés dans le processus de l'ergothérapie. Il est probable que plusieurs thérapeutes dans la même situation décident différemment. Notre texte ne prétend pas résoudre ces problèmes, mais seulement contribuer à leur éclaircissement.

Ajoutons encore que de puissants freins à la rationalité en ergothérapie existent:

- l'orientation des institutions de soins qui proposent certains cadres de référence et certaines approches thérapeutiques à l'exclusion d'autres qui seraient parfois plus performants;
- la concurrence entre la rationalité thérapeutique et la rationalité économique;

- le temps aussi, car légitimer une décision prend du temps et l'intervention auprès du client ne peut être suspendue pour permettre à l'ergothérapeute de réfléchir.

Malgré ces limites, expliciter le processus grâce auquel un traitement est conduit est un moyen efficace d'améliorer la qualité des traitements. L'adéquation entre les interventions proposées et les caractéristiques du client ne se rapportant pas directement aux troubles dont il souffre, s'en trouve augmentée. Ceci est très important en ergothérapie puisqu'on s'intéresse à l'individu et à son action dans une perspective globale. De plus, ce qui est énoncé à travers le processus devient communicable et argumentable face à d'autres acteurs de la scène sanitaire et sociale.

Les phases du processus de l'ergothérapie

Le processus de l'ergothérapie est généralement présenté en quatre phases.

- L'évaluation formative.
- L'élaboration du plan de traitement.
- L'exécution du traitement.
- L'évaluation sommative.

La terminologie choisie est celle de Reed (1980).

L'évaluation formative comprend tout ce qui a trait au recueil et à l'analyse des informations concernant le client, objet du traitement.

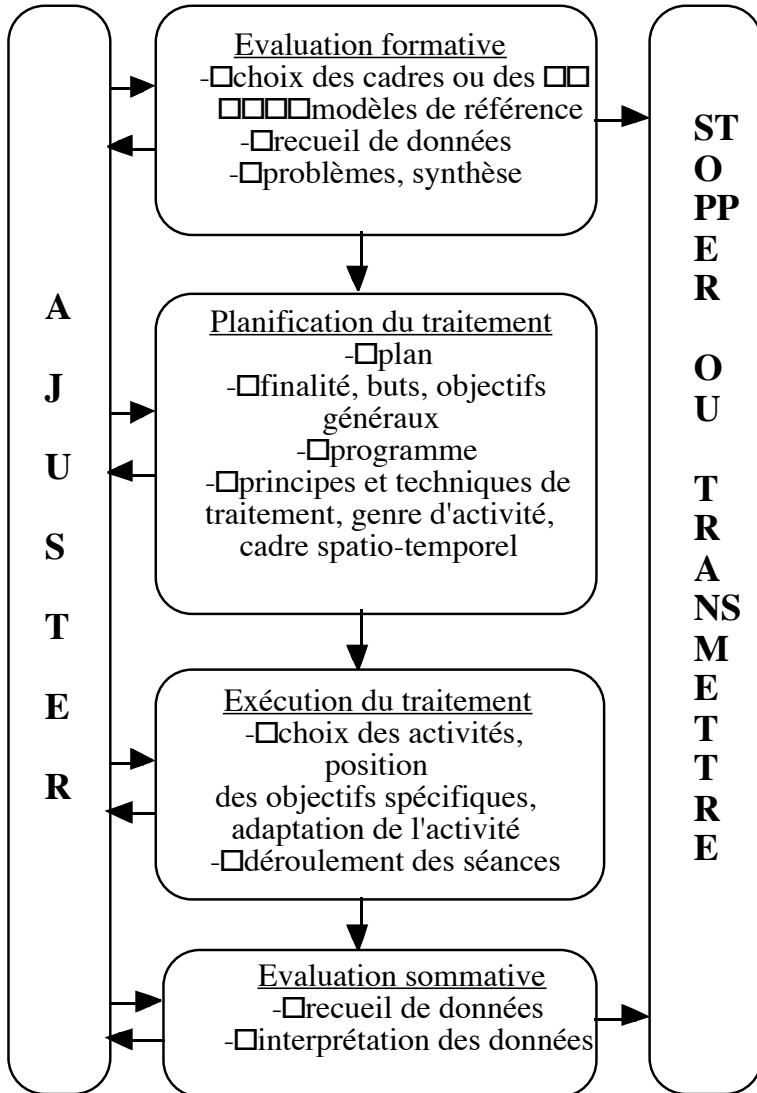
Dans l'élaboration du plan de traitement, nous regroupons ce qui se rapporte aux objectifs de traitement ainsi qu'au programme qui permettra de les atteindre.

L'exécution du traitement englobe l'application du programme, y compris la planification de chaque séance et de chaque activité.

L'évaluation sommative se rapporte à la mesure de l'effet du traitement et aux décisions quant aux suites de l'intervention.

Le choix des contenus des phases relève de l'expérience clinique et de l'expérience pédagogique. Les subdivisions dans le processus de l'ergothérapie permettent la mise en relation de la philosophie, des valeurs et des cadres de référence de l'ergothérapie avec la pratique de tous les jours. La délimitation de ces phases facilite l'apprentissage du processus de l'ergothérapie.

Fig. 1.1 Processus de l'ergothérapie



Le processus de l'ergothérapie peut être représenté sous la forme d'un tableau rappelant la succession des phases et leur contenu. L'analyse détaillée de ce tableau fait l'objet des chapitres suivants. La figure que nous reproduisons sur la page précédente est partiellement empruntée à Pelland (1987).

Ce tableau se lit de haut en bas. Les flèches verticales représentant la succession linéaire des phases. La colonne "ajuster" et les flèches horizontales qui y arrivent et en partent, symbolisent la dynamique des raisonnements que le thérapeute tient dans l'élaboration de chaque phase. En combinant les flèches verticales reliant les phases avec les flèches horizontales montrant les ajustements auxquels le thérapeute procède, le lecteur peut voir apparaître la circularité du processus. La colonne "stopper" ou "transmettre" et les flèches horizontales qui y conduisent explicitent le fait qu'à chaque moment de l'évaluation le thérapeute peut arrêter son intervention ou transmettre le cas à un autre spécialiste.

Les diverses phases du processus comme les diverses rubriques qui se trouvent dans les phases ne renvoient pas toutes au même type d'actes effectués par l'ergothérapeute. Certains actes sont essentiellement des réflexions du thérapeute permettant de prendre des décisions et de les coucher sur papier. Par exemple, la planification du traitement ou l'organisation des données. D'autres interactions impliquent des actions avec des tiers dont en particulier le client; par exemple, le recueil des informations et l'exécution du traitement. Le tableau présenté symbolise alors autant des actions mentales que physiques.

La définition de l'ergothérapie

La spécificité du processus de l'ergothérapie découle de la spécificité de l'ergothérapie telle qu'elle est exprimée dans les définitions de la profession. Il existe dans la littérature de nombreuses définitions de l'ergothérapie. Nous avons choisi celle que l'Association suisse des ergothérapeutes donne dans le projet ergothérapie/thérapie d'animation (1982) en raison de son caractère officiel et de sa large diffusion en Suisse:

“Les mesures ergothérapeutiques participent de l’ensemble des mesures de traitement et de réhabilitation. Elles se fondent sur des bases médicales, psychologiques, sociales et pédagogiques. La profession d’ergothérapeute appartient au groupe des professions médicothérapeutiques.

L’ergothérapie est indiquée chez les patients souffrant d’une limitation de leurs possibilités d’agir de manière autonome causée par un accident, par une maladie ou un handicap physique ou psychique, par des problèmes d’origine sociale ou par des troubles du développement; cette limitation peut être passagère ou définitive.

Le but de l’ergothérapie est de lutter contre les effets de la maladie ou du handicap et de promouvoir le maintien ou l’amélioration des capacités d’action du patient dans les activités de sa vie domestique, sociale, professionnelle.

L’ergothérapeute tente de créer les conditions personnelles, interpersonnelles et extérieures qui permettront au patient de mieux percevoir et agir.

L’ergothérapie comprend l’évaluation, la planification et l’exécution du traitement, ainsi que sa réévaluation. Dans la pratique, ces phases de traitement sont étroitement imbriquées les unes dans les autres; elles s’alternent ou se superposent. Une évaluation différenciée et toujours réactualisée du patient et de sa situation de vie est la condition première de la planification et de l’exécution du traitement ergothérapeutique.

Afin de créer les meilleures conditions possibles pour l’action, l’ergothérapeute dispose de méthodes et de moyens de traitement.

Le moyen spécifique de l’ergothérapie est l’activité que l’ergothérapeute doit être capable d’analyser selon ses composantes cognitives, socio-émotionnelles, motrices et sensorielles.

Une méthodologie différenciée préside au choix et à l’adaptation de l’activité et du matériel, des outils et des moyens auxiliaires nécessaires à la réalisation de celle-ci ainsi qu’à la préparation et à l’accompagnement du patient” (pp. 127-128).

Cette définition bien que complète, appelle quelques commentaires quant à la suite de notre ouvrage.

Le but de l'ergothérapie tel qu'il est donné par l'Association suisse des ergothérapeutes est vague. L'Association canadienne des ergothérapeutes (1986) a défini de façon plus explicite les finalités de la profession en référence à la base philosophique de l'ergothérapie. Ces finalités sont utiles dans la perspective de la planification des traitements. Nous les reproduisons.

- Rétablir le fonctionnement. Il s'agit d'aider le client à recouvrer sa capacité fonctionnelle maximale.
- Maintenir le fonctionnement. Il s'agit d'aider la personne à conserver ce qui lui reste de sa capacité fonctionnelle.
- Développer la capacité fonctionnelle. Il s'agit de faciliter l'apprentissage graduel de nouvelles aptitudes ou l'organisation des aptitudes nécessaires à l'accomplissement d'une tâche donnée.
- Prévenir le dysfonctionnement. Il s'agit de rétablir, d'améliorer ou de développer les habitudes de santé.

La capacité fonctionnelle a ici le sens très général de capacité à réaliser des activités liées aux soins personnels, au travail productif et aux loisirs. Ces activités dépendent de facteurs sociaux et environnementaux (Reed, 1980).

La définition de l'Association suisse des ergothérapeutes fait état des capacités d'action du patient dans les activités de sa vie domestique, sociale et professionnelle. Cette subdivision n'est pas satisfaisante. Quantité d'activités de loisir à caractère individuel n'y sont pas classables. Le travail non rémunéré, excepté le travail domestique, n'est pas considéré. En outre, la quasi totalité de la littérature en ergothérapie définit différemment les trois domaines d'activités: les soins personnels, la productivité, y compris le travail domestique et le travail scolaire, les loisirs. Toutes les activités sont alors classables dans un ou plusieurs domaines. Nous préférons cette classification et nous nous référerons à celle-ci dans la suite.

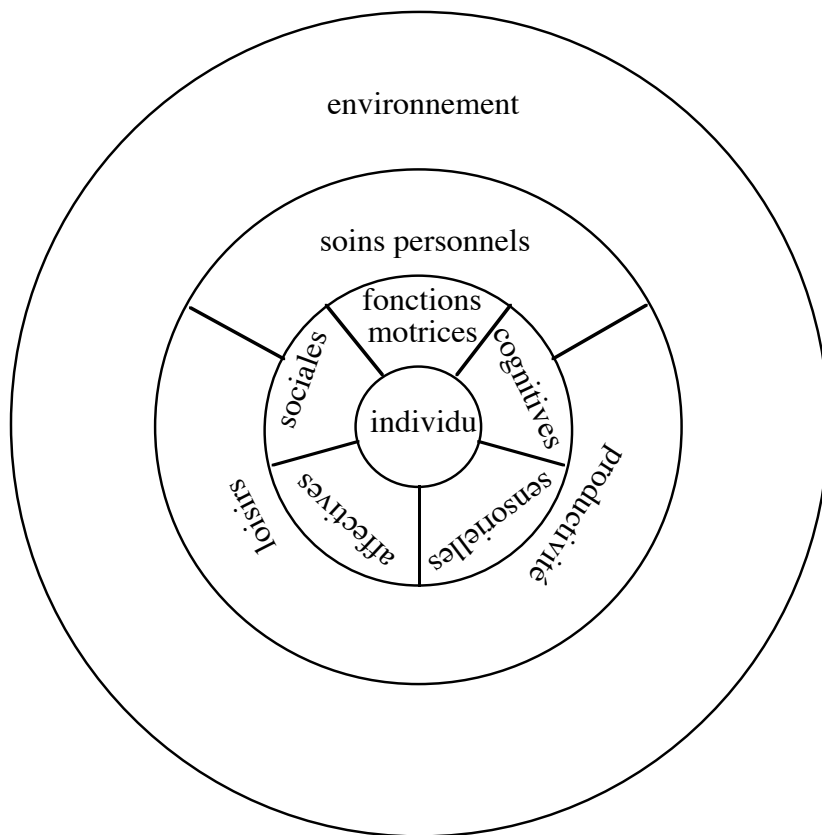
La définition de l'Association suisse des ergothérapeutes précise que l'activité est analysable selon ses composantes motrices, sensorielles, cognitives et socio-émotionnelles. La littérature en ergothérapie donne beaucoup d'autres façons de distinguer les composantes de l'activité. Chacune renvoie à diverses manières de subdiviser le fonctionnement de

l'individu pour mieux l'appréhender lorsqu'une maladie ou un handicap survient. Pour notre part, nous avons choisi de conserver la définition de l'Association suisse sauf en ce qui concerne la contraction entre les termes social et émotionnel, à laquelle nous préférons substituer les termes social et affectif sans les composer. Les fonctions de l'individu comme les composantes de l'action deviennent alors: sociales, affectives, cognitives, motrices et sensorielles. Ces fonctions se composent assurément toutes entre elles et libre à chaque thérapeute de définir les combinaisons les plus intéressantes en fonction de sa clientèle ou de ses cadres de référence.

Les différences de terminologie constatées plus haut peuvent laisser entendre que les ergothérapeutes ont diverses conceptions de la personne et du fonctionnement occupationnel de l'être humain. En fait nous croyons qu'il n'en est rien. Conceptuellement, tous les thérapeutes adhèrent à la théorie selon laquelle l'individu est un être global. Il est considéré comme un système intégré dont aucune fonction n'est isolée. A travers son action, quel que soit le domaine d'activité considéré, il entre en interaction avec son environnement. Il est capable de l'influencer comme d'en être influencé. Cette conception de la personne est souvent représentée à l'aide de cercles concentriques (voir figure de la page 24) symbolisant les rapports de l'individu à son milieu par le biais des fonctions et des domaines d'activités. Notre schématisation est adaptée de Reed (1980).

La définition de l'ergothérapie de l'Association suisse des ergothérapeutes ne précise rien de ce que sont les méthodes et les moyens de l'ergothérapie. Ils représentent pourtant la partie la plus significative du développement conceptuel de l'ergothérapie. De plus, les méthodes de traitement revêtent une importance capitale, mais souvent peu reconnue dans le processus de l'ergothérapie, car elles proposent non seulement des moyens d'intervention mais aussi des moyens d'évaluation. Nous trouvons nécessaire de nous pencher un peu plus précisément que les auteurs de la définition donnée dans le projet ergothérapie-thérapie d'animation sur les méthodes de traitement.

Fig. 1.2 Modèle du fonctionnement de l'individu



Les méthodes de traitement

Une méthode de traitement est un ensemble cohérent de principes et de techniques aidant un thérapeute à cerner ce qu'il peut faire avec un client particulier. Une méthode dit comment agir et les raisons pour lesquelles il faut agir de cette façon. Il existe beaucoup de méthodes en ergothérapie, tout au moins si on accorde au terme méthode un sens assez large. Reed (1984) en identifie une trentaine dans un ouvrage où elle s'attache à montrer leurs relations avec des cadres référentiels théoriques

plus vastes communément utilisés en ergothérapie (la théorie psychanalytique, la kinésiologie, les théories neuro-développementales...).

Reed, comme la plupart des auteurs anglo-saxons, ne parle pas de méthodes mais de modèles de pratique. D'autres auteurs préfèrent parler de cadres de référence (Hopkins, 1988). L'acception du terme cadre de référence ayant alors un sens plus large que celui de modèle chez Reed. Nous avons choisi dans ce texte d'utiliser les termes modèles de pratique et cadre de référence plutôt que le terme méthode. Ces termes paraissent moins ambigus et ils facilitent aux lecteurs l'accès à la littérature anglo-saxonne.

Les modèles de pratique ou les cadres de référence sont d'importants guides pour la pratique de l'ergothérapie. Ils donnent des moyens d'intervention et d'évaluation qui sont légitimés en fonction des théories de référence, de la philosophie de l'ergothérapie et de recherches cliniques. Ils déterminent la population à laquelle les interventions s'adressent. Ils facilitent l'établissement d'un pronostic et ils permettent la planification du traitement. Ils aident les ergothérapeutes à se situer dans leur champ de connaissances. Enfin ils facilitent la délimitation de la fonction des ergothérapeutes par rapport à celle d'autres professionnels. Il nous paraît intéressant de montrer ici comment certains auteurs se sont attachés à comprendre ces modèles de pratique.

Parmi l'ensemble des possibilités qui s'offraient à nous pour traiter des modèles de pratique et des cadres de référence, nous avons choisi trois auteurs. Katleen Reed (1984a), parce que son analyse poussée et détaillée des modèles de pratique aide à comprendre comment ils sont construits et de quoi ils sont constitués. Son travail d'analyse a généré une méthodologie pour analyser et élaborer des modèles de pratique dont on trouve l'application dans divers articles ou traités d'ergothérapie. Nous avons aussi choisi Helen Hopkins (1988), parce que ses publications sont considérées comme la "bible" des ergothérapeutes. En dernier lieu, nous parlerons de Gary Kielhofner (1985), d'une part car il est un des chercheurs en ergothérapie les plus prolifique et, d'autre part, car il a une compréhension hiérarchique des cadres de référence fort intéressante.

Reed a réalisé une taxonomie des modèles de pratique. Elle définit trois types de modèles: génériques, descriptifs et paramétriques. Ses critères de classification sont basés sur la façon dont les concepteurs des modèles considèrent l'ergothérapie ou l'activité humaine.

Les modèles génériques traitent de l'acquisition et de la signification des activités chez l'être humain. Le modèle de "l'activité humaine" de Kielhofner (1985) est par exemple classé dans les modèles génériques. Les modèles descriptifs abordent l'ergothérapie par la description d'aspects particuliers tels les domaines d'activités, les fonctions de l'individu ou les caractéristiques de l'activité. Ici entrent tous les modèles qui énumèrent les tâches ou les fonctions à réhabiliter (le modèle de J. Ayres, celui de Rood, celui des activités de la vie quotidienne). Les modèles paramétriques voient l'ergothérapie sous l'angle de la philosophie de l'ergothérapie, du processus de soins et du type de programme choisi. Par exemple, s'agissant d'un programme de prévention, on trouvera une énumération des buts à atteindre et des moyens à mettre en oeuvre pour y parvenir.

Hopkins (1988) classe les cadres de référence en fonction des théories scientifiques qui les légitiment. Quatre cadres sont définis: le cadre développemental; les cadres sensorimoteur et neurodéveloppemental; les approches construites sur la notion d'intégration dans les thérapies sensorimotrices; le cadre comportemental. De plus, chaque cadre comprend plusieurs approches.

Kielhofner (1986) opte pour un classement hiérarchique en quatre niveaux: au premier niveau, il décrit un stade paradigmatique définissant le champ d'application, la conception générale, les valeurs de l'ergothérapie; c'est-à-dire "la méthode de l'ergothérapie". Le deuxième niveau est celui des modèles utiles dans les divers domaines du champ de pratique. Le troisième niveau est celui encore plus étroit des modèles permettant de définir concrètement les interventions avec des populations spécifiques. Au dernier niveau, Kielhofner parle de cadre de référence personnel permettant à chaque thérapeute, avec ses connaissances, sa personnalité et dans sa propre place de travail d'agir quotidiennement.

Tout cela est fort compliqué, les classifications se recoupent, les critères choisis et la définition des concepts varient d'un auteur à l'autre.

Cela traduit l'état de désorganisation dans lequel se trouve la connaissance en ergothérapie autant que la volonté de certains chercheurs d'améliorer cette organisation afin de rendre la connaissance plus opérationnelle. De plus, les modèles et les cadres de référence souffrent souvent de beaucoup de lacunes. Les concepts sont parfois mal définis, la spécificité du modèle s'avère quelquefois peu explicite. Certains modèles sont rigides, ne permettant pas d'y intégrer de nouvelles connaissances. Certains modèles ont été validés par l'expérimentation clinique et d'autres ne l'ont pas été.

La plupart des modèles de pratique ou des cadres de référence n'ont pas l'ambition de recouvrir l'ensemble de l'ergothérapie. Ce ne sont donc pas des méthodes de l'ergothérapie mais des méthodes en ergothérapie. Un modèle de l'ergothérapie n'existe pas, ou seulement à l'état d'ébauche. Ces ébauches sont à notre avis très critiquables. Quelques idées directrices se dégagent cependant de l'étude des modèles de pratique. Premièrement, il existe une hiérarchie entre les diverses connaissances en ergothérapie. Deuxièmement, à un même niveau hiérarchique, les connaissances sont diverses et il n'y a pas forcément des liens entre elles. Troisièmement, un modèle de l'ergothérapie offrirait une certaine cohésion à la pratique clinique comme à l'enseignement en ergothérapie. Ces quelques idées peuvent être représentées par un schéma. Nous empruntons partiellement ce schéma à Hopkins (1988).

Le tableau de la page 28 se lit de gauche à droite ou de droite à gauche. Il montre que les concepts centraux de l'ergothérapie fonctionnent comme des "filtres" à travers lesquels les théories de référence comme les modèles de pratique doivent passer.

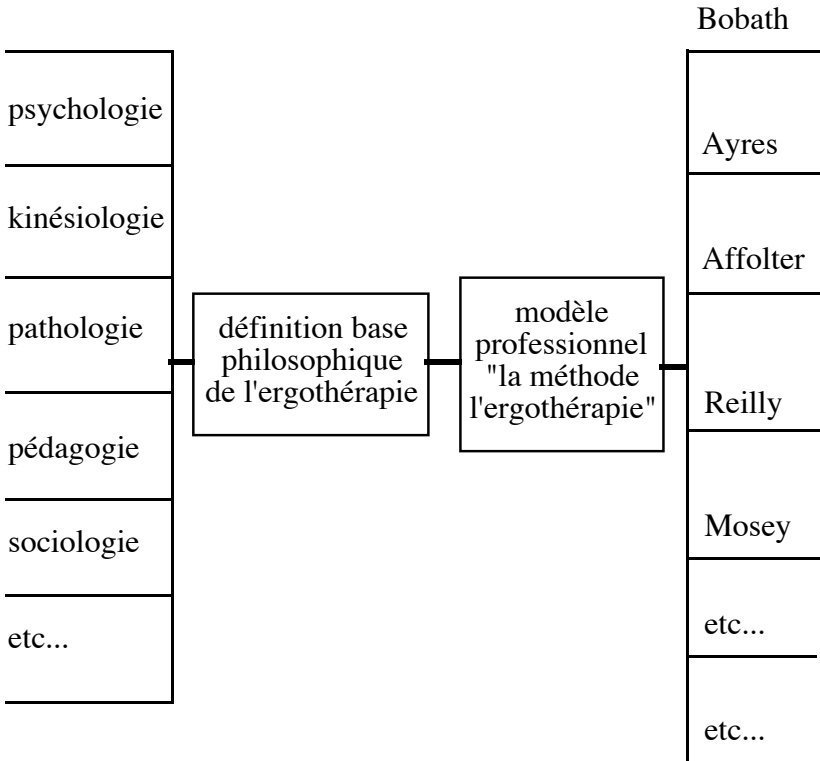
Le peu d'organisation de la connaissance en ergothérapie et le manque d'uniformisation des termes se traduit dans la pratique quotidienne par la difficulté à se situer dans le champ de l'ergothérapie, à décrire sa pratique comme à argumenter les raisons d'agir d'une manière plutôt que d'une autre. Notre texte ne prétend pas améliorer cet état de fait. Tout au plus le lecteur sera-t-il amené à différencier trois aspects de l'ergothérapie. Premièrement la philosophie de l'ergothérapie telle qu'elle est contenue dans la définition de l'ergothérapie. Deuxièmement, les modèles de pratique ou les cadres de référence qui

donnent des moyens d'action, de diagnostic et des objectifs généraux plus ou moins précis. Troisièmement, le processus de soins dont la principale fonction est celle de soutenir la réflexion du thérapeute dans le déroulement d'une thérapie.

Fig. 1.3 Les relations entre les connaissances en ergothérapie

théories de base

modèles de pratique



Conclusion

Ce rapide périple à travers la définition de l'ergothérapie, les modèles de pratique et les réflexions méthodologiques que chacun produit à propos des processus de soins nous permet d'aborder le corps de cette étude qui comprend quatre chapitres dont chacun traite d'une des phases du processus de l'ergothérapie.

Expliquer les phases du processus de l'ergothérapie prend du temps. La rédaction de ces explications occupe beaucoup de pages. La compréhension du processus est difficile et son application demande de l'entraînement. Que le lecteur ne pense cependant pas que le recours au processus de soins que nous exposons pour organiser des traitements augmente grandement la durée des thérapies et le temps passé à réfléchir en l'absence des clients. Le processus devient en clinique une routine s'adaptant à toutes les situations et facilitant le déroulement des interventions. Cette routine entraîne évidemment des problèmes insurmontables de validation scientifique des traitements mais elle permet de traiter plus de personnes avec une efficacité suffisante, ce qui est indispensable pour des professionnels de l'action sanitaire et sociale.

Chapitre 2

L'évaluation formative

L'évaluation formative comprend l'ensemble des informations que l'ergothérapeute obtient avant de déterminer son intervention thérapeutique. Cette évaluation ne se limite pas à la juxtaposition des données obtenues, elle inclut les analyses que l'ergothérapeute en fait.

Dans ce chapitre nous défendons l'idée d'une évaluation formative globale ou holistique du client qui, croyons-nous, est la seule à permettre de déboucher sur un plan et un programme spécifique à l'ergothérapie et adapté à chaque client. Ceci nous a conduit à préciser les buts, les limites de l'évaluation et le genre d'informations à chercher avant d'exposer les étapes et les procédés du recueil de données. Une partie de ce chapitre traite des raisonnements que les thérapeutes tiennent en pratique clinique afin de conduire leurs évaluations de la façon la plus efficiente possible. Enfin, nous montrons comment il nous paraît le plus judicieux d'organiser et d'interpréter les informations obtenues.

Les buts et les limites de l'évaluation formative

Le but de l'évaluation formative est de définir l'état fonctionnel du patient compte tenu des troubles dont il souffre, de leur pronostic, de son environnement autant matériel qu'humain, des rôles sociaux qu'il assume, de la représentation qu'il a de lui-même, de ses désirs. Nous appelons ce but de l'évaluation formative l'organisation et l'interprétation des données. Ce but structure l'ensemble de l'évaluation formative. Cette évaluation permettra de définir ce que l'ergothérapeute peut pour le client compte tenu de ses compétences de thérapeute, c'est-à-dire de poser les buts et les objectifs de l'intervention.

Pour réaliser cette interprétation et cette organisation des données, il faut répondre à un certain nombre de questions: Quelles sont les performances du patient dans les domaines des soins personnels, de la productivité et des loisirs? Quelles performances sont-elles altérées? A quoi sont dues ces altérations? Peut-on s'attendre à des changements? Si oui, lesquels et pourquoi? Quel est son environnement? Peut-on le modifier? Quels sont les divers rôles qu'il assumait, assume et assumera? Doit-on l'aider à les modifier? Comment se représente-t-il son avenir, ses difficultés? Qu'attend-il d'un traitement? Qu'est-ce que l'ergothérapie peut pour lui? Qu'est-ce que l'institution qui le prend en charge peut pour lui?

Cette liste n'est pas exhaustive. Elle met largement en évidence la complexité d'un diagnostic de l'état fonctionnel de l'individu si on ne se limite pas aux performances observables en situation d'ergothérapie. Comment, par exemple, évaluer les rôles sociaux du patient? La liste des tâches prescrites par ces rôles est réalisable mais, dans l'hypothèse où le patient ne pourrait plus effectuer tout ou partie de ces tâches, elle ne permet que le constat de la perte probable de ces rôles. Or, ce qui nous intéresse, c'est la possibilité qu'a, ou non, le patient de développer de nouveaux rôles satisfaisants pour lui-même. Mais ça n'est pas tout, un rôle se transforme en interaction avec d'autres rôles assumés par d'autres individus. Pour que les rôles du patient se modifient en complémentarité de ceux de son entourage, il faut qu'ils soient tous suffisamment plastiques. Comment diagnostiquer cette plasticité? La réponse est théoriquement possible mais l'est-elle en ergothérapie face à un client en situation de catastrophe qui ne dispose souvent pas de tous les moyens cognitifs ni de toutes les informations lui permettant de raisonner sur son cas et de donner dans un entretien des indications utiles à l'ergothérapeute? (Allen, 1987). Les ergothérapeutes sont-ils en mesure d'interpréter les paroles du patient alors que les entretiens sont rudimentaires, non enregistrés et le temps à disposition compté?

La complexité d'une évaluation formative holistique mais précise naît aussi de l'interaction qu'il y a entre un ensemble de variables. Ainsi, la représentation que le patient communique de ses difficultés, c'est aussi, et simultanément, celle de ses rôles passés, présents et anticipés,

celle de son environnement social et de ce qui est communicable dans le contexte de l'ergothérapie (Holenweg, 1984). C'est pour marquer cette complexité que beaucoup d'auteurs parlent de l'individu comme d'un être biopsychosocial. Cette définition ne donnant, elle-même, pas de réponse.

Tout n'est pas évaluable mais tout ne doit pas non plus être évalué dans chaque cas. Ainsi, lorsqu'on pronostique que les difficultés dont souffre le patient sont transitoires ou n'auront que des incidences minimales dans sa vie, il n'y a pas de raison de se perdre en conjectures à propos des possibilités d'adaptation du patient à sa future situation. Malheureusement, les patients viennent souvent en ergothérapie avec des pronostics peu établis et l'évaluation formative se fera un peu à l'aveuglette avec une récolte d'informations inutiles et la négligence de certaines données capitales.

De plus, il n'est pas actuellement entièrement justifié d'avoir des évaluations formatives ambitieuses parce qu'elles ne débouchent pas sur des buts et des moyens de traitement à la mesure de l'ambition du diagnostic. L'adaptation du traitement que l'ergothérapeute réalise en fonction de l'évaluation formative demeure pauvre, d'une part parce que les pratiques de l'ergothérapie sont rigidifiées par les contextes institutionnels dans lesquels elle existe et, d'autre part parce que les connaissances permettant d'y adapter des buts de traitement et de choisir des moyens appropriés à la culture du patient font défaut.

De telles évaluations amènent toutefois à comprendre pourquoi l'activité du patient peut ne pas être la même à domicile ou à l'hôpital, ou de comprendre la cause de certains échecs en ergothérapie.

Ce décalage entre les capacités de diagnostic des ergothérapeutes et leurs possibilités de traitement est bien mis en évidence dans le modèle de pratique proposé par Kielhofner (1985). Son modèle est de loin celui qui autorise la meilleure évaluation globale du patient. Il permet des constats individualisés concernant les valeurs, les intérêts, la causalité personnelle, les rôles, les habitudes, les habiletés et leurs composantes, l'environnement. Malheureusement ce modèle ne donne que quelques principes généraux, tels que prendre les buts et les intérêts du patient en considération, permettant ensuite à l'ergothérapeute d'adapter son comportement à ce qui a été diagnostiqué.

Ces quelques remarques expriment la difficulté de réaliser une évaluation formative complète. La littérature en ergothérapie est d'ailleurs presque inexistante en ce qui concerne les informations pertinentes à recueillir alors qu'elle est très abondante pour ce qui a trait aux méthodes du recueil d'informations (Pelland, 1987).

Les étapes de l'évaluation formative

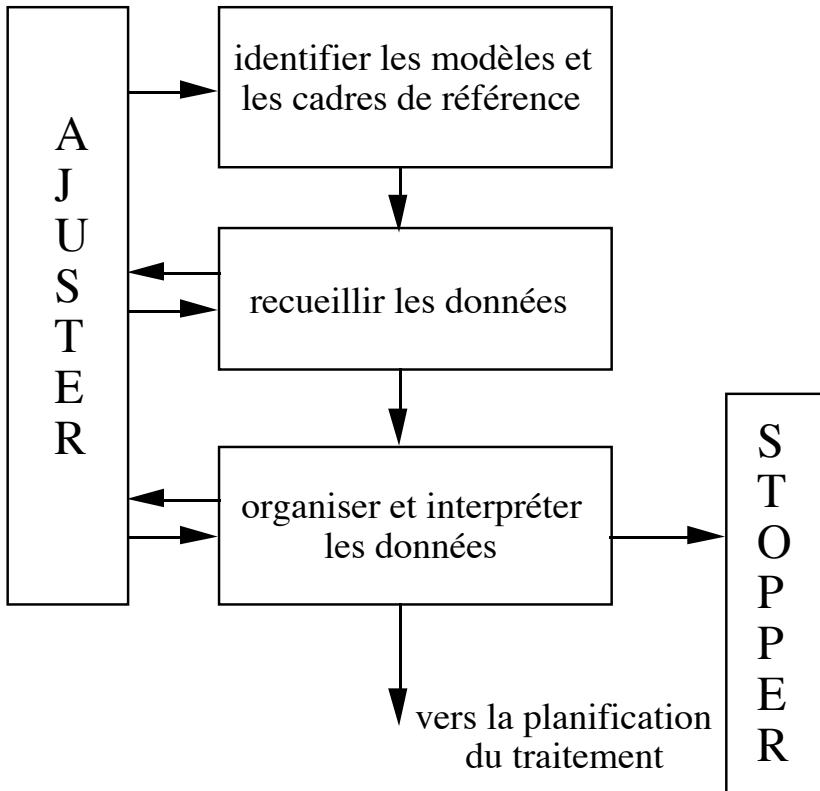
L'évaluation formative se subdivise en trois étapes. L'identification des cadres de référence ou des modèles de pratique, le recueil de données, l'organisation et l'interprétation des données. L'évaluation formative comme le processus de l'ergothérapie est plus souvent circulaire que linéaire. Par exemple, l'analyse de quelques données amène fréquemment le thérapeute à circonscrire d'autres domaines à évaluer et à choisir d'autres cadres de référence pour obtenir de nouvelles informations. L'ergothérapeute passe ainsi d'une étape à l'autre avec des ajustements constants. Afin de clarifier ces propos, nous reproduisons avec notre terminologie un schéma de Pelland (1987).

Le schéma de Pelland n'a pas véritablement d'entrée. Pelland propose en fait de rentrer dans l'évaluation formative par la colonne "ajuster". C'est en effet la connaissance de quelques informations très générales sur le client qui permet au thérapeute de choisir les cadres et les modèles nécessaires au recueil des données. Le schéma a par contre deux sorties: le thérapeute peut, après avoir organisé et interprété ses données, planifier le traitement. Le thérapeute peut aussi, sur la base d'une analyse même partielle des informations, décider de cesser ses investigations et de renoncer au traitement soit parce que cette intervention ne lui paraît pas de son ressort, soit parce qu'elle lui semble inutile.

L'idée que l'évaluation formative comprend la sélection des cadres de références ou des modèles de pratique adéquats est récente en ergothérapie. Elle contribue à légitimer le choix des informations pertinentes à recueillir. Les cadres de référence et les modèles choisis offrent un guide pour la collecte des données. Dans la plupart des cas, plusieurs cadres ou modèles sont sélectionnés sur la base d'informations très générales sur le patient dont la source est l'indication à l'ergothérapie ou le diagnostic médical. Par exemple, s'agissant de

l'évaluation d'un patient hémiplégique, l'ergothérapeute recourt au moins à une approche neuro-développementale pour mesurer les troubles sensori-moteurs, à une approche neuropsychologique pour les fonctions mentales, à un cadre réhabilitatif pour l'évaluation de l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne et à un modèle plus général pour estimer les stratégies d'adaptation ou la motivation du patient.

Fig. 2.1 L'évaluation formative



La collecte des données est directement liée à l'application des approches ou des modèles choisis. Chacun propose différentes méthodes d'obtention d'informations: divers types d'entretiens, des épreuves, des tests, des observations plus ou moins dirigées. Les procédures d'évaluation proposées sont diversement standardisées en fonction du type d'informations à recueillir et du niveau de développement conceptuel du modèle choisi. Nous reviendrons plus loin sur les diverses méthodes d'obtention de données. La littérature proposant des méthodes est très abondante et les traités d'ergothérapie ont des répertoires de ces instruments. Notons cependant que lorsque les cadres de référence choisis relèvent d'approches théoriques diverses (Piaget, la psychanalyse, la théorie de la communication), le thérapeute se trouve face à l'absence d'instruments adéquats de recueil de données parce que ces théories ont été construites pour expliquer des phénomènes empiriques et non pour intervenir sur ceux-ci, tout au moins en ergothérapie (Reed, 1984b).

L'organisation et l'interprétation des données est une étape où les informations sont classées et analysées. Cette analyse se réalise souvent en plusieurs temps. Pour notre part nous l'avons subdivisée en deux parties: la construction par l'ergothérapeute des problèmes du patient et la synthèse de ces problèmes. Les problèmes sont issus d'une classification des données et ils mettent en évidence des liens entre les données au sein de chaque catégorie. La synthèse est celle de l'ensemble des problèmes. Elle précise la compréhension générale que l'ergothérapeute a de son client. Elle propose des lignes directrices à l'intervention.

Les caractéristiques des données recueillies en ergothérapie

Classiquement, les données recueillies sont de deux types: les gênes et les ressources. Les gênes sont des difficultés que le patient rencontre dans son action dans les trois domaines des soins personnels, de la productivité et des loisirs. Les ressources sont les compétences que le patient utilise ou peut développer pour surmonter ses difficultés.

La détermination des gênes dans des tâches observables en ergothérapie ne pose pas de problèmes particuliers sinon le risque de confondre gênes et causes de celles-ci ou gênes et interprétation de

celles-ci. Par exemple, une amplitude articulaire de la hanche réduite à 30° n'est pas une gêne mais la cause d'un grand nombre de gênes dans les activités de déplacement et dans diverses positions. La désorientation spatiale n'est pas non plus une gêne mais l'interprétation du fait que le sujet se perd dans un espace pourtant habituel. Dans cet exemple la distinction opérée entre gêne et l'interprétation de celle-ci peut paraître obscure. Être perdu ou être désorienté sont dans le langage commun des synonymes et expliquer l'un par l'autre a un caractère tautologique.

En ergothérapie il faut se donner les moyens de connaître plus précisément les comportements conduisant à poser le diagnostic de désorientation spatiale. On peut en effet être perdu dans son quartier mais être à l'aise à son domicile; on peut aussi être perdu dans sa propre cuisine. A ces deux gênes correspondent des objectifs et des moyens de traitement ergothérapeutique fort différents.

Ces remarques sur la nécessité de différencier gênes, causes et interprétations ne condamnent pas l'ergothérapeute à systématiquement observer les gênes des patients. Cela l'oblige par contre à y penser parce que c'est le prix à payer pour réaliser une synthèse des problèmes débouchant sur des buts et un programme de traitement adaptés à l'individu, objet de l'intervention et non pas à la classe des individus souffrant des mêmes troubles. Par exemple, c'est en pensant aux gênes que provoquera la réduction de l'amplitude de la hanche dans le cadre habituel de vie du patient et au pronostic de récupération du déficit grâce à des exercices appropriés que l'ergothérapeute posera ses buts de traitement.

L'observation des gênes devient nécessaire lorsque, bien que le trouble soit connu, l'ergothérapeute ne parvient pas à imaginer comment le comportement se manifeste précisément. Par exemple, lorsqu'un patient est décrit comme agressif envers des tiers, l'ergothérapeute cherche à mettre en évidence les facteurs déclenchants et le développement de l'agression afin de trouver les moyens de rétablir un comportement plus normal vis-à-vis de tiers. Ici l'observation des gênes porte autant sur le client (comment agresse-t-il?) que sur le contexte d'apparition de l'agression (où, quand, dans quelles interactions devient-il agressif?).

Lorsque les gênes ne sont pas observables, dans le contexte de l'ergothérapie, l'ergothérapeute est contraint à des suppositions dont la vérification est effectuée à partir de tâches analogues à celles où les gênes devraient apparaître. Par exemple, l'ergothérapeute peut supposer qu'un patient, maçon de son état, hospitalisé en réhabilitation, éprouverait des difficultés à organiser les diverses activités de sa vie professionnelle s'il devait retravailler avec son handicap actuel. Afin d'évaluer ces difficultés, l'ergothérapeute peut lui proposer d'organiser et de réaliser lui-même une activité de construction d'un banc en bois. Ici l'analogie porte sur la planification de l'action et sur les processus de décision par lesquels le patient devra passer pour réaliser son banc. L'analogie renvoie autant aux causes qu'aux gênes. Notons que la connaissance que l'ergothérapeute obtiendrait à partir de cette tâche n'est pas sûre.

De nombreuses gênes ne sont pas des comportements observables. Elles ne sont pas objectivables en dehors de la subjectivité du patient. Par exemple, l'absence de plasticité des rôles familiaux dont nous avons parlé auparavant. Beaucoup de gênes ne peuvent pas être objectivées en dehors de la subjectivité du patient. Par exemple, la perception de la douleur ou l'ensemble des sentiments que le patient éprouve. Dans ces cas c'est aux difficultés telles qu'elles sont manifestées et explicitées par le sujet qu'il faut s'arrêter. La compréhension par le patient des propositions de traitement qui lui sont faites s'articule en effet avec la compréhension qu'il a de ses difficultés.

Certaines gênes ne peuvent pas être comprises en référence au client. Elles sont indissociables de son environnement humain. Par exemple l'impossibilité d'apprendre à s'habiller dans laquelle se trouve un enfant handicapé dont la mère estime qu'il est dans son rôle de mère d'handicapé d'habiller son enfant.

La notion de ressource dans le processus de l'ergothérapie est récente. Elle correspond à une redécouverte de quelques notions de base que l'adoption par les ergothérapeutes du modèle médical, en raison de sa vision essentiellement déficitaire du malade, avait fait oublier (Hopkins, 1978). Le concept de ressource est aussi nettement moins bien théorisé que celui de gêne. La notion de ressource est plus difficile à appréhender dans une intervention. Selon Rogers (1983), les ressources sont d'une

autre nature que les gênes. Par exemple, une gêne motrice correspond éventuellement à des ressources motrices mais surtout à des ressources socio-émotionnelles, culturelles, ou cognitives qu'il est bien difficile d'estimer ou même de qualifier. Ainsi les ressources motrices permettant à un paraplégique de se déplacer en chaise roulante sont très claires mais les ressources personnelles et environnementales, qui lui permettront malgré le stigmate que provoque son handicap moteur de retrouver des conditions d'existence satisfaisantes à ses yeux, ne sont pas énumérables.

Les moyens d'obtention de l'information

En ergothérapie les moyens d'obtention des informations sont souvent subdivisés en deux catégories: les informations recueillies auprès du client et les informations obtenues auprès de tiers ou dans divers dossiers établis à propos du client. Les ergothérapeutes font souvent référence à ces deux moyens en parlant de recueil direct et de recueil indirect de données. Le recueil indirect comprend généralement l'indication à l'ergothérapie et diverses informations complémentaires. Le recueil direct d'informations est plus long, plus important et plus difficile à réaliser que le recueil indirect. Il comprend des entretiens, l'observation du patient dans des situations de vie quotidienne, l'observation du patient dans diverses épreuves ou dans diverses situations construites par le thérapeute.

L'indication à l'ergothérapie

L'indication à l'ergothérapie correspond à la demande ou à la prescription du traitement. Elle contient des données sur le client telles que son nom, son âge, sa profession. Elle donne des informations sur son handicap, sa maladie, son diagnostic ou ses troubles. L'indication précise quelques éléments quant au traitement d'ergothérapie demandé. Par exemple la finalité: traitement en vue d'un retour à domicile ou soutien dans l'adaptation à l'institution. L'indication devrait mentionner la durée probable du traitement, notamment si elle est fixée d'avance ou s'il y a lieu de penser qu'elle sera courte.

Les sources de l'indication à l'ergothérapie varient d'un lieu de pratique à l'autre: l'équipe de soins infirmiers, le médecin traitant, un colloque d'équipe, etc. L'indication est écrite ou orale suivant les institutions de soins.

Très souvent, l'indication à l'ergothérapie contient les toutes premières informations permettant à l'ergothérapeute d'entrer dans le processus de soins en définissant par quels moyens et quel genre d'informations il veut obtenir.

Les informations complémentaires

Les informations complémentaires sont d'abord celles que l'ergothérapeute cherche auprès de tiers ou dans les divers dossiers concernant le patient. Cette collecte d'informations est réalisée avant de voir le client ou tout au moins avant de parler de traitement avec lui. Elle vise à planifier la quête de données auprès du patient comme à l'aborder de la façon la plus intelligente possible eu égard à la relation qui va s'établir entre les deux partenaires du traitement.

Les informations comprennent toujours les diagnostics médicaux ou, s'ils n'existent pas ou sont sans intérêt, un ensemble de troubles, de symptômes ou de comportements que l'ergothérapeute juge utiles. Si nécessaire, l'ergothérapeute retient l'histoire de la maladie du patient. Lorsque le patient a subi divers examens spécialisés, l'ergothérapeute en garde les conclusions et surtout la liste des gênes et des ressources que le spécialiste a observées. Si le patient suit d'autres traitements, l'ergothérapeute prend des informations directes auprès des autres thérapeutes. Enfin, l'écoute des personnes côtoyant le patient quotidiennement donne toujours des informations précieuses sur ses comportements.

Toutes les informations recueillies indirectement sont analysées. Cette évaluation en cours d'évaluation formative est parfois appelée évaluation initiale. Elle peut déboucher sur le refus de traitement. Lorsque l'ergothérapeute, bien que convaincu de la nécessité de l'intervention, ne sait pas à ce moment comment intervenir auprès de son client, il peut demander l'aide d'un tiers ou recourir à de la littérature pour approfondir sa connaissance de l'affection dont le client souffre.

L'entretien avec le patient

Chaque fois que les conditions le permettent, l'intervention auprès du patient débute par un entretien. Cet entretien vise à amorcer une relation thérapeutique, à préciser les objectifs de l'évaluation, à recueillir et à donner des informations.

L'entretien prend une forme semi-structurée. Il se subdivise en trois phases. Dans la première, l'ergothérapeute se présente et expose les raisons pour lesquelles il est là. Il pose quelques questions très ouvertes portant sur comment le patient se sent. A ses réponses, il détermine les thèmes à évoquer, le temps à accorder à l'entretien, la complexité qu'il doit donner à son discours. La deuxième phase est une phase de développement. Le thérapeute aborde les thèmes qu'il a choisis, mais d'une façon qui laisse au patient la possibilité d'exposer ses propres idées, ses désirs, sa propre compréhension de la situation. Dans la phase finale, l'ergothérapeute communique ce qu'il a compris et informe le patient de la suite qu'il va donner à cet entretien (Shaw, 1982).

L'entretien n'est pas limité à la phase de début de l'intervention. Tout au long du traitement et dans le cadre de l'évaluation sommative, l'ergothérapeute réévoque avec le patient les thèmes du premier entretien. En effet, au cours du traitement, mais aussi en dehors de celui-ci, le patient obtient des informations supplémentaires, améliore ses capacités d'action, voit son entourage se modifier. Cela change la perception qu'il a de lui-même et renforce ou amenuise certaines stratégies d'adaptation.

L'entretien n'est pas non plus limité au patient. Les ergothérapeutes s'entretiennent souvent avec les parents ou les conjoints ou les enfants de leurs clients.

L'entretien est un moyen d'évaluation peu précis. Cela d'autant plus que les retranscriptions se font de mémoire, sur la base de ce que l'ergothérapeute a compris des mots du client. Les interprétations sont risquées. L'entretien demeure cependant indispensable à la compréhension de la subjectivité du patient et à l'établissement d'une relation thérapeutique où un respect mutuel existe.

L'observation

L'observation est une méthode d'obtention des informations basée sur la capacité de l'observateur à voir, à entendre, à sentir ce qu'une personne fait dans une situation donnée (Reed, 1980). Elle est définie par quatre paramètres: L'observateur ou le sujet, l'observé ou l'objet, les instruments et la situation d'observation. Les instruments d'observation sont concrets et conceptuels (Bunge, 1984). Par exemple, lorsque l'ergothérapeute perçoit de la spasticité à la palpation, la sensation est concrète mais l'interprétation qui en est faite est due à la connaissance du concept de spasticité.

L'ergothérapeute observe le patient dans la réalisation d'activités afin d'obtenir des informations sur les gênes et les ressources qu'il rencontre dans son action. L'observation peut être effectuée dans une situation naturelle: le patient est censé faire ce qu'il exécute spontanément dans cette situation. Par exemple, le thérapeute regarde l'enfant jouer ou tel patient s'habiller. La situation d'observation est souvent construite: l'ergothérapeute propose une tâche particulière à un client précis, dans des conditions qu'il a déterminées. Par exemple, l'ergothérapeute demande à Monsieur Durand de s'asseoir à une table isolée et lui commande de faire le puzzle qu'il lui tend. Dans les observations en situation naturelle, les informations recueillies sont souvent générales et peu précises. Le thérapeute parvient mal à analyser la situation pour que les constats soient interprétables parce que les activités de la vie quotidienne sont fort complexes.

Le thérapeute constate bien des gênes et des ressources mais il ne parvient pas à remonter à leur cause. Lorsque le dispositif est construit, le thérapeute détermine des situations plus contrôlées dans lesquelles il fera plus facilement la part des choses. Dans l'exemple du puzzle, il peut interpréter l'inefficacité de la mise en relation des pièces par l'incapacité du patient à coordonner des indices portant à la fois sur la forme découpée et l'image représentée. S'il constate par contre que ce patient réussit lorsque seul l'indice couleur permet l'action, le thérapeute peut élaborer quelques considérations sur les raisons pour lesquelles ce patient se perd dans l'institution qui l'héberge.

L'observation isolée du patient dans l'institution ne permettrait pas d'être aussi précis sur le type d'indices qui fonctionnent comme des ressources.

Deux conditions doivent nécessairement être réunies pour élaborer ou pour choisir un dispositif d'observation adéquat: les buts de l'observation doivent être fixés et le dispositif doit être construit ou choisi de sorte que les constats soient interprétables par rapport aux buts.

La détermination des buts de l'observation dépend des fonctions ou des domaines d'action de l'individu à évaluer; soit d'un ensemble d'hypothèses posées sur les articulations entre les troubles ou les déficits et les gênes qu'il devraient provoquer. Nous y reviendrons dans le sous-chapitre de la page 47. Il faut se garder de fixer trop de buts à une même observation. A force de vouloir tout observer, on n'observe plus rien du tout. Par exemple, il est vain de chercher à observer simultanément le comportement moteur et le comportement verbal d'un patient hémiplégique atteint d'une aphasie de Wernicke. L'observation de la motricité globale et fine capte déjà suffisamment l'attention du thérapeute pour que celui-ci soit incapable d'observer aussi ce qui se dit. Ceci d'autant plus que le comportement verbal n'est pas correctement analysable si l'observation ne porte pas sur l'interaction entre les deux protagonistes de l'activité. Une autre situation d'observation devient nécessaire pour comprendre le comportement verbal du client.

Le choix d'un dispositif d'observation permettant d'atteindre les buts de l'observation repose sur la recherche d'une tâche où les gênes et les ressources qu'on veut voir soient observables. Inutile, par exemple, de chercher à appréhender l'interaction verbale en utilisant le jeu du solitaire si le patient n'a pas besoin des indications du thérapeute pour réaliser la tâche. La tâche, en l'occurrence, n'est pas seulement l'activité choisie, c'est aussi le matériel considéré, sa disposition dans l'espace, la position des acteurs, les consignes données et toutes les considérations portant sur l'environnement.

La détermination de la tâche est facilitée par le recours à une analyse structurale de l'activité. Par analyse structurale de l'activité, nous entendons l'énumération de la succession des opérations à réaliser pour effectuer l'activité avec succès (Moles, 1977). Cette analyse peut être

conçue à plusieurs degrés de précision suivant la qualité des constats à obtenir. Ainsi pour l'activité "réaliser un tissage sur cadre", l'analyse peut énumérer: choisir les dimensions, les motifs, les matériaux; monter le cadre; tisser la lisière inférieure; tisser; tisser la lisière supérieure; sortir le tissage du cadre; faire les finitions. L'analyse peut aussi se limiter à l'opération de tisser mais être plus détaillée: prendre une aiguillée; faire le raccord; tisser jusqu'à épuisement de l'aiguillée et reprendre ensuite toutes les opérations. L'analyse peut être: saisir l'aiguille; tirer l'aiguille; passer sur le fil de trame suivant; passer sous le fil de trame suivant; sortir l'aiguille; etc...

Une analyse structurale ne définit pas les compétences et les capacités nécessaires pour réaliser les opérations qu'elle énonce, ni pour les coordonner. Le thérapeute cherchant à observer des compétences particulières d'un individu ajoute à son analyse structurale une analyse des compétences ou des capacités que le patient doit posséder pour réaliser chaque opération et leur succession. Ces compétences ou ces capacités ou encore ces habiletés, nous les appelons des prérequis. Ces prérequis sont toujours de plusieurs types pour la même tâche. Ils renvoient aux fonctions de l'individu ou à ses sphères d'action (motrices, sensorielles, cognitives, affectives, sociales).

Lors d'une analyse d'activité destinée à un cas clinique précis, l'ergothérapeute ne s'intéresse pas à tous les prérequis nécessaires à sa réalisation. Il énumère seulement ceux pour lesquels il suppose que le patient rencontrera des difficultés. Une partie de ces difficultés seront les gênes du patient à évaluer. L'autre partie des difficultés seront celles que le thérapeute devra éliminer en aidant le patient dans la réalisation de l'activité; faute de quoi le thérapeute ne pourra plus rien analyser. Dans l'exemple du jeu du solitaire dont nous avons parlé plus haut, le thérapeute qui détermine comme but de son observation l'évaluation de la motricité globale et fine, réalise une analyse structurale détaillée de "jouer au solitaire" et une analyse des capacités motrices pour réaliser les actes définis, à l'aide d'une approche neurodéveloppementale. Il effectue aussi une analyse grossière des capacités mentales nécessaires à la compréhension de la règle du jeu. Si, en raison de cette dernière analyse, il estime que le patient aura de la peine à comprendre le jeu, il

supplée à ces gênes en indiquant au patient les pièces à jouer.

L'observation en ergothérapie vise souvent à déterminer les moyens de facilitation que le thérapeute doit mettre en oeuvre pour aider l'acquisition d'une performance ou d'une capacité. Dans ce cas, le thérapeute n'est plus seulement observateur. Il agit en manipulant le déroulement de l'activité, les consignes ou même le patient pour l'aider dans la réalisation de la tâche. Ce type d'observation est dynamique (Missiuna, 1987); elle permet, bien plus qu'une observation où le thérapeute se garde d'intervenir, de trouver non seulement des gênes et des ressources pour l'apprentissage mais surtout des moyens de traitement.

Plusieurs observations sont indispensables pour avoir une vue d'ensemble des gênes et des ressources du patient. Ces observations prennent du temps. On peut légitimement se demander si l'évaluation formative ne devrait pas être aussi courte que possible afin que la phase d'exécution du traitement puisse débiter au plus tôt. En situation clinique, ce problème n'est pas facile à résoudre, cependant il nous semble plus affecter l'ergothérapeute que le client: il est tout à fait possible de réaliser en ergothérapie une majorité des observations dans des situations qui ne sont pas interprétées par le client comme des situations de test. En outre, l'action du patient dans les situations d'observation est parfois déjà thérapeutique. On parle alors d'activités ou de tâches diagnostico-thérapeutiques.

Ce sous-chapitre montre que plusieurs observations sont indispensables pour avoir une vue d'ensemble des gênes et des ressources du patient. Reste à savoir comment le thérapeute détermine l'ensemble des observations à mener et comment il passe de l'une à l'autre. Ce sera l'objet du sous-chapitre de la page 47. Auparavant, quelques mots sur les instruments formalisés de mesure.

Les instruments formalisés de mesure

Jusqu'ici nous avons parlé de dispositifs d'observation sans préciser leurs sources. Ces dispositifs peuvent être élaborés par l'ergothérapeute mais il existe aussi une abondante littérature traitant le sujet. Cette littérature ne recouvre pas uniformément le champ de l'ergothérapie. Un grand nombre d'instruments d'évaluation concerne l'évaluation des

troubles sensoriels et moteurs dans des perspectives biomécaniques ou neurodéveloppementales. Beaucoup d'instruments sont construits en vue de mesurer l'indépendance dans des activités de soins corporels ou dans des activités domestiques. Enfin, la littérature anglo-saxonne comprend beaucoup d'instruments destinés à évaluer les rôles occupationnels ou les intérêts des patients, parfois aussi les fonctions instrumentales.

La tendance actuelle des ergothérapeutes, en Suisse, est de négliger les procédures standardisées d'évaluation telles qu'on les trouve dans la littérature au profit de l'élaboration d'instruments internes au service d'ergothérapie d'une institution ou de dispositifs d'évaluation mis au point au coup par coup. A notre avis, c'est un tort, car un instrument judicieusement choisi permet d'être plus rapide et plus sûr. Il facilite la comparaison dans le temps entre les performances d'un même patient et il permet des comparaisons entre les patients. Il fournit des données dont la fidélité et la validité sont souvent meilleures que celles des observations personnelles.

Un instrument est judicieusement choisi s'il a été mis au point pour la population spécifique dont le client qu'on a à évaluer fait partie, si l'usage qu'on veut en faire est celui pour lequel il a été élaboré, si sa sensibilité est celle dont on a besoin.

L'emploi d'un instrument formalisé ne se substitue pas au raisonnement clinique que l'ergothérapeute tient dans son processus d'évaluation. L'instrument formalisé est, au même titre qu'un dispositif d'observation mis au point pour le cas en question, un moyen d'obtenir des données. Il ne précise pas comment les informations doivent être analysées ni quels sont les problèmes du patient qui passe l'épreuve. Les ergothérapeutes qui recourent à ce type d'instruments d'évaluation en utilisent plusieurs pour chaque catégorie de clients tout en réalisant également des observations avec des dispositifs spécifiques à chaque cas, notamment en situation naturelle.

Le jeu des hypothèses et des questions

Rogers (1983) définit l'organisation et l'interprétation des données comme un modèle du fonctionnement du client. Pour construire ce modèle, l'ergothérapeute procède par étapes. La première construction est l'image ou la représentation du patient obtenue après le recueil indirect de données. A partir de cette image, le thérapeute détermine les paramètres à étudier et fixe les lignes directrices des dispositifs d'observation à employer. Par exemple, si le patient annoncé est une femme de quarante ans, mère de famille, souffrant d'une psychose maniaco-dépressive, actuellement en phase maniaque, le thérapeute sait qu'il aura à estimer l'incidence de cette maladie sur la famille, l'hyperactivité... mais pas les capacités visuelles.

L'élément le plus saillant de la première image du patient est très souvent le diagnostic médical (Rogers, 1982).

L'ergothérapeute se sert de ce diagnostic médical, soit des troubles qu'il précise, en se demandant quelles sont les gênes dont peut souffrir le patient. Pour mettre ces gênes en évidence, l'ergothérapeute tient des raisonnements de type hypothético-déductif: "si le patient est atteint de telle ou telle affection, alors il présentera les caractéristiques x, y, z". Le thérapeute construit ensuite des dispositifs d'observation lui permettant d'observer x, y, z. Il répond ainsi à la question de comment obtenir x, y et z. Les informations recueillies viendront infirmer ou confirmer les hypothèses. Si les données recueillies tombent à côté des hypothèses, elles sont laissées de côté ou génèrent d'autres hypothèses de compréhension du patient (Rogers, 1983).

Lorsque les constats effectués ne permettent ni d'infirmer, ni de confirmer une hypothèse avec une certitude jugée suffisante, le thérapeute élabore d'autres dispositifs d'observation qui éliminent des paramètres et lui permettent de décider. Par exemple, on élimine la consigne verbale dans une tâche pour s'assurer que l'échec constaté est dû à des déficits de planification de l'action liés à une démence et non au fait de ne pas avoir entendu la consigne.

Les constats peuvent aussi être regroupés pour formuler des hypothèses dérivées (Rogers, 1983). Par exemple, si une ergothérapeute, cherchant à évaluer les conditions dans lesquelles l'agressivité d'un

patient se manifeste, note qu'il injurie tous les patients passant devant sa table mais jamais elle-même, elle peut émettre l'hypothèse que lorsqu'une personne représente une figure d'autorité pour ce patient, alors il ne l'agresse pas. Reste alors à vérifier que l'ergothérapeute est pour ce patient une figure d'autorité en observant, par exemple, la réponse du patient lorsqu'elle lui donne des ordres portant sur les rangements dans l'atelier.

A ce petit jeu hypothético-déductif, l'ergothérapeute se compose 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). Le raisonnement n'est ici plus déductif mais inductif. Il fait intervenir en plus des caractéristiques de la maladie ou de l'affection dont le sujet souffre des caractéristiques sociales et biologiques telles que l'âge, le sexe, la profession. L'obtention des données met, on le voit, rapidement en jeu les compétences intellectuelles du thérapeute dans l'analyse des informations. Ceci démontrent que la présentation successive dans l'évaluation formative du choix des modèles de pratique, puis de l'obtention des données, puis de leur analyse, est fort artificielle, même si elle est celle que nous avons choisie pour décrire le processus de l'ergothérapie sur la figure 2.1, page 35.

L'image du patient que l'ergothérapeute obtient après avoir interrogé son diagnostic médical demeure tronquée. Cette représentation est essentiellement déficitaire car il y a peu de place pour l'évaluation des compétences d'un individu lorsqu'on raisonne principalement à partir de ses troubles. Nous avons vu que les compétences sont souvent d'un tout autre ordre que les gênes. Elles ne peuvent pas apparaître dans un dispositif d'observation construit à partir d'hypothèses issues du diagnostic. De plus, une représentation du patient basée exclusivement sur des paramètres d'identité et des diagnostics nie totalement le patient comme sujet, certes souffrant, mais non pas agi par la maladie. Pour tenter de se représenter le sujet-patient dans sa complexité, l'ergothérapeute procède par inductions (Rogers, 1983). Il recueille des faits empiriques sur ce que le patient perçoit de son handicap, sur ses stratégies d'adaptation, sur ses désirs eu égard au traitement. Il construit

alors une image beaucoup plus différenciée et complexe du client. Cette représentation du client met en relation les difficultés ressenties par le client, celles observées par le thérapeute, les désirs et les ressources personnelles et environnementales du client, les conséquences de l'affection dont il souffre telles que l'ergothérapeute se les représente, les possibilités d'intervention que le thérapeute peut offrir. C'est à cette dernière image que nous faisons référence lorsque nous parlons de l'organisation de l'interprétation des données. Cette image viendra légitimer le plan et le programme de traitement en répondant à la question: pourquoi agir ainsi?

Un recueil de données est sans fin. Plus on obtient d'informations, plus complexe et plus différenciée sera l'image du patient. Il vient pourtant un moment où le thérapeute stoppe sa quête et ses analyses et prend les décisions de traitement qui s'imposent. Il n'y a pas de règles déterminant quand s'arrêter. Quelques considérations cependant: plus l'intervention est spécifique, moins on a besoin de renseignements; plus l'enjeu est important pour le patient, plus les renseignements doivent être détaillés afin que les décisions soient solidement étayées. Enfin, l'ampleur et la précision du recueil de données dépendent largement de la capacité du patient à tolérer les situations d'examen. Cette capacité est anticipée par l'ergothérapeute qui, au besoin, renonce à soumettre un patient à toute une série d'épreuves au profit d'une relation moins investigatrice mais probablement plus thérapeutique parce que plus respectueuse de la personnalité du client.

Le thérapeute diffère parfois des observations en les rapportant à une phase ultérieure du traitement. Par exemple, il décide de ne pas investiguer les capacités motrices d'un vieillard atteint de la maladie de Parkinson, car il lui semble que les problèmes affectifs sont plus importants.

Un dernier point reste à traiter. Lorsque l'ergothérapeute s'engage dans le processus de recueil de données auprès du patient, il a deux méthodes à choix. Il peut décider d'observer d'abord le patient dans des situations naturelles puis orienter la suite de l'obtention des informations en fonction des premiers résultats. Il procède ainsi du général au particulier, du global au spécifique en formulant peu d'hypothèses de

travail préalables mais beaucoup d'hypothèses dérivées. Le thérapeute peut aussi décider d'observer d'abord des gênes et des ressources très spécifiques puis induire la généralité sur la base de l'analyse d'un grand nombre de résultats. Le thérapeute vérifie ensuite l'exactitude de sa représentation des difficultés du patient dans des situations naturelles. Tout au moins s'il le peut.

Il n'y a pas à préférer une méthode à une autre, tout dépend du diagnostic médical, des modèles de pratique choisis, de la complexité et de la gravité des troubles, des possibilités institutionnelles de trouver des situations naturelles, des préférences des thérapeutes, c'est-à-dire des cadres de référence dans lesquels ils se sentent le plus à l'aise ou de leur propre conception de l'ergothérapie.

L'organisation et l'interprétation des données

L'organisation et l'interprétation des données est une étape très importante dans un processus de soins. C'est le moment où le thérapeute décide qu'il en sait suffisamment pour déterminer ce qu'il veut et peut entreprendre pour son client. Le thérapeute prend alors le recul nécessaire pour repenser à l'ensemble de ce qu'il sait sur son client, pour relire l'ensemble de ce qu'il a écrit à son sujet.

Le thérapeute organise ensuite les informations. Il établit des liens pertinents entre elles. Il détermine ce qui est le plus important du point de vue de l'ergothérapie afin de délimiter son action. Nous avons choisi de subdiviser et de présenter cette étape de l'évaluation formative en deux parties: les problèmes puis la synthèse de ceux-ci. Nous exposerons ensuite un exemple issu du secteur de la psychiatrie.

Les ergothérapeutes ont tout intérêt à rédiger le mieux possible les problèmes qu'ils ont construits et la synthèse qu'ils en ont faite. Ils peuvent ainsi les communiquer à d'autres professionnels notamment dans la perspective de changements de thérapeute ou s'ils ont besoin de quelques conseils.

Cette étape est réalisée sans la collaboration du client. Cela ne signifie pas qu'il n'ait aucune action sur ce que le thérapeute pense de lui. Ses désirs, ses intérêts, la façon dont il définit ses problèmes font partie intégrante des informations que le thérapeute organise et interprète.

Soulignons encore que les problèmes et la synthèse que l'ergothérapeute élabore est une prise de position de sa part. Elle est la plus cohérente et la plus pertinente possible eu égard à la définition et aux bases philosophiques de l'ergothérapie mais elle n'a pas grande validité. La compréhension qu'un ergothérapeute a de son patient peut être totalement différente de celle d'un autre professionnel. Elle peut être proche ou lointaine de celle que le patient a de lui-même suivant la part de culture que l'un et l'autre partagent ou de leurs moyens intellectuels respectifs.

Les problèmes

Chaque problème est la mise en relation d'un certain nombre d'informations issues du recueil de données. Ces informations sont d'abord regroupées puis elles sont comparées de façon à mettre en évidence les liens qui les unissent. Dans la plupart des cas, le thérapeute s'attache à expliciter les rapports de causalité entre les troubles ou les déficits et les gènes. Souvent, il explicite dans un problème les rapports de causalité ou d'antériorité entre les gènes elles-mêmes. Il montre comment l'accumulation de petites difficultés produit des maux insurmontables. Il indique comment des sous-catégories de gènes s'articulent entre elles.

Un problème, lorsqu'il est rédigé, n'est pas forcément long. Voici par exemple l'énoncé d'un problème affectif s'agissant d'une dame de soixante-huit ans, hospitalisée suite à un accident vasculaire cérébral survenu dans sa maison de retraite:

“La désorientation spatio-temporelle dont il est fait mention dans le dossier médical ne correspond pas, selon moi, à un déficit. L'attitude et les propos de la patiente permettent plutôt de relier le fait qu'elle s'égarait dans l'hôpital au brutal changement de cadre (lieux, organisation temporelle, personnes) de vie de la patiente. Celle-ci exprime très clairement son désir de retrouver sa pension et ses habitudes et dit tout aussi clairement son malaise, voire son anxiété face à son actuel lieu de vie et face à sa situation”.

Pour chaque patient, l'ergothérapeute construit plusieurs problèmes. Leur nombre dépend du nombre de catégories de gènes qu'il estime être utiles au traitement à réaliser. Très souvent ces catégories sont déjà

partiellement déterminées au moment du recueil de données car les modèles de pratique choisis proposent des domaines à évaluer. Ces domaines sont souvent ceux des fonctions de l'individu dont nous avons parlé dans le chapitre de la page 20 (motricité, sensibilité, affectivité, socialisation, cognition) ou ceux des domaines d'activité (production, loisirs, soins personnels). Le thérapeute est libre de combiner les divers domaines à sa guise notamment selon le cas considéré ou son cadre de référence personnel.

La synthèse des problèmes

La synthèse des problèmes montre les articulations que l'ergothérapeute a perçu entre eux. Elle délimite ce qui est important de ce qui est secondaire. La synthèse montre aussi comment certains problèmes découlent d'autres. Elle énonce grossièrement comment les problèmes doivent être considérés dans le futur traitement, et dans quel ordre il faudra les résoudre.

La synthèse des problèmes tient compte des ressources de l'individu et de celles de l'ergothérapie. Elle considère l'avenir du client, soit la finalité du traitement et le pronostic de l'affection dont il souffre. Elle délimite les lignes directrices de l'intervention. Par rapport aux problèmes, la synthèse est bien plus générale. Elle est la plus intelligible et la plus communicable possible de sorte que l'ergothérapeute puisse au besoin la négocier avec le patient, ses proches ou d'autres professionnels.

Exemple de problèmes et de synthèse des problèmes

Cet exemple vient du domaine de la psychiatrie. Afin qu'il soit compréhensible, nous donnons rapidement quelques indications sur la cliente et sur la façon dont les observations directes ont été réalisées.

La patiente

Il s'agit d'une jeune femme, célibataire, qui a accompli une formation de maîtresse d'école ménagère. Elle a exercé son métier quelque temps. Elle est hospitalisée pour la troisième fois dans un état très régressé avec des idées délirantes. Le diagnostic est celui de schizophrénie catatonique. Elle souffre intensément de la surcharge que représente son

travail, d'un conflit conjugal chronique chez ses parents, de son hospitalisation. Les relations affectives sont très perturbées. La finalité institutionnelle vise à permettre une restructuration de la personnalité de la jeune femme afin qu'elle puisse reprendre son travail puis un logement.

Les observations

Elles ont été réalisées à l'aide de catégories préalablement établies. Le cadre de référence est descriptif et les catégories correspondent à la sémiologie psychiatrique, c'est-à-dire aux "lieux" d'expression des manifestations pathologiques observables. Ces catégories sont:

- le langage verbal et analogique,
- le rapport au temps et à l'espace,
- la motricité,
- le mode relationnel,
- le rapport au monde des objets ou des choses.

Organisation et interprétation des données

Les observations sont essentiellement analysées à partir des théories psycho-dynamiques.

Les problèmes

Le rappel des gênes et des ressources observées figure entre parenthèses.

Problème 1 La dépendance

Ce qui apparaît au niveau du langage (plaintes, appels, demandes), au niveau du temps (difficultés à quitter d'elle-même l'ergothérapie), au niveau de l'espace et de sa relation à l'ergothérapeute (recherche de la proximité et de relations privilégiées), au niveau de l'objet réalisé en ergothérapie (peu d'investissement, alibis d'incompétence) montre une grande dépendance liée à des difficultés énormes à se séparer.

Problème 2 L'organisation

Au niveau de l'espace, la jeune femme ne parvient pas à se limiter à l'espace restreint requis pour la réalisation des activités demandées (elle veut bouger, changer de table, elle envahit l'espace de travail des autres). Au niveau du temps, elle ne parvient pas à respecter la durée de réalisation d'une activité, elle agit de façon discontinue (elle commence une bougie tirée qu'elle arrête après avoir tiré trois fois; elle veut faire de

la pâte à modeler, elle renonce avant d'avoir installé l'espace de travail...). Au niveau cognitif, elle ne peut pas organiser mentalement les séquences d'une activité; c'est-à-dire qu'elle ne peut ni anticiper, ni évoquer les actes à produire. Par conséquent, elle ne peut pas non plus organiser concrètement son travail (réunir les matériaux nécessaires, préparer la place de travail, etc.). Ces difficultés au niveau de l'espace, du temps-durée et de l'exécution de tâches m'amène à considérer la difficulté d'organisation comme un problème.

Problème 3 Les difficultés de passage à l'action et d'exécution

Du point de vue moteur, la jeune femme est très lente (elle n'arrive pas à terminer deux bougies tirées en un jour, elle met trois fois le temps nécessaire pour faire la vaisselle). Du point de vue décisionnel, c'est-à-dire cognitif, elle est aussi très lente (trente minutes pour savoir quelle couleur elle souhaite pour sa bougie). Ce manque d'initiative se manifeste également dans l'exécution de l'activité (elle n'exécute pratiquement jamais un acte si on ne l'y sollicite pas). Le passage à l'acte et le maintien de l'action commencée sont donc un grave problème.

Synthèse

Ces trois problèmes doivent impérativement être résolus dans la perspective d'un retour à domicile avec reprise de l'activité professionnelle. En effet, vivre seule dans un appartement comme travailler suppose la capacité de gérer seule un certain nombre d'activités de la vie quotidienne: décider de se lever, prendre l'initiative de se rendre à son travail, etc. Vivre seule et avoir une activité professionnelle nécessite de coordonner les différents moments et les différents actes de sa vie quotidienne, d'en respecter les horaires. Cela suppose aussi l'utilisation adéquate des espaces dans lesquels elle vit: on ne fait pas et on ne dit pas les mêmes choses chez soi ou sur la scène publique.

Au niveau plus spécifique de sa profession de maîtresse d'école ménagère, il faut à la jeune femme d'importantes capacités de gestion, d'organisation, d'exécution et d'autonomie. De plus, son statut de pédagogue implique des relations humaines nombreuses et variées et des responsabilités envers les élèves. Elle ne peut assumer son rôle que dans la mesure où elle retrouve une entière capacité à se prendre en charge elle-même. Ce qui est loin d'être le cas actuellement.

Le problème de la dépendance me semble chapeauter les deux autres: c'est à mon avis parce qu'elle ne parvient pas à se séparer, à se sortir de relations fusionnelles qu'elle ne peut pas s'autonomiser dans l'organisation de sa vie de tous les jours comme dans l'initiation et l'exécution d'activités pourtant simples comparativement à celles que chacun exécute quotidiennement. Si ce premier problème est le plus important, il sera cependant traité à travers les deux autres car l'ergothérapeute n'a pas d'action directe possible sur la dépendance. Le traitement sera orienté vers la gestion du temps, de l'espace et du matériel nécessaire à l'activité. Il fera peu à peu place à la capacité de décider et à la résolution de problèmes courant dans la gestion de tâches. Les moyens de traitement seront des activités d'artisanat et de loisir pour lesquelles le service d'ergothérapie est équipé.

La relation psychothérapeutique instaurée par l'ergothérapeute tiendra compte du niveau, très régressé, où la patiente se trouve. L'ergothérapeute se montrera d'abord très proche de la cliente puis il prendra peu à peu de la distance afin de favoriser l'autonomie.

Ce traitement sera long. Le pronostic quant à la reprise de l'activité professionnelle antérieure paraît mauvais. Peut-être faudra-t-il se rabattre sur une autre activité professionnelle.

Conclusion

Nous n'allons pas, dans cette conclusion, reprendre les thèmes traités dans ce chapitre. Ce serait long et fastidieux. Si le lecteur ressent le besoin de se rapporter à des inventaires des informations à obtenir, il peut se référer au "checklist" que l'association américaine a adopté en 1981 s'agissant de l'évaluation (Hopkins, 1988, pp. 810-811). Nous nous contenterons de deux remarques à propos du rôle du patient dans l'évaluation formative et de ce qui dans un recueil de données nous paraît devoir être rédigé par chaque thérapeute.

L'évaluation formative est une phase du processus de l'ergothérapie à laquelle le client prend une part relative. Il effectue les tâches que l'ergothérapeute lui prescrit, il donne des informations verbales. Son pouvoir de décision est cependant faible. C'est l'ergothérapeute qui

propose les moyens et les méthodes d'obtention des données, qui détermine la planification du recueil de données: on ne demande pas au patient d'avoir de l'initiative concernant les tâches à réaliser dans l'évaluation formative. Le client peut bien sûr refuser de répondre aux questions ou d'agir et par là influencer fortement les décisions du thérapeute concernant les informations à rechercher. Même dans ce cas de figure, le client ne préside pas au choix des décisions qui conduiront à la planification du traitement. Il subit la réflexion du thérapeute. La relation entre le patient et le thérapeute est asymétrique pendant l'évaluation formative. Dans tous les traitements qui visent l'autonomie ou l'intégration, elle devra être rendue plus symétrique, voire inversée sans quoi la finalité ne sera jamais atteinte.

Chaque thérapeute s'est mille fois posé la question de savoir quelle part de son recueil de données et des analyses qu'il en a fait, il doit rédiger. Il n'est pas facile de répondre à cette question. Ecrire toutes les observations effectuées permettrait d'être plus fin, plus juste dans les interprétations. Tout rédiger prend du temps, trop de temps en regard de celui dont les ergothérapeutes disposent en dehors des interventions auprès des clients. Ne rien noter demande des capacités mnésiques énormes dès qu'on a une dizaine de clients. Cela conduit dans une prise en soins à oublier des informations, à interpréter trop partiellement. Cela empêche toute communication écrite dans un univers institutionnel où la transmission d'informations écrites est souvent indispensable au suivi des prises en soins.

A notre avis, il est préférable que les ergothérapeutes prennent des notes concernant le travail d'évaluation qu'ils effectuent avec chaque client: les notes ont pour but la planification du traitement. Elles permettent de revenir aux informations de départ au moment de l'évaluation sommative. Elles facilitent la reprise de l'intervention si le client revient en traitement quelques mois ou quelques années après son départ. Elles permettent, en tout temps, de faire un rapide rapport écrit ou oral

Chapitre 3

La planification du traitement

La planification du traitement comprend le plan et le programme de traitement. Le plan définit les objectifs à atteindre dans l'intervention. Le programme précise les moyens et le contexte de traitement. La planification du traitement résulte de l'organisation et de l'interprétation des données.

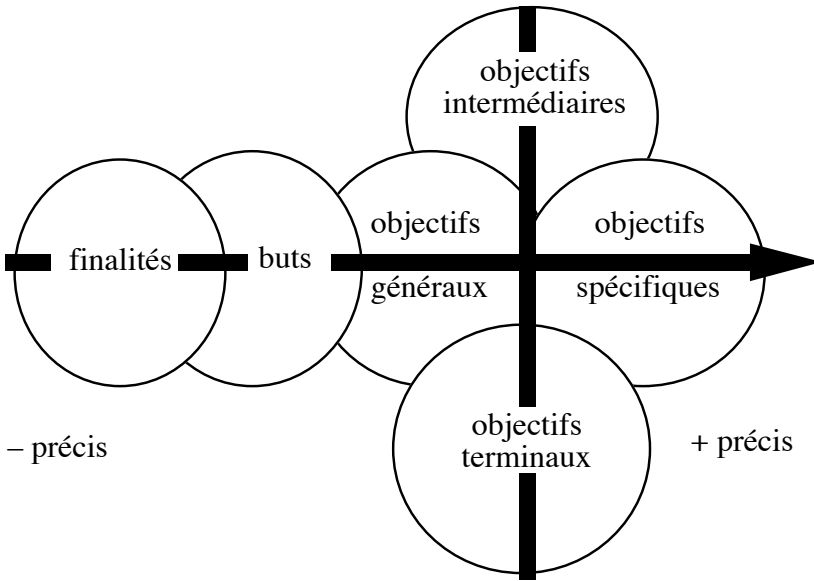
La planification du traitement est une phase du processus qui se déroule en l'absence du client. Tout comme l'organisation et l'interprétation des données, elle est une étape où l'ergothérapeute, stylo en main, prend des décisions quant à ce qu'il veut obtenir comme résultats de traitement et quant à comment y parvenir.

Un plan et un programme de traitement ne sont pas des textes longs et difficiles à rédiger, contrairement aux problèmes et à la synthèse. L'argumentation qui justifie une planification de traitement plutôt qu'une autre se trouve dans l'organisation et l'interprétation des données et dans les possibilités qu'offrent les modèles de pratiques choisis.

Le plan de traitement

Nous utilisons, pour poser les objectifs de traitement, une méthode issue de la pédagogie par objectifs. Cette méthode peut être transposée en ergothérapie car la plupart des traitements comprennent des apprentissages. La méthode par objectifs définit quatre types d'objectifs sur un continuum allant du général au spécifique: les finalités, les buts, les objectifs généraux et les objectifs spécifiques. Sur un axe temporel, les objectifs généraux et spécifiques peuvent être soit terminaux, soit intermédiaires. Fontaine (1977) en propose le schéma suivant:

Fig 3.1 Les objectifs de traitement



A la fin de l'apprentissage

Dans ce schéma, les intersections entre les cercles montrent qu'un même énoncé peut être tantôt un objectif tantôt un autre. Par exemple s'habiller peut être un but ou un objectif général suivant le cas considéré.

Pour des raisons pratiques, nous limitons le plan de traitement à la formulation des finalités, des buts et des objectifs généraux. En effet, pour qu'un objectif spécifique soit réellement spécifique, il faut qu'il définisse un comportement observable et ce de façon univoque. Il est dès lors nécessaire pour le formuler d'avoir déterminé l'activité ou la tâche dans laquelle le comportement devra se manifester. Une planification de traitement et un programme de traitement ne sont que rarement détaillés à ce point-là. En particulier parce que les activités, tant qu'elles obéissent à certains principes préalablement déterminés, peuvent être choisies dans le cours de l'exécution du traitement par l'ergothérapeute ou par le

patient. Nous exposerons la position des objectifs spécifiques dans le cadre de l'exécution du traitement au chapitre 4.

Les finalités de traitement

Une finalité de traitement est un énoncé qui reflète l'idéologie ou la philosophie d'une institution. Elle fournit des lignes directrices pas encore opérationnelles à l'ensemble des intervenants concernés par le patient. Ces finalités de traitement sont très proches des valeurs ou des principes philosophiques que véhiculent non seulement les ergothérapeutes mais aussi les autres professionnels de la santé.

Les finalités expriment des perspectives d'avenir, des échéances. Le retour à domicile, la reprise d'une activité professionnelle, la qualité de la vie, l'adaptation à l'institution, l'autonomie, la recherche d'un développement le plus proche possible de la normalité sont les finalités de traitement les plus courantes.

Pour un même traitement, une, deux ou trois finalités peuvent être énoncées. Les finalités sont posées sous la forme d'une alternative lorsque les thérapeutes sont dans une situation de grande incertitude quant à l'avenir du patient. Par exemple, la qualité de la vie dans un retour à domicile ou dans un placement est fréquemment une finalité des traitements pour les personnes âgées. Lorsqu'une finalité de traitement comporte une alternative, cela entraîne des conséquences sur les buts, les objectifs généraux et le programme de traitement. Nous n'allons pas entrer dans ces détails, disons simplement que l'ergothérapeute peut chercher à atteindre la finalité la plus difficile à obtenir et se rabattre sur l'autre en cas d'échec ou qu'il peut chercher des dénominateurs communs entre les objectifs et les moyens permettant d'atteindre l'une et l'autre des parties de la finalité.

Les buts de traitement

Les buts de traitement sont des énoncés qui définissent l'orientation à long terme d'un traitement.

Pour les poser, l'ergothérapeute se demande ce qu'il souhaite que le client réussisse pour parvenir aux finalités de l'intervention. Un plan de traitement contient toujours une série de buts correspondant à la subdivision des finalités. L'atteinte de tous les buts posés en ergothérapie ne

signifie pas que la finalité soit atteinte. La réalisation d'autres buts posés par d'autres intervenants est souvent nécessaire. Des conditions extérieures à la sphère de pouvoir de l'ergothérapeute peuvent concourir à l'atteinte ou à l'échec de la finalité. Par exemple, le manque de ressources financières entrave les retours à domicile.

Les buts sont des performances, des composantes de la performance, des compétences ou des comportements adaptatifs que le patient doit développer ou maintenir pour sa vie de tous les jours après l'intervention. Les buts concourent aux finalités de l'ergothérapie, soit au développement, au maintien, au rétablissement du fonctionnement et à la prévention du dysfonctionnement.

Les buts possibles sont innombrables.

Manger; se vêtir; faire la cuisine; trouver son chemin dans l'hôpital; retrouver sa capacité à percevoir ses besoins, ses intérêts, ses valeurs; retrouver sa capacité à résoudre les problèmes de la vie quotidienne; augmenter sa compréhension des normes régissant le travail professionnel; diminuer sa crainte devant des changements imprévus; développer des activités ludiques; apprendre à piloter un fauteuil roulant; s'engager dans les activités de loisirs proposées dans l'institution; respecter l'alternance de périodes de repos et d'activité; utiliser dans sa vie de tous les jours les principes de la protection articulaire; etc...

Les buts sont éventuellement posés par rapport à l'entourage du patient: les parents apprennent à manipuler leur enfant, les aides-infirmières apprennent à prévenir le développement de l'agressivité chez le patient. Les buts ne sont jamais posés par rapport à l'ergothérapeute. Ainsi, savoir si le patient souffre ou non de troubles cognitifs n'est pas un but de traitement, mais une directive d'évaluation différée car l'ergothérapeute n'a pas pu ou pas voulu évaluer les fonctions mentales jusqu'ici. Les moyens de traitement ne doivent pas non plus être confondus avec les buts. Aménager l'environnement ou fournir des moyens auxiliaires sont des moyens de traitement. Ils entrent dans le programme de traitement.

Il faut se garder de confondre les buts d'un traitement avec les buts ou les objectifs standards proposés par un modèle de pratique ou un cadre de référence. Les modèles s'appliquent à des classes de patients mais

spécifiquement à aucun patient particulier de ces classes. En reproduisant dans ses buts de traitement les buts standards des modèles choisis, l'ergothérapeute perd son approche compréhensive du patient et ne formule que des généralités. Ainsi l'amélioration de la planification de l'action, l'augmentation du tonus postural central, l'amélioration des amplitudes articulaires, l'obtention de l'équilibre debout, le renforcement des défenses du moi ne sont pas des buts de traitement. Ils représentent des moyens ou des objectifs généraux de traitement. Par exemple organiser sa journée, se tenir assis sans appui, saisir tous les objets usuels avec sa main droite, éviter les chutes, tolérer l'échec sont des buts. Ils sont atteignables grâce aux objectifs généraux ou grâce aux moyens évoqués précédemment. Un bon "truc" pour éviter de confondre les buts avec les moyens ou les objectifs généraux proposés par un modèle de pratique est de s'abstenir d'utiliser le vocabulaire ésotérique du modèle de pratique dans la formulation des buts. A ce vocabulaire ésotérique, il est préférable de substituer des termes plus communs liés aux savoir-faire ou aux capacités d'agir de l'individu. Cela n'est pas toujours facile, surtout si on veut rester synthétique et éviter une longue liste de buts. Le choix de termes communs pour formuler des buts facilite la communication avec le patient et avec d'autres intervenants. Si les buts sont compris par le client, s'ils signifient quelque chose pour lui par rapport à sa maladie, ils viendront légitimer les propositions d'activités qui lui seront faites par la suite.

Les buts sont en relation avec les problèmes construits au terme de l'évaluation formative. Ils disent les gênes que l'ergothérapeute souhaite atténuer ou faire disparaître. Ils s'appuient sur les ressources du client. Les buts peuvent être hiérarchisés entre eux. C'est le cas lorsque les problèmes sont eux-mêmes hiérarchisés. Ainsi, dans un plan de traitement, l'ordre d'apparition des buts correspond à ce qui est exprimé dans la synthèse des problèmes.

Les objectifs généraux du traitement

Un objectif général est un énoncé décrivant en termes de capacités du patient les résultats escomptés d'une séquence d'apprentissage. Les objectifs généraux définissent ce que l'ergothérapeute estime que le patient devra réussir pour atteindre les buts. Ils énoncent ce à quoi

aboutira l'activité du client dans des conditions déterminées.

Dans certains cas les objectifs généraux sont déduits des buts de traitement. Si la déduction est correcte, les buts sont atteints lorsque les objectifs généraux le sont. Dans de tels plans de traitement, il y a autant d'objectifs généraux que la démultiplication des buts le nécessite. Un objectif général peut participer à la réalisation de plusieurs buts. Par exemple, "identifier les patients fréquentant l'atelier" peut aussi bien servir le but "identifier les personnes qui peuvent aider le patient dans une situation difficile" que le but "maîtriser les conflits dans les situations de travail en équipe".

Dans d'autres cas, l'ergothérapeute recourt à des modèles de pratique ou à des cadres de référence suffisamment précis et élaborés pour définir les compétences à traiter, les objectifs à atteindre et les moyens possibles. Il lui suffit alors dans son plan de traitement de choisir, parmi les objectifs proposés par les modèles retenus, ceux qui lui semblent satisfaire aux buts qu'il a fixés. Dans ces cas, on retrouve dans la formulation des objectifs généraux la formulation ésotérique des modèles de pratique. L'exemple de plan de traitement que nous présenterons au sous-chapitre de la page 63 le montre. Dans ce type de plan de traitement, on voit que les buts sont surtout spécifiques au client alors que les objectifs généraux sont moins spécifiques au client mais bien plus aux modèles de pratique choisis. Les objectifs généraux correspondent davantage aux généralités et aux abstractions qu'énoncent les troubles ou les déficits du client qu'à ses difficultés observables ou communiquées par lui.

Les objectifs généraux suggèrent les moyens de traitement, c'est-à-dire des techniques ou des activités et des procédures à suivre pour parvenir à les atteindre. Par exemple, l'objectif général "enfiler ses vêtements dans le bon ordre" suggère d'exercer l'habillement et de réaliser des activités concrètes constituées d'une succession de séquences concrètes laissant des traces. Par exemple des collages. Les moyens suggérés par les objectifs généraux sont plus clairs lorsqu'ils sont liés à des modèles de pratique très développés que lorsqu'ils sont liés à des cadres de référence vagues ou essentiellement théoriques.

Dans un traitement, les objectifs généraux ne peuvent pas être tous atteints simultanément. Dans la plupart des cas, l'atteinte de certains objectifs est requise pour que le patient parvienne à d'autres objectifs. Dans un plan de traitement, les objectifs généraux sont souvent rédigés dans l'ordre dans lequel ils devront être réalisés. Ainsi les premiers en liste sont des objectifs généraux intermédiaires et les derniers en liste sont des objectifs généraux terminaux.

Les relations entre finalités, buts et objectifs généraux dans une intervention thérapeutique ne sont pas simples. Nous avons évoqué plusieurs façons de les concevoir. Nous n'en avons pas fait le tour, notamment parce qu'une méthode valide et efficace pour concilier la méthode par objectifs issue de la pédagogie et les buts ou les objectifs proposés par les modèles de pratique communément utilisés en ergothérapie nécessiteraient des travaux de recherche. Pour clarifier nos propos concernant la planification de traitement, nous avons choisi de présenter deux exemples. Le premier ne contient qu'un plan de traitement, il suit ce sous-chapitre. Le second viendra après l'exposé du programme de traitement; il contient un plan et le programme qui lui correspond.

Exemple de plan de traitement: domaine de la pédiatrie

Jacques a neuf ans. Il présente une diplégie spastique sur difficultés néo-natales. Il suit la troisième année et est bien intégré dans sa classe. C'est un enfant souriant et très vif, ayant un comportement adéquat et réalisant d'excellentes performances lorsqu'il n'est pas trop distrait.

Jacques a deux heures d'ergothérapie par semaine.

Finalité du traitement

Que Jacques puisse s'intégrer au maximum dans le parcours "normal" des enfants de son âge sur les plans de l'indépendance, de la scolarité et de la vie sociale.

Buts

1. Jacques pourra écrire régulièrement sur une ligne en faisant tous les caractères à l'endroit.
2. Jacques agira de façon efficace et précise, en position debout, en coordonnant les deux membres supérieurs.

Objectifs généraux

Que Jacques soit capable de:

- Préciser les deux espaces gauche et droite et par là achever de construire son axe corporel. Il décidera ainsi clairement, pour chaque activité, quelle est la main qui agit et quelle est celle qui tient.
- Utiliser aussi sa vision périphérique (sans lunettes).
- Maintenir une position assise correcte avec contrôle des reports de poids, redressement du tronc et placement adéquat du papier.
- Stabiliser son poignet pour écrire (main dans le prolongement de l'avant-bras).
- Garder l'équilibre lorsqu'il est debout.
- Diminuer le nombre de ses appuis en position debout (aucun ou un seul).
- En position debout, effectuer les reports de charge adaptés à l'activité en coordonnant finement les deux hémicorps ainsi que les membres supérieurs et inférieurs.
- Mieux connaître ses possibilités réelles afin d'oser affronter une difficulté à sa portée.
- Pouvoir se concentrer vingt à trente minutes sur une activité.

Le programme de traitement

Le programme de traitement spécifie comment et dans quelles conditions l'ergothérapeute entend atteindre les buts et les objectifs généraux du traitement. Il précise les techniques et les principes de traitement à employer. Il qualifie le genre d'activités à proposer au client. Il détermine le cadre spatial et le cadre temporel dans lequel l'intervention thérapeutique aura lieu. Il délimite la part du traitement qui aura lieu en groupe et celle que le client réalisera avec l'ergothérapeute seulement.

Les principes de traitement

Un principe de traitement est une règle ou une généralisation portant sur des relations entre les concepts d'un modèle de pratique ou d'un cadre de référence. Les principes de traitement justifient les stratégies d'intervention du thérapeute en spécifiant pourquoi faire telle ou telle

chose dans l'exécution du traitement (Krefting, 1985). Par exemple, un modèle développemental contient le concept de l'acquisition des performances au cours du développement selon des séquences fixes. Il contient aussi le concept selon lequel l'individu apprend au travers de sa propre action. Ce modèle développemental admet pour principe la proposition aux clients de tâches successives hiérarchisées selon le critère du stade de développement qu'elles nécessitent pour être réalisées.

Les principes de traitement peuvent être très généraux ou très spécifiques. Certains concernent beaucoup de modèles de pratique. C'est le cas du principe donné en exemple au paragraphe précédent. D'autres sont très spécifiques. Par exemple, le principe selon lequel on augmente la force musculaire dans des exercices moteurs en augmentant la résistance, est spécifique à un cadre bio-mécanique. Les principes de traitement préconisés par différents modèles s'opposent parfois entre eux, s'excluant l'un l'autre. Par exemple, les principes du Bobath excluent ceux de la bio-mécanique.

Les principes de traitement ont parfois une légitimation scientifique, l'expérimentation ayant alors prouvé leur validité. La plupart des principes n'ont que des preuves empiriques: le dosage de l'échec et de la réussite, le dosage des stimuli, le recours à des activités signifiantes pour le client, etc. Ces principes restent néanmoins largement utilisés et utilisables (Reed, 1980). En effet, si les thérapeutes ne devaient recourir qu'à des principes dont on a la preuve scientifique de leur efficacité, ils n'agiraient jamais.

Les techniques de traitement

Les techniques de traitement sont les stratégies d'intervention proposées par les modèles de pratique. Elles spécifient comment procéder pour effectuer l'intervention. Les techniques sont liées aux principes de traitement. Ces derniers les rationalisent. Un thérapeute bien armé au plan technologique est capable de décrire comment il procède dans sa pratique de tous les jours pour parvenir aux objectifs.

Les techniques de traitement comme les principes issus de différents cadres de référence peuvent se combiner entre eux ou s'exclure mutuellement: les techniques de contrôle de la spasticité selon Bobath autori-

sent la fourniture d'un fauteuil roulant, elles écartent le travail actif contre résistance.

Les techniques de traitement ont évolué au cours du temps parallèlement à l'évolution des cadres de référence en ergothérapie. Selon certains auteurs, les changements au plan technologique sont moins grands que ceux survenus au plan conceptuel. Ces auteurs regrettent que les techniques demeurent les composantes les moins développées des modèles de pratique. Ils souhaitent que la recherche en ergothérapie aille dans ce sens. Nous le souhaitons également. Il nous est en effet, comme ergothérapeute, bien plus difficile de décrire ce qu'il faut faire concrètement dans une situation donnée, que de dire pourquoi il faut agir.

La différence entre technique et principe de traitement est facile à comprendre. C'est celle qu'il y a entre le comment et le pourquoi. Par contre, dans la formulation, il s'avère généralement ardu de repérer cette différence. Lorsqu'on parle, par exemple, de dosage de la consigne, cela évoque un principe selon lequel la consigne doit être adéquate par rapport aux capacités du client pour qu'il puisse la comprendre. Cela évoque aussi l'ensemble des techniques permettant cette adéquation: disposition du matériel, démonstrations, indications verbales, subdivision de la tâche, guidance, etc. La difficulté de différencier entre techniques et principes montre notamment les relations d'interdépendance qu'entretiennent la théorie et la pratique. Dans la rédaction d'un programme de traitement, nous estimons cependant souhaitable de distinguer les principes des techniques de traitement. En particulier si plusieurs techniques sont possibles pour un même principe. S'agissant de notre exemple ci-dessous, l'ergothérapeute précisera quelles techniques il emploiera pour doser la consigne.

Lorsque la mise en oeuvre d'une technique de traitement nécessite l'emploi d'un matériel spécial, le programme le mentionne. Par exemple un standing ou une orthèse.

Les activités

L'activité est le moyen privilégié de l'ergothérapie. Le programme de traitement caractérise les activités qui serviront de moyens dans l'intervention. Ces activités seront conformes au cadre théorique défini par les cadres de référence et conformes et aux principes de traitement

choisis. Les activités permettront la mise en oeuvre des techniques de traitement sélectionnées. Elles permettront d'atteindre les buts et les objectifs généraux. Elles doivent recevoir l'aval du patient, c'est-à-dire lui paraître légitimes par rapport aux buts qu'on lui a communiqués et sur lesquels il est d'accord. Enfin, ces activités seront réalisables dans le contexte de pratique spécifique de l'ergothérapeute qui les propose.

Le thérapeute, en programmant son intervention, n'est pas dans l'obligation d'énumérer les activités à entreprendre. Il peut se contenter de les caractériser le choix intervenant alors au cours de l'exécution du traitement. Cette caractérisation est possible en fonction des domaines d'activité. Le thérapeute précise, par exemple, que dans l'exécution du traitement il privilégiera les activités de soins personnels. L'ergothérapeute peut aussi énoncer le genre d'activités qu'il proposera: des jeux didactiques, des activités artisanales, des exercices moteurs, etc. La spécification des activités est aussi réalisable par rapport aux fonctions de l'individu: activités favorisant la motricité globale, la manipulation fine, l'intégration des informations perceptives, la coordination des hémispaces, la résolution de problèmes, etc. La caractérisation des activités est aussi possible selon ce qu'on appelle parfois les dimensions phénoménologiques des activités: des tâches simples, courtes, répétitives, occupant beaucoup d'espace, très structurées, etc. Encore une fois, ce sont les modèles de pratique qui proposent ces différentes façons de percevoir et d'analyser les activités.

Le thérapeute choisit généralement plusieurs genres d'activités suivant les objectifs de traitement et les ressources du client. Il peut recourir à différentes façons de caractériser les activités dans le cadre d'une même prise en charge. Cela dépend du nombre de modèles de pratique qu'il emploie pour ce cas.

Si le thérapeute a comme objectif de traitement la restauration d'une performance dans une tâche précise et qu'il estime nécessaire de la rétablir par son exercice, il énonce cette tâche dans le programme. Par exemple, si on a comme but de traitement la restauration de la capacité à s'habiller et qu'on estime que l'habillage doit être exercé, on spécifie dans le programme qu'une des activités déjà choisie est l'habillage.

Le contexte spatio-temporel du traitement

Dans sa programmation de traitement, l'ergothérapeute désigne les lieux de traitement, la durée supposée de celui-ci, la fréquence et la durée des séances. S'il prévoit des changements dans l'espace ou dans le temps, il le mentionne.

Le thérapeute énonce aussi l'ordre de ses préférences dans le choix des activités ou des autres moyens de traitement. Par exemple, il dit que dans un premier temps il proposera des activités courtes, structurées et contraignantes puis, peu à peu, des activités plus longues avec un degré de liberté supérieur.

Si les techniques choisies nécessitent un aménagement spécial de l'environnement, le programme de traitement le mentionne. Par exemple le recours à un local offrant le moins de stimulations possibles.

Le caractère individuel ou communautaire de l'intervention

Un programme de traitement spécifie si l'intervention se déroulera totalement dans un face à face thérapeute-patient ou si elle aura lieu dans le cadre d'un groupe. Une intervention peut être prévue dans les deux circonstances. Le choix d'une situation individuelle ou de groupe dépend des buts de traitement, des modèles de pratique choisis et des contextes institutionnels. Les deux situations ne sont pas interchangeables. On voit mal, par exemple, comment conduire un réapprentissage de l'activité de se laver en dehors d'une situation la plus privée possible. A l'opposé, il est impossible de favoriser une rétroaction par des pairs s'ils sont absents.

Un traitement individuel permet d'être plus précis, de mieux contrôler la situation. Il est indiqué chaque fois que le client est incapable de réaliser la tâche prescrite sans l'aide soutenue de l'ergothérapeute. Un traitement en groupe est indiqué lorsque le thérapeute souhaite développer ou entraîner la socialisation. Il est nécessaire lorsque le thérapeute cherche à s'appuyer sur les interactions entre les clients pour parvenir aux buts. Dans un traitement en groupe, l'ergothérapeute maîtrise moins bien qu'en individuel le déroulement de la thérapie. Cette moindre maîtrise offre de plus grandes possibilités d'autonomie au client mais elle comporte quelques risques, notamment celui qu'un des clients devienne le bouc-émissaire du groupe.

Il existe plusieurs types de groupes. Des groupes parallèles: les clients sont réunis dans un même local mais ils effectuent des activités différentes. Des groupes associatifs: les clients réalisent côte à côte des activités semblables; ils coopèrent ou ils sont en compétition pour une partie de leurs tâches. Des groupes coopératifs: les clients effectuent ensemble une tâche commune. Ces groupes varient principalement selon le nombre et la qualité des interactions entre leurs membres. Dans les groupes parallèles, l'ergothérapeute est à même de diriger individuellement chaque patient. A l'opposé, dans les groupes coopératifs, l'ergothérapeute n'est qu'une ressource en cas de difficulté, il ne participe pas directement au groupe.

Les principes et les techniques de traitement en ergothérapie en groupe sont moins élaborés que les principes et les techniques des traitements individuels. Ils sont pourtant plus anciens mais l'émergence puis la prédominance du modèle médical en ergothérapie les a longtemps évincés. Actuellement, en relation avec la réinterprétation de quelques idées à la base de l'ergothérapie et à la recherche d'une approche plus globale, le groupe redevient à la mode. Il est aussi mieux théorisé (Howe, 1986).

Au cours d'une prise en soins, la collaboration entre le client et le thérapeute varie. Elle est souvent d'abord étroite puis plus distante et plus souple, permettant ainsi au client une prise progressive d'indépendance. Ainsi l'ergothérapeute propose fréquemment d'abord une prise en soins individuelle puis une prise en soins en groupe; tout au moins si l'organisation de l'ergothérapie dans l'institution qui l'emploie le permet. Le lecteur comprendra que, quant à nous, nous militons pour que les ergothérapeutes puissent et sachent offrir des situations de groupe et des situations individuelles.

Ajoutons que le groupe n'est pas la seule façon de favoriser l'indépendance dans une intervention. Le thérapeute peut aussi, dans le cadre d'une prise en charge individuelle, laisser le client agir seul et n'effectuer qu'une vérification occasionnelle du travail réalisé par le client.

Exemple de traitement: domaine de la physiothérapie

Cet exemple comprend quelques données générales sur la cliente et le recueil de données puis l'organisation et l'interprétation des données, puis la planification du traitement. Cet exemple montre dans un cas particulier comment le thérapeute a réalisé des liens entre l'analyse des données et la planification du traitement. Il montre aussi les relations entre le plan et le programme de traitement.

Données générales

La cliente est une femme de soixante-huit ans, veuve. Elle a été victime d'un accident vasculaire cérébral. Elle est hospitalisée dans un centre de rééducation. Auparavant, elle vivait depuis quelques années dans une maison de retraite où elle était autonome pour ses soins personnels. La cliente souffre d'un hémisyndrôme moteur et sensitif gauche, d'une hémianopsie et de désorientation spatio-temporelle. La finalité de la rééducation est le retour dans sa pension. Le traitement présenté a été mis au point cinq semaines après l'accident vasculaire cérébral. Le recueil des données a duré une semaine.

Le recueil des données a été axé sur l'évaluation des gênes dans des tâches de soins personnels: les déplacements, les transferts, la toilette, l'habillage. Les fonctions sensori-motrices ont été évaluées selon un modèle neurodéveloppemental. La perception de l'espace a été évaluée. Les aspects socio-affectifs ont été investigués grâce à des entretiens.

Organisation et interprétation des données

Le problème moteur: l'hypotonie encore présente du membre inférieur gauche et du tronc limite le contrôle de la position debout et assise. Assise elle penche à gauche. Debout, elle doit se tenir. La marche avec un contrôle sur les hanches est très laborieuse. Le membre inférieur gauche cède en flexion. La spasticité du membre supérieur gauche empêche une utilisation fonctionnelle de la main. Le poignet est en flexion, la main fermée. Elle mobilise l'épaule et le coude suffisamment pour ramener son bras sur ses genoux ou pour déplacer en les poussant des objets sur une table. La préhension est laborieuse. La manipulation n'est pas fonctionnelle. Elle réalise l'habillage, le déshabillage et la toilette en station assise avec beaucoup d'aide: assise, elle chute en

avant; debout, elle doit se tenir avec sa main droite, ce qui empêche toute autre action. La patiente n'est pas dépourvue de capacités de compensation. A l'habillage, en particulier, elle adopte spontanément ou sur indication de ma part des stratégies permettant d'enfiler un vêtement avec une main invalide. Les transferts sont réalisés avec l'aide d'un tiers qu'elle tient à la ceinture scapulaire.

Le problème sensitif: l'hypoesthésie contribue au mauvais contrôle des positions assise et debout, de la marche et de l'utilisation fonctionnelle du membre supérieur gauche. Plus l'action demandée est précise, plus les gênes apparaissent: elle saisit grossièrement une balle de tennis; elle ne manipule pas un couteau de table.

Le problème sensoriel: du fait de son hémianopsie, la patiente ne perçoit pas spontanément les objets placés sur sa gauche. Elle commence cependant à compenser par une exploration visuelle organisée.

Le problème affectif: la désorientation spatio-temporelle dont il est fait mention dans le dossier médical ne correspond pas, selon moi, à un déficit. L'attitude et les propos de la patiente permettent plutôt de relier le fait qu'elle s'égaré dans l'hôpital au brutal changement de cadre (lieux, organisation temporelle, personnes) de vie de la patiente. Celle-ci exprime très clairement son désir de retrouver sa pension et ses habitudes et dit tout aussi clairement son malaise, voire son anxiété, face à son actuel lieu de vie et à sa situation.

Synthèse

L'évolution déjà enregistrée permet d'envisager un pronostic favorable.

Les progrès envisageables sur les plans sensori-moteurs et fonctionnels, le désir et l'attitude de la patiente, l'accord de la pension, permettent d'envisager à moyen ou à court terme un retour à la situation de vie antérieure, soit dans sa maison de retraite.

Afin de rendre possible ce retour, une double approche thérapeutique est nécessaire: rééducative et réhabilitative, axée sur la maîtrise des activités de la vie quotidienne telle qu'elle est nécessaire dans sa pension.

Les problèmes sensoriels, moteurs et sensitifs seront traités simultanément. Le problème affectif ne sera pas traité en soi. A mon avis, il

disparaîtra dès que la cliente ayant fait quelques progrès réalisera elle-même qu'elle pourra retourner chez elle.

Planification du traitement

Plan de traitement

Finalité: autonomie dans les activités quotidiennes en vue d'un retour en pension.

Buts

- se déplacer en fauteuil roulant,
- se lever et s'asseoir,
- passer d'une chaise à l'autre, du lit au fauteuil, du fauteuil aux WC,
- faire sa toilette,
- s'habiller et se déshabiller,
- marcher sur de petits trajets,
- manger sans aide.

Objectifs généraux: elle sera capable de:

- contrôler la position assise (la marche est traitée en physiothérapie surtout)
- se mobiliser dans les différents plans en station assise,
- réactions d'équilibre adéquates,
- réactions d'appui adéquates,
- maîtriser les transferts de face, de côté avec un passage en station debout,
- contrôler la position debout,
- contrôler la position du bras gauche (épaule, coude, poignet),
- utiliser son bras gauche comme bras d'aide,
- développer les possibilités de manipulation du bras droit,
- coordonner les deux bras dans des manipulations d'objets,
- explorer l'hémichamp visuel gauche,
- organiser l'espace d'activité,
- maîtriser le fonctionnement du fauteuil roulant,
- suivre les procédures permettant de se déshabiller et de s'habiller en station assise avec un côté plégié.

Programme

Principe et technique:

- régulation et contrôle du tonus postural par des positions d'inhibition,
- régulation et contrôle des gestes par des techniques d'inhibition et de facilitation proprioceptives,
- respect de la loi proximal/distal,
- progressivité des exercices suivant le développement neuro-moteur,
- recours aux techniques de placing et de tapping,
- emploi de matériel auxiliaire: standing, ustensiles adaptés, fauteuil roulant, gant de toilette,
- recours à du matériel disposé dans les deux hémichamps visuels,
- stimulation sensorielle et sensitive par des matériaux, des pressions, des positions variées.

Activités:

- des exercices moteurs d'abord en station assise, puis debout,
- des activités de la vie quotidienne comprenant dès le début de l'exécution du traitement habillage, déshabillage, toilette et conduite à table,
- des jeux de société ou des activités artisanales selon le désir de la patiente.

Cadre:

L'entraînement aux activités de la vie quotidienne aura lieu tous les jours dans sa chambre, dans sa salle de bains et à la salle à manger aux heures habituellement prévues pour ces tâches.

Les exercices, les jeux ou les activités seront réalisées trois fois par semaine pendant une demi-heure à l'atelier d'ergothérapie.

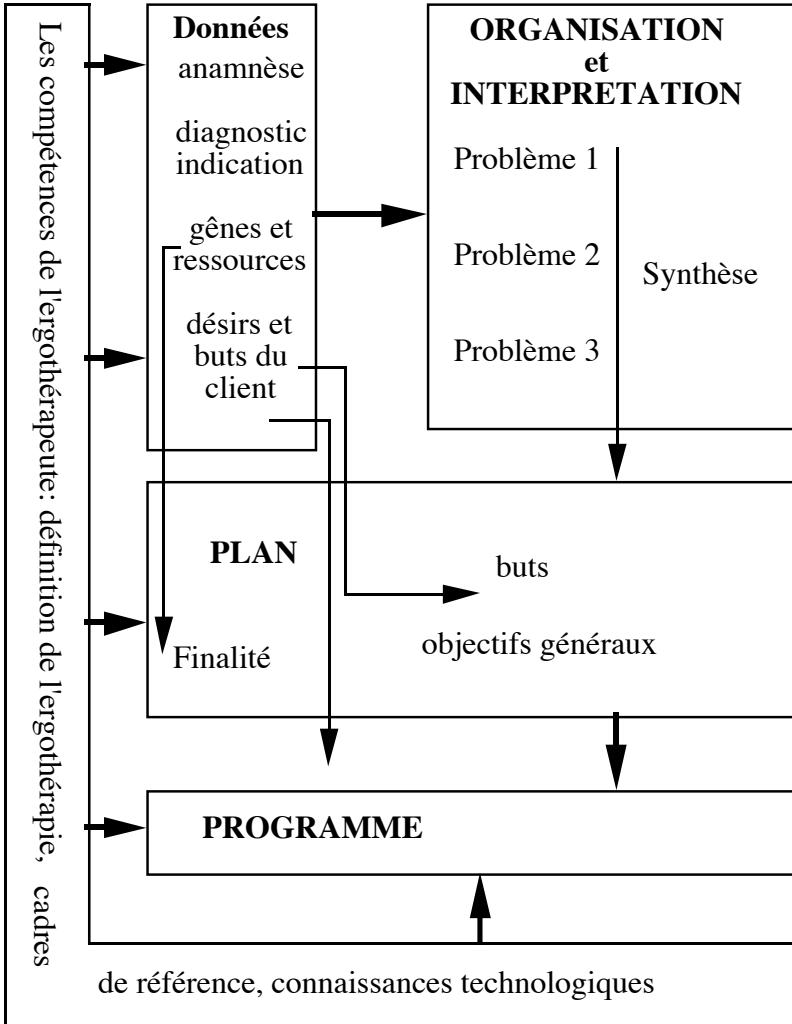
Situation:

Le traitement sera individuel.

Conclusion

La planification du traitement est une phase courte dans le processus de l'ergothérapie. Elle est essentielle parce qu'elle permet de commencer la phase d'exécution en sachant exactement ce qu'on vise et approximativement comment y parvenir.

Fig. 3.2 Le processus de l'ergothérapie *relations entre les compétences de l'ergothérapie, le recueil de données, l'organisation et l'interprétation des données, le plan et le programme*



Elle libère ainsi l'esprit du thérapeute qui, durant la suite de l'intervention, pourra plus facilement s'adapter ou adapter ses moyens de traitement aux propos, aux désirs, aux affects, à l'évolution du client.

Au cours de l'exécution du traitement, le plan permettra de situer rapidement l'évolution du patient en fonction des buts à atteindre. Une planification soigneusement rédigée facilite aussi en fin de traitement l'évaluation sommative.

Nous avons, dans notre texte, présenté l'évaluation formative et la planification du traitement comme s'ils se suivaient l'un et l'autre. Sans doute le lecteur aura-t-il remarqué que ces phases ne sont pas aussi linéaires que la succession des chapitres 2 et 3 ne le laisse supposer. Par exemple, la finalité est l'une des premières informations que le thérapeute obtient. A certains égards, l'évaluation formative et la planification du traitement sont plutôt parallèles que successives. Le schéma 3.2 de la page 74 montre cette organisation parallèle.

Cette figure est volontairement réductionniste. Elle n'explicite que les liens qui nous paraissent les plus importants. Le temps, contrairement à la figure 1.1, y est représenté sur une horizontale. Avant le début du traitement, il y a les connaissances de l'ergothérapeute, elles sont mobilisées peu à peu au cours de la prise en soins. Au début du traitement, l'ergothérapeute obtient des informations, dont la finalité et une partie des activités qu'il devra privilégier dans l'exécution du traitement. L'ergothérapeute, au terme de son recueil de données, construit les problèmes du client en organisant et en analysant partiellement les informations. De ces problèmes découlent immédiatement une partie des objectifs généraux et des moyens de les atteindre. Après avoir constitué les problèmes, l'ergothérapeute les synthétise et définit les priorités du traitement. Les buts apparaissent peu à peu tout au long du processus d'évaluation: certains découlent directement de la finalité ou des gênes et des ressources du client; d'autres apparaissent avec l'organisation et l'interprétation des données. Les objectifs généraux sont spécifiés et leur nombre augmenté au fur et à mesure que les buts sont posés. Le solde du programme apparaît aussi parallèlement aux buts et aux objectifs généraux.

Chapitre 4

L'exécution du traitement

L'exécution du traitement est la phase d'intervention proprement dite. L'ergothérapeute, en appliquant le programme construit à la phase précédente, se propose d'atteindre les objectifs généraux et les buts du traitement. Cette phase est la plus longue d'un processus de soins. Elle se déroule essentiellement en présence du client.

On pourrait penser qu'il n'y a pas beaucoup à dire du point de vue du processus de soins sur cette phase puisqu'il ne s'agit que d'exécuter ce qui a préalablement été élaboré. Nous n'en croyons rien, principalement pour deux raisons:

L'exécution du traitement est essentiellement une collaboration entre un client et son thérapeute. Les deux partenaires négocient fréquemment une partie de l'intervention, notamment les moyens proposés, les objectifs spécifiques aux moyens choisis, le cadre spatio-temporel de l'intervention. Ainsi, si cette phase est surtout centrée sur l'action, sur la pratique, sur les techniques, elle ne va pas sans un nombre impressionnant de réflexions et de théorisations autant de la part du thérapeute que du client. Notre texte ne présentera cependant ces négociations que du point de vue de l'ergothérapeute. Traiter de l'évolution des représentations que le client se fait de l'ergothérapie au cours de l'intervention et de la façon dont il agit sur l'ergothérapeute serait une autre étude.

De plus, en dehors de tous les aspects explicitement négociés entre le client et le thérapeute, ce dernier réfléchit beaucoup durant son intervention. Il détermine continuellement quelles activités il peut proposer, quels objectifs spécifiques à ces activités il peut construire, quelles aides il doit fournir au client, quelles adaptations il doit apporter au déroulement d'une séance en fonction de l'état psychique et physique momen-

tané du client. Ainsi les pratiques quotidiennes des ergothérapeutes sont loin de n'être que de la mise en oeuvre de techniques préalablement choisies. Elles sont une théorisation constante de ce qui est perçu, laquelle permet les modifications nécessaires et permanentes des actions du thérapeute. Le thérapeute, dans sa pratique de tous les jours dans les séances de traitement, est une "machine à penser". Son effort cognitif n'est cependant pas forcément reconnu comme tel par lui et par son entourage, d'une part parce qu'il est routinier et d'autre part parce qu'il est peu visible. Ce qui se voit, c'est plus l'action que la façon dont elle est dirigée.

Ces considérations sur le rôle du client dans l'intervention et sur l'importance de la réflexion du thérapeute dans la direction des séances de traitement nous conduisent à aborder dans ce chapitre le choix des activités, les objectifs spécifiques, l'analyse de l'activité, l'adaptation de l'activité puis le déroulement d'une séance d'ergothérapie et, enfin, le rôle de l'observation durant l'intervention.

Le choix des activités

L'éventail des activités possibles en ergothérapie est à priori très vaste. Les activités sont souvent sélectionnées au fur et à mesure de l'évolution de l'exécution du traitement. Leur choix est cependant limité par les objectifs généraux et les buts de l'intervention. Les activités choisies doivent en effet permettre leur réalisation. Le choix est aussi limité par le contexte institutionnel dans lequel l'ergothérapeute travaille, notamment parce que tous les services d'ergothérapie ne sont pas équipés pour toutes les activités ou parce que certaines activités ne sont pas considérées comme ayant des vertus thérapeutiques par la plupart des soignants du secteur hospitalier. Par exemple, la teinture sur soie est choquante dans un service de chirurgie de la main.

En ergothérapie, le client bénéficie de liberté dans le choix des activités. S'il a compris et accepté son handicap comme les possibilités de l'ergothérapie, il est capable de proposer lui-même les activités à entreprendre. L'ergothérapeute devient alors un conseiller et une aide dans l'exécution de la tâche. On dit alors que l'ergothérapeute guide le

client tout en se laissant guider par lui. Malheureusement, un tel degré de compliance entre le client et l'ergothérapeute est rare. Ce dernier est bien souvent contraint de convaincre son client de l'utilité de telle ou telle tâche, voire de la nécessité du traitement. Le thérapeute se trouve alors dans une situation périlleuse quant à la poursuite de l'intervention car, en dernière analyse, c'est le client qui, en refusant ou en acceptant d'effectuer les activités proposées, décide de la suite de l'intervention.

La plupart des théoriciens de l'ergothérapie indiquent que les propositions d'activités doivent être accordées aux intérêts et aux valeurs du client. Nous croyons avec Allen (1987) que ce moyen de convaincre est bien maigre. Le handicap, la maladie, l'hospitalisation réduisent considérablement les conditions d'existence du sujet. Pour lui, plus rien de ce qui allait auparavant de soi n'est naturel. Ainsi ses propres valeurs, ses intérêts passés sont souvent très loin d'être des ressources suffisantes pour affronter ici et maintenant sa situation et s'engager dans un processus actif de rétablissement de son fonctionnement. L'écoute attentive, l'attente, l'ingéniosité dans les propositions, la confiance que l'ergothérapeute accorde dans l'aide que lui fournissent des tiers, demeurent souvent, pour un temps, les seuls "moyens" de l'ergothérapeute.

En fin de compte, lorsque le patient prend la décision de passer aux actes et de se lancer dans les activités offertes ou de proposer des activités, c'est qu'elles lui paraissent avoir une signification et de l'importance par rapport à l'amélioration de sa situation. Malheureusement, il est fort difficile de savoir en quoi une activité devient, ou est, signifiante pour un individu (Thibodeaux, 1980). Des variables contextuelles et anamnestiques interviennent mais déterminer avec sûreté comment elles interviennent demeure illusoire. Il y a ainsi dans un traitement une large part d'incompréhensible; l'ingéniosité du thérapeute dans les propositions d'activités renvoyant à une analyse probabiliste de ce qui pourrait convenir.

Les objectifs spécifiques

Lorsqu'une activité est choisie, l'ergothérapeute doit pouvoir définir les objectifs qu'il veut que le client atteigne à travers sa réalisation. Ces objectifs sont spécifiques à la tâche choisie et aux difficultés que le client rencontrera en l'effectuant.

Au plan de la définition, un objectif est dit spécifique ou opérationnel s'il décrit en termes de comportements observables vers quoi tend l'exécution d'une tâche. Les objectifs spécifiques sont le moins équivoques possibles. Ils sont centrés sur les capacités du client à effectuer quelque chose dans l'activité choisie. Par exemple, préparer une omelette aux champignons d'après une recette rédigée ou ramasser avec la main plégée des objets posés sur le plan de travail et les déposer à terre.

Jusqu'ici nous avons considéré que la position des objectifs spécifiques suit le choix des activités. Il arrive qu'au contraire elle le précède. L'ergothérapeute détermine d'abord des objectifs spécifiques puis il cherche une activité qui leur soit compatible. Ceci facilite pour l'ergothérapeute la proposition au client d'une activité bien définie sur laquelle il peut argumenter en lui montrant quels objectifs bien particuliers elle permet d'atteindre. Par exemple, les objectifs spécifiques: "être capable de se pencher en avant et de se redresser dans son fauteuil roulant" justifie l'activité: "saisir un ballon posé sur ses genoux et le rouler à l'ergothérapeute".

Lorsque le thérapeute détermine les objectifs spécifiques avant de choisir les activités, il les construit en démultipliant les objectifs généraux en autant d'objectifs spécifiques qu'il le juge nécessaire. Par exemple, s'agissant de l'objectif général "contrôler la position assise" tiré de l'exemple présenté en page 70, l'ergothérapeute avait fixé les objectifs opérationnels suivants:

- se pencher en avant et se redresser depuis sa chaise roulante
- se pencher du côté droit et se redresser depuis sa chaise roulante
- se pencher du côté gauche et se redresser depuis sa chaise roulante
- rectifier une position pathologique sur indication des soignants
- conserver une position assise correcte avec appui du dos
- conserver une position assise correcte sans appui du dos

- auto-évaluer la position de son tronc et des ceintures pelviennes scapulaires
- rectifier sans consigne sa position assise.

Cet exemple nous conduit à formuler trois remarques. Premièrement, les objectifs spécifiques cités ne seront pas atteints simultanément; certains sont donc intermédiaires par rapport à d'autres. Deuxièmement, les objectifs opérationnels choisis concourent aussi à la réalisation d'autres objectifs généraux de cette prise en soins. Troisièmement, la liste de ces objectifs spécifiques n'est pas exhaustive. Cette dernière remarque est importante. Elle signifie, qu'en situation clinique, on ne cherche pas l'exhaustivité dans l'énumération des objectifs spécifiques des traitements. On détermine seulement ceux qui paraissent indispensables au choix des techniques de traitement.

Lorsque la position des objectifs spécifiques suit le choix des activités, ceux-ci sont en relation avec les objectifs généraux par l'intermédiaire des activités. Chacune représente une possibilité de viser un ou plusieurs objectifs généraux. Plusieurs activités ou plusieurs répétitions de la même activité sont alors nécessaires pour la réalisation d'un objectif général. L'ensemble des objectifs spécifiques des activités d'une prise en soins ne sont dans ce cas qu'une démultiplication partielle des objectifs généraux. Cette démultiplication est toutefois suffisante pour parvenir aux objectifs généraux.

Le fait que la position des objectifs spécifiques précède ou suive le choix des activités dépend principalement du client et des modèles de pratique sélectionnés. Si le client, usant de la liberté que lui donne l'ergothérapeute, propose des activités, la position des objectifs suit son choix. Si, au contraire, il n'est pas capable de déterminer ce qu'il veut faire, le thérapeute doit proposer des activités en fonction d'objectifs spécifiques qu'il a préalablement élaborés. L'exécution du traitement est dans ce second cas beaucoup plus dirigée par l'ergothérapeute que dans le premier cas. Les modèles de pratique ont une influence dans la mesure où certains sont plus explicites et plus complets sur la position des objectifs, alors que d'autres sont plus étoffés quant à l'énumération des activités possibles. Par exemple, les modèles dominés par la kinésio- logie ou les théories de B. Bobath conduisent plus facilement à la

position d'objectifs spécifiques que les modèles influencés par les théories psychodynamiques. Les modèles génériques construits sur une conception totalisante de l'individu et de son interaction avec l'environnement se prêtent plus facilement à une position des objectifs qui suit le choix des activités. Un des grands principes de ces modèles étant justement de laisser beaucoup de liberté au client dans le choix des activités.

Ajoutons encore que certains traitements sont si précis que la position des objectifs spécifiques peut être posée à la suite de la position des objectifs généraux dans le cadre du plan de traitement. Cette situation se présente lorsque le client souffre de troubles moteurs spécifiques et que l'ergothérapeute dispose d'un modèle de pratique très spécialisé et spécifique aux troubles dont le client est atteint. Il en va par exemple ainsi des rééducations à l'habillage pour les hémiplegiques.

L'analyse de l'activité

Le choix de l'activité étant effectué, l'ergothérapeute analyse cette activité afin de la conduire de sorte que sa réalisation apporte au client l'effet attendu.

L'analyse est d'abord structurale (voir page 42). L'ergothérapeute énumère les opérations à exécuter selon le degré de précision qui lui paraît le plus efficace. Il décrit, si nécessaire, plus précisément les opérations qui lui paraissent problématiques. Il détermine le matériel et les instruments indispensables. Surtout, il imagine les alternatives, qu'elles portent sur le matériel, les instruments ou les opérations. Il choisit les lieux dans lesquels l'activité se déroulera et il en détermine la durée.

L'analyse est ensuite orientée sur les fonctions que la réalisation de l'activité mettra en oeuvre. Celle-ci est plus particulièrement centrée sur les fonctions dont l'activité est sensée permettre l'amélioration pour le patient en question. Kielhofner (1985) parle ici d'analyse clinique de l'activité: on analyse par exemple l'activité sous l'angle des mouvements et des positions, de sa programmation, des capacités sensorielles indispensables à sa réussite, des possibilités d'interaction, de ses risques

d'échec. Ici encore ce sont les modèles de pratique qui permettent de définir des critères d'analyse, voire qui les proposent.

Lorsqu'une activité est déterminée par le client, les analyses structurales puis cliniques de l'activité permettent la position des objectifs. Elles favorisent aussi la recherche des aménagements matériels ou des adaptations de l'activité que le thérapeute doit faire afin que le client puisse l'effectuer et atteindre les objectifs spécifiques. Lorsque l'activité est choisie en fonction des objectifs spécifiques, cela oblige le thérapeute à réaliser les analyses de plusieurs activités susceptibles de conduire le client aux objectifs opérationnels, puis de se décider pour l'une d'entre elles.

On peut, avec raison, se demander comment l'ergothérapeute fait dans le cadre de l'exécution de son traitement pour, sur un temps très court, choisir ou proposer des tâches, en fixer les objectifs, les analyser. En fait, et sauf pour les étudiants en ergothérapie qui sont en situation d'apprentissage, ces diverses opérations sont essentiellement mentales. Par exemple, si une personne décide de faire du rotin, son ergothérapeute analyse immédiatement l'activité, définit les objectifs et négocie l'objet à réaliser avec elle en moins de cinq minutes; il ne rédige pas une ligne. Fréquemment, cependant, l'ergothérapeute dispose de quelques minutes avant l'arrivée d'un client pour réfléchir à sa séance de traitement et déterminer ce qu'il veut faire, comment et pourquoi. Il peut alors noter rapidement les activités choisies ou possibles, leurs objectifs, leurs analyses et les moyens qu'il se propose d'utiliser pour accompagner le client dans son action.

L'adaptation de l'activité

Les ergothérapeutes maîtrisent un ensemble de connaissances leur permettant d'adapter le choix comme l'aménagement ou le déroulement de l'activité aux caractéristiques de leurs clients. Cette compétence est considérable chez les ergothérapeutes; elle leur est aussi relativement spécifique.

L'adaptation dans le choix de l'activité signifie que l'ergothérapeute propose d'abord des tâches simples puis des tâches plus difficiles. L'ergothérapeute donne aux termes "simple" et "difficile" le sens qui

leur convient par rapport à son évaluation formative, à ses objectifs de traitement et à son programme. Cela signifie en particulier dans l'ordre normal d'acquisition des habiletés qu'elles soient sensorielles, motrices, cognitives, affectives ou sociales. L'ergothérapeute propose également d'abord des tâches qu'il estime convenir au client compte tenu du contexte dans lequel il vit et de sa culture. Lorsque la confiance est établie, il se permet de proposer des tâches moins adaptées à la culture du patient mais plus spécifiques au traitement.

L'adaptation du déroulement de l'activité recouvre un ensemble de principes et de techniques visant à faciliter l'acquisition d'une performance ou simplement la réalisation d'une activité. Les moyens auxiliaires représentent un moyen de facilitation de la réalisation d'une activité. Des techniques telles que le dosage de la consigne, la guidance, le recours à l'imitation concernent aussi l'adaptation de l'activité. Toutes les modifications de la tâche portant sur la disposition du matériel et des instruments, sur la complexification ou la simplification des opérations sont des adaptations dont les principes directeurs sont ceux des modèles de pratique qui les proposent.

L'adaptation adéquate d'une activité comme la mise en évidence de son potentiel d'adaptabilité est rendue possible par l'analyse structurale.

Le déroulement de la séance d'ergothérapie

Une séance d'ergothérapie se subdivise en trois phases de longueur inégale: une phase de préparation ou d'orientation, une phase d'activité proprement dite ou de développement, une phase finale (Projet ergothérapie/thérapie d'animation 1982; Hopkins, 1978).

La phase de préparation comprend la préparation de la séance en dehors de la présence du patient, c'est-à-dire le choix de l'activité ou des propositions d'activités, la position des objectifs spécifiques, le choix des techniques de traitement, la planification spatiale et temporelle de la séance, la disposition du matériel, l'invitation de tiers s'ils sont requis. La phase de préparation se poursuit en présence du client.

L'ergothérapeute donne les explications indispensables. Il saisit l'état d'esprit et l'état physique momentané du patient afin de pouvoir y ajuster son intervention (Turner, 1978). Au besoin, il effectue un

traitement préliminaire en vue de permettre l'action. Par exemple, des manipulations normalisant le tonus.

La phase d'activité correspond à l'accomplissement de l'action par le patient aidé du thérapeute dans les conditions déterminées au préalable. Le thérapeute utilise les techniques qu'il a sélectionnées pour parvenir aux objectifs comme pour adapter l'activité. Il veille à ce que les objectifs spécifiques soient atteints ou tout au moins que les résultats aillent dans leur sens. La phase finale clôt la séance. Il est important que le patient soit conscient que la fin de la séance approche. Celle-ci peut être annoncée. Elle peut être assujettie à la fin naturelle d'une tâche ou à un arrêt prévu de l'activité ou des exercices. La phase finale comprend souvent une discussion à propos de la séance ou du traitement en général. Elle contient toujours des propositions plus ou moins élaborées pour la séance suivante; ces propositions facilitent la préparation de la prochaine séance.

L'observation durant l'intervention

Le thérapeute, durant l'exécution du traitement, observe l'action du patient afin d'ajuster son propre comportement aux informations qu'il lui fournit en permanence. Cette observation est bien plus que dans le recueil de données une observation-participation (Missiuna, 1987). Elle porte à la fois sur le comportement du patient et sur celui du thérapeute de sorte que l'ergothérapeute puisse savoir à quelles conditions, avec quelles aides le patient devient efficace.

Cette observation-participation prend tout son sens lorsque des conseils doivent être donnés à des tiers, qui assumeront une prise en charge du patient dans sa vie de tous les jours. Cette information à des tiers est l'une des fonctions des ergothérapeutes. Elle est rendue possible par les compétences des ergothérapeutes à propos de l'adaptation des activités aux gênes et aux ressources des clients.

Cette observation amène des informations sur l'évolution du client quant à la perception qu'il a de sa maladie, des traitements ou de ses propres ressources. Ces informations sont importantes notamment pour déterminer des articulations entre les différentes prises en charge dont il est l'objet et pour définir le suivi des interventions.

Ces observations sont capitales pour déterminer l'évolution du traitement. Elles facilitent l'évaluation sommative. Elles permettent d'imaginer le rendement des prestations fournies, soit les résultats réels hors thérapie de l'intervention ergothérapeutique.

Ces observations sont d'autant plus utiles que les ergothérapeutes prennent la peine de les consigner par écrit.

Conclusion

Nous avons, dans ce chapitre, montré en quoi la pratique quotidienne de l'ergothérapie est autant théorique que technologique. Nous avons souligné le fait que les réflexions du thérapeute sont peu visibles, notamment en raison de la rapidité avec laquelle les décisions sont prises durant les séances de traitement. Cette rapidité indispensable en pratique clinique pour que le traitement puisse tout simplement avoir lieu produit des effets pervers non négligeables: on ne sait pas vraiment pourquoi le traitement est efficace ou inefficace; on ne sait pas si les décisions prises étaient les meilleures; on oublie ce qu'on a fait ou pourquoi on l'a fait... Ces effets pervers ont des conséquences néfastes sur l'évaluation sommative et sur l'évaluation générale de la qualité des prestations fournies en ergothérapie. Ces effets ne peuvent être que partiellement dépassés par une meilleure planification des séances et par des moyens d'observation plus lourds tels la présence d'un observateur, ou des moyens audio-visuels. Nous disons, partiellement, parce que le temps durant lequel la séance se déroule ne peut ni être suspendu pour permettre à l'ergothérapeute de réfléchir, ni être remis à zéro pour que l'ergothérapeute puisse recommencer sa séance différemment.

Prendre plus de temps pour planifier les séances, en fixer plus précisément le déroulement avant l'arrivée du client favorise l'observation et facilite les décisions durant l'intervention parce que le thérapeute a pensé aux différentes éventualités. Cependant d'aucuns ont maintes fois expérimenté que la planification des séances devient vite rigide; qu'elle enlève plus de souplesse qu'elle n'en ajoute et qu'en fin de compte ils ont effectué tout un travail de préparation qui s'est avéré temporellement coûteux et inefficace dans l'intervention.

Améliorer la validité des interventions en ergothérapie nous semble impossible à réaliser dans le cadre des traitements eux-mêmes pour les raisons que nous venons d'évoquer. Les ergothérapeutes ont pour cela besoin de recherches cliniques, lesquelles devraient être conduites par des ergothérapeutes.

Chapitre 5

L'évaluation sommative

L'évaluation sommative est la dernière phase du processus de l'ergothérapie. Elle concerne la mesure des résultats de l'intervention. Elle permet d'arrêter le traitement ou de le modifier. Elle favorise la communication entre divers soignants à propos de l'évolution des différents traitements qu'ils effectuent.

Il est impossible de préciser quand l'évaluation sommative d'une intervention doit être réalisée. Parfois elle est nécessaire après quelques séances seulement, parfois plusieurs mois s'écoulent entre l'évaluation formative et l'évaluation sommative. Lorsqu'une prise en soins est très longue, elle comprend plusieurs évaluations sommatives.

Quels que soient les délais entre les diverses évaluations dont les traitements font l'objet, leurs résultats doivent être consignés par écrit et datés. Ces traces écrites facilitent une prise de distance dans les interventions, notamment dans les cas chroniques où les interventions finissent par devenir trop routinières.

La procédure de réévaluation

Plusieurs procédés sont utilisés, souvent conjointement, pour mesurer les résultats du traitement:

L'ergothérapeute peut reprendre ses notes sur les objectifs spécifiques atteints, en se demandant si cela signifie que les objectifs généraux sont atteints. Si c'est le cas et que le plan de traitement est bien fait, alors cela indique que les buts sont atteints.

L'ergothérapeute peut faire repasser les épreuves auxquelles il avait soumis le patient lors de l'évaluation formative et comparer les résultats actuels aux résultats précédents. Cette procédure permet la mesure de

l'évolution si les constats sont en plus rapportés aux objectifs généraux ou aux buts de traitement.

Enfin, l'ergothérapeute peut soigneusement analyser les notes qu'il a prises à la fin des séances de traitement. Cette procédure permet de mesurer les résultats tout en répondant à la question de savoir comment l'évolution a eu lieu. L'évaluation obtenue est alors plus formative que sommative car elle dépasse largement la comparaison entre des constats ou la simple sommation des objectifs généraux. Elle fournit des indications importantes si l'intervention doit être modifiée (Association canadienne des ergothérapeutes, 1986).

Quels que soient les moyens choisis pour recueillir les informations pertinentes et pour les analyser, l'évaluation sommative débouche sur des résultats. Tous les buts peuvent être atteints, certains peuvent l'être et d'autres partiellement ou pas du tout. L'état du client peut être resté stationnaire ou avoir évolué. Le thérapeute doit alors décider de la suite à donner au traitement. Il peut interrompre le traitement, le poursuivre sans modifications ou, au contraire, changer son plan ou son programme. Changer son traitement signifie qu'il doit chercher les raisons pour lesquelles il est en situation d'échec complet ou partiel.

Les résultats ne sont pas forcément faciles à mettre en évidence. Nous avons vu au sous-chapitre de la page 36 que bien des sphères d'action de l'individu ne sont pas évaluables dans le contexte de l'ergothérapie. Certains programmes ne peuvent pas être évalués au moment où un patient va quitter une institution hospitalière; notamment les programmes de prévention. Les résultats sont mesurés en présence du thérapeute. Il est possible que lorsque celui-ci disparaîtra, le patient décide de ne plus se conformer à ce qui était attendu de lui en traitement. Souvent, l'ergothérapeute ajoute à son évaluation objective du traitement une évaluation plus subjective; soit ce qu'en fin de compte il pense de l'avenir du client et de ce qu'il convient de faire.

Les conséquences des résultats des traitements

Les facteurs qui influencent les résultats des traitements sont multiples. Ils peuvent être attribués au travail de l'ergothérapeute, à l'évolution de la maladie du patient ou à des facteurs externes. Par facteurs

externes nous entendons les autres traitements, ou des changements dans la situation sociale ou affective du client. En fait, il n'est pas possible d'attribuer des résultats avec certitude à l'ergothérapie. On pourrait établir des liens entre les résultats et le traitement si on disposait d'un modèle, de méthodes et de techniques statistiques appropriés pour contrôler, analyser ou déceler les facteurs influençant les résultats. Ça n'est pas le cas (Association canadienne des ergothérapeutes, 1987).

Lorsque les résultats sont mauvais, l'ergothérapeute doit se demander si son traitement a été effectué correctement. A cette fin, il reprend le processus de l'ergothérapie en interrogeant d'abord l'exécution du traitement, puis le programme, puis le plan, puis l'organisation et l'interprétation des données, puis le recueil de données. Chaque fois, il se demande si les raisonnements ont été corrects, si des éléments n'ont pas été omis, si les liens entre les phases sont clairs. S'il perçoit une erreur, il réorganise son traitement en en tenant compte. Il peut alors être conduit à refaire une analyse des données, un plan ou un programme de traitement. La même procédure est suivie lorsque des informations supplémentaires de nature à bouleverser le traitement adviennent en cours d'intervention.

L'évaluation sommative ne facilite pas seulement la modification du traitement, elle permet aussi l'organisation de la fin du traitement et la mise en place d'un éventuel suivi du client par d'autres services.

Conclusion

Le lecteur aura constaté que ce que nous avons écrit à propos de l'évaluation sommative est pauvre surtout comparativement à ce que nous avons écrit sur l'évaluation formative. Cette pauvreté a, à notre avis, deux causes principales: premièrement, les imprécisions du processus de l'ergothérapie dans l'évaluation formative, dans la planification du traitement et dans l'exécution du traitement s'accroissent, elles rendent difficile l'évaluation finale du traitement. Deuxièmement, les ergothérapeutes, jusqu'à ces dernières années, se sont beaucoup plus intéressés à l'évaluation formative qui leur permet d'agir en connaissance de cause qu'à l'évaluation sommative dont l'intérêt est moins grand pour l'intervention elle-même que pour les suites de la prise en

soins; lesquelles se déroulent généralement sans l'ergothérapeute qui a effectué le traitement.

Aujourd'hui, les ergothérapeutes doivent faire un effort pour développer la mesure des résultats des interventions. Des résultats de traitement correctement évalués et soigneusement notés sont un atout précieux pour la collaboration interprofessionnelle sans laquelle l'identité du client et la compréhension de ce qui lui arrive sont bafoués. La mesure des résultats des traitements favorise aussi l'évaluation de l'ergothérapie elle-même: en comparant les effets des interventions ergothérapeutiques sur une population de clients souffrant de la même affection, on peut évaluer les possibilités de l'ergothérapie s'agissant du traitement de l'affection considérée. A l'heure où les usagers et les employeurs demandent aux professionnels de la santé de rendre des comptes sur l'intérêt et la qualité de leurs prestations, des recherches cliniques sur l'évaluation des traitements seraient bienvenues.

BIBLIOGRAPHIE

(1) ALLEN, Claudia K., Activity: Occupational Therapy's Treatment Method, 1987, Eleanor Clarke Slagle lecture, (in) AJOT, september 1987, vol. 41, no. 9, pp. 563-575.

(2) Association canadienne des ergothérapeutes, De la mesure des résultats en ergothérapie, Association canadienne des ergothérapeutes, Ottawa, 1987.

(3) Association canadienne des ergothérapeutes, Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client, Rapport d'un groupe de travail mis sur pied par l'Association canadienne des ergothérapeutes et la Direction des services de santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, 1983.

(4) Association canadienne des ergothérapeutes, Lignes directrices régissant l'intervention en ergothérapie axée sur le client, Rapport d'un groupe de travail mis sur pied par la Direction générale des services de la promotion de la santé ministère de la santé nationale et du bien-être social et l'Association canadienne der ergothérapeutes, Ottawa, 1986.

(5) Association suisse des ergothérapeutes, Ergothérapie: textes du projet ergothérapie-thérapie d'animation 1978-1982, Zürich, Association suisse des ergothérapeutes, 1982.

(6) BERG, Sharan L., A Functional Approaches to Group Work in Occupational Therapy, Philadelphia: Lippinco H. Company, 1986.

(7) BUNGE, Mario, L'observation(in) textes de base en psychologie. Travaux réunis par M.P. Michiels-Philippe, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1984, pp. 47-59.

(8) CHRISTENSEN Sonja; KELEMEN, Edith, Am stram gram: réflexions sur la décision médicale, Lausanne: Ecole d'études sociales et

pédagogiques, Ecole d'ergothérapie, 1981.

(9) FONTAINE, France, Les objectifs d'apprentissage, Université de Montréal, Service pédagogique, 1977.

(10) HAMELINE, Daniel, Les objectifs pédagogiques, E.S.F., Paris, 1985.

(11) HANSEN Ruth. A.; KAMP, Linda et al., Two Practitioners' Analyses of Occupational Therapy Practice Dilemmas, (in) American Journal of occupational Thérapy, may 1988, vol. 42, no. 5, pp. 312-319.

(12) HENDERSON, Anne, Occupational Therapy Knowledge: From Practice to theory, 1988, Eleonor Clarke Slagle Lecture (in) American Journal of occupational Therapy, September 1988, vol. 42, no. 9, pp. 567-576.

(13) HOLENWEG, Marie-Laure; DUBRIT, Suzette, Les stratégies de lutte contre la douleur, Lausanne, Ecole d'études sociales et pédagogiques, Ecole d'ergothérapie, 1984.

(14) HOPKINS, Helen H.; SMITH, Helen D., Willard and Spackman's Occupational Therapy, 5th Edition, Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1978.

(15) HOPKINS, Helen H.; SMITH, Helen D., Willard and Spackman's Occupational Therapy, 7th Edition, Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1988.

(16) KIELHORNER, Gary, A model of Human Occupation: Theory and application, Baltimore: Williams and Wilkins, 1985.

(17) KIELHORNER, Gary; BARRIS, Roann, Organization of Knowledge in Occupational Therapy: A proposal and a Survey of the Litterature (in) The Occupational Therapy Journal Research, Vol. 6, no. 2, March/April 1986, pp. 67-84.

(18) KREFTING, Laura Harvey, The Use of conceptual Models in Clinical Practice (in) Canadian Journal of occupational Therapy, vol. 52, no. 4, octobre 1985, pp. 173-178.

(19) MISSIUNA, Cheryl, Dynamil Assessment: A model for Broadening Assessment in occupational Therapy (in) Canadian Journal of occupational Therapy, février 1987, pp. 17-21.

(20) MOLES, Abraham; ROHNER, Elisabeth, Théorie des actes: vers une écologie des actions, Casterman, 1977.

(21) PELLAND, Mary Jo, A conceptual Model for the Instruction and Supervision of Treatment Planning, (in) American Journal of occupational Therapy, June 1987, Vol. 41, no. 6, pp. 351-359.

(22) REED, Kathleen, a) Models of Practice in occupational Therapy, Baltimore; Williams and Wilkins, 1984.

(23) REED, Kathleen L., b) Understanding Theory; the first step in Learning about Research, (in) Am. Journ. of Occupational Therapy, october 1984, vol. 38, no. 10, pp. 677-682.

(24) REED, Kathleen; SANDERSON, Sharon, Concept of Occupational Therapy, Baltimore; Williams & Wilkins, 1980.

(25) ROGERS, Joan C., Eleonor Clarke Slagle Lectureship - 1983; CLinical reasoning: The Ethics, Science, and art, (in) American Journal of occupational Therapy, septembre 1983, vol. 37, no. 9., pp. 601-616.

(26) ROGERS, Joan; MASAGATANI Gladys, Clinical Reasoning of Occupational Therapist During the initial Assessment of Physically Disabled Patients, (in) The occupational Therapy Journal of Research, Vol. 2, no. 4, october 1982, pp. 196-218.

(27) SHAW, Carol, The Interview Process, (in) HEMPHILL, Barbara, The Evaluative Process in Psychiatric Occupational Therapy, Thorofare, Slack 1982, pp. 15-42.

(28) THIBODEAUX, Carol, S; LUDWIG, Ferol, M., Intrinsic Motivation in Product-Oriented and non Product-Oriented Activities, (in) American Journal of occupational Therapy, March 1988, vol. 42, no. 3, pp. 169-175.

(29) TURNER, Ann, The Practice of Occupational Therapy: an introduction to the Treatment of Physical dysfunction, Edimburgh, Chruchill Livingtone, 1987.

(30) WEST, Wilma L., A Reaffirmed Philosophy and Practice of occupational Therapy for the 1980's, (in) American Journal of occupational Therapy, January 1984, VOI. 38, no. 1, pp. 15-23.