

45

LES CAHIERS

# DÉMARCHES ET RAISONNEMENTS EN ERGOTHÉRAPIE

SYLVIE MEYER

éesp

école d'études sociales et pédagogiques · Lausanne  
haute école de travail social et de la santé · Vaud

Hes-so  
Haute école spécialisée  
de Suisse occidentale

## DÉMARCHES ET RAISONNEMENTS EN ERGOTHÉRAPIE

# DÉMARCHES ET RAISONNEMENTS EN ERGOTHÉRAPIE

**SYLVIE MEYER**

Ergothérapeute

Maîtrise en sciences infirmières

Professeure HES ÉÉSP Lausanne

**Haute école de travail social et de la santé – ÉÉSP-Vaud**

L'École d'Études sociales et pédagogiques de Lausanne publie régulièrement des études et travaux réalisés par ses enseignant·e·s, chargé·e·s de cours et diplômé·e·s. Ces ouvrages illustrent ses divers domaines d'activité, de recherche et d'enseignement, à l'intention de ses ancien·ne·s étudiant·e·s, des professionnel·le·s de l'action sociale et des milieux intéressés.

Le comité d'édition éesp : Suzy Ducraux, Pierre Gobet, Robert Frund, Gil Meyer, Paola Richard-De Paolis, Jean-Pierre Tabin

Coordinatrices financières : Myriam Jorio, Rose-Marie Kolly  
Secrétariat d'édition : Susy Ducraux

Maquette : Tassilo Jüdt, [www.tassilo.ch](http://www.tassilo.ch)  
Mise en page : Éditions Antipodes, [www.antipodes.ch](http://www.antipodes.ch)  
Correction: Claude Paré, Lausanne

Diffusion auprès des libraires:

En Suisse:

Albert le Grand Diffusion SA, av. de Beaumont 20, 1700 Fribourg

Hors de Suisse :

CID, bd Saint-Michel 131, 75005 Paris

2<sup>e</sup> édition 2010, © 2007, Les Cahiers de l'ÉESP,  
ch. des Abeilles 14, CH-1010 Lausanne  
[www.eesp.ch](http://www.eesp.ch)  
ISBN 978-2-88284-051-6



école d'études sociales et pédagogiques  
Lausanne

L'École d'Études sociales et pédagogiques à Lausanne est une fondation au sens des articles 80 et ss. du Code civil suisse, reconnue d'utilité publique, inscrite dans le réseau de la Haute École spécialisée de la Suisse occidentale (HES.SO).

Haute école professionnelle dispensant des formations de niveau tertiaire extra-universitaire, l'éésp bénéficie depuis 1972 d'une assise conventionnelle romande qui a contribué à son rayonnement, lui permettant d'accomplir les missions inscrites dans les statuts de la Fondation : formation de base, perfectionnement et recherche.

L'éésp réalise la formation initiale et continue, la recherche et les prestations de services indispensables au développement de ses filières HES :

- Travail social, avec les orientations en animation socioculturelle, en éducation sociale et en service social ;
- Ergothérapie.

Dans ses trois bâtiments, l'école dispose d'auditoires, de salles de cours et de réunion, d'ateliers, pour plus de 700 étudiant·e·s en formation initiale. Un vaste centre de documentation ouvert au public, comprenant bibliothèque et vidéothèque, ainsi que des locaux spécifiques accueillant l'Unité de formation continue et l'Unité de recherche-prestations de service occupent le reste de l'espace.

Pour plus d'informations sur l'éésp, visitez le site : [www.eesp.ch](http://www.eesp.ch)

L'information sociale romande se trouve sur les sites :

[www.socialinfo.ch](http://www.socialinfo.ch) et [www.guidesocial.ch](http://www.guidesocial.ch)

## REMERCIEMENTS

Nous remercions l'Association suisse des ergothérapeutes (ASE) pour le soutien qu'ils ont apporté à cette publication.

Cet ouvrage doit beaucoup aux étudiantes en ergothérapie, qui, au fil des années à travers leurs expériences en formation pratique et leurs tentatives tantôt réussies tantôt moins abouties d'associer entre elles les connaissances multiples et contradictoires acquises en cours et de les mettre en relation avec leurs expériences professionnelles, m'ont conduite à devoir expliquer, justifier, argumenter mes propos.

Mes plus vifs remerciements vont à Martine Bertrand et à Gil Meyer, les collègues qui ont longuement revu le manuscrit.

Ces pages doivent aussi beaucoup aux discussions, débats, et quelquefois querelles, à propos de l'ergothérapie que j'ai pu avoir tant dans le petit monde de l'ergothérapie en Suisse que plus largement.

Merci à : Virginie Bertschi, Miguel Brea, Bernard Cavin, Jennifer Creek, Adèle Diday, Michèle Deschamps, Élisabeth Dutil, Catherine Écuyer, Joaquim Faias, Manuela Ferreira, Hetty Fransen, Piercarlo Gaia, Sarah Kantartzis, Nicolas Kühne, Marie-José Manidi, Isabel Margot, Christiane Mentrup, Viviane Messiaux, Marie-Chantal Morel-Bracq, Marie-Thérèse Nieuwesteeg, Martine Paban, Geneviève Pépin, Hilde Pitteljon, Johanna Stadler-Grillmaier, Sylvie Tétreault, Silvia Verna, Malou Zaugg.

# TABLE DES MATIÈRES

.....	INTRODUCTION .....	11
I	L'ERGOTHÉRAPIE .....	13
.....	DÉFINITIONS DE L'ERGOTHÉRAPIE .....	14
.....	LES VALEURS PROFESSIONNELLES .....	18
.....	HISTOIRE .....	21
.....	LES ORIGINES DE L'ERGOTHÉRAPIE .....	21
.....	LA STRUCTURATION DE LA PROFESSION .....	24
.....	LE DÉVELOPPEMENT .....	26
.....	L'ÉTAT ACTUEL .....	29
.....	LES CONCEPTS CENTRAUX DE L'ERGOTHÉRAPIE .....	30
.....	L'OCCUPATION ET L'ACTIVITÉ .....	31
.....	OCCUPATION ET ACTIVITÉ, L'UNIVERS DU « FAIRE » .....	34
.....	LA PERSONNE .....	38
.....	PRINCIPE OPÉRATOIRE .....	40
.....	LA CENTRATION SUR LE CLIENT .....	42
.....	L'ENVIRONNEMENT .....	45
.....	SYNTHÈSE : VERS LA COMPLEXITÉ .....	48

II	LE PROCESSUS DE L'ERGOTHÉRAPIE	51
	UNE DÉMARCHE PROFESSIONNELLE PARTIELLEMENT SPÉCIFIQUE	52
	UNE DÉMARCHE NON LINÉAIRE	55
	L'ÉVALUATION FORMATIVE	56
	ÉVALUATION INITIALE	57
	APPROFONDIR L'ÉVALUATION	61
	LE PROFIL OCCUPATIONNEL	62
	LES PERFORMANCES OCCUPATIONNELLES	66
	LA POSITION DES PROBLÈMES	75
	LA PLANIFICATION DU TRAITEMENT	81
	LE PLAN DE TRAITEMENT	81
	LE PROGRAMME DE TRAITEMENT	88
	L'EXÉCUTION DU TRAITEMENT	90
	LA GRADATION DE L'INTERVENTION	90
	L'ORGANISATION DES SÉANCES	93
	LA GESTION ÉMOTIONNELLE DE L'INTERVENTION	96
	L'ÉVALUATION DES PROGRÈS	96
	L'ÉVALUATION SOMMATIVE	97
	LA MESURE DES RÉSULTATS	98
	LA CLÔTURE DE L'INTERVENTION	100
	CONCLUSION	101
III	QUATRE DÉVELOPPEMENTS RÉCENTS	103
	PARADIGME, CADRES DE RÉFÉRENCE ET MODÈLES DE PRATIQUE	104
	LE PARADIGME	104
	LES CADRES DE RÉFÉRENCE	107
	LES MODÈLES DE PRATIQUE	109

..... LA PRATIQUE CENTRÉE SUR LE CLIENT .....	115
..... LES CONCEPTS DE LA PRATIQUE CENTRÉE SUR LE CLIENT .....	115
..... LA DÉMARCHE CENTRÉE SUR LE CLIENT .....	117
..... LES LIMITES DE LA PRATIQUE CENTRÉE SUR LE CLIENT .....	119
..... LES INSTRUMENTS D'ÉVALUATION .....	120
..... L'INTÉRÊT DES INSTRUMENTS DE MESURE .....	121
..... LE CHOIX DES INSTRUMENTS DE MESURE .....	123
..... POUR QUOI FAIRE ? .....	124
..... COMMENT UTILISER LES INSTRUMENTS .....	127
..... LES QUALITÉS MÉTROLOGIQUES OU PSYCHOMÉTRIQUES .....	130
..... LA FIDÉLITÉ OU LA FIABILITÉ .....	131
..... LA PRATIQUE SCIENTIFIQUEMENT FONDÉE .....	139
..... LE DÉVELOPPEMENT DE LA PRATIQUE PROBANTE .....	139
..... LES BUTS ET LES DOMAINES DE LA PRATIQUE PROBANTE .....	140
..... LA PROCÉDURE DE RECHERCHE DES PREUVES .....	142
..... CONCLUSION .....	150
<b>IV ... LE RAISONNEMENT CLINIQUE .....</b>	<b>153</b>
..... DÉFINITION .....	154
..... LA VARIÉTÉ DU RAISONNEMENT CLINIQUE .....	155
..... LES DEUX FACES DU RAISONNEMENT CLINIQUE .....	158
..... RAISONNER SCIENTIFIQUEMENT .....	161
..... LE RAISONNEMENT DIAGNOSTIQUE .....	161
..... LE RAISONNEMENT PROCÉDURAL .....	165
..... LES FORMES ANTIPOSITIVISTES DU RAISONNEMENT PROFESSIONNEL .....	168
..... LE RAISONNEMENT INTERACTIF .....	170
..... LE RAISONNEMENT CONDITIONNEL .....	172

..... LE RAISONNEMENT ÉTHIQUE .....	175
..... LE RAISONNEMENT PRAGMATIQUE .....	177
..... LE RAISONNEMENT NARRATIF .....	178
..... POUR CONCLURE : L'ART, LA SCIENCE ET L'ÉTHIQUE .....	180
..... BIBLIOGRAPHIE .....	183
..... GLOSSAIRE .....	201

# INTRODUCTION

**I**l y aura bientôt vingt ans, le besoin de rédiger un court manuel présentant la démarche de l'ergothérapie et destiné aux étudiants dans ce domaine se faisait sentir. Nous avons alors rédigé *Le processus de l'ergothérapie* (1990). Aujourd'hui, la nécessité d'un manuel s'attachant à la description et à la compréhension des procédures auxquelles les ergothérapeutes recourent dans leur intervention et pouvant servir de support de cours réapparaît. Le « processus de l'ergothérapie » a donc subi un profond remaniement. Ce nouveau texte reprend non seulement la démarche professionnelle, mais montre aussi en quoi elle est influencée par quelques courants de pensée récents en ergothérapie.

Le premier chapitre présente l'ergothérapie telle qu'elle est conçue actuellement par nombre d'auteurs dans divers ouvrages. Le chapitre suivant décrit la démarche professionnelle qui permet de mener une intervention de l'arrivée de la demande à la fin du traitement à travers quatre étapes. Le troisième chapitre met en évidence quatre phénomènes qui nous paraissent influencer fortement la démarche : les modèles ou les cadres de références, la pratique centrée sur le client, les instruments de mesure et la pratique scientifiquement fondée. Enfin, le dernier chapitre est destiné à l'exposé des raisonnements qui sous-tendent la démarche professionnelle. Les chapitres sont conçus de manière à ce qu'ils puissent

être lus indépendamment les uns des autres. Le lecteur peut ainsi commencer sa lecture là où bon lui semble. Un lecteur qui s'engage dans la lecture du tout fera par contre face à un certain nombre de répétitions.

Soulignons que ce livre ne s'attache pas aux usages locaux de l'ergothérapie tels qu'ils existent en Suisse, mais plutôt à des concepts internationalement diffusés. Face au peu de littérature en français dans le domaine de l'ergothérapie, il paraissait en effet nécessaire de proposer un texte qui expose des idées qui sont relativement peu accessibles aux étudiants – et sans doute aux professionnels aussi – car il faut un temps considérable pour lire les volumineux textes de base permettant de saisir les démarches et les enjeux actuels de l'ergothérapie. Il n'est pas sûr que nous y soyons parvenue, mais au moins nous avons voulu ce texte aussi documenté que possible. Le lecteur trouvera toutefois en consultant les ouvrages de référence des développements beaucoup plus élaborés, montrant la complexité des démarches professionnelles en ergothérapie.

## L'ERGOTHÉRAPIE

**A**u terme de ce chapitre, le lecteur disposera d'une définition de l'ergothérapie qui place l'occupation au centre de la profession, et qui définit la participation sociale grâce aux occupations comme finalité aux interventions. Il saura à qui s'adresse l'ergothérapie. Il connaîtra les valeurs humanistes sur lesquelles la profession assoit ses démarches. Il comprendra le développement historique de l'ergothérapie à travers trois périodes clés et saisira les origines européennes et américaines de la profession, tout comme le rôle qu'ont joué le traitement moral en psychiatrie et les guerres mondiales en médecine physique. Il appréhendera les concepts centraux de l'ergothérapie que sont la personne, l'occupation et l'environnement, ainsi que les relations que ces concepts entretiennent entre eux et la place qu'occupe le traitement dans le complexe personne-environnement-occupation. Il fera une différence entre l'occupation et l'activité, et il comprendra les relations entre les fonctions corporelles, les habiletés de la personne, les performances et les occupations. Il disposera d'une représentation d'un des principes opératoires de l'ergothérapie qui fait correspondre les caractéristiques de la personne à celles de l'activité.

## DÉFINITIONS DE L'ERGOTHÉRAPIE

L'ergothérapie est une profession aux confins de la santé et du social. Les ergothérapeutes ont pour tâche principale de soutenir des personnes, des familles, des groupes ou des populations dans la réalisation des occupations courantes qu'elles veulent ou doivent mener lorsque celles-ci sont altérées par les conséquences d'une maladie, d'un accident, de troubles du développement ou du vieillissement. Ces répercussions négatives, d'intensité variable, s'inscrivent dans l'environnement physique et social et dans le contexte culturel des usagers.

14

Les moyens de traitement privilégiés de l'ergothérapie sont l'activité intentionnelle et volontaire de l'utilisateur, ainsi que la modification et l'organisation des environnements matériels et sociaux dans lesquels lui et ses proches vivent, travaillent et réalisent des loisirs. L'intervention suit une démarche clinique de résolution de problèmes établie en collaboration étroite avec l'utilisateur qui comprend des phases d'évaluation de l'utilisateur et de son environnement, d'établissement d'objectifs et de moyens d'intervention, puis de mesure des résultats.

La profession, comme la formation qui donne accès à son exercice sont, dans de nombreux pays, fortement structurées et largement convergentes de sorte que les définitions de la profession, les concepts et les valeurs qui la sous-tendent, ainsi que les rôles professionnels assumés par les diplômés sont relativement semblables. Chaque association professionnelle nationale et de nombreux auteurs offrent des définitions de l'ergothérapie plus ou moins précises et élaborées. La fédération mondiale des ergothérapeutes en répertorie plusieurs dizaines (*World Federation of Occupational Therapy*, WFOT, 2005). Quelle que soit leur provenance, leur analyse montre de façon récurrente que par-delà les frontières politiques, le projet central de l'ergothérapie reste constant. Quelques exemples d'origine francophone :

L'Association suisse des ergothérapeutes (WFOT, 2005, p. 37).  
*L'ergothérapie est un traitement spécifique, basé sur des principes médico-psycho-pédagogiques ; l'étymologie de ce terme vient du grec « ergein » faire, travailler, agir. L'ergothérapie part du principe qu'agir est un besoin fondamental de l'homme et que l'action*

*possède des effets thérapeutiques. La planification et l'exécution des activités finalisées ne sont réalisables que grâce à une compréhension globale de l'individu. Une évaluation continue du déroulement du traitement permet à l'ergothérapeute d'adapter les activités finalisées aux exigences et aux progrès du patient (janvier 2003).*

La Fédération nationale belge des ergothérapeutes (WFOT, 2005, p. 8).

*L'ergothérapeute est le paramédical qui accompagne les personnes présentant un dysfonctionnement physique, psychique et/ou social en vue de leur permettre d'acquérir, de recouvrer ou de conserver un fonctionnement optimal dans leur vie personnelle, leurs occupations professionnelles ou la sphère de leurs loisirs, par l'utilisation d'activités concrètes s'y rapportant et tenant compte de leurs potentialités et des contraintes de leur environnement (mars 2005).*

15

L'Association canadienne des ergothérapeutes (WFOT, 2005, p. 10).

*Key roles of Occupational Therapists*

*Occupational therapists enable individuals, groups and communities to develop means and opportunities to identify, engage in and achieve desired potential in the occupations of life. The occupational therapist may provide direct services not only to individuals but may also perform functions as manager, researcher, program developer, educator as part of professional roles. Their clients may include agencies, organizations as well as individuals or groups (from the profile of occupational therapy in Canada, 2001) (mars 2005).*

*Les ergothérapeutes habilite les personnes, les groupes et les communautés à développer des moyens et des possibilités leur permettant de déterminer et d'atteindre, par l'engagement dans des occupations, le potentiel désiré. L'ergothérapeute peut non seulement offrir des services directs à des individus, mais il peut égale-*

*ment exercer les rôles de gestionnaire, de chercheur, de concepteur de programme ou d'éducateur dans le cadre de ses fonctions professionnelles. L'ergothérapeute peut compter parmi ces clients des individus, des groupes, des organismes ou des associations (Association canadienne des ergothérapeutes, ACE, 2002a, p. 4).*

L'Association nationale française des ergothérapeutes (WFOT, 2005, p. 15).

*Le but de l'ergothérapie est de favoriser le maintien ou l'accès au maximum d'autonomie des individus en situation de handicap et ceci dans leur environnement.*

*L'ergothérapeute intervient à plusieurs niveaux :*

- il rééduque l'individu afin d'améliorer les fonctions déficitaires et de favoriser la rééducation globale de la personnalité ;*
- il réadapte l'individu afin de développer les capacités résiduelles d'adaptation, de compensation, en tenant compte des éléments matériels et humains liés à son milieu de vie habituel ;*
- il conseille l'individu en difficulté et son entourage, mais aussi les entreprises, les collectivités locales, les différents acteurs de l'environnement, et propose des solutions pratiques pour favoriser l'intégration de la personne et un environnement accessible au plus grand nombre.*

16

*C'est par son outil thérapeutique spécifique, l'activité, dans ses différentes composantes motrices, sensorielles, psychologiques, socioculturelles, et par la spécificité de son aire d'intervention, le cadre de vie de tous les jours, que l'ergothérapeute est apte à œuvrer dans une perspective de réadaptation globale.*

Détraz M. C. et Coll., « Définition de l'Ergothérapie », in *Encyclopédie Méd. Chir.* – Éditions Techniques, Paris: France, 1992, 20 pages (novembre 2002).

La Fédération mondiale donne quant à elle la définition suivante (WFOT, 2005, p. 3).

*Occupational therapy is a profession concerned with promoting health and well being through occupation. The primary goal of*

*occupational therapy is to enable people to participate in the activities of everyday life. Occupational therapists achieve this outcome by enabling people to do things that will enhance their ability to participate or by modifying the environment to better support participation.*

*Occupational therapists have a broad education that equips them with skills and knowledge to work collaboratively with individuals or groups of people who have an impairment of body structure or function due to a health condition, and who experience barriers to participation.*

*Occupational therapists believe that participation can be supported or restricted by physical, social, attitudinal and legislative environments. Therefore, occupational therapy practice may be directed to changing aspects of the environment to enhance participation.*

*Occupational therapy is practiced in a wide range of settings, including hospitals, health centres, homes, workplaces, schools, reform institutions and housing for seniors. Clients are actively involved in the therapeutic process, and outcomes of occupational therapy are diverse, client-driven and measured in terms of participation or satisfaction derived from participation (Council meeting, 2004).*

17

On remarquera que la différence la plus importante est sans doute la terminologie. Le terme ergothérapie correspond aux termes « *occupational therapy* » en anglais. Le vocable « *thérapie occupationnelle* » n'a pas été choisi par les promoteurs français de l'ergothérapie à la fin des années 50 car le concept commun d'occupation renvoie à des activités ayant peu de sens et dont l'intérêt ne sert qu'à meubler le temps (Association nationale française des ergothérapeutes, ANFE, 2000). Néanmoins, toutes ces définitions soulignent l'importance que l'ergothérapie accorde à l'activité ou à l'occupation comme concepts professionnels centraux : c'est à travers les activités réalisables, désirées, exigées, altérées, compromises, impraticables, ... que l'ergothérapeute cherchera à comprendre ses usagers. C'est aussi en fournissant des opportunités d'action que l'intervention sera menée afin de favoriser, de recouvrer ou de maintenir l'indépendance et la participation sociale des personnes.

La proximité de ces diverses définitions peut sans doute s'expliquer de nombreuses manières et elle peut être saluée parce que cela permet à chacun d'entre nous de partager une « culture mondialisée » de l'ergothérapie et, partant, de s'y sentir intégré partout, créant ainsi d'importantes occasions de mobilité professionnelle. Cette homogénéité peut aussi être décriée parce qu'on peut y voir la mainmise de cultures dominantes, nord-américaines, auxquelles nous serions inféodés. Il est vrai que les publications américaines sont les plus nombreuses et que les Européens souffrent du morcellement provoqué par les très nombreuses langues mutuellement inintelligibles qu'ils parlent. Ils sont alors contraints de lire et de publier en anglais, eux aussi, ce qui marginalise d'autant les locuteurs ne parlant pas cette langue. Qu'on ne s'y trompe cependant pas, les valeurs partagées par les ergothérapeutes ne sont pas particulièrement américaines, elles sont simplement occidentales et elles trouvent largement leurs sources dans l'histoire européenne (Dubochet & Fragnière, 1979 ; Hagedorn, 2001 ; Wilcock, 2001).

18

#### EXERCICE 1

Prenez ou cherchez la définition de l'association professionnelle de votre pays et celle proposée par l'école d'ergothérapie locale.

Sont-elles identiques ?

Comment définissent-elles la spécificité de la profession, les buts de la profession, les usagers de l'ergothérapie, les prestations offertes, la procédure d'octroi des prestations et les moyens d'intervention ?

S'il y a des différences importantes, où résident-elles ? Peut-on rapporter ces différences aux pratiques locales de l'ergothérapie ou aux conceptions de l'ergothérapie localement dominantes ?

### LES VALEURS PROFESSIONNELLES

Les valeurs énoncent ce qui importe ou ce qui est considéré comme juste pour le corps professionnel (Fondiller, Rosage & Neuhaus, 1990). Elles sont un ensemble de convictions portant sur la personne, l'activité, la santé et la maladie ou encore l'octroi des prestations. En français, les valeurs les plus diffusées sont celles rédigées par l'Association canadienne des ergothérapeutes (2002b) :

## LES VALEURS ET LES CROYANCES DE L'ERGOTHÉRAPIE

Valeurs et croyances sur l'occupation.

*Les ergothérapeutes croient que l'occupation :*

- *donne sens à la vie ;*
- *est un élément déterminant du bien-être et de la santé ;*
- *permet d'organiser le comportement ;*
- *se développe et se transforme tout au long de la vie ;*
- *agit sur l'environnement et est transformée par celui-ci ;*
- *est une thérapie efficace.*

Valeurs et croyances sur la personne.

*Les ergothérapeutes croient que :*

- *la vie de toute personne est fondée sur l'occupation ;*
- *toute personne est unique ;*
- *toute personne a une valeur et une dignité intrinsèques ;*
- *toute personne a la capacité de faire des choix dans sa vie ;*
- *toute personne peut faire preuve d'autodétermination ;*
- *toute personne peut se consacrer à des occupations ;*
- *toute personne a un potentiel de changement ;*
- *toute personne est un être spirituel et social ;*
- *toute personne possède des habiletés diverses lui permettant de participer à des occupations ;*
- *toute personne agit sur son milieu et est influencée par celui-ci.*

19

Valeurs et croyances sur l'environnement.

*Les ergothérapeutes croient que :*

- *l'environnement est un terme général qui comprend des éléments culturels, institutionnels, physiques et sociaux ;*
- *la relation qui s'établit entre la personne et son environnement détermine l'organisation et le choix des occupations, le rendement occupationnel, ainsi que la satisfaction que la personne éprouve face à ses occupations.*

Valeurs et croyances sur la santé.

*Les ergothérapeutes croient que :*

- *La santé signifie beaucoup plus qu'une absence de maladie ;*

- *la santé est fortement influencée par la capacité d'une personne de choisir et de diriger ses occupations quotidiennes ;*
- *la santé d'une personne est associée à des dimensions personnelles telles que sa spiritualité et sa satisfaction face à des occupations et à des aspects sociaux tels que l'équité et l'accessibilité en matière d'occupation.*

Valeurs et croyances sur la pratique centrée sur le client

*Les ergothérapeutes croient que :*

- *les expériences et les connaissances des clients sur leurs occupations doivent être mises en valeur ;*
- *les clients sont des partenaires actifs du processus ergothérapeutique ;*
- *il est nécessaire de prendre des risques pour favoriser des changements positifs ;*
- *la pratique centrée sur le client en ergothérapie est fondée sur la promotion de l'occupation (p. 35).*

20

Ces valeurs sont d'essence humaniste. Elles mettent en avant la confiance que le thérapeute aura à l'égard de l'utilisateur, l'importance des relations humaines dans le processus thérapeutique, une appréhension de la personne comme un tout à la fois irréductible et spécifique. Kielhofner (2004) résume en disant que le principal souci de l'ergothérapeute est « la qualité de la vie que chacun atteint par son engagement courant dans ses occupations » (p. 19).

Cependant, toutes les valeurs professionnelles de l'ergothérapie ne sont pas nécessairement endossées par tous les ergothérapeutes. Ils peuvent avoir des valeurs personnelles qui entrent en contradiction avec celles du métier. On peut penser, par exemple, que toute vie ne vaut pas la peine d'être vécue ou que la capacité d'autodétermination de chacun est somme toute assez limitée. Ainsi, les valeurs conditionnent parfois des conflits internes au thérapeute ou entre divers thérapeutes dans la mesure où elles justifient le refus ou l'accès à l'intervention. On retiendra ainsi que des questions comme « Faut-il traiter ? » relèvent des valeurs et non de la science.

## EXERCICE 2

Reprenez, chacun pour soi, la liste des valeurs du tableau ci-avant et identifiez celles pour lesquelles vous avez des réserves.

En groupe, discutez de ces réserves et identifiez les valeurs qui font émettre ces réserves.

Les valeurs professionnelles, étant donné leur étendue et le nombre d'éléments auxquels, elles font référence, vont sous-tendre une démarche clinique impossible à cantonner dans une série d'étapes successives prédéterminées qu'il suffirait de parcourir ou d'appliquer. Elles obligeront les cliniciens à se fonder non seulement sur ce qui est scientifiquement fondé mais également sur ce qu'il est « bon » de faire. Remarquons également que ces valeurs considèrent l'occupation, la personne et l'environnement, soit les concepts que la plupart des modèles généraux en ergothérapie vont définir et organiser (Hagedorn, 2001 ; Kielhofner, 2004 ; Morel-Bracq, 2004). Il y aura ainsi cohérence entre les valeurs et les concepts qui balisent le champ professionnel et les manières de pratiquer. Toutes ces valeurs, et on pourrait en tirer de semblables de la littérature anglophone, ont été façonnées par l'histoire – d'abord celle des idées et des actes de quelques grands psychiatres, puis celle des guerres mondiales avec leurs millions de soldats victimes de traumatismes physiques et psychiques.

21

## HISTOIRE

### LES ORIGINES DE L'ERGOTHÉRAPIE

Certains auteurs, à l'instar de l'Association suisse des ergothérapeutes (World Federation of Occupational Therapy, 2005) renvoient le début de l'ergothérapie aux Grecs en raison la racine « *erg* ». Cela semble largement exagéré ; il est plus réaliste de parler d'ergothérapie lorsque le champ professionnel se structure et que la formation émerge. Auparavant, il est possible d'envisager l'origine de l'ergothérapie dans des courants de pensée qui en favorisent la naissance. Si on pense aux idées qui génèrent l'ergothérapie, ses sources sont largement européennes, mais si on se réfère

à la mise en place de l'exercice professionnel, des associations et des premières formations, les origines sont clairement américaines, canadiennes et anglaises (Association nationale française des ergothérapeutes, 2000 ; Cockburn, 2001 ; Dubochet & Fragnière, 1979 ; Wilcock, 2001).

Des origines en santé physique comme en santé mentale sont discernables. Pierquin, André et Farcy (1980) rapportent par exemple les propos publiés en 1780 par un chirurgien du Roi de France qui propose la rééducation des déficiences de l'appareil locomoteur par « mille jeux, occupations ou métiers ». Au départ cependant, le domaine de la maladie mentale connaît le développement le plus important.

En France, les ergothérapeutes se réfèrent à Pinel, en Angleterre à Duke, en Allemagne à Reil (Therriault & Collard, 1987). C'est dans les asiles d'aliénés que l'occupation des « fous » se développe au XVIII<sup>e</sup> puis au XIX<sup>e</sup> siècle comme « traitement moral ». Les aliénés, surtout s'ils appartiennent à des familles dotées de moyens financiers, se voient offrir à la place de l'enfermement et de traitements physiques assez coercitifs et violents, des possibilités d'exercices, une alimentation adéquate, un accès à l'air frais, des activités spirituelles et intellectuelles. De plus, il est préconisé d'écouter les malades, plutôt que de leur appliquer des punitions. Le traitement par le travail était développé dans de nombreux asiles publics. Il s'agissait en l'occurrence de travaux agricoles, artisanaux ou domestiques, qui correspondaient à l'époque à des formes usuelles et fréquentes du travail. Ils devaient permettre d'engager l'esprit ailleurs que dans des pensées insensées, de gagner un peu d'argent ou d'autres formes de récompenses et d'entretenir sa santé. Notons que les éducateurs, les psychothérapeutes ou les infirmiers en psychiatrie font aussi référence à ces origines.

Ajoutons que la filiation entre l'ergothérapie et ces précurseurs est assez claire au moins pour les anglophones puisqu'en 1838, W. Ellis écrit « *occupational treatment plan* » (cité par Wilcock, 2001, p. 476). Non seulement le concept d'occupation est présent, mais aussi l'idée d'une démarche planifiée. Kielhofner (2004) estime que le traitement moral fonde le premier paradigme de l'ergothérapie. Cette conception de l'ergothérapie, nommée paradigme de l'occupation par Kielhofner, considère qu'un équilibre entre la créativité, les loisirs, les intérêts artistiques, les activités festives et le travail est nécessaire à la santé.

En conséquence, les habitudes de vie sont un élément déterminant de la santé. En outre, ce premier paradigme envisage une unité entre le corps et l'esprit de telle manière que lorsque les capacités corporelles sont engagées dans une occupation, l'esprit y participe simultanément et procure à l'individu de l'intérêt et le sentiment de réussir ou d'avoir de la valeur.

Au XIX<sup>e</sup> siècle, l'Europe, mais aussi les États-Unis, connaissent une industrialisation très rapide et des conditions de travail dramatiques autant pour les hommes, les femmes que les enfants dans les usines et dans les mines. En opposition à ces pratiques, des réformateurs sociaux réagissent, estimant que les conditions de travail devraient préserver la santé. Au fil du temps, leur action conduira à la mise place de la législation sur le travail et à la sécurité sociale, ainsi qu'à un certain nombre d'aménagements dans les environnements de travail : postes adaptés, ventilation, lumière, sécurité. Aménagements auxquels il faut ajouter, parfois, des innovations comme les logements du personnel, la cantine, l'école destinée aux enfants des travailleurs. Wilcock (2001) estime que nous devons à ces réformateurs, non seulement la mise en place du contexte réglementaire dans lequel l'ergothérapie pourra trouver une place, mais aussi une partie de son intérêt pour les conditions environnementales dans lesquelles les gens vivent et travaillent. Bien sûr, les ergothérapeutes partagent cette filiation avec les travailleurs sociaux.

Enfin, il existe en Europe, dès le XIX<sup>e</sup>, divers services destinés à des populations handicapées ou malades. Ainsi, des cures thermales préconisent, outre l'eau, de l'exercice, des balades au grand air et une alimentation adéquate. Des jeux adaptés et une éducation spécifique sont offerts aux enfants infirmes. Des activités artisanales sont proposées aux aveugles à fin d'éducation ou de réadaptation. Marches, exercices respiratoires, repos et travaux domestiques ou artisanaux, dans un dosage savant, sont aussi préconisés aux tuberculeux dans les sanatoriums (Dubochet & Fragnière, 1979). Des moyens auxiliaires commencent à être manufacturés (Wilcock, 2001). À cette époque, les termes de traitement, de réhabilitation, de retour à la vie civile sont couramment employés. Des processus nécessitant l'observation soigneuse de la personne, puis l'établissement d'un plan thérapeutique et l'ajustement de celui-ci à mesure de l'évolution sont aussi présents. La figure dominante

est évidemment le médecin : c'est lui qui ordonne et qui contrôle. À ce moment, il n'est pas encore question d'ergothérapie comme profession organisée, mais les fondements sont là.

## LA STRUCTURATION DE LA PROFESSION

Si l'ergothérapie trouve principalement ses sources dans le domaine de la psychiatrie, elle se structure plutôt dans celui qu'on appellera plus tard la médecine physique. Il lui faudra des promoteurs qui seront souvent des médecins défendant publiquement l'idée que l'occupation est utile à la guérison. Les Américains font largement référence à William Rush Dunton et à Adolf Meyer. Pour la petite histoire signalons que ce dernier est d'origine suisse et diplômé l'Université de Zurich. Il publie, en 1922, *The Philosophy of Occupational Therapy* (Kielhofner, 2004 ; Schwartz, 2003)<sup>1</sup>. Mais il faut aussi des personnes, souvent des femmes, qui concrètement vont organiser les écoles et les associations, puis souvent les diriger. Enfin, il faudra des travailleurs, ou plutôt des travailleuses, pour suivre les formations, puis fournir concrètement les prestations. Ajoutons qu'il faudra un contexte économique et politique particulier pour professionnaliser, développer et financer les pratiques professionnelles : celui des guerres mondiales.

La formalisation de la profession est américaine à plus d'un titre. D'abord, le premier cours organisé, d'une durée de six semaines, voit le jour à Chicago en 1909, puis la première école est fondée, toujours à Chicago, en 1914. Enfin, en 1917, une première association est fondée aux États-Unis. Les promoteurs établissent l'institutionnalisation de la profession sur l'idée qu'il faut des savoirs spécifiques sur l'occupation ainsi que sur les maladies et les atteintes au corps pour pouvoir proposer et ajuster des activités aux bénéficiaires (Wilcock, 2001). Ils donnent son nom anglais – *occupational therapy* – à la profession. La première école anglaise naît en 1930 et la première école française en 1954. Le premier cours suisse date de 1951 (Dubochet & Fragnière, 1979). Ajoutons qu'apparemment, l'arrivée sur le marché continental européen

---

1 On peut trouver l'exposé de la pensée de A. Meyer dans un polar : Carr, C., *L'aliéniste*. Paris : Pocket, 1995.

des diplômées anglaises ou américaines et leur engagement pour la profession confère souvent un élan significatif au développement du marché du travail et de la formation.

La Première Guerre mondiale fut meurtrière pour les soldats, y compris américains et canadiens. Elle laissa également de nombreux invalides : des amputés, des aveugles et des traumatisés crâniens et psychiques. De plus, il faut se rappeler que les traitements médicaux étaient peu efficaces, en particulier pour lutter contre les infections, et que la guérison pouvait être très lente et souvent partielle. Les ergothérapeutes américaines travailleront en Europe à l'occupation des soldats à l'arrière des fronts dans les hôpitaux militaires, le temps que les blessures guérissent ou que les évacuations se fassent (Wilcock, 2001). À Paris, en 1917, un service de rééducation fonctionnelle par le travail destiné aux blessés militaires est ouvert (Pierquin et al., 1980). De retour au pays et à la vie civile, les soldats invalides se verront offrir, souvent dans des hôpitaux pour vétérans, des activités visant le retour à un travail antérieur ou nouveau. Ces travaux pourront éventuellement être adaptés et des moyens auxiliaires développés et fournis. L'approche est presque toujours collective. De nombreux malades ou blessés travaillent côte à côte à des tâches semblables. Notons qu'à cette époque, les emplois ruraux ou artisanaux sont très nombreux. La vannerie, le cannage, le tissage, la corbonnerie, la tapisserie, la couture, la reliure, la menuiserie ont alors des vertus aussi qualifiantes que la maîtrise du traitement de texte aujourd'hui, et non pas le sens de loisirs exotiques ou désuets qu'on leur confère maintenant (Meyer, 1997). La rééducation par le travail ne concerne pas que les vétérans, elle est aussi offerte aux civils. Par exemple, les femmes mariées pratiquent comme thérapie des travaux ménagers, des activités culinaires ou la réalisation des achats.

En caricaturant quelque peu, on peut dire que les précurseurs de l'ergothérapie sont orientés vers des occupations permettant de faire diversion à la maladie, surtout à la folie, alors que les premiers ergothérapeutes s'intéressent à la réadaptation professionnelle. Pendant près de quarante ans, selon Kielhofner (2004), l'ergothérapie demeure dans cette première conception qu'il nomme « ancien paradigme ». Les définitions de la profession restent imprécises et larges, par exemple celle de Pattison, en 1921 : « Toute activité mentale ou physique, prescrite et guidée dans

le but de hâter et de contribuer à la récupération en cas de séquelles de maladies ou de traumatismes » (Dumoulin, 1967, p. 13). Les interventions proposées ne s'intéressent pas spécifiquement aux troubles engendrés par chaque maladie ou traumatisme, mais aux habiletés et aux intérêts des personnes qui leur permettent de s'investir dans des occupations. De ces débuts, il reste en ergothérapie en Suisse une approche récréative ou occupationnelle qui est minoritaire et présente en milieu d'hébergement surtout ; l'intervention par le travail et l'animation ayant par ailleurs été reprise par d'autres groupes professionnels.

### EXERCICE 3

En considérant le pays dans lequel vous étudiez ou travaillez, ou encore un lieu de stage à l'étranger, que reste-t-il des pratiques d'origine de l'ergothérapie ? Y a-t-il des secteurs qui ont été abandonnés par l'ergothérapie et repris par d'autres groupes professionnels ?

## LE DÉVELOPPEMENT

La guerre n'est pas la seule pourvoyeuse de clients. Les accidents de la route et du travail, des maladies comme la tuberculose ou la poliomyélite amènent aussi beaucoup de gens en ergothérapie ou plus généralement dans les systèmes de soins. Ainsi, la profession suit un développement continu entre les guerres et connaît un essor supplémentaire avec la Seconde Guerre mondiale. Les armées américaines, canadiennes et anglaises vont employer des ergothérapeutes et favoriser pour ceux-ci une formation de haut niveau (Cockburn, 2001). Selon Friedland (1998), l'ergothérapie se trouve alors prise dans le contexte général de la réadaptation. Celle-ci se développera énormément et va dominer la scène de l'ergothérapie dès la fin des guerres mondiales. Telle qu'elle apparaît à la sortie de la Seconde Guerre mondiale, la réadaptation a pour but de permettre à l'individu atteint d'un handicap physique ou mental ou encore d'une maladie chronique de parvenir au meilleur fonctionnement possible dans la réalisation de ses activités quotidiennes. Elle est proposée lorsque les traitements médicaux ou chirurgicaux ne permettent pas de remédier aux incapacités (Seidel, 2003). La réadaptation

conduit l'ergothérapie à se développer parallèlement à la médecine et dans les manières de penser de celle-ci (Friedland, 1998 ; Kielhofner, 2004).

À l'instar des professions voisines telles les soins infirmiers, l'ergothérapie épouse donc les idéaux et les prémisses de la médecine. Ce n'est plus tant l'occupation humaine qui retient les ergothérapeutes que la thérapie comme ensemble spécialisé de connaissances et de savoir-faire qui vont, rationnellement, être appliqués à différents cas. Ce ne sont plus les caractéristiques des difficultés d'agir rencontrées par les personnes dans l'exercice de leur vie de tous les jours qui intéressent les thérapeutes, mais les fonctions physiques, psychiques et mentales qui permettent de réaliser les tâches et les activités courantes. L'indépendance dans les occupations ordinaires reste un but, cependant il est désormais atteint par la correction ou l'élimination des effets de certaines atteintes physiques, psychiques et mentales. Cela couvre autant les pratiques en psychiatrie avec la psychanalyse comme cadre de référence dominant, que les pratiques en médecine physique avec la biomécanique ou les modèles neuromoteurs comme cadres de référence.

27

Les compétences et les habiletés des patients – c'est ainsi qu'on parle d'eux – doivent alors être soigneusement évaluées avant de pouvoir être traitées. Ainsi, de nombreux instruments de mesure sont peu à peu développés (Hopkins & Smith, 1978). Ils servent à mesurer des fonctions, psychologiques, motrices, sensibles perceptives ou cognitives. L'activité, prescrite par l'ergothérapeute, devient un moyen d'exercer des habiletés et des fonctions corporelles, psychiques ou mentales comme les amplitudes articulaires, la force, l'endurance, la dextérité manuelle, la sensibilité, la tolérance à la frustration, la motivation, la perception, la mémoire, etc. (Hopkins & Smith, 1978). Le traitement consiste en une série adéquate d'exercices ou de tâches souvent savamment établies et dosées. À cela s'ajoutent la fourniture de moyens auxiliaires et l'entraînement à leur emploi. Finalement, le patient s'exerce à l'exécution d'activités courantes telles que se laver, s'habiller, se déplacer, mais dont la réalisation peut être modifiée pour tenir compte des séquelles dont il souffre.

Avec l'adoption du modèle médical, l'ergothérapie s'individualise non seulement dans la compréhension spécifique des troubles de chaque patient, mais aussi dans l'exercice même des séances d'ergothérapie qui deviennent individuelles. À l'exception de la psychiatrie, le groupe disparaît comme

moyen de traitement, au mieux il est un contexte dans lequel une approche individualisée sera menée. Il est remplacé par une relation duelle entre l'ergothérapeute et le patient, construite sur le modèle de la relation médecin-malade. L'ergothérapeute détient une expertise, peu accessible au patient qui va lui permettre de comprendre, grâce à des procédures d'observation, les incapacités d'agir dans la vie quotidienne et leurs causes. Comme expert, l'ergothérapeute propose des interventions adéquates parce qu'il connaît les propriétés des activités et l'effet qu'elles peuvent avoir sur les fonctions physiques, psychiques ou mentales (Hopkins & Smith, 1978).

28 L'expérience personnelle qu'a la personne de ses difficultés n'est pas importante, ce qui compte, c'est l'objectivation que peut en faire le thérapeute (Abdelmalek & Gérard, 1995). Le patient n'est toutefois pas pour autant traité comme un objet ; à l'instar du corps en chirurgie, l'ergothérapeute tient compte de ses intérêts et des rôles sociaux qu'il assume dans la vie de tous les jours puisqu'en fin de compte, c'est à eux qu'il faut réadapter. L'ergothérapeute doit établir une relation de confiance en se souciant des intérêts du patient, en s'efforçant de le comprendre, en communiquant ses attentes en proposant des activités et un rythme d'intervention acceptable, sans quoi il ne sera pas motivé pour le traitement et ne s'y engagera pas (Hopkins & Smith, 1978). Néanmoins, l'ergothérapeute ne demande pas au patient de décider des buts et des moyens d'intervention.

Kielhofner (2004) nomme ce deuxième paradigme, qui domine la période s'étendant de la fin des années 50 aux années 80, paradigme mécaniste. Par rapport à la première conception de l'ergothérapie, il est réducteur puisqu'il consiste à considérer le patient, conçu auparavant dans sa globalité, à un ensemble d'éléments mesurables. Par contre, ce paradigme fait exploser les savoirs qui se multiplient souvent à partir des étiquettes diagnostiques médicales. Il oblige les ergothérapeutes à développer les fondements théoriques et scientifiques de la profession. Cela se fera en appliquant aux pratiques de l'ergothérapie des cadres théoriques en vogue, par exemple la psychanalyse et le structuralisme en psychiatrie, la biomécanique et les neurosciences en médecine physique, la psychologie du développement de l'enfant en pédiatrie. Jean Ayres, Berta Bobath, Gail Fidler, Margaret Rood sont des figures dominantes de cette période.

De plus, les ergothérapeutes, états-uniens surtout, parce qu'ils sont établis dans les universités, développent des activités de recherche clinique qui viennent augmenter les connaissances disponibles en ergothérapie. Depuis cette période, tous les ergothérapeutes du monde sont capables de répondre à des questions telles que : Quels sont les principes et les techniques de traitement dont vous disposez dans la rééducation des hémiplegiques ? Quels sont les fondements scientifiques de ceux-ci ? À quels résultats peut-on s'attendre ?

La rationalité biomédicale et la caution scientifique ainsi conférée à la profession donnent alors aux ergothérapeutes le sentiment de parvenir à un certain statut parce que les interventions sont reconnues par les médecins et financées par les systèmes de santé. Par exemple, pour Pierquin, André et Farcy, qui sont Français (1980, p. 2), « [l'ergothérapie] est une méthode de traitement de certaines affections physiques ou mentales, prescrite par le médecin et appliquée par des spécialistes qualifiés utilisant le travail ou toute autre occupation, en vue de corriger les troubles fonctionnels qui les caractérisent ». En Suisse, l'ergothérapie devient un traitement scientifiquement reconnu et remboursé par les caisses maladie en 1971 (Dubochet & Fragnière, 1979).

29

## L'ÉTAT ACTUEL

La spécialisation a pourtant des effets pervers. Elle ferait, selon Shannon (1977), oublier les valeurs de l'ergothérapie et l'occupation comme centre de la profession. Elle fait des ergothérapeutes moins un groupe professionnel dont les membres convergent autour d'un domaine commun, qu'un ensemble de spécialistes (les thérapeutes de la main, les spécialistes de l'intégration sensorielle ou de l'approche Bobath) qui se côtoient parce qu'ils ont un titre de base identique et des intérêts financiers collectifs à défendre vis-à-vis des payeurs. Plusieurs théoriciens de l'ergothérapie cherchent alors à rénover les conceptions du métier et à lui faire retrouver une perception plus globale de la personne (West, 1984). Les premières critiques viennent des États-Unis et il faut sans doute les comprendre dans ce contexte social et sanitaire particulier. En Europe, la transition vers une nouvelle conception de l'ergothérapie paraît plus tardive mais aussi plus calme.

Le changement peut être vu en relation avec l'ajustement des systèmes de santé à l'évolution démographique. En effet, un accroissement significatif de la population très âgée et l'amélioration des traitements médicaux, qui multiplie le nombre de personnes vivant avec une maladie chronique, entraînent une réorientation générale des prestations prodiguées par de nombreux professionnels hors des services hospitaliers de soins aigus. Il s'agit moins de guérir les gens que de leur permettre de vivre longtemps et avec la meilleure qualité de vie possible, ce malgré des déficiences et des incapacités établies ou même évolutives. Le modèle biomédical traditionnel s'avère incapable de prendre en compte les problèmes posés par le handicap qui est bien plus un phénomène social vécu par des individus, des familles ou des communautés qu'une manifestation du fonctionnement organique déficient du corps humain.

30 Dans les années 1980-1990, des modèles généraux de la profession produits par quelques figures dominantes de la profession ou soutenus par les associations nationales apparaissent. Ils énoncent la finalité de la profession, une vision de l'homme et de ses occupations, la population desservie, les rôles des ergothérapeutes, les moyens d'évaluation et d'intervention, la démarche de traitement et les fondements scientifiques du modèle. Bref, tout ce qui fait la spécificité de l'ergothérapie (American Occupational therapy Association, 1994; Association canadienne des ergothérapeutes, 1997, 2002b; Chapparo & Ranka, 1997; Kielhofner, 1985, 1995, 2002). Cet effort théorique aboutit également à la reprise des concepts centraux de l'ergothérapie.

## LES CONCEPTS CENTRAUX DE L'ERGOTHÉRAPIE

Les concepts centraux les plus actuels en ergothérapie sont ceux de personne, d'environnement et d'occupation. Comme les définitions de l'ergothérapie le suggèrent, la plupart des interventions ainsi que leur modélisation vont décrire ou suggérer les relations entre ces trois éléments et la place qui y est prise par le thérapeute. Les pratiques comme les modèles devront en outre considérer la dynamique de ces systèmes personne-environnement-occupation, qui changent au fil du temps et qui sont, pour une large part, indéterminés, incertains, instables (Creek, Ilott, Cook & Munday, 2005).

Avant d'aller plus loin dans la définition des concepts, il est indispensable d'émettre quelques considérations linguistiques, puisque la langue d'origine des termes est presque toujours l'anglais, ce qui pose aux francophones quelques problèmes, bien que littéralement la traduction de *person-environment-occupation* soit simple. Il n'est par contre pas certain que le référent désigné par ces termes soit le même d'une langue à l'autre. Dans ces conditions, il est vraisemblable que la compréhension respective d'un même terme varie selon la langue, ou au contraire que pour une même définition, des noms différents soient attribués (Descamps, 2004).

## L'OCCUPATION ET L'ACTIVITÉ

Si l'on envisage de traduire en français la définition de l'occupation de Kielhofner (2002, p. 8) : « [*Occupation*] refers to the doing of work, play or activities of daily living within a temporal, physical and socio-cultural context that characterizes much of human life », l'envie de considérer qu'il s'agit autant de la définition d'activité que de celle d'occupation est forte. En effet, cette description cumule la définition usuelle du terme activité : « Ensemble des actes coordonnés et des travaux de l'être humain ; fraction spéciale de cet ensemble » et celle d'occupation : « Ce à quoi on consacre son activité, son temps » (*Petit Robert*, 2007). Dès lors, on ne sait plus s'il faut traduire « *occupation* » par « occupation » ou par « activité », ou varier les traductions selon le contexte d'énonciation. Ce problème se pose toujours lorsqu'on aborde la littérature spécialisée, essentiellement en anglais, de l'ergothérapie. On aurait cependant tort de croire que cela n'est qu'une difficulté de traduction. Il y a là toute la question du développement d'une connaissance spécialisée qui utilise des mots communs, mais leur confère des significations spécifiques, dont il ne faut en outre pas oublier qu'elles ont évolué avec la discipline et peuvent varier d'un auteur à l'autre, y compris de nos jours (Reed, 2005).

Cela vaut aussi pour la langue anglaise. Lorsque les ergothérapeutes veulent parler de leurs concepts centraux, ils font toujours à la fois face à un problème de définition des concepts et à un problème de terminologie. Ainsi, historiquement, le terme « *occupation* » au sens de travail,

pas forcément rémunéré, ou de diversion si on se réfère au traitement moral, est le premier à apparaître. Il correspond à une vision globale de la personne dans laquelle le dualisme corps-esprit ne fait pas sens (Kielhofner, 2004). Puis ce vocable est largement supplanté dans la littérature par le terme « activité » (Polatajko, 2001). Reed (2005) remarque que l'ergothérapie a emprunté le concept « d'activité de la vie quotidienne » à la médecine de réadaptation, reléguant du même coup l'occupation au plan secondaire. L'activité proposée par l'ergothérapeute devenant alors le moyen « thérapeutique » par lequel le patient retrouvera ses capacités ou compensera ses incapacités. Cette activité est alors circonscrite, univoque, et ses composantes sont définissables. Elle est observable et elle peut être proposée comme une tâche à exécuter par le patient dans le cadre de sa rééducation. Elle est indépendante du contexte de vie de la personne. Cette conception de l'activité est présente dans l'approche biomédicale en ergothérapie, laquelle établit un rapport rationnel entre une habitude et l'exercice de l'activité qui la constitue. Dans cette perspective, par exemple, l'exercice répétitif de l'activité « s'habiller » dans un traitement hospitalier produit, ou même cause, la reprise effective de cette activité lorsque la personne sera de retour à son domicile.

32

Par la suite, Trombly, en 1995, a magistralement exprimé l'idée que la motivation du patient pour son traitement implique que les activités proposées prennent sens par rapport à son existence ou à ses intérêts, et qu'elles aient un but identifié, sans quoi il peine à s'y engager. Ces caractéristiques, nommées en anglais « *meaningfulness* et *purposfulness* », ne sont pas propres à l'activité elle-même, qui les contient tout au plus en germe, mais à ce que le client y met. A priori, le but d'une activité et le sens qui lui est attribué varient d'une personne à l'autre, d'un contexte à l'autre et au cours du temps. Ces notions incitent à des pratiques centrées sur le client. D'une part en obligeant les thérapeutes à s'intéresser aux buts que les usagers cherchent à atteindre dans la réadaptation, d'autre part en les forçant à négocier des choix d'activités de traitement que les clients apprécient parce qu'ils vont à la rencontre de leurs buts ou parce qu'ils leur procurent de la satisfaction, au moins momentanément.

Les idées de Trombly (1995) demeurent vivaces dans la littérature, mais le terme qui a aujourd'hui la faveur est nettement celui d'occupation. Celle-ci resurgit au centre de ce qui devient le troisième paradigme

ou le paradigme contemporain de l'ergothérapie. Les Canadiens, par exemple, emploient « occupation » en français comme en anglais. Leur définition apparaît dès 1997 dans la première version du modèle canadien du rendement occupationnel (ACE, 2002b) :

*Ensemble d'activités et de tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification. L'occupation comprend tout ce qu'une personne fait pour prendre soin d'elle (soins personnels), se divertir (loisirs) et contribuer à l'édifice social et économique de la communauté (productivité) (p. 38).*

Cette définition est reprise par l'association américaine et devient dès lors très usitée (American Occupational Therapy Association, 2002). Le terme activité qui apparaissait comme central à l'ergothérapie est relégué au second plan, soit qu'il serve à expliquer ce que sont les occupations, soit qu'il désigne une partie ou une dimension des occupations (Golledge, 1998 ; Royeen, 2002). Dans la pratique, Golledge souligne que les deux termes sont souvent utilisés de manière interchangeable. Pierce (2001, 2003) se distingue cependant fortement en développant deux concepts distincts. L'occupation est une expérience individuelle et singulière spécifiquement élaborée et menée par un individu. L'activité est une idée générale, culturellement construite, partagée par les individus, et qui porte sur une catégorie d'actions humaines. L'occupation est alors le concept opérationnel avec lequel l'ergothérapeute observe les actions des usagers et y ajuste finement ses propres actions. L'activité est le concept collectif qui permet a priori de proposer une action à un usager en fonction d'une connaissance générale que le thérapeute a de lui, par exemple « jouer à la poupée » à une fillette. Pour notre part, et à l'instar de Creek ou de Pierce, nous préférons considérer deux concepts différents et retenir ainsi les deux définitions suivantes issues du groupe de travail terminologie du réseau européen des écoles d'ergothérapie : *European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE)* (Meyer, 2005, p. 15).

## L'OCCUPATION

Un groupe d'activités, culturellement dénommées, qui ont une valeur socioculturelle et un sens personnel. Elles sont le support de la participation à la société. Elles comprennent les soins personnels, le travail et les loisirs.

## L'ACTIVITÉ

Une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations.

34

Dans ces définitions, l'occupation est le concept central de l'ergothérapie dans la mesure où elle désigne le domaine d'intérêt de l'ergothérapie dont la finalité est la promotion de la participation à la société par le biais de l'engagement dans l'occupation (ACE, 2002b; AOTA, 2002). L'indication à l'ergothérapie est une atteinte réelle ou potentielle aux occupations de la personne, de même que la reprise ou la modification des occupations est le résultat attendu des mesures d'ergothérapie. Par contre, à notre sens, l'occupation n'est pas un moyen concret de traitement. Elle est une perspective dans l'intervention. Le concept est par trop complexe, par trop multidimensionnel, difficilement utilisable dans la pratique. L'activité est le moyen de traitement ordinaire des ergothérapeutes parce que les activités en tant que telles peuvent être décrites, circonscrites dans l'espace et le temps, ou encore analysées. Les activités peuvent être proposées, réalisées, ou encore observées dans un cadre clinique.

## OCCUPATION ET ACTIVITÉ, L'UNIVERS DU « FAIRE »

Chacun, tous les jours et tout au long de sa vie, effectue de nombreuses occupations dont la plupart sont très routinières. À travers elles, l'être humain se développe, augmente ses capacités physiques et mentales, effectue des choix, déploie des intentions, organise son temps et ses espaces de vie, trouve une identité, communique, entre en relation, comprend les autres, s'insère dans son environnement social et familial, contribue à la société, obtient des revenus, bref donne du sens à sa vie... À travers ses occupations, l'être humain construit un univers, en partie

socialement et culturellement partagé. Mais cet univers est aussi un monde individuel parce que ces occupations, si on les considère dans toutes leurs dimensions, sont idiosyncrasiques. L'univers de chacun n'est qu'en partie communicable et ne peut que partiellement être l'objet d'investigations par un tiers.

Lorsque surviennent une maladie, un accident, un événement traumatisant ou encore une détérioration de l'environnement, la capacité de réaliser les multiples occupations qui composent la trame de la vie quotidienne se trouve altérée. L'incapacité a des conséquences émotionnelles souvent négatives et limite les choix ou les opportunités qui s'offrent à la personne. Elle peut entraver l'exercice des rôles sociaux, dégrader le statut social, affecter l'identité sociale et personnelle, transformer par contre-coup l'environnement social et familial, restreindre la compréhension du monde, réduire l'accès à des ressources financières, détériorer la qualité de la vie, ... Bref, l'individu gêné dans la réalisation de ses occupations subit une atteinte très large qui touche à sa santé et à sa vie (ACE, 2002b; AOTA, 2002; Crepeau, Cohn & Boyt Schell, 2003; Christiansen, Baum & Bass-Haugen, 2005; Kielhofner 2004; Pierce, 2003). Lorsqu'on examine les occupations en rapport avec toutes les composantes évoquées ci-dessus, on peut parler d'occupation. Lorsque, au contraire, on examine ces occupations uniquement à travers leur exécution, on parle alors d'activités. Une occupation est donc matérialisée à travers des activités mais ne s'y dissout pas. Ainsi, dans le cadre délimité d'un traitement, l'instrument de l'ergothérapeute est plutôt l'activité. L'occupation est plus un vœu, une perspective, un sujet de discussion ou un objet sur lequel réfléchir qu'une réelle possibilité d'action concrète.

Telles que nous les avons définies, les activités des individus sont par essence observables. Ainsi, pour autant qu'on dispose des moyens, toutes les activités de tous les individus seraient connaissables. Tout comme leur fréquence et l'environnement physique dans lequel elles se déroulent. Mais quand bien même on aurait observé la suite structurée de toutes les actions d'une personne – soit ses activités, on ne pourrait comprendre ni l'identité, ni la pensée, ni le contexte de vie de cette personne, pas plus, pour les ergothérapeutes, que ses occupations. Cela simplement parce que la personne, son contexte de vie ou ses occupations dépassent le cadre de ce qui est observable et/ou connaissable par des tiers.

A fortiori, élucider l'atteinte aux occupations d'une personne lorsqu'un accident ou une maladie surviennent est utopique. Ainsi, dans son intervention, l'ergothérapeute ne peut apprécier qu'en partie et modestement les occupations, d'une part en observant ou en mesurant les performances d'une personne dans la réalisation d'une activité qui fait partie d'une ou de plusieurs de ses occupations, et d'autre part en cherchant à obtenir des informations à partir des dires de la personne. L'occupation est donc fondamentalement un concept complexe et abstrait. Alors qu'une activité peut être décrite, circonscrite, localisée dans un lieu et délimitée dans le temps (Creek, 2003). Cela incite à un peu de réserve face à ce qu'on appelle usuellement « comprendre le patient ».

36

Lors d'une intervention, il n'est pas possible de prétendre proposer à un client la réalisation d'une occupation car, dans le contexte de la thérapie, celle-ci n'est pas « son » occupation usuelle. En effet, dans un cadre de soins, elle n'a ni culturellement ni personnellement la même signification que dans la vie de tous les jours. Elle n'a pas non plus la même valeur. Par exemple, une occupation habituelle aussi élémentaire que s'habiller peut prendre sens dans la vie quotidienne en rapport avec d'autres routines ou intentions comme aller travailler, sortir au restaurant, être présentable ou belle, ou encore vouloir avoir chaud. À l'hôpital, elle prend sens dans le cadre d'une thérapie ou de la sortie de l'hôpital; elle n'est même plus une condition pour se présenter en public puisqu'on peut fréquenter la cafétéria en chemise de nuit. Ce qui, de l'occupation de s'habiller, est reproductible à l'hôpital, est l'enfilage et l'ajustement d'une succession de vêtements, soit une activité dans laquelle le patient peut développer une performance sans doute utile pour ses occupations futures. Le cas échéant, elle prendra aussi sens et elle aura de la valeur en rapport avec l'occupation « suivre une thérapie » (Schwaar & Lachat, 2005).

Ajoutons que dans le contexte d'un traitement, il est souvent difficile de reproduire un ensemble d'activités qui composent une occupation. Par exemple, on peut disposer d'un simulateur de conduite automobile, mais il ne permet pas d'accomplir l'ensemble des activités qui composent l'occupation de conduire. Quant à d'autres occupations, on peut simplement en parler, mais très rarement les entraîner, faute d'un environnement adéquat : élever ses enfants, jouer avec ses copains, diriger son

entreprise ne sont pas des occupations réalisables en thérapie. Finalement, même en travaillant dans la communauté, certaines occupations pourtant habituelles semblent frappées de censure. Par exemple, à notre connaissance, seul Hofman (2002) aborde l'occupation de « draguer » en entraînant les habiletés d'un usager à cette fin.

#### EXERCICE 4

Identifier une occupation correspondant à un générique par exemple, faire le ménage, travailler, écouter de la musique, conduire, ...

Trouver pour soi diverses activités qui y correspondent, les décrire.

Imaginer à quelles activités cela peut correspondre pour d'autres personnes : son père, une voisine, Tom Cruise, un enfant trisomique de 4 ans, une femme sans domicile fixe, ...

Jusqu'à quel point peut-on imaginer les activités appartenant aux occupations des autres ? Qu'est-ce qui conditionne la capacité à saisir les activités des autres ? Si partager une culture commune ne suffit pas à comprendre les occupations de l'autre, comment faire ?

37

L'absence de consensus sur les définitions des concepts centraux entre les divers auteurs en ergothérapie rend la compréhension de la discipline professionnelle un peu difficile, et d'aucuns pourraient être tentés de demander que les ergothérapeutes arrêtent des définitions stables. Tel n'est pas notre avis. Au contraire, l'existence du débat nourrit le développement de la profession. Pour notre part, à l'inverse de beaucoup d'auteurs, surtout américains, nous pensons qu'en gardant deux termes et en différenciant l'activité de l'occupation, la compréhension de la démarche clinique de l'ergothérapeute comme son apprentissage par les étudiants seraient facilités.

La principale tâche des ergothérapeutes devient de proposer aux usagers des activités qui concourent aux occupations de ces derniers et de les accompagner dans leur réalisation. L'art du thérapeute, au sens de Joan Rogers (1983), sera double. D'une part, il s'agira de faire en sorte que la thérapie, c'est-à-dire l'ici et maintenant, acquière une signification en rapport avec les occupations passées et les occupations futures. D'autre part, il faudra proposer une succession d'activités et une organisation de celles-ci qui permettent de récupérer des capacités ou des

habiletés qui concourent à des occupations. À cette fin, l'ergothérapeute doit connaître les caractéristiques de la personne. Car elles sont en relation avec les altérations de ses occupations.

## LA PERSONNE

Les divers modèles ou conceptions de l'ergothérapie comprennent généralement une représentation de l'être humain comme récipiendaire des prestations. Cette représentation permet aux ergothérapeutes de tenir un discours sur les relations qui unissent les caractéristiques d'une personne à celles d'une activité proposée en intervention. Du deuxième paradigme – le biomédical – ces conceptions conservent l'idée que l'individu est composé d'un certain nombre d'aptitudes et d'habiletés ou de fonctions corporelles, souvent prudemment nommées facteurs intrinsèques ou dimensions de l'individu. Par exemple, le modèle canadien du rendement occupationnel (MCRO) voit l'individu comme ayant des dimensions affectives, cognitives et physiques (ACE, 2002b):

38

*La dimension affective concerne les émotions et comprend toutes les fonctions sociales et affectives, ainsi que les facteurs interpersonnels et intrapersonnels.*

*La dimension cognitive concerne la pensée et comprend toutes les fonctions intellectuelles et cognitives, en particulier la perception, la concentration, la mémoire, la compréhension, le jugement et le raisonnement.*

*La dimension physique est celle de l'action et elle comprend toutes les fonctions motrices, sensorielles et sensori-motrices (p. 50).*

Le modèle de l'association américaine (AOTA, 2002) distingue deux catégories: des habiletés qui sont observables et des « facteurs du client » qui sont des fonctions et des structures corporelles. La première catégorie comprend des habiletés motrices, des habiletés opératoires et des habiletés de communication ou d'interactions. Ces habiletés sont respectivement issues des travaux de Fisher (2006) sur l'*Assessment of Motor and Process Skills* (AMPS) et de Kielhofner (Forsyth, Salamy, Simon & Kielhofner, 1998) sur l'*Assessment of Communication and Interaction Skills* (ACIS).

*Les habiletés motrices concernent les mouvements, lorsque la personne se déplace ou qu'elle agit avec des objets ou dans l'environnement : la posture, la mobilité, la coordination, la force et l'effort et l'énergie (AOTA, p. 621).*

*Les habiletés opératoires concernent les processus mentaux qui s'observent lorsque le client gère ou modifie ses actions pour accomplir ses activités courantes : l'énergie, la connaissance, l'organisation temporelle, l'organisation spatiale et l'adaptation (AOTA, p. 621).*

*Les habiletés de communication et d'interaction concernent la transmission d'intentions ou de besoins à des tiers, ainsi que l'ajustement des comportements sociaux dans les relations avec les autres : les comportements physiques, l'échange d'information et les relations (AOTA, p. 622).*

Les facteurs du client reprennent les facteurs décrits par l'Organisation mondiale de la santé dans la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (OMS, 2001).

39

Chapparo et Ranka (1997), dans leur modèle de la performance occupationnelle (*Occupational Performance Model, OPM*), isolent les composantes biomécaniques, sensori-motrices, cognitives, intrapersonnelles et interpersonnelles. Pour chaque composante, plusieurs éléments peuvent être considérés, mais les auteurs n'en font pas une liste exhaustive. Par exemple, les composantes intrapersonnelles peuvent inclure les émotions, l'estime de soi, l'humeur, les affects, la rationalité et les mécanismes de défense. Les composantes interpersonnelles peuvent comprendre la coopération, l'empathie, la communication verbale comme non verbale.

Ajoutons que les modèles plus spécifiques, c'est-à-dire ceux qui s'adressent à une clientèle particulière, peuvent exposer de manière beaucoup plus précise certaines des dimensions ou des habiletés de la personne. Par exemple, le modèle de l'intégration sensorielle décrit de manière détaillée les caractéristiques de la perception chez les enfants. Il y a donc en ergothérapie autant de taxonomies possibles pour décrire la personne que de modèles. Il est inutile de compiler toutes ces listes pour obtenir une idée de l'usager de l'ergothérapie. Cela montre seulement que ce dernier est perçu ou construit différemment suivant le modèle sélectionné

par l'ergothérapeute. Le choix du modèle dépend de la population à laquelle l'utilisateur appartient et des orientations définies pour le traitement. En rééducation physique ou neurocomportementale par exemple, les ergothérapeutes tendent à privilégier des modèles qui détaillent de nombreuses composantes intrinsèques mesurables avec des instruments d'évaluation permettant d'objectiver et de quantifier l'atteinte des habiletés ou des facteurs corporels. Ils le font pour ensuite pouvoir entraîner ou contourner des composantes altérées par la maladie ou les conséquences de l'accident dont souffre la personne. Soulignons encore que la personne dont s'occupe l'ergothérapeute dépasse ces dimensions ou ces facteurs, mais la simplification réalisée grâce au modèle choisi permet la mise en œuvre d'un des principes opératoires fondamentaux de la profession, issu du deuxième paradigme de la profession.

## PRINCIPE OPÉRATOIRE

40 Selon le principe opératoire qu'on pourrait appeler principe classique de l'ergothérapie, aux dimensions ou aux composantes de l'individu correspondent des caractéristiques semblables de l'activité. Ces dernières exigent de celui qui réalise l'activité la mise en œuvre de certains facteurs personnels (AOTA, 2002; Chapparo & Ranka, 1997; Crepeau, 2003). Par exemple, faire une tasse de café demande des habiletés de déplacement, de la coordination motrice, ou encore des habiletés d'organisation du temps, de l'espace et des objets. Lorsque l'utilisateur doit entraîner certaines habiletés ou certains facteurs personnels en vue de récupérer des compétences lui permettant de mener ses occupations usuelles, l'ergothérapeute va lui proposer la réalisation d'activités qui requièrent l'emploi de ces facteurs et habiletés. La figure 1 montre comment ce principe fonctionne.

Durant une intervention en ergothérapie, ce principe opératoire est appliqué plusieurs fois en recourant à plusieurs activités et à leur complexification graduelle de manière à ce que petit à petit, la capacité des composantes intrinsèques soit augmentée grâce à l'exercice de tâches de plus en plus difficiles. Pour choisir les activités comme pour les organiser et donner au client des indications adéquates, l'ergothérapeute analyse au préalable l'activité. Cette analyse vise la détermination des exigences de

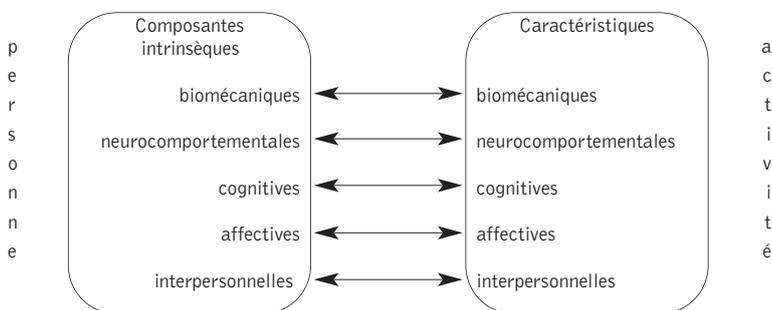


Figure 1.  
Correspondance entre les composantes intrinsèques et les caractéristiques de l'activité.

l'activité. Elle consiste d'abord à considérer l'activité dans son ensemble, soit dans un environnement particulier, avec un début et une fin, puis à subdiviser celle-ci en différentes étapes. Pour chaque étape, il est ensuite possible de déterminer quels facteurs intrinsèques sont requis et à quel degré ils le sont. Ajoutons que dans la mesure où toutes les activités peuvent très souvent être modifiées, l'analyse permet d'adapter la tâche soumise à l'utilisateur aux composantes qu'il faut améliorer. L'ensemble de cette démarche est l'un des moyens d'ajuster l'intervention pour permettre à l'utilisateur de progresser au fil du traitement (Crepeau, 2003). La démarche peut cependant être critiquée de par ses aspects réducteurs.

Le principe opératoire décrit est puissant et il a très largement été utilisé en rééducation. Il obéit cependant essentiellement à l'idée qu'il existe des rapports de causalité linéaire entre les éléments de la capacité fonctionnelle ou les habiletés atteintes et les occupations. Le patient, ou plutôt ses fonctions atteintes, peuvent alors faire l'objet d'une intervention. Ainsi, lorsqu'une personne a subi une fracture du col du fémur et la pose d'une prothèse, la récupération des amplitudes articulaires et de la force, ainsi que la suppression de la douleur grâce aux divers traitements, devraient conduire à la reprise de la vie courante. C'est souvent juste, mais il arrive que ce soit faux. La personne peut, au pire, ne plus vouloir vivre ou se trouver dans un environnement physique ou social, par exemple à cause d'un déménagement, qui influencera négativement la

reprise de ses occupations. Dès lors, bien qu'objectivement guérie des suites de la pose de la prothèse, la personne ne reprend que partiellement ses occupations et pourrait dans les mois qui suivent souffrir de malnutrition.

Bref, pour saisir ces phénomènes motivationnels, pour concevoir l'influence de l'environnement sur les usagers, pour appréhender des comportements apparemment irrationnels comme les addictions, les ergothérapeutes ont élaboré des conceptions plus complexes des interventions. Ainsi, le patient auparavant objet passif de l'intervention est devenu l'artisan de son traitement, celui avec qui il faut collaborer pour atteindre des objectifs, celui qu'il faut comprendre au-delà de ses troubles.

42 Devenant l'artisan de son traitement, le patient n'est certes pas seulement défini par des composantes intrinsèques de son fonctionnement corporel ou mental. Il arrive aussi face à l'ergothérapeute avec des souvenirs, des intérêts, des expériences, des représentations, des idées, des connaissances, des sentiments, des projets, des motivations, des valeurs, des habitudes, des relations familiales, amicales et professionnelles. La réussite d'un traitement dépendra alors aussi de la capacité qu'a l'ergothérapeute de proposer tout au long de l'intervention des stratégies qui iront à la rencontre de ces caractéristiques-là. On trouve ici un autre principe opératoire de l'ergothérapie, cette fois issu du paradigme contemporain : la pratique centrée sur le client.

## LA CENTRATION SUR LE CLIENT

La pratique centrée sur le client<sup>2</sup> a été développée en ergothérapie par les Canadiens (ACE, 2002b). Mais elle est issue d'un cadre de référence établi par le psychothérapeute Carl Rogers dès les années 40. Elle émerge en travail social bien avant de s'implanter dans les professions de la santé très inféodées à l'approche réductrice de la biomédecine. Elle est définie ainsi en ergothérapie :

---

2 Le terme « client » est celui utilisé dans la plupart de la littérature anglophone. Pour notre part, nous n'utilisons ce terme qu'en rapport avec le cadre de référence précis de la pratique centrée sur le client, car nous pensons que le terme client est inapproprié pour définir l'utilisateur d'un système de santé. Les relations entre l'utilisateur et le prestataire de service ne s'inscrivent pas dans un rapport marchand simple.

*La pratique centrée sur le client fait appel à des approches fondées sur la collaboration qui visent la promotion de l'occupation du client qui peut être une personne, un groupe, un organisme, le gouvernement, une association ou autre.*

*L'ergothérapeute démontre du respect envers le client et l'invite à participer à la prise de décision. Il revendique les droits du client dans le but de répondre à ses besoins et il met en valeur l'expérience et les connaissances du client. (ACE, 2002b, p. 56)*

La pratique centrée sur le client se fonde sur l'idée que ce dernier dispose d'une expertise qui porte sur la compréhension de sa situation. Dans cette perspective, le thérapeute ne peut pas réellement établir un changement, il ne peut que réunir les conditions nécessaires à celui-ci de manière à ce que le client soit enclin à s'y engager. À cette fin, un partenariat entre le thérapeute et l'utilisateur doit s'instaurer, lequel suppose que le thérapeute communique beaucoup d'informations et explique largement comment il conçoit les conséquences des conditions de santé dans lesquelles le client se trouve et les problèmes constatés. Il abandonne au moins en partie son rôle dominant dans la relation pour collaborer davantage avec l'utilisateur au sujet de l'intervention (McColl et al., 2003). L'utilisateur est ainsi responsabilisé dans la démarche de soins.

43

Ajoutons que dans la pratique centrée sur le client, il ne s'agit pas seulement de tenir compte de l'utilisateur en tant que personne, c'est-à-dire de ses caractéristiques personnelles, de ses projets et de son histoire de vie, pour autant qu'on puisse les connaître, mais surtout de négocier avec lui les buts et les stratégies de traitement ou d'évaluation. Cela aura, nous le verrons dans le chapitre III, une profonde influence sur la démarche clinique qui deviendra alors fortement individualisée (ACE, 2002b). Ainsi définie, la centration sur le client s'adresse surtout à des personnes ayant des capacités de discernement suffisantes et pour lesquelles l'autonomie, comprise comme la capacité de décider, est à préserver ou à restaurer afin qu'elles puissent agir sur les conditions de leur existence ou de leur participation sociale, parce qu'elles risquent de se trouver dans une situation de handicap au sortir des processus de réadaptation. Nombre de clients des ergothérapeutes sont concernés, car ils vont conserver à long terme des séquelles des conditions de santé qui les ont conduits en thérapie.

Cependant, la pratique centrée sur le client est difficile à introduire dans un milieu hospitalier parce qu'elle est peu compatible avec le modèle biomédical traditionnel qui préfère limiter l'individu à ses composantes corporelles biomécaniques, neurocomportementales et cognitives. La vision que le client a de ses problèmes est parfois radicalement différente de celle du système de soins. Dès lors, la volonté de faire participer le client se heurte assez vite aux traitements standards et aux modes de décisions autoritaires en vigueur à l'hôpital. De plus, il arrive que les personnes hospitalisées préfèrent s'en remettre à l'expertise des soignants et considèrent les demandes de participation qui leur sont faites comme des preuves d'incompétence du personnel (McColl, 2005).

Malgré cela, il a été démontré que la participation augmente les chances de réussite du traitement et que la personne est le principal agent de changement mis en évidence par la science de l'occupation (Duncan, 2006). Les rôles professionnels tenus par les ergothérapeutes vis-à-vis des usagers sont alors modifiés. L'ergothérapeute n'est plus seulement un thérapeute, un évaluateur ou un technicien, il devient un facilitateur de l'action de l'usager, un coach ou une ressource pour la personne, ou encore un défenseur des intérêts de l'usager.

44

La pratique centrée sur le client ne s'applique pas seulement lorsque le client est un individu, mais également, ou peut-être mieux, lorsque celui-ci est un collectif, par exemple une famille ou les personnes âgées habitant un quartier desservi par des services de santé. Elle sied aux approches communautaires, parce qu'il est plus facile pour le client de communiquer ses besoins et de prendre des décisions quant aux prestations qu'il veut recevoir lorsqu'il est dans son environnement habituel. L'ergothérapeute qui accède à l'environnement habituel de l'usager dispose également d'une meilleure vision des difficultés qui risquent de s'y poser. L'approche centrée sur le client s'intéresse à la manière dont la personne participe à la société en accomplissant diverses occupations dans son contexte de vie. L'environnement devient ainsi un élément important en ergothérapie.

## L'ENVIRONNEMENT

L'environnement est un contexte extérieur à la personne et dans lequel celle-ci agit. Il est généralement décrit en ergothérapie comme ayant divers aspects : physiques, sociaux, culturels et institutionnels (ACE, 2002b ; AOTA, 2002 ; Letts, Rigby & Stewart, 2003). Les subdivisions varient d'un auteur à l'autre.

L'environnement physique *comprend les espaces naturels et leurs caractéristiques, ou encore les conditions climatiques, ainsi que l'environnement construit, soit les immeubles, les objets et leur disposition, les moyens de transport, les routes, les jardins, la technologie, les moyens de communication, ...*

L'environnement social *comprend les entourages familial, professionnel ou amical de la personne, ainsi que leurs intérêts, leurs normes, leurs valeurs et leurs attitudes.*

L'environnement culturel *fait référence aux coutumes, aux habitudes de vie, aux croyances, aux religions, aux langues que partagent des groupes. La culture est une manière de percevoir le monde et de s'y adapter, notamment en matière de santé, de maladie ou de pratique de soins.*

L'environnement institutionnel *comprend les règles, les lois, les conditions économiques et les politiques qui régissent et qui reproduisent la société. En particulier, les systèmes de santé, les assurances sociales, les services et les organismes qui s'adressent à la population appartiennent à l'environnement institutionnel.*

L'Association américaine des ergothérapeutes (AOTA, 2002) ajoute un contexte virtuel en référence aux moyens de communication sans contact physique, comme le téléphone ou les ordinateurs. Les divers aspects de l'environnement se recoupent assez largement et il faut les percevoir de manière dynamique (Sumsion, 2006). Par exemple, si les villes sont des environnements construits, elles suivent au moins en partie la déclivité naturelle du terrain, ce qui va influencer les conditions de déplacements des gens. Les moyens auxiliaires sont des objets appartenant à l'environnement physique, mais leur disponibilité est

conditionnée par les règles des assurances sociales et leur emploi par les habitudes de vie culturellement construites.

L'environnement a un impact sur la qualité des performances des gens dans la réalisation de leurs activités, c'est pourquoi il est considéré comme un concept central en ergothérapie (Kielhofner, 2002). Cet impact peut être positif ou négatif dans la mesure où il peut faciliter ou limiter les performances des gens. Par exemple, des trottoirs gelés ralentissent les déplacements des piétons et empêchent les personnes qui craignent de chuter de sortir de chez elles. Ces mêmes trottoirs permettent aux enfants de faire d'amusantes glissades. Ainsi l'hiver offre aux enfants d'autres opportunités que l'été. Kielhofner (2002) souligne que les caractéristiques de l'environnement contraignent l'individu à agir d'une certaine manière et lui demandent ainsi de solliciter des habiletés variables. De ce fait, en thérapie, agir sur les conditions environnementales devient un puissant instrument de modification de la tâche et donc finalement de transformation de la performance. À l'analyse de l'activité s'ajoutera donc une analyse de l'environnement immédiat qui va modifier les exigences de l'activité. La figure 2 montre la contrainte de l'environnement sur les caractéristiques de l'activité.

46

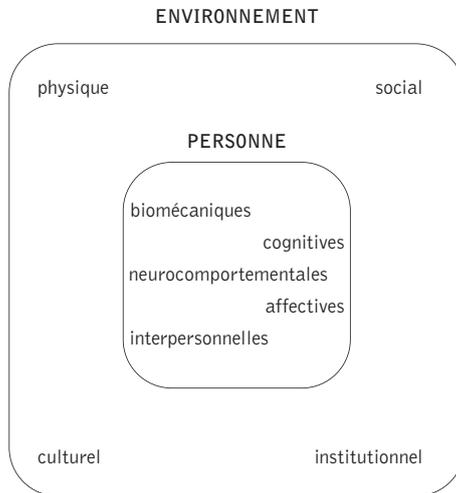


Figure 2. La contrainte de l'environnement sur les caractéristiques de la personne.

En un certain sens, l'environnement contient les personnes et il renferme un grand nombre d'objets. Par exemple, les gens vivent dans leur appartement, marchent sur leurs tapis et entrent dans leur baignoire. Ils possèdent un téléphone, conduisent leur voiture, emploient leur linge. Dans le domaine de la réadaptation, ces aspects physiques de l'environnement sont très fréquemment et depuis longtemps considérés, parce qu'il faut en tenir compte lors d'un retour à domicile nécessitant l'aménagement d'un logement ou de quelques habitudes de vie pour favoriser l'indépendance d'une personne dans ses activités de base ou instrumentales de la vie quotidienne. Dans cette perspective, l'élimination des barrières architecturales pour favoriser l'accessibilité des bâtiments, des transports publics et des services aux personnes à mobilité réduite ou malvoyantes, trouve son sens. Mais l'environnement est plus qu'un conteneur. Des modèles récents, par ailleurs extérieurs à l'ergothérapie, comme le modèle du processus de production du handicap (PPH) et la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) forcent à concevoir l'environnement et sa relation à l'individu d'une manière plus abstraite et plus complexe (Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté & Saint-Michel, 1998 ; Organisation mondiale de la santé, 2001).

47

Les individus façonnent leur environnement et l'investissent avec leurs occupations. Il faudrait plutôt voir le milieu et l'individu comme des éléments enchevêtrés, et s'influençant réciproquement de multiples façons et de manière dynamique. Dans une certaine mesure l'environnement agit directement sur le comportement (par ex. on développe davantage de force pour se lever d'un fauteuil bas que d'une chaise), mais souvent aussi c'est la perception anticipée que la personne a du contexte qui est opérante (par ex. renoncer à fréquenter une exposition car il faudrait s'y rendre en fauteuil roulant). De plus, quantité de facteurs environnementaux vont de soi, notamment ceux qui concernent les opinions ou les attitudes à l'égard des personnes handicapées qui ne sont pas forcément perçues comme renforçant les atteintes à la participation sociale (par ex. l'enseignement spécialisé est bon pour les enfants trisomiques). De telles considérations poussent les ergothérapeutes au-delà de l'approche individuelle, si dominante depuis l'émergence du deuxième paradigme de l'ergothérapie, vers des approches collectives ou communautaires.

Celles-ci sortent alors aussi du financement usuel des prestations d'ergothérapie par les systèmes de santé (Letts et al., 2003). Partant, elles requièrent alors des professionnels un engagement social, voire politique.

## SYNTHÈSE : VERS LA COMPLEXITÉ

En résumé, les ergothérapeutes fournissent des services à des personnes ou à des populations qui vivent dans des contextes qui leur sont spécifiques et qui subissent les conséquences sur leurs occupations de conditions de santé particulières. Ces usagers amènent en thérapie leurs intérêts, leurs expériences, leurs manières de comprendre leur maladie, leur personnalité. De plus, leurs interactions avec les ergothérapeutes se déroulent dans des environnements particuliers parfois peu connus des usagers et peu propices à la reproduction d'occupations de la vie courante. Pourtant, chaque thérapeute doit être en mesure de proposer à chaque usager une intervention appropriée. L'action thérapeutique proposée par l'ergothérapeute peut ainsi être représentée à l'intersection de trois disques représentant la personne, l'environnement et l'occupation (Christiansen, Baum & Bass-Haugen, 2005 ; Law et al., 1996).

48

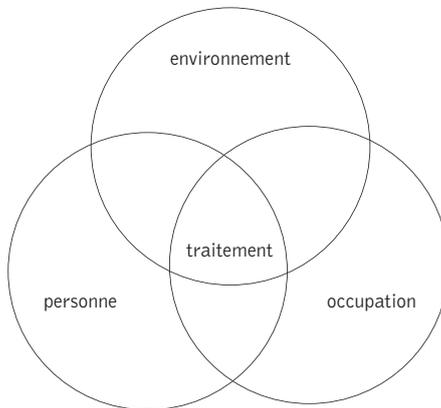


Figure 3. Le traitement dans l'intersection entre l'environnement, la personne et l'occupation.

L'action de l'ergothérapeute doit aussi être précise et spécifique, ce qui signifie non seulement connaître globalement la personne, ses occupations et les environnements dans lesquels elle évolue, mais aussi être en mesure de décrire très exactement ses performances et les habiletés ou les fonctions qui sont perturbées. Les altérations des habiletés et des fonctions conditionnent en effet les limitations des performances et ont finalement une incidence sur les occupations. Comprendre en quoi et comment les habiletés comme les fonctions altérées affectent la personne, ses occupations et ses activités, est l'un des défis que les ergothérapeutes doivent relever dans leurs démarches d'évaluation. À cette fin, les ergothérapeutes doivent donc disposer et savoir utiliser des moyens de mesurer les composantes de la personne, ses performances et les caractéristiques de l'environnement. Les savoirs à maîtriser pour évaluer avec compétence sont vastes.

Le traitement, quant à lui, est mené à la fois sur le plan des composantes intrinsèques de l'individu qui sont altérées par sa condition de santé et sur celui de la personne qui éprouve cette condition dans ses occupations et dans son contexte de vie (Wilby, 2007). Les fonctions, les habiletés comme les performances atteintes sont l'objet de mesures de rééducation ou de réadaptation spécifiques qui impliquent des interventions particulières sur les composantes intrinsèques de la personne et sur son environnement. Ces mesures s'appuient sur des méthodes – qu'il faut apprendre – qui s'appliquent spécifiquement à certaines conditions sanitaires. Mais ce n'est pas tout, il faut aussi fournir des interventions dont on n'a pu apporter la preuve de l'efficacité, ce qui nécessite d'accéder aux résultats de travaux de recherche portant sur ce sujet, de les interpréter, puis de les utiliser en pratique. Intervenir avec compétence requiert des savoirs étendus.

Enfin, l'ergothérapeute qui veut agir à la fois sur le plan des occupations de la personne et de sa participation sociale, et sur le plan des performances, des habiletés et des composantes de la performance est au fond devant la nécessité de concilier une approche réductrice et une approche globale. Il a en tête deux conceptions plutôt opposées de l'ergothérapie et s'efforce de les rendre compatibles dans la pratique. Il faut beaucoup de réflexion et d'adaptation pour y parvenir.



# CHAPITRE II

## LE PROCESSUS DE L'ERGOTHÉRAPIE

Dans ce chapitre, le lecteur saisira la démarche professionnelle de l'ergothérapie à travers ses quatre étapes : l'évaluation formative, la planification de traitement, l'exécution du traitement, l'évaluation sommative. Il découvrira que l'évaluation formative s'effectue en recourant à des entretiens, à des observations et à l'emploi d'instruments de mesure, et qu'elle passe par une phase initiale permettant d'élaborer la demande, puis par une phase d'approfondissement qui établit le profil occupationnel et l'état des performances occupationnelles, puis enfin par une phase d'analyse et d'interprétation permettant de poser les problèmes de l'usager. Il apprendra que la planification du traitement comprend l'établissement d'une finalité, la détermination avec l'usager de buts de traitement, le choix d'objectifs de traitement permettant de remédier ou de compenser les performances atteintes, ainsi que la construction d'un programme d'intervention qui contient l'ensemble des moyens nécessaires au traitement. Il appréhendera l'exécution du traitement comme une succession de séances mettant en œuvre les moyens de traitement choisis et dont la gradation permet la progression de l'usager vers l'atteinte des buts et des objectifs. Il saisira l'évaluation sommative comme l'ensemble de démarches permettant de mesurer les résultats de l'intervention et de décider de ses suites.

## UNE DÉMARCHE PROFESSIONNELLE PARTIELLEMENT SPÉCIFIQUE

Le processus de l'ergothérapie est la démarche par laquelle passe l'intervention de l'ergothérapeute, depuis le moment où il reçoit une indication pour un usager jusqu'au moment où l'intervention se termine. Cette démarche comprend des actions variées avec la personne et son entourage, des actes de collaboration avec d'autres professionnels, des activités administratives. Elle est sous-tendue, affinée, déployée dans le temps par les raisonnements du thérapeute. Elle peut s'étendre sur quelques jours ou sur plusieurs mois suivant les cas. Elle peut être simple et ne nécessiter qu'un seul contact avec l'usager, par exemple pour répondre à une demande d'installation d'un coussin de positionnement destiné à une personne alitée. Elle peut aussi être complexe et délicate à mener, par exemple dans le cas du suivi d'une personne consécutif à un traumatisme crânien entraînant des troubles neurocomportementaux, cognitifs et affectifs, ainsi que de profondes altérations de la capacité à mener des activités de la vie courante sur le plan des soins personnels, des loisirs et de la productivité.

52

Le processus de l'ergothérapie est souvent décrit comme une démarche de résolution de problèmes. Du point de vue général, il n'a rien de spécifique à l'ergothérapie. Une telle stratégie est couramment utilisée dans les autres professions de la santé, par exemple la médecine ou les soins infirmiers. La résolution de problèmes est aussi une démarche ordinaire de la vie quotidienne dans nombre de situations qui dépassent des routines usuelles et qui nécessitent de réfléchir à une situation problématique, puis de décider, puis d'agir en conséquence. Par exemple, en voyage à l'étranger, faire face à une panne de voiture. Elle est aussi fréquente chez les usagers de l'ergothérapie lorsqu'ils s'ajustent à leurs difficultés et cherchent des réponses à des questions comme : « Comment vais-je me débrouiller pour me déplacer sans permis de conduire ? »

Ce qui rend la démarche de l'ergothérapie spécifique et qui permet de la nommer processus de l'ergothérapie est qu'elle s'attache à des problèmes relevant des occupations de gens ou des groupes se trouvant dans des conditions de santé particulières qui relèvent de cette profession (American Occupational Therapy Association, 2002). Dans leur démarche,

les ergothérapeutes vont considérer les atteintes aux occupations des usagers dans leur contexte de vie. Ils vont viser comme buts de traitement les occupations pour lesquelles ceux-ci éprouvent et expriment des difficultés. Ils vont chercher à offrir aux usagers des opportunités d'activités permettant de récupérer ou de transformer leurs occupations ou leurs environnements.

La démarche de l'ergothérapie passe par plusieurs étapes. Le nombre de celles-ci varie d'un auteur à l'autre. L'Association américaine (AOTA, 2002, p. 614) y voit trois grandes parties :

- l'évaluation qui contient le profil occupationnel et l'analyse des performances occupationnelles ;
- l'intervention qui contient le plan d'intervention, la réalisation de l'intervention et la mesure des progrès ;
- les résultats qui concernent la mesure de l'atteinte des buts.

L'Association canadienne des ergothérapeutes (2002b, p. 71) considère sept étapes :

- définir, valider et mettre en ordre d'importance les difficultés en matière de rendement occupationnel ;
- sélectionner des approches théoriques ;
- déterminer les dimensions du rendement occupationnel et les conditions environnementales en jeu ;
- déterminer les forces et les ressources des partenaires ;
- négocier les résultats visés et élaborer des plans d'intervention ;
- mettre en œuvre les plans d'intervention à travers l'occupation ;
- évaluer les résultats obtenus en matière de rendement occupationnel.

De son côté, le Collège anglais des ergothérapeutes propose onze étapes (Creek, 2003, p. 16) :

- la demande d'intervention ;
- la collecte d'informations ;
- l'évaluation initiale ;
- la formulation des problèmes et des besoins de traitement ;
- la position des buts ;
- la planification de l'intervention ;

- l'intervention ;
- l'évaluation et ajustement permanent de l'intervention ;
- la mesure des résultats ;
- la fin du traitement ou la décharge ;
- le compte rendu final.

Sans doute l'important n'est pas le nombre des étapes que suggèrent les auteurs, mais le fait qu'il s'agit d'un processus qui avance dans le temps et qui contient des éléments clés, soit des moments d'acquisition d'informations, des moments de réflexion et de décision et des moments d'action. Pour notre part, nous y mettons en 1990 (Meyer, 1990) quatre phases ou étapes schématisées selon la figure 4.

54

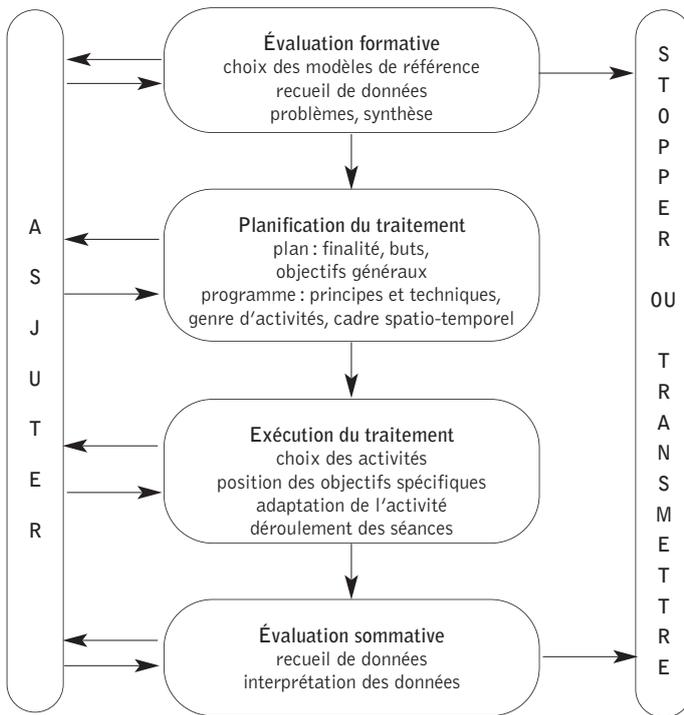


Figure 4. Le processus de l'ergothérapie (Meyer, 1990, p. 19).

Ce schéma se lit de haut en bas. Les flèches verticales représentent 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.

## UNE DÉMARCHE NON LINÉAIRE

Soulignons que si la démarche avance, cette progression n'est pas linéaire. Il arrive fréquemment que de nouvelles informations doivent être recherchées ou que de nouveaux objectifs soient posés à la lumière des progrès constatés. Hagedorn (2001), par exemple, montre le circuit itératif entre la collecte des informations et l'analyse de problèmes, les décisions d'action, la réalisation de l'action et enfin la révision de l'action et des progrès. Le schéma présenté peut donc être suivi à plusieurs reprises dans une intervention. La démarche, si on veut la représenter, devient alors une spirale, orientée vers la résolution de problèmes grâce à l'atteinte des objectifs de traitement. C'est ainsi que le modèle du rendement occupationnel représente la démarche (ACE, 2002b).

Retenons encore que le processus de l'ergothérapie tel qu'il est représenté par les différents auteurs n'est qu'une modélisation, forcément réductrice, d'une démarche de réflexion, de décisions et d'actions qui s'effectue dans le contexte complexe et incertain des interactions entre un usager et un thérapeute dans des systèmes sociaux, institutionnels et culturels plus vastes (Creek, 2003 ; Duncan, 2006 ; Whiteford & Wright-St Clair, 2005). En conséquence, il ne saurait être pris pour une recette dont les rubriques seraient les ingrédients à réunir à chaque étape, précisément parce qu'il ne fournit pas les « ingrédients » utiles au traitement, mais il énonce tout au plus la nature de ceux-ci. Ces ingrédients sont des connaissances, des savoir-faire, des valeurs que le soignant possède.

Ils portent sur l'être humain, la maladie, les occupations humaines, les divers aspects de l'environnement, les méthodes et les instruments d'évaluation, les cadres de référence et les modèles de traitement. La démarche de l'ergothérapie ne saurait remplacer ces savoirs. Chercher à l'appliquer sans les mobiliser risque de mener le traitement à l'échec.

Les quatre phases du processus de l'ergothérapie sont, selon une terminologie empruntée à Reed et Sanderson (1980) :

- L'évaluation formative, qui comprend tout ce qui a trait au recueil et à l'analyse des informations concernant l'utilisateur. Quels qu'en soient l'auteur et le contenu, l'évaluation débute par la demande d'intervention, se poursuit par la collecte d'informations et leur analyse, se termine par une interprétation des problèmes de la personne.
- La planification du traitement, qui contient des buts et des objectifs de traitement, ainsi que le choix de moyens d'intervention dont les modèles de pratique, les activités, et leur organisation dans le temps et les lieux.
- L'exécution du traitement, qui correspond à l'ensemble des activités réellement menées par l'utilisateur et le thérapeute, à leur ajustement en vue de l'atteinte des buts et à la mesure des progrès.
- L'évaluation sommative, qui englobe l'évaluation de l'atteinte des buts et des objectifs de traitement, les décisions de fin d'intervention et l'organisation d'une éventuelle suite.

56

Ces étapes permettent au thérapeute de décider d'une façon qui tend à être rationnelle parce qu'elle objective les raisons pour lesquelles les décisions sont prises. Cela montre la filiation qu'il y a entre l'ensemble des décisions et guide ainsi l'intervention en favorisant la communication avec l'utilisateur ou d'autres professionnels. Le contenu des diverses étapes peut être détaillé en relation avec des questions que chaque thérapeute se pose au fil de la démarche.

## L'ÉVALUATION FORMATIVE

L'évaluation formative comprend l'ensemble des procédures utilisées par le thérapeute pour obtenir une image aussi claire que possible de la situation sur laquelle il intervient. La présentation de ses contenus laisse

penser que l'évaluation occupe de nombreuses séances avant que le traitement ne débute. Ce n'est généralement pas le cas, car un choix adéquat du type d'informations à obtenir et des moyens pour y parvenir réduit ce temps à quelques séances, même dans les cas complexes. De plus, il est toujours possible et souvent obligatoire de débiter le traitement en parallèle à l'évaluation parce que certaines interventions sont urgentes ou souhaitables. Au contraire, certaines observations ou mesures sont irréalisables ou sont superflues. Elles seront différées et interviendront au cours du traitement, voire à sa fin (Schell, Crepeau & Cohn, 2003). L'évaluation formative se subdivise en diverses sous-étapes d'obtention d'informations pour aboutir à des jugements portant sur les problèmes sur lesquels intervenir.

## ÉVALUATION INITIALE

L'évaluation initiale a pour fonction de décider si le cas relève de l'ergothérapie, de donner quelques informations à l'utilisateur, d'envisager les cadres de référence ou les modèles de pratiques utiles, ainsi que d'imaginer des modalités ultérieures d'évaluation (ACE, 2002b). Elle est rapide et ne nécessite pas plus de quelques informations glanées dans des documents ou auprès de tiers et une rencontre avec l'utilisateur.

Généralement, les usagers sont adressés en ergothérapie par d'autres professionnels ou par des organismes. Plus rarement, le client vient de son propre chef. Les modalités dépendent toujours d'un certain nombre de règles régissant la demande de prestations, leur octroi et leur financement. La prescription peut être précise et indiquer le type d'intervention requise. Par exemple : « Évaluation de l'indépendance en vue d'un retour à domicile » ou « orthèse de Kleinert. » La demande peut être beaucoup plus vague : « rééducation » ou même blanche lorsque l'ergothérapeute intégré à un service de réadaptation doit effectuer une consultation pour tous les patients entrant dans le service (Sumsion, 2006). La demande est souvent écrite, mais elle peut aussi être orale, notamment dans le cas où, lors d'une réunion d'équipe interprofessionnelle, il est décidé d'offrir l'ergothérapie. La demande peut, mais ce n'est pas toujours le cas, se confondre avec une prescription du médecin. Dans de nombreux pays, la prescription est le document officiel qui permet à

l'ergothérapeute de travailler à charge des assurances ou de l'État. Même lorsque la prescription est requise, le contenu de la demande de l'utilisateur ou de ses proches peut en être assez différent de celle du médecin et elle doit être discutée avec l'utilisateur (Bally-Sevestre et al., 2003).

En principe, la demande est accompagnée par quelques informations sociodémographiques et médicales sur la personne, permettant à l'ergothérapeute d'orienter la première entrevue avec elle. Les données sont cependant rarement suffisantes pour être sûr que l'ergothérapie soit nécessaire, et encore moins pour déterminer la nature des prestations à fournir. Le thérapeute a généralement intérêt à consulter le dossier de l'utilisateur avant de le rencontrer. Il évite ainsi de poser les mêmes questions que d'autres soignants à une personne, ce qui la rassure sur le fait que les informations qu'elle a données ont été retenues et transmises. Un échange informel avec un autre professionnel, par exemple une infirmière référente, voire un proche, permet souvent d'avoir une idée de l'état subjectif dans lequel l'utilisateur se trouve et des difficultés qu'il pourrait avoir exprimées. Surtout pour les novices que sont les étudiants en stage, une question comme : « Comment il est ? » accompagnée de réponses, même aussi vagues et partiellement erronées que « confus, triste, coopérant, fatigué, en colère, peu conscient, anxieux, très passif ou désinhibé » facilite toujours le premier contact en permettant un ajustement par anticipation.

58

La première entrevue avec la personne donne l'occasion de se présenter et de communiquer quelques informations sur l'ergothérapie. Il est souvent utile d'expliquer à l'utilisateur ce que vise l'ergothérapie dans une condition de santé telle que la sienne et le genre d'activités de traitement qui peuvent être proposées. De cette manière, l'utilisateur peut imaginer ce qui va se passer. Ce premier entretien permet de poser quelques questions sur les difficultés rencontrées par la personne. En parallèle, l'ergothérapeute observe l'utilisateur de manière à repérer des éléments sur les difficultés d'action qu'il a ou sur les habiletés ou les fonctions qui peuvent être altérées. Les observations comme les questions posées sont orientées par les connaissances obtenues grâce à la lecture du dossier ou la demande de traitement (Cohn, Schell & Neistadt, 2003).

Remarquons que l'utilisateur, surtout s'il est à domicile, a souvent une idée claire de ses besoins et de l'altération de ses occupations par une maladie souvent chronique, vécue dans un environnement particulier.

Il dira par exemple : « Je ne peux pas faire du vélo comme mes copains » ou : « Je suis tombé dans ma salle de bains et j'ai peur. » Mais à l'hôpital, couché dans un lit, après avoir subi un traumatisme physique grave auquel s'ajoutent parfois des atteintes cognitives, il ne faut pas s'attendre à ce que les usagers soient des informateurs crédibles, engagés et compétents. Les réponses qu'ils donnent sont souvent vagues, irréalistes et à la mesure de la situation étrange dans laquelle ils se trouvent au moins transitoirement. En santé mentale, certains clients refusent de faire état de leurs problèmes, ne les perçoivent pas ou les perçoivent d'une manière totalement différente de leur entourage et repoussent toutes les mesures d'évaluation de ceux-ci. Dans ces cas, l'ergothérapeute est amené à intervenir avant de chercher à saisir les difficultés spécifiques de la personne dans ses occupations. La démarche professionnelle passe alors de l'évaluation initiale à la réalisation de l'intervention pour revenir à l'évaluation plus tard.

Le client n'est pas toujours le malade. Il peut être un proche, une famille, une équipe de soignants (ACE, 2002b). Lorsque le client n'est pas une personne mais un organisme, l'évaluation initiale permet de clarifier la demande en effectuant une analyse sommaire de ce qui la fonde. Par exemple, si la demande est la mise en place d'un programme de loisirs dans un établissement d'hébergement pour les personnes âgées, l'ergothérapeute s'enquiert des moyens en personnel à disposition et des besoins des bénéficiaires. Si la demande est d'améliorer l'accessibilité d'un grand magasin aux personnes à mobilité réduite, l'ergothérapeute discute de l'ampleur des travaux possibles avec les mandataires.

Sur le plan relationnel et quelle que soit la qualité des informations communiquées par l'usager, la première rencontre est importante car elle permet de construire une alliance thérapeutique (Cohn, Schell & Neistadt, 2003). Le thérapeute a tout intérêt à se montrer concerné et intéressé par ce que dit l'usager, même si cela amène peu d'informations pour la suite immédiate ou pratique de l'intervention. Il doit donner un sentiment de sécurité en communiquant à l'usager sa capacité à le comprendre et en lui faisant savoir qu'il sait comment agir. À notre connaissance (mais c'est peut-être une caractéristique culturelle suisse), beaucoup d'ergothérapeutes commencent leur intervention en discutant au chevet du patient, en allant boire un café ou en allant faire une promenade.

À la fin de l'entretien, il doit être possible d'établir et de communiquer les premières priorités qui peuvent concerner l'évaluation, le traitement de problèmes urgents, le renvoi à d'autres spécialistes. Le thérapeute doit pouvoir clarifier la prochaine rencontre en précisant le lieu et l'objet. Cela signifie que durant cette première rencontre, l'ergothérapeute se fait une idée assez claire de la situation pour dire de quoi sera composée la séance suivante : s'exercer à sortir du lit, adapter un fauteuil roulant, mesurer la force et les amplitudes articulaires, visiter la cafétéria, observer une activité dans l'appartement, passer des tests pour la mémoire, etc.

60 Au terme de l'évaluation initiale, l'ergothérapeute doit savoir s'il peut et doit s'engager dans une évaluation plus approfondie et, le cas échéant, avec quels instruments il va le faire (AOTA, 2002 ; Cohn, Schell & Neistadt, 2003). En cela il répond aux questions : « Qu'est-ce que j'ai besoin de connaître pour proposer une action utile à l'utilisateur ? » « Quels sont les outils disponibles pour fournir ces données ? » « De combien de temps, je dispose ? » De plus, en relation avec la maladie ou le traumatisme de la personne et avec son contexte de vie, le thérapeute se détermine pour un ou plusieurs cadres de référence ou modèles de pratique pertinents et compatibles avec le contexte institutionnel. Au terme de l'évaluation initiale, les ergothérapeutes expérimentés ont déjà une vision de la finalité de l'intervention ou de ses enjeux ; par exemple que le retour à domicile sera problématique ou qu'une reconversion professionnelle sera nécessaire. Quelle que soit l'expertise du thérapeute, l'évaluation initiale n'est pas suffisante, elle doit être approfondie de manière à obtenir ce que l'Association américaine des ergothérapeutes nomme le profil occupationnel et l'état des performances occupationnelles (AOTA, 2002).

#### EXERCICE 5

Prendre une demande ou une prescription courante d'ergothérapie.  
 Quelles informations initiales devraient, à votre sens, être obtenues ?  
 Simulez l'entretien en faisant varier la coopération de l'utilisateur.

## APPROFONDIR L'ÉVALUATION

La fonction de l'évaluation formative après l'évaluation initiale est d'obtenir des données permettant de construire les problèmes et de définir des objectifs de traitement. Cette évaluation varie d'une situation à l'autre. Elle est organisée et ajustée par chaque ergothérapeute. La direction prise par l'évaluation dépend du contexte de pratique du thérapeute (par ex. en milieu hospitalier ou à domicile), des éléments connus de l'utilisateur (par ex. son âge, son statut familial, son sexe), de sa santé (par ex. son diagnostic médical, la gravité des troubles, son état de conscience) (Cohn, Schell & Neistadt, 2003). L'évaluation nécessite la mobilisation des connaissances de l'ergothérapeute sur l'effet potentiel de l'état de santé de la personne sur les performances et les habiletés, sur ses occupations vraisemblables, compte tenu de ses caractéristiques sociales générales. Par exemple, l'ergothérapeute s'enquiert des activités de soins aux enfants en face d'une mère de jeunes enfants ayant subi un grave traumatisme de la main, mais pas si le client est un vieil homme atteint d'une démence. Ou encore l'ergothérapeute évalue la sensibilité superficielle chez une personne atteinte d'un accident vasculaire cérébral, mais pas chez une personne dépressive.

61

Suivre une démarche d'évaluation à la fois suffisante pour définir l'intervention et rapide compte tenu des contraintes temporelles imposées par les budgets n'est pas simple. Les novices s'y perdent souvent alors qu'il existe dans les divers manuels d'ergothérapie et dans les répertoires d'instruments, des procédures pour certaines catégories d'utilisateurs et des instruments de mesure conseillés. D'une manière générale, l'association américaine (AOTA, 2002) considère deux aspects dans cette phase : l'établissement du profil et l'analyse des performances occupationnelles (*occupational performances*). Soulignons que depuis les années 2000, la majorité des auteurs en ergothérapie insistent sur le fait que ce sont les performances occupationnelles dans la perspective des occupations qui doivent intéresser les ergothérapeutes, plutôt que les fonctions corporelles (AOTA, 2002 ; Kielhofner, 2002 ; Law & Baum, 2005). D'un bout à l'autre, la démarche d'approfondissement de l'évaluation contient les étapes suivantes :

- synthétiser l'information issue de l'évaluation initiale ;

- s’entretenir de manière plus fouillée avec l’usager ou ses proches, de manière à déterminer les domaines d’activités et les éléments de l’environnement auxquels il faut s’intéresser, cela correspond à l’établissement du profil occupationnel ;
- observer les performances de l’usager dans des activités pour spécifier ses manières d’agir, ses capacités et ses difficultés ;
- déterminer les domaines de la performance occupationnelle à investiguer ;
- sélectionner et utiliser des instruments spécifiques pour mesurer des activités, des performances, des habiletés, des environnements ;
- analyser et interpréter les données issues de l’évaluation pour identifier ce qui soutient et ce qui inhibe les performances, cela correspond à l’analyse des performances occupationnelles ;
- développer et affiner des hypothèses concernant les forces et faiblesses des performances du client, leur relation avec l’environnement et avec des facteurs personnels, puis les mettre en relation avec les buts, les besoins et les désirs de l’usager ;
- construire des problèmes.

62

## LE PROFIL OCCUPATIONNEL

« Le profil occupationnel est défini comme l’information décrivant l’histoire et les expériences occupationnelles de l’usager, son organisation de la vie quotidienne, ses intérêts, ses valeurs et ses besoins »<sup>3</sup> (AOTA, 2002, p. 616). Le thérapeute peut se servir à cette fin de divers instruments de mesure liés au modèle de l’occupation humaine (Kielhofner, 2002). Il peut aussi se construire un guide d’entretien semi-structuré permettant de répondre à des questions telles que :

- Pour quelles raisons l’usager demande-t-il un service ?
- Quelles sont les difficultés, les craintes dont il fait état ?
- Quelles sont les activités (éléments concrets) ou les occupations dans les divers domaines des occupations définis en ergothérapie (éléments plus larges ou plus abstraits) qu’il remplit à sa satisfaction et quelles sont celles qui lui posent problème ?

---

3 Traduit par l’auteur.

- Dans quels environnements vit la personne ? Dans quelle mesure ceux-ci peuvent soutenir les activités et les occupations de la personne ou au contraire les limiter ?
- Plus généralement, quelles sont les occupations de cette personne et les activités qui les constituent ?
- A-t-elle des buts et sur quoi portent-ils le cas échéant : des activités à reprendre, des rôles à assumer, un environnement à adapter, de la satisfaction à retrouver... ?

Si le client est un organisme ou un groupe, l'entretien sera ajusté en conséquence.

Le profil est conçu pour acquérir des informations centrées sur le client, établies dans sa perspective personnelle et en considérant le passé, le présent et l'avenir tels qu'ils sont perçus et envisagés par lui. Il s'agit d'identifier les expériences antérieures, les centres d'intérêt ou ce qui a de la valeur pour la personne et qui pourra servir à comprendre les problèmes d'aujourd'hui et à explorer des buts pertinents dans lesquels l'utilisateur puisse s'investir (Bally-Sevestre et al., 2003 ; Kielhofner, 2002 ; Law & Baum, 2005). Il faut toutefois conserver un certain sens de la mesure car si la mise en valeur et le respect des données du client favorisent l'implication de celui-ci et guident efficacement l'intervention, il n'est pas non plus nécessaire d'entrer dans l'intimité de quelqu'un lorsque la demande ne le requiert pas. Inutile de connaître la vie de quelqu'un pour fournir un rehausse-WC ou conseiller de fixer les tapis afin d'éviter les chutes.

Le profil occupationnel n'est jamais complet, il viendra au fil des séances d'ergothérapie s'étoffer et sera l'un des éléments de la compréhension intersubjective entre le thérapeute et l'utilisateur, ainsi que l'un des piliers de la relation de confiance qui s'établit au fil du temps entre eux. Ajoutons que le profil occupationnel, tel qu'il est présenté, pourrait être moins pertinent dans les cultures où les gens ne racontent pas leur vie à qui le demande. Par contre, l'exploration des difficultés rencontrées ou potentielles dans l'environnement habituel de la personne et la définition conjointe de buts de traitement demeurent indispensables, du moins si on entend éviter des approches réductrices.

## EXERCICES 6 ET 7

Rédigez un guide d'entretien destiné à une catégorie d'utilisateurs dans un service de réadaptation (les porteurs d'une prothèse totale de la hanche, une personne atteinte d'une hémiparésie à la suite d'un accident vasculaire cérébral, ...).

Idem, mais destiné à une personne à domicile (une personne souffrant de la maladie de Parkinson, les proches d'un malade d'Alzheimer ...).

64

Il existe divers instruments de mesure, c'est-à-dire des moyens déjà structurés et formalisés d'obtenir des informations intéressantes sur le profil occupationnel. La mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) (Law et al., 1998) est un moyen largement répandu d'appréhender les difficultés de l'utilisateur sur lesquelles se concentrer. L'instrument permet de déterminer des buts d'intervention et de mesurer des résultats. Il est conçu pour saisir le point de vue des utilisateurs. Il n'est pas spécifique à une population particulière et est centré sur leurs activités courantes. Il considère celles qui sont importantes pour les utilisateurs et dans lesquelles ils expérimentent des difficultés. L'instrument est standardisé, fiable et valide (Sumsion, 2006). Il est à notre sens moins inquisiteur qu'un entretien approfondi, et plus rapide. Bien sûr, il n'est que l'un des éléments d'établissement du profil occupationnel.

La MCRO recourt à un entretien semi-structuré comme méthode d'obtention des données. L'entretien porte sur les problèmes rencontrés par la personne dans ses occupations, dans les divers domaines de celles-ci. Pour les activités retenues, l'utilisateur qualifie sa performance et sa satisfaction sur une échelle de 1 à 10 (Law, Baptiste et al., 1998). L'entretien est l'occasion pour l'utilisateur de clarifier ses problèmes et de définir ses priorités, comme de comprendre le rôle de l'ergothérapeute. L'instrument n'étant pas normé, c'est l'interviewé qui établit le niveau de performance comme le niveau de satisfaction, en fonction de critères qui lui sont personnels. Ces critères ne seront pas contestés par l'évaluateur. Ajoutons que la MCRO peut entrer dans l'évaluation initiale, parce que la différence entre l'évaluation initiale et le profil occupationnel est floue.

L'entretien peut s'adresser à la personne malade ou à ses proches au cas où elle ne peut pas s'exprimer, et porter sur les problèmes éprouvés

par la personne. Mais il peut aussi s'adresser à un soignant naturel ou à une autre personne de l'entourage qui rencontre des problèmes dans l'assistance fournie à la personne (par ex. les parents, un enseignant) et porter sur les problèmes que ceux-ci éprouvent – le client n'est donc plus le malade mais un tiers. L'entretien nécessite un peu d'entraînement et d'aisance à communiquer. Les ergothérapeutes expérimentés ont davantage d'habiletés que les novices pour focaliser les usagers sur leurs problèmes, car ils ont l'expérience du type de difficultés rencontrées par diverses catégories d'usagers. La MCRO est en outre utilisable lorsque le client est un groupe ou un organisme (par ex. les caissières d'un supermarché, une entreprise de transports publics).

L'évaluation des difficultés rencontrées par l'utilisateur dans son contexte d'existence et dans la réalisation de ses occupations est ainsi plus ou moins formalisée selon les normes en vigueur ou les goûts du thérapeute pour des instruments standardisés, ou au contraire pour des évaluations moins formelles. Elle permet de centrer l'intervention, y compris la suite de l'évaluation, sur des éléments d'intérêt pour l'utilisateur. Trop souvent cependant, surtout en réadaptation, les thérapeutes passent outre cette étape, pensant que ni l'évaluation ni l'intervention n'ont besoin de l'avis explicite du client pour lui être spécifique; il suffit qu'elle le soit à son diagnostic et à la gravité de ses troubles et à ce qu'imagine le thérapeute (Meyer, 2003). Ils effectuent ainsi une démarche traditionnelle standard qui encourage ensuite la passivité de l'utilisateur (Sumsion, 2006).

Une fois les données nécessaires au profil récoltées, le thérapeute passe en revue l'information et développe une hypothèse de travail concernant des sources possibles des difficultés et des inquiétudes identifiées. En l'occurrence, les sources de ces difficultés sont à chercher dans les atteintes aux habiletés causées par la maladie ou le traumatisme, ou plus généralement par la condition sanitaire de la personne, dans les éléments de son environnement qui peuvent interagir avec ses habiletés et ses occupations. Le thérapeute peut alors sélectionner des méthodes d'évaluation adéquates et, si ce n'est pas déjà fait, des cadres de références ou des modèles de pratiques pertinents qui lui permettront d'obtenir des données sur les performances occupationnelles et sur leurs composants (Opacich, 1991).

## LES PERFORMANCES OCCUPATIONNELLES

Selon ENOTHE, « les performances occupationnelles sont le choix, l'organisation et la réalisation d'occupations, d'activités ou de tâches en interaction avec l'environnement » (Meyer, 2005, p. 15)<sup>4</sup>. La performance inclut autant le processus de réalisation de l'activité que son résultat. Les Canadiens francophones emploient fréquemment le terme rendement occupationnel (ACE, 2002b), et la littérature française celui de capacité fonctionnelle ou fonctionnement. Law, Baum et Dunn (2005) font remarquer que les auteurs anglophones adoptent indifféremment *function* et *performance*. Les performances peuvent être évaluées dans les trois domaines usuels de l'occupation considérés en ergothérapie : les activités de la vie quotidienne, les loisirs et la productivité. L'association américaine définit quant à elle les activités de la vie quotidienne (AVQ ; *ADL, activities of daily life*), les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ ; *IADL, instrumental activities of daily life*), la formation, le travail, le jeu, les loisirs et la vie sociale (American Occupational Therapy Association, 2002). La réussite d'une performance occupationnelle dépend des transactions dynamiques entre l'utilisateur, son environnement et l'activité (Christiansen, Baum & Bass-Haugen, 2005).

66

Le but de l'évaluation des performances occupationnelles est de déterminer avec le degré de précision nécessaire des objectifs et des moyens de traitement. Le profil occupationnel a permis de savoir ce que désire l'utilisateur, les difficultés qu'il éprouve, ses conditions d'existence, son mode de vie, son histoire, sa perception de la situation, mais il ne permet pas de décrire les caractéristiques observables des performances de la personne, ni d'objectiver clairement ses capacités, ni encore de saisir distinctement son environnement. Dans la mesure où le fonctionnement dans la vie de tous les jours est le produit d'interactions entre des

---

4 Certains ergothérapeutes francophones confondent les performances occupationnelles (*occupational performance*) avec les capacités fonctionnelles (*functional capacities*). C'est une erreur, car les capacités fonctionnelles sont des fonctions physiques ou mentales indépendantes de l'environnement. Elles sont considérées en ergothérapie comme des éléments de la performance tout comme les fonctions corporelles, les habiletés ou les aptitudes.

caractéristiques des activités à faire, des propriétés de l'environnement, des façons d'agir de la personne, de ses habiletés, de ses fonctions et de ses structures corporelles, l'évaluation des performances peut inclure tous ces éléments (AOTA, 2002). De plus, l'utilisateur de l'ergothérapie est porteur d'une condition sanitaire particulière, souvent précisée par un diagnostic médical, qui produit potentiellement des effets sur ses performances : c'est d'ailleurs pour cette raison qu'il est adressé en ergothérapie. En conséquence, il est souvent important d'évaluer l'effet de ce diagnostic sur les performances et les habiletés des personnes pour spécifier les objectifs de traitement. Plusieurs méthodes et moyens d'évaluation seront requis, car aucun ne peut produire des informations aussi diversifiées (Opacich, 1991).

L'évaluation des performances occupationnelles recourt à deux méthodes d'évaluation : l'observation et l'emploi des instruments de mesure. Elles diffèrent essentiellement par leur degré de formalisation et par la nature des données qu'elles engendrent. Traditionnellement, les ergothérapeutes ont employé des méthodes très informelles de collecte de données, faisant confiance à leur intuition et à leur expérience. Les informations ainsi obtenues sont cependant idiosyncrasiques ou tributaires des savoirs théoriques de l'observateur (Opacich, 1991). Elles peuvent même ne pas être rapportées dans le dossier de l'utilisateur et rester ainsi inaccessibles aux tiers. Rien n'indique leur validité et leur fiabilité, dès lors elles peuvent tout aussi bien être correctes qu'erronées, et les conclusions que l'évaluateur en tire ne sont pas critiquables, puisqu'il n'est pas possible de savoir sur quoi elles se fondent. Par exemple, les étudiants en ergothérapie communiquent dans les analyses de cas de nombreuses informations comme : « Son équilibre est précaire », « il n'est pas motivé », « il a un trouble du schéma corporel ». Les faits permettant d'établir ces interprétations ne sont pas exposés, les construits théoriques sur lesquels ces interprétations se basent sont nébuleux, voire inexistantes, la manière dont les conclusions sont tirées n'est pas claire. Pourtant, l'observation est importante en ergothérapie, mais elle doit obéir à des règles de manière à produire des informations de qualité qui déboucheront sur des interprétations recevables.

## L'observation

L'observation en ergothérapie est une méthode d'obtention d'informations basée sur la capacité de l'observateur à voir, à entendre, à sentir ce qu'une personne fait dans une situation donnée (Reed & Sanderson, 1980). Elle est dite clinique lorsqu'elle est menée dans une structure de soins. L'observation est définie par quatre paramètres : l'observateur, l'observé ou l'objet de l'observation, l'instrument d'observation et la situation. Relevons que sauf dans des approches très particulières qualifiées de naturalistes ou de phénoménologiques, l'observation en ergothérapie est fortement influencée par des constructions théoriques. Autrement dit, toute observation suppose la construction formelle d'un instrument qui contient des observables ou des variables, qui permettront d'identifier les données pertinentes et souvent de les décrire (par ex. le temps de réalisation d'une tâche, la qualité de la manipulation, la posture). Ces observables sont construits à partir de concepts qui appartiennent à l'un ou l'autre des cadres de référence ou des modèles disponibles. Ils doivent être pertinents à la condition de santé de l'utilisateur. Produire un instrument d'observation nécessite donc souvent beaucoup de temps et passablement de compétences. Observer avec l'instrument requiert ensuite de l'entraînement.

68

L'observation des performances dans les activités de la vie quotidienne que sont, selon l'association américaine (AOTA, 2002) : se baigner et se doucher, assurer sa continence sphinctérienne, s'habiller, manger, se mouvoir et se déplacer, entretenir ses aides techniques, se laver, maintenir son hygiène intime<sup>5</sup>, est une pratique usuelle des ergothérapeutes. Dans certaines activités instrumentales de la vie quotidienne : soins aux proches, soins aux animaux domestiques, emploi des moyens de communiquer, déplacement dans l'espace public, gestion financière, gestion et maintien de la santé, gestion du domicile, préparation des repas et nettoyage, gestion de la sécurité, faire les courses<sup>6</sup> (AOTA, 2002), l'observation est également fréquente. Bien sûr, ce serait une erreur d'observer toutes les performances d'un usager. La première démarche du thérapeute est de limiter ses évaluations à celles des activités importantes et nécessaires,

---

5 Traduit par l'auteur.

6 Traduit par l'auteur.

et à n'observer qu'au moment où il y a un intérêt à le faire. Cette observation a comme fonction de décrire finement les limitations de l'utilisateur afin d'y ajuster des objectifs et des moyens de traitement, ou afin de proposer une orientation dans le système de soins, par exemple la mise en place d'un soutien à domicile (Rogers & Holm, 2003). L'observation peut intervenir au début de l'intervention ou plus tard, voire au moment de l'évaluation de fin de traitement.

Évaluer des performances dans une activité, c'est d'abord très clairement établir les tâches contenues dans cette activité. Les tâches retenues dépendront de la population, définie par une condition de santé ou par des facteurs sociodémographiques. Par exemple « manger » comprendra mordre et mâcher en cas de troubles neurologiques centraux, mais pas en cas de traumatisme de la main ; « mettre un soutien-gorge » ne s'adresse qu'aux femmes. Les tâches retenues dépendront aussi de l'environnement et du matériel, soit de la situation d'observation. Par exemple, « accéder à la baignoire en fauteuil roulant » dépend de la disposition de la salle de bains et du genre de fauteuil. Après quoi, il faudra clarifier pour chaque tâche la succession des étapes à effectuer de manière à ce que durant l'observation, l'évaluateur soit capable de décrire la manière de procéder de l'utilisateur et souvent l'assistance physique ou verbale qui est requise (Gitlin, 2005). Les premiers concepts à élaborer sont donc ceux de l'activité et du contexte dans lequel l'utilisateur va démontrer une performance. Mais ce n'est pas tout, car si l'ergothérapeute se contente de cela, il obtient une longue liste d'items concrets décrivant si l'utilisateur est ou non capable de faire telle étape et l'aide qui lui est fournie. Ce n'est généralement pas suffisant. Par exemple, si l'ergothérapeute a dû aider l'utilisateur à remonter son pantalon aux toilettes, il serait utile de savoir s'il ne parvenait pas à se baisser, pas à saisir le pantalon, pas à tirer à deux mains, pas à crocher la fermeture, pas à garder son équilibre, ne savait pas quoi faire, ne savait pas comment faire ou encore avait peur. Les observables sont donc potentiellement très nombreux et toute la difficulté de celui qui construit l'instrument est de choisir ceux qui sont pertinents compte tenu de la population à laquelle appartient l'utilisateur. C'est en cherchant dans la littérature les causes potentielles des limitations des performances dans telle ou telle condition sanitaire que l'ergothérapeute trouvera les construits théoriques qui lui permettront

d'élaborer un second groupe de concepts. En mettant en relation la conception de l'activité à laquelle il est parvenu et les limitations potentielles, il pourra dériver les observables. C'est compliqué !

#### EXERCICE 8

Élaborez une grille d'observation de l'indépendance dans l'activité « se laver les dents » pour un usager atteint de troubles cognitifs dans le cadre d'une démence de type Alzheimer.

Faites de même pour un usager atteint d'une tétraplégie.

Faites de même pour un usager atteint d'autisme.

Comparez les observables des grilles d'évaluations.

70

Heureusement, à l'instar de Neistadt (2000), les manuels d'ergothérapie et les modèles de pratique précisent souvent pour des conditions de santé particulières les performances qu'il est bon d'évaluer et les observables pertinents. Par exemple, en réadaptation, l'observation de l'indépendance pourra comprendre des variables permettant d'appréhender : la complétion de la tâche, sa durée, l'efficacité, la douleur, l'effort, la difficulté ressentie, la fatigue, la satisfaction de l'usager, le degré d'expérience de la personne dans la réalisation de l'activité, le respect de la norme sociale en matière de résultat ou de comportement, les aides techniques, l'assistance physique et verbale, de même que les contraintes et les ressources de l'environnement matériel (Rogers & Holm, 2003).

Une réflexion sur ces variables montre que suivant l'activité choisie et la condition de santé de la personne, la performance occasionne, par exemple, plus d'effort et génère plus de fatigue. Cela autorise l'ergothérapeute à imaginer, pour des populations particulières, une hiérarchie entre les activités qui lui épargnera l'observation de nombreuses performances, car l'évaluateur peut présumer que des activités requérant davantage de capacités que des activités déjà difficilement réalisables ne seront pas faisables. Ainsi l'observation de l'indépendance au déplacement dans l'espace public pour une personne âgée fragile est superflue si la marche est précaire dans les couloirs de l'hôpital. Notons que les ergothérapeutes experts dans un secteur professionnel ont une excellente compétence à connaître d'emblée, sans les observer, les performances d'une personne dans une activité donnée (Meyer, 2003). Ils les infèrent

à partir de quelques signes qui concernent les habiletés des usagers, évaluées avec des instruments de mesure ou révélées dans d'autres activités de la vie quotidienne. Les novices, au contraire, et en particulier les étudiants, auraient tendance à se lancer dans des observations superféatoires et interminables dont les conclusions qu'ils croient en retirer s'avèreront d'une portée modeste.

L'observation des performances dans une activité peut s'effectuer dans différentes situations environnementales. Le plus intéressant est de le faire en temps réel et dans des circonstances usuelles, car pour de nombreuses conditions de santé, la validité d'une observation des capacités et des difficultés d'une personne dans la réalisation des activités de base ou instrumentales de la vie quotidienne menée à l'hôpital est faible, probablement parce que les conditions environnementales ne sont pas respectées (Bally-Sevestre et al, 2003 ; Gitlin, 2005). De plus, observer de telles activités en milieu institutionnel demande un équipement important et des aménagements spécifiques (par ex. une cuisine modulable avec divers appareils ménagers pour simuler des aménagements domiciliaires variés). Si on imagine que l'observation peut dans certains cas s'étendre aux domaines du travail, des activités scolaires, des activités sociales ou des loisirs, l'équipement devient encore plus conséquent. Bref, l'analyse des performances des usagers dans des situations réelles appartient surtout aux ergothérapeutes qui travaillent dans la communauté ou qui peuvent accompagner l'utilisateur à son domicile, à son travail, à l'école ou dans l'espace public.

À défaut de pouvoir observer des performances dans des routines de la vie de tous les jours, de nombreux ergothérapeutes observent des habiletés ou des fonctions comme la force, la mémoire, l'attention, la planification de l'action, la dextérité, la tolérance à la frustration, ... dans des activités qui n'appartiennent pas aux habitudes de l'utilisateur, par exemple dans des jeux de société, dans des exercices physiques, dans des activités créatrices manuelles. Construire des instruments d'observation dans ces contextes présente la même complexité et pose les mêmes problèmes de fiabilité et de validité que lors de l'observation des activités de la vie quotidienne, du travail ou des loisirs. Mais leur intérêt est nettement moindre car ces observations n'apportent, sauf pour certaines aptitudes physiques, que des réponses modestes quant à la capacité de compléter

une tâche habituelle ou requise par la situation. Par exemple, un déficit d'anticipation observé en jouant à « Puissance 4 » ne dit rien de fiable sur les capacités d'anticipation pour prendre les transports publics. Par contre, un déficit d'acuité visuelle observé durant une activité de broderie renseigne raisonnablement sur l'effet de ce déficit sur la lecture. Observer directement la lecture est cependant plus simple. De plus, il existe, pour les éléments de la performance occupationnelle, des instruments de mesure dont les qualités métrologiques sont assurément meilleures que celles des évaluations dites « maison ».

### Les instruments de mesure

72

Les instruments de mesure dont la théorisation est développée au chapitre III sont des ensembles de questions ou d'observations structurés et systématisés auxquels il est possible d'attribuer des scores ou des catégories (Rogers & Holm, 2003). Ils peuvent s'utiliser de la même façon par divers évaluateurs, pour divers usagers et à divers moments (Christiansen & Baum, 1997). Ils sont donc des méthodes d'évaluation dont la formalisation a été poussée au-delà de celle d'un instrument d'observation créé par un ou quelques ergothérapeutes d'un service. Leur emploi est beaucoup plus rapide et nécessite moins de compétences que la création d'un instrument d'observation. La conservation des informations qu'ils produisent et leur usage par des tiers posent beaucoup moins de problèmes que ne le font les observations, car les instruments contiennent un système de notation. L'analyse et l'interprétation des données qu'ils produisent sont guidées par la documentation qui accompagne l'instrument ou par diverses publications portant sur l'instrument et son emploi. Avec les instruments de mesure, les données obtenues sont plus objectives, souvent comparables dans le temps et d'un usager à l'autre, et de plus transmissibles. Mais elles peuvent aussi être plus pauvres que des observations en situation naturelle, mal capturer la subjectivité, donner des informations superficielles, trop peu sensibles, trop quantitatives et pas assez qualitatives (Gitlin, 2005 ; Opacich, 1991). Bref, un ergothérapeute compétent dans un cas complexe aura tout intérêt à développer une stratégie de collecte de données lors de l'évaluation formative qui contienne des entretiens pour les éléments qui ont trait au profil occupationnel, des instruments de mesure pour les éléments de la

capacité fonctionnelle et les performances occupationnelles, et des observations en situation clinique, ou mieux naturelle, pour affiner sa compréhension de certaines difficultés émergeant dans le complexe personne-environnement-occupation.

Face à la difficulté de trouver des instruments de mesure adéquats pour les cas qui les intéressent, autant que pour éviter de construire à chaque fois et fastidieusement des procédures d'observation, les ergothérapeutes travaillant dans un même service ont souvent élaboré des instruments d'observation qui satisfont les besoins locaux en matière d'évaluation (Duncan, 2006). Ces instruments sont fréquemment nommés « bilans » et fonctionnent comme des guides d'observation ou des résumés contenant les interprétations d'un ensemble d'observations assez générales. Ils portent souvent sur l'indépendance dans des activités de la vie quotidienne, sur la motricité et la sensibilité ou encore sur les fonctions cognitives. Ces bilans souffrent de tous les défauts des instruments non formalisés en matière de validité et de fiabilité. Lorsqu'il existe des instruments de mesure qui ont la même fonction, il est préférable de les utiliser. S'il n'y en a pas, il faut alors prendre un soin particulier à construire des bilans dont la validité apparente est bonne, ce qui nécessite un travail théorique solide préalable, et formaliser la procédure d'utilisation du bilan pour lui conférer un peu de fiabilité. La construction des instruments de mesure standardisés a toujours commencé par une telle phase. Quant aux résumés d'observations, ils ont leur place dans les dossiers d'usager, mais ils devraient impérativement renvoyer aux données factuelles conservées qui en sont à l'origine, sinon un lecteur ultérieur du dossier n'aura plus à sa disposition qu'une série de jugements dont la source a disparu.

73

### Mesurer ou observer

Il n'y a pas de règles pour déterminer s'il vaut mieux commencer ou finir par des observations dans une évaluation formative. Parfois, la mesure de certains éléments de la performance occupationnelle ou de certaines performances à l'aide de trois ou quatre instruments est suffisante pour définir des objectifs de traitement, mesurer des progrès, puis des résultats. D'autres fois, il suffit d'une seule observation dans des tâches réalisées à domicile pour déterminer un aménagement et prodiguer quelques

conseils. Dans les cas aigus et dont l'évolution sera rapide, observer des performances dans une habitude de vie n'a de sens qu'au moment où la rééducation est entreprise pour en définir spécifiquement l'organisation. Par contre, mesurer rapidement avec des instruments fiables et sensibles des éléments de la performance occupationnelle permettra au fil du traitement de mesurer des changements et de les communiquer à l'usager. Souvent, le plus simple est de commencer par recourir à quelques instruments recommandés dans les guides, les répertoires d'instruments, la littérature spécifique ou les modèles de pratique s'adressant à la condition de l'usager. Puis, si l'analyse des données laisse encore le thérapeute dans l'incertitude quant à une interprétation, il peut approfondir à l'aide d'un dispositif d'observation élaboré pour l'occasion et visant souvent à vérifier l'hypothèse de compréhension à laquelle son interprétation correspond. C'est une des démarches décrites dans le cadre du raisonnement diagnostic (Rogers & Holm, 1991).

74

Si l'usager refuse l'évaluation ou ne parvient pas à se conformer à ces règles, par exemple car il ne les comprend pas, l'ergothérapeute ne peut que l'observer agir spontanément dans l'environnement dans lequel il se trouve et construire ses observables dans ce contexte-là, avec les références théoriques qui lui permettent de rendre intelligibles les comportements de cet usager en fonction de sa condition de santé. C'est pourquoi on n'observera pas le comportement d'une personne psychotique dans un atelier en milieu psychiatrique avec les mêmes variables qu'on observe une personne ayant subi un traumatisme crânien dans un service de réadaptation.

#### EXERCICE 9

Identifiez une condition de santé couramment rencontrée en ergothérapie : un accident vasculaire cérébral, la fragilité chez la personne âgée, une dépression, l'hyperactif chez l'enfant, un traumatisme de la main. Cherchez les cadres de référence et les modèles qui s'attachent à cette condition, que proposent-ils d'évaluer et comment ?

Cherchez dans les manuels d'ergothérapie, comment les auteurs proposent d'aborder l'évaluation de ces conditions.

Cherchez s'il existe des guides de pratiques pour l'évaluation de ces types de conditions.

Effectuez une recherche informatisée sur MEDLINE et CINAHL pour identifier les articles traitant de l'évaluation de ces conditions, quels instruments de mesure sont cités ?

### L'analyse et l'interprétation des données

Le processus de collecte de données aboutit à un volume plus ou moins important d'informations, rigoureusement obtenues, examinées de manière approfondie, décrites de façon détaillée. Ainsi, après quelques séances d'évaluation, les limitations identifiées lors de l'évaluation initiale ont fait l'objet d'une analyse fouillée portant sur des difficultés et des ressources de la personne lorsqu'elle agit, des habiletés préservées et perturbées, des caractéristiques de l'environnement ou de l'activité qui facilitent ou limitent la performance. Ces diverses informations peuvent alors être reprises afin de déterminer l'essentiel et l'accessoire, ce qui est gravement atteint et ce qui ne l'est pas, les ressources importantes disponibles, ... (Bally-Sevestre et al., 2003). Elles peuvent aussi être catégorisées de manière à rapprocher celles qui paraissent en relation. Il s'agira de qualifier cette relation. Cette démarche qui catégorise, sélectionne, associe, critique, juge, qualifie à partir des données, est une interprétation. Dans le cadre d'une pratique centrée sur le client, elle est faite avec l'utilisateur car c'est en fin de compte à lui de juger de l'importance respective des difficultés qu'il a et qui serviront à fixer des buts de traitement. Lorsque le client n'est pas un individu singulier mais un groupe d'individus, une communauté ou un organisme, sa participation à l'analyse et à l'interprétation des données est indispensable car elle est une condition d'acceptation et de mise en œuvre des changements inclus dans le projet qui en découlera. Au terme de l'analyse et de l'interprétation des données, il restera à poser les problèmes.

75

## LA POSITION DES PROBLÈMES

La position des problèmes clôt l'évaluation formative. Elle met en relation l'analyse et l'interprétation des données avec les informations issues du profil occupationnel. La plupart du temps, l'ergothérapeute élabore plusieurs problèmes. Chacun existe dans le contexte de vie de

l'utilisateur tel qu'il a été communiqué et parce que l'utilisateur ou ses proches l'ont eux-mêmes identifié comme un problème. Chaque problème retient et énonce des performances identifiées comme perturbées et/ou des éléments de la performance occupationnelle altérés et/ou des conditions de l'environnement, puis explique les liens que ces composants du problème entretiennent entre eux ainsi qu'avec des atouts et des ressources de l'utilisateur. Ces dernières sont retenues par l'ergothérapeute dans l'élaboration du problème en raison du rôle qu'elles peuvent avoir dans sa résolution.

Au fond, chaque problème est une petite théorie explicative échauffée par l'ergothérapeute pour donner sens à une partie de ce qu'il a appris dans l'évaluation. Les problèmes, toutes choses égales par ailleurs, la manière dont l'ergothérapeute comprend ou juge de la situation de l'utilisateur au terme de la collecte de données. Ils résument la situation d'une manière qui soit communicable à l'utilisateur et à des tiers, professionnels ou non. Les problèmes ont pour fonction de légitimer l'ensemble du plan et des moyens de traitement qui doivent logiquement en découler. En ce sens, ils en sont la pierre angulaire (Opacich, 1991). Leur statut est hypothétique dans la mesure où ils sont des représentations mentales du thérapeute, dont la valeur ne pourra être connue qu'à mesure de l'avancement du traitement. Si les problèmes ont été correctement posés, ils devraient se résoudre avec le traitement ou au moins s'alléger autant dans la perception de l'utilisateur que dans celle du thérapeute.

76

#### EXEMPLE 1

Cas de Monsieur G., victime d'une amputation traumatique de la partie distale de la troisième phalange du troisième doigt de la main droite. Intervention ambulatoire.

Problème 1. La sensibilité, la douleur et la pauvreté de l'emploi de cette main

Actuellement au moins, M. G. a des troubles de la sensibilité manifestés par une hyperesthésie du doigt III, surtout au niveau du moignon. Pour cette raison, il tend à éviter tout contact entre son doigt et des objets. Ce contact provoquant des sensations désagréables ou douloureuses,

il exclut alors au maximum son bras de toutes les activités de la vie quotidienne, prolongeant d'autant la durée de désensibilisation de son moignon. Il agit principalement avec la main gauche et évite les tâches qui nécessiteraient le concours des deux mains.

#### Problème 2. Les activités professionnelles

La reprise de l'activité professionnelle n'est pas actuellement possible. En effet, M. G. est ouvrier dans une usine et les activités qu'il y mène requièrent des prises bi et pluridigitales bimanuelles et l'obligent à toucher différents matériaux. De plus, elles nécessitent d'être rapide pour suivre la cadence de la chaîne.

Il est également possible que l'affirmation de son incompétence permette à G. de prolonger un peu son congé pour cause d'accident.

#### Problème 3. L'esthétique

M. G. semble très perturbé par son accident, notamment par l'aspect de son doigt après l'amputation. Ce problème est probablement transitoire car, une fois la plaie cicatrisée, le moignon aura un aspect plus normal. De cela, G. n'est probablement pas très sûr.

77

#### Problème 4. Les activités de soins personnels

Quelques activités indispensables de soins personnels telles que prendre sa douche ou couper sa viande sont actuellement perturbées. Il convient, si G. ne l'a pas déjà fait, de leur trouver des solutions transitoires.

#### Synthèse

Je propose de se centrer sur le premier problème surtout, mais en procurant des tâches bimanuelles et des exercices. Ces activités et ces exercices viseront à la fois la désensibilisation et la récupération des amplitudes articulaires et de la force. Le traitement de ce problème aura donc une influence sur le 2<sup>e</sup> et le 4<sup>e</sup> problème.

Dans un premier temps en tout cas, soit jusqu'à ce que l'épreuve des faits ne nous l'infirmes, il convient de laisser le temps à la plaie de cicatriser tout en assurant le patient du fait que ce sera mieux après. La même façon d'aborder les aspects de la motivation à la reprise du travail peut être considérée.

## EXEMPLE 2

Cas de Monsieur A., 82 ans, hébergé dans un établissement médico-social et qui est adressé à l'ergothérapeute par l'équipe infirmière parce que les tâches de nursing deviennent très lourdes et que l'équipe aimerait pouvoir stimuler le monsieur à participer un peu à celles-ci.

## Dépendance majeure dans les AVQ

M. A. est en fauteuil roulant, il est incapable de se déplacer seul, mais il se tient assis appuyé sur le dossier et sans risque de chute. Il est caractérisé par une absence presque totale d'initiative motrice. Il reste là où on l'a installé et comme on l'a installé, dans son fauteuil comme dans son lit. Son indépendance motrice est très faible : il faut le laver, l'habiller, le lever, l'asseoir, le coucher, le tourner dans son lit, partiellement le nourrir. Il est incontinent et il a des escarres. Cette situation dure depuis plusieurs mois et tend à s'aggraver.

78

Cette dépendance est due à une lente dégradation de ses capacités motrices consécutives à diverses affections (accident, opération, Parkinson, AVC). M. A. n'est pas trop limité dans les amplitudes articulaires puisque passivement on peut le mobiliser. Il dispose encore d'un potentiel musculaire dans les membres supérieurs, suffisant pour quelques gestes comme se coiffer ou saisir un objet. Au niveau des membres inférieurs, il est bien plus limité : il peut soulever de quelques centimètres les pieds en station assise, mais guère plus. L'équilibre debout est plus que précaire puisqu'il faut le tenir fortement lors des transferts et le faire pivoter passivement. Il ne fait pas un pas.

M. A. est en outre très rigide au plan moteur. Il se tient en demi-flexion constante avec un tonus élevé qui augmente encore lors des mobilisations passives, surtout si ces dernières sont rapides et/ou s'il n'en comprend pas le sens. On déclenche facilement des réflexes de retrait ou de préhension forcée. À la rigidité et à l'absence de mouvements corporels volontaires, il faut ajouter l'absence de mouvements du faciès. Il est amémique.

## Altération de la communication

Le patient ne s'exprime pas verbalement ou rarement et seulement sur sollicitation. Il n'exprime donc ni besoin, ni envie, ni gêne. Il ne le fait pas non plus infraverbalement en raison de ces difficultés motrices.

Il peut répéter quelques mots ou fournir une réponse souvent stéréotypée à une question simple. Le manque du mot comme les difficultés à comprendre le langage digital sont cause de la pauvreté de ses réponses. Par ailleurs, il peut parfois avoir une certaine conscience de ses troubles du langage, ce qui le conduit à s'énerver. Il crie et tente de frapper, mais sans succès, ceux qui sont très proches de lui.

#### Incapacité à organiser ses activités

M. A. est incapable d'organiser une tâche même simple comme consommer son repas ou ouvrir du courrier. Les activités d'animation proposées dans l'EMS ne sont pas à sa portée.

Ces difficultés sont dues à une incapacité à fixer son attention, à planifier des actions élémentaires et à réaliser une action. Pour que M. A. parvienne à agir, il faut des activités à une ou deux étapes, des contextes très indicateurs de sens (la salle de bains, un verre plein), des consignes gestuelles et verbales. Il faut l'aider à initier l'action, puis souvent à l'arrêter. Son attention est perdue au bout de quelques secondes ou de quelques minutes suivant l'activité ou les distracteurs. Toutes les tâches doivent être préparées puis orientées de façon très serrée par un tiers. Elles ne doivent pas requérir la motricité fine, ni des manipulations bimanuelles en raison de l'importante désorganisation psychomotrice dont il est atteint, ce dont témoignent des réflexes pathologiques oraux ou de succion et de préhension forcée.

79

#### Synthèse

Les causes motrices et opératoires se combinent et se cumulent. En particulier l'absence de mobilité globale et de motricité du faciès s'ajoutent à l'altération des possibilités de communication verbale. Cela le met en danger car il est sans possibilité de revendiquer des interactions alors que c'est seulement dans les interactions qu'il peut agir.

Le traitement devrait être orienté vers l'apprentissage par le personnel de technique de facilitation de la participation de M. A. à des activités de nursing et de bien-être, ce qui est possible par guidance soit gestuelle (initier le mouvement ou placer l'objet adéquat dans sa main), soit verbale (donnez-moi la main). Ces assistances devront se combiner et ne pourront pas être supprimées. Elles permettront au personnel d'éviter des efforts physiques, mais guère plus.

La formulation des problèmes a une forme narrative et ne peut pas être réduite à une ou plusieurs listes de déficits et de difficultés issues de l'analyse des données, car celles-ci ne peuvent exprimer des relations entre leurs composants. Les problèmes ne contiennent pas toutes les informations utiles à l'intervention ni les données précises, factuelles, qui restent consignées dans les feuilles de résultats des instruments de mesure utilisés car la rédaction des problèmes privilégie la compréhension à la description. Les problèmes peuvent porter des titres de manière à les désigner plus rapidement, et ils peuvent faire l'objet d'une synthèse. Ils sont souvent organisés hiérarchiquement, par exemple du plus urgent au moins urgent, du plus important au moins important, de celui qui peut être résolu le plus rapidement à celui qui ne sera traitable que plus tard, lorsque des progrès auront été faits, du plus simple au plus compliqué. Lorsque l'utilisateur n'est pas un individu mais un groupe d'individus, une communauté ou un organisme, la problématique retenue doit impérativement faire l'objet d'une négociation entre l'ergothérapeute et l'utilisateur. Poser par écrit cette problématique constitue un atout. Mépriser cette étape risque d'aboutir à un projet qui n'aura pas l'agrément des personnes impliquées, et dont la mise en œuvre sera douteuse.

80

Énoncer verbalement ou rédiger les problèmes est toujours délicat, pas seulement parce que les capacités de communication des ergothérapeutes ne sont pas toujours bonnes, mais parce que ces problèmes sont eux-mêmes fuyants, incertains, flous, changeants. Ils vont changer au fil de l'intervention, à cause des progrès, mais aussi parce que de nouvelles informations sont communiquées, parce que l'utilisateur modifie sa perception de la situation. Bref, les problèmes sont toujours partiellement indéterminés. Dès qu'ils sont posés, leur auteur aura l'impression qu'ils sont faux. En outre, un autre thérapeute auprès du même usager dirait un peu autre chose, ce qui montre que les problèmes ne sont pas seulement contingents à l'utilisateur et à sa situation personnelle, mais aussi aux valeurs, aux croyances, à la perception de son thérapeute (Opacich, 1991). Le même thérapeute dans un autre environnement de soins dirait aussi un peu autre chose, car les problèmes sont aussi le produit du contexte d'intervention. Il n'y a toutefois pas lieu de s'alarmer pour ces constats qui montrent seulement la complexité de la pratique de l'ergothérapie. Par contre, précisément parce qu'ils sont liés à l'inévitable

subjectivité de l'ergothérapeute, ces problèmes qui peuvent être débattus en équipe, examinés avec l'utilisateur, et modifiés lors de ces discussions, ne doivent pas figurer dans les dossiers d'utilisateur. Ils ne satisfont pas aux règles qui veulent que seuls des éléments factuels et objectifs soient retenus dans les dossiers. Ils font partie des récits variés qui soutiennent et guident la pratique des thérapeutes et la trame relationnelle des interventions. Aussi incertains qu'ils puissent être, les problèmes doivent déboucher sur des décisions d'intervention.

## LA PLANIFICATION DU TRAITEMENT

La planification du traitement comprend deux séries d'éléments distincts : un ensemble d'objectifs appelé « plan de traitement » et un ensemble de moyens d'intervention nommé « programme de traitement ». L'un et l'autre sont la conséquence directe de la démarche d'évaluation formative. Ils se dessinent au fil de celle-ci. La détermination du plan et la définition du programme sont des décisions dont seule une partie est prise par l'ergothérapeute.

81

Lorsque l'utilisateur est un groupe, une communauté ou un organisme, le plan et le programme prendront la forme d'un projet dont les buts et les moyens seront établis ensemble et seront posés par écrit. Les caractéristiques d'un tel projet dépendent très largement de la problématique posée et des acteurs en présence, et sortent du cadre de cet ouvrage.

## LE PLAN DE TRAITEMENT

Le plan de traitement comprend une finalité de traitement, laquelle correspond au devenir de l'utilisateur au terme de l'intervention, des buts en principe posés par l'utilisateur, et des objectifs posés par le thérapeute.

### La finalité

La finalité est un objectif très global qui donne une orientation générale à l'ensemble des interventions des divers spécialistes. Partagée par tous les acteurs, y compris l'utilisateur et ses proches, elle devrait assurer la cohérence des diverses actions. Elle est définie au niveau institutionnel ou du système de santé. Elle est souvent connue dès l'admission de

l'utilisateur dans le service ou l'institution, car elle est en relation avec la mission générale qui est assignée à ces services par la société. Elle peut être précisée dans la prescription d'ergothérapie. Le retour ou le maintien à domicile, la reprise d'une activité professionnelle, l'intégration scolaire, l'intégration dans un établissement d'hébergement, le maintien d'un maximum d'indépendance, la reprise des habitudes de vie, l'adaptation sociale, l'intégration communautaire sont des exemples de finalités.

Ces quelques exemples appellent plusieurs commentaires. D'abord, une finalité n'est pas opérationnelle ; en ergothérapie, elle le devient à travers la formulation des buts et des objectifs de traitement. Ensuite, elle est fortement conditionnée par la manière dont une société perçoit les problèmes de santé que peuvent avoir ses membres et la manière dont elle entend et peut y répondre compte tenu de ses ressources. La finalité n'est pas toujours distinctement perçue par les soignants, parce qu'elle va de soi pour ceux qui appartiennent à cette société et qui en partagent la culture. Elle devient plus manifeste lorsque l'ergothérapeute est confronté à des différences culturelles en allant pratiquer à l'étranger ou en accueillant dans le contexte local des usagers venus de loin (Whiteford & Wright-St Clair, 2005). Les finalités sont souvent stables et ancrées dans la législation sanitaire et sociale locale qui définit les droits et les obligations de la population en cas de maladie ou de handicap.

Aussi simple qu'elle puisse être, une finalité peut s'avérer conflictuelle. Il n'est pas rare que l'utilisateur et le système de soins s'opposent : l'utilisateur veut rentrer chez lui et les soignants dans leur ensemble pensent qu'un placement assurerait une meilleure sécurité. De tels conflits existent aussi à l'intérieur des équipes, certains thérapeutes estimant que l'indépendance maximale doit être promue, d'autres qu'elle n'est pas une finalité acceptable pour des usagers qui n'en veulent plus. Les conflits ainsi générés sont malaisés à gérer, car ce sont des conflits entre les valeurs du système et celles des divers acteurs. Ils se règlent au mieux par l'explication, le débat et la négociation, au pire dans un rapport de force qui n'est guère favorable à l'utilisateur ni à l'ergothérapeute, qui peut leur laisser de l'amertume. La défense des intérêts spécifiques ou des droits des usagers par les professionnels dans un système de soins, comme leur engagement social ou politique, sont souvent orientés vers

la modification des finalités du système : le droit de vivre dans un domicile privé lorsqu'on est fortement dépendant, l'intégration scolaire des enfants souffrant de déficiences, etc.

### Les buts

Les buts sont des attentes de résultats définis par l'utilisateur (ACE, 2002b). Ils répondent aux problèmes tels que l'utilisateur les perçoit. Ils représentent des souhaits qu'il aimerait voir se réaliser au cours ou au terme de l'intervention en ergothérapie. Ils sont souvent associés à ses rôles familiaux, amicaux, professionnels, et aux habitudes dont ces derniers sont faits. Les buts, parce qu'ils appartiennent à l'utilisateur, sont formulés dans un langage commun et sont donc intelligibles pour des non-spécialistes : s'occuper de son bébé, jouer au football avec des copains, sortir de chez soi, lire, ne plus tomber, être moins anxieux, se faire des amis, ... Les buts sont a priori innombrables mais, dans chaque intervention, quelques-uns seulement sont produits.

Les buts sont issus de l'établissement du profil occupationnel (AOTA, 2002). Ils sont discutés entre le thérapeute et l'utilisateur, car dans de nombreuses situations ils ne sont pas aisément formulables. La personne qui peine à se représenter ses difficultés parce qu'elle vient de subir un traumatisme grave dont les conséquences à moyen ou à long terme ne sont pas faciles à imaginer, ne pourra les poser qu'en partie (Fortmeier & Thanning, 2002). Poser des attentes de résultats suppose de la part de l'utilisateur une connaissance suffisante de l'effet de sa condition sanitaire, sans quoi les buts risquent d'être irréalistes, et conduire à une grande déception au terme du traitement, par exemple « retrouver l'usage normal de son bras plégique est souvent utopique » (Meyer, 2003). L'ergothérapeute est contraint de longuement expliquer. Les buts de l'utilisateur peuvent aussi entrer en conflit avec ce que l'entourage imagine ou peut pour la personne, l'ergothérapeute devra donc parfois arbitrer un conflit, voire trancher. Par exemple, que fait le thérapeute si l'utilisateur dit : « Je veux continuer à prendre des bains dans ma baignoire, mais je veux y entrer avec deux assistantes et pas avec un moyen auxiliaire car je trouve cela dégradant ! »

Envisager des buts implique d'être capable de raisonner sur sa situation, ce qui suppose d'une part des capacités cognitives et d'autre part des capacités de jugement. Fréquemment, l'utilisateur, en raison de troubles

des fonctions mentales ou des troubles psychiatriques, est perturbé dans ses réflexions. Ses buts peuvent alors être absents, chimériques, très partiels, et l'ergothérapeute doit s'appuyer sur les dires des proches. Deviner les buts sur la base de son expérience professionnelle, voire personnelle, est une pratique courante. Il n'y a pas, en effet, de mal à penser que la plupart des gens souhaitent l'indépendance dans des activités de soins personnels comme aller aux toilettes, se laver, se vêtir, manger, ni non plus à penser que sauf en cas de graves difficultés, les gens préfèrent marcher plutôt que d'employer un fauteuil roulant. On peut aussi mener une démarche de recherche de preuves en allant consulter les études qui répondent à une question comme : « Quelles sont les attentes de traitement les plus fréquentes des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral ? »

#### EXERCICE 10

Reprenez le cas de Monsieur A. dans l'exemple ci-dessus.

Imaginez quels sont les buts dans cette intervention. Qui les a posés, à votre avis ?

84

Quoi qu'en disent les fervents défenseurs de la pratique centrée sur le client, les buts sont fortement influencés par l'ergothérapeute. En effet, les buts négociés, issus de la collaboration entre le thérapeute et l'utilisateur, concernent l'engagement dans des occupations qui promeuvent la participation de la personne. Ils passent donc par le crible de l'ergothérapeute, lequel ne saurait accepter des buts se situant hors de son champ professionnel. Les buts retenus dans le plan de traitement sont aussi en relation avec les problèmes posés au terme de l'évaluation formative, l'ergothérapeute en a une compréhension en rapport avec sa façon de saisir l'ensemble de la situation. Il n'est pas sûr que sous un même but (par ex. conduire), l'utilisateur et le thérapeute envisagent la même chose ; dans ce cas, au moment de l'évaluation des résultats, il pourrait y avoir désaccords. Les buts acceptés sont aussi compris dans les normes de ce qui est socialement recevable et, sans doute, tous les thérapeutes n'accepteraient pas un but compris dans un rôle de gigolo tel que : « Arriver à l'heure à mes rendez-vous avec mes diverses amantes » (Hofman, 2002). Pour pouvoir être travaillés en ergothérapie, les buts doivent être rendus opérationnels à travers les objectifs.

### Les objectifs

Les objectifs de traitement sont une série de résultats attendus au fil ou au terme du traitement. Ils sont produits par l'ergothérapeute. Ils correspondent à la manière dont ce dernier, avec ses connaissances théoriques, méthodologiques et technologiques, peut rendre les buts opérationnels dans son intervention. Les objectifs sont en relation avec le contenu spécifique des divers problèmes élaborés par l'ergothérapeute, et leur atteinte va résoudre ces problèmes. Les limitations des performances, les déficits des habiletés, les barrières de l'environnement qui sont retenus dans les problèmes comme autant d'éléments responsables de la situation de la personne, vont déboucher sur divers objectifs. Les objectifs conduisent à des actions spécifiques en relation avec les performances, les éléments de la performance occupationnelle et les caractéristiques de l'environnement (ACE, 2002b). De plus, comme ces éléments auront été décrits, mesurés, quantifiés ou qualifiés au cours de l'évaluation formative et qu'ils figurent dans les comptes rendus d'observation ainsi que dans les feuilles de résultats des instruments de mesure utilisés, il est possible de formuler des objectifs précis et évaluables par l'observation, l'emploi d'instruments de mesure ou l'entretien. Ces objectifs peuvent concerner la récupération de capacités (retrouver une amplitude articulaire), l'adaptation (introduire des pauses dans ses activités), la compensation (se déplacer en fauteuil roulant), la prévention (diminuer le risque de chute), la promotion de la santé (fréquenter un club de gymnastique), l'enseignement ou le conseil (apprendre à simplifier une tâche) (Christiansen, Baum & Bass-Haugen, 2005). Ils sont réalistes, intelligibles et atteignables.

Les objectifs de traitement sont divers. Comparons deux situations : un usager qui a été victime d'un accident vasculaire cérébral a comme but de prendre sa douche sans assistance, un autre usager a comme but légitime et réaliste de reprendre l'escalade après la rupture d'une poulie tendineuse. Concernant la première situation, il est possible d'exercer la performance, mais pas pour la seconde. Dans le premier cas, l'ergothérapeute peut poser les objectifs suivants en fonction des limites constatées : organiser l'activité pour qu'elle ne présente pas de risque, entrer dans la douche, se savonner entièrement, sortir de la douche. En entraînant la performance, l'ergothérapeute se concentrera sur les objectifs

établis, l'atteinte du but dépendant de leur réussite. Dans le cas du grimpeur, l'ergothérapeute a comme objectifs la récupération totale des amplitudes articulaires actives de la main lésée, la récupération de la force et de l'endurance, ainsi que la recherche avec l'utilisateur de prises moins dangereuses. La force, l'endurance et les amplitudes auront été mesurées bilatéralement avec les instruments recommandés de manière à avoir des chiffres précis et comparables. Dans l'intervention, la force, l'endurance, les amplitudes, les prises seront entraînées avec des exercices. Ainsi, dans certaines situations, l'ergothérapeute va poser des objectifs qui sont des performances dans des sous-tâches correspondant à une activité que l'utilisateur a comme but et, dans d'autres cas, l'ergothérapeute pose comme objectifs une amélioration des habiletés ou des aptitudes qui concourent à des performances qui ne sont pas observées. Les deux types d'objectifs peuvent se côtoyer dans une même intervention.

86

Ces deux types d'objectifs sont aussi en relation avec deux manières de concevoir l'intervention, qu'on doit à Trombly (Schell, Crepeau & Cohn, 2003) : l'approche *bottom-up* et l'approche *top-down*. Dans une approche *bottom-up*, l'évaluation formative comme l'intervention, et donc les objectifs, se centrent sur les habiletés, les aptitudes ou les fonctions et les structures, parce qu'on postule que les éléments de la performance occupationnelle soutiennent les performances dans tous les domaines d'activités et que la restauration de ces éléments, lorsqu'ils sont perturbés, produit quasi automatiquement la récupération de la performance. Ainsi, lorsque le grimpeur aura recouvré toutes les fonctions de sa main, il aura retrouvé sa capacité de grimper, comme toutes les compétences qui dépendent des fonctions de cette main. Une approche *bottom-up* conduit à traiter les éléments de la performance occupationnelle dans un premier temps, puis à les intégrer dans des tâches. Il y aura d'abord des objectifs centrés sur les habiletés ou les fonctions, puis des objectifs centrés sur des performances dans des activités.

Dans une approche *top-down*, l'évaluation et l'intervention sont faites au niveau des activités importantes pour la personne ou de ses rôles. Les habiletés et les fonctions perturbées sont observées ou mesurées dans la réalisation d'activités valorisées par la personne, qui appartiennent à son mode de vie. Les objectifs seront posés en relation avec des activités désirées par l'utilisateur, qui seront exercées, si possible en

contexte. Les habiletés et les fonctions perturbées seront rééduquées à travers la réalisation de ces activités.

Les objectifs, qu'ils soient en rapport avec des performances dans divers domaines de l'occupation humaine et des habitudes de vie, ou en rapport avec des habiletés et des fonctions corporelles, sont toujours ajustés précisément à la condition de santé de la personne telle qu'elle a été obtenue lors de l'évaluation formative. On ne peut pas simplement dire « améliorer l'orientation » dans un cas de démence de type Alzheimer, on doit préciser, par exemple « se rendre à la cafétéria depuis sa chambre sans se perdre ». Lorsque les objectifs sont imprécis, ils ne permettent pas de définir des actions spécifiques et leur atteinte ne peut pas être mesurée. Les objectifs doivent aussi être théoriquement pertinents, c'est-à-dire être en cohérence avec les construits théoriques qui permettent de saisir la situation de l'usager. Par exemple, si un thérapeute développe des objectifs concernant la perception de l'espace chez une personne atteinte d'héminégligence, il doit le faire en fonction de ce qui est aujourd'hui connu de cette condition. Les cadres de références et les modèles de pratiques proposent souvent des ensembles d'objectifs d'intervention qu'il faut cependant ajuster à chaque cas. Lorsque les objectifs de traitement peuvent être scientifiquement fondés, ce qui signifie que des études ont montré que tel ou tel type d'objectifs est soit atteignable soit non atteignable dans une condition déterminée, l'ergothérapeute dispose d'un atout supplémentaire.

#### EXERCICE 11

Cherchez dans les manuels d'ergothérapie les objectifs que proposent l'intégration sensorielle, le cadre biomécanique, le cadre de la réadaptation, la thérapie cognitive, le modèle du contrôle moteur.

Durant un traitement, les objectifs peuvent être très nombreux. En principe, ils sont temporellement organisés parce que certains sont plus faciles ou rapides à atteindre que d'autres (par ex. « améliorer l'équilibre assis » peut précéder « améliorer la planification des tâches »). Il arrive aussi que la réussite d'un objectif soit asservie à celle d'un autre objectif, ils sont alors hiérarchisés (par ex. « augmenter la mobilité dans le lit et se transférer du lit au fauteuil roulant »). La littérature en anglais

utilise souvent *short-term goals* pour ce type d'objectifs. Il est rare que tous les objectifs de traitement puissent être déterminés au terme de l'évaluation formative, généralement ils vont apparaître au fil du traitement à mesure que des progrès apparaissent et que l'usager formule de nouveaux buts ou ajuste les anciens. Les objectifs ne sont pas non plus tous formulés et consignés dans le dossier de l'usager parce que souvent ils vont de soi et sont si logiquement en relation avec l'évaluation qu'il ne semble pas vital de les noter. Les objectifs sont en relation étroite avec les moyens de traitement choisis, c'est à travers eux qu'ils seront atteints.

## LE PROGRAMME DE TRAITEMENT

88

Le programme de traitement précise les moyens que se donne l'ergothérapeute pour atteindre les buts et les objectifs de traitement qui permettront de résoudre les problèmes posés. En principe, il est discuté avec l'usager car sa participation augmente les chances de succès de l'intervention (ACE, 2002b). Si ce n'est pas déjà fait, les premiers moyens à spécifier sont les modèles de pratique ou les méthodes plus spécifiques à utiliser. L'association américaine (AOTA, 2002, p. 618) propose de préciser le type d'intervention :

- L'emploi thérapeutique de soi qui correspond à l'usage de sa personnalité, de son intuition, de ses perceptions et de son jugement dans le processus thérapeutique.
- L'emploi thérapeutique d'occupations et d'activités, dont : 1) la réalisation, l'entraînement et l'adaptation des occupations habituelles de la personne ; 2) la réalisation d'activités intentionnelles et intelligibles par l'usager qui préparent la reprise des occupations ou qui entraînent des habiletés ; 3) des méthodes préparatoires, par exemple des orthèses, l'emploi d'agents physiques, des exercices, des stimulations sensorielles.
- Une démarche de consultation, qui correspond à une intervention participative dans laquelle le thérapeute emploie son expertise et ses connaissances pour permettre à l'usager de clarifier ses problèmes, d'échafauder les solutions qui le concernent et de les mettre en œuvre.

- Une démarche éducative dirigée vers l'utilisateur ou ses proches, lesquels acquièrent ainsi des informations et des connaissances sur l'aménagement des occupations sans que celles-ci soient directement exercées.

Le programme précise aussi si le traitement recourt à une approche visant à remédier à des performances altérées ou à les compenser (Youngstrom & Brown, 2005). La remédiation comprend la récupération d'habiletés ou de fonctions physiologiques, neurocomportementales, cognitives ou psychologiques qui ont été momentanément altérées ou perdues, ainsi que le développement de nouvelles habiletés et fonctions; toutes deux permettent la restauration des performances dans les occupations courantes. La compensation fait référence à la modification de l'environnement ou à la modification de la tâche pour améliorer les performances altérées. La fourniture de moyens auxiliaires, la suppression des barrières architecturales, l'aménagement des supports sociaux entrent dans cette approche. Le programme devrait proposer des interventions scientifiquement fondées (Duncan, 2006; Schell, Crepeau & Cohn, 2003; Youngstrom & Brown, 2005). Soulignons que dans chaque intervention, différents types d'interventions d'approches et de modèles peuvent s'employer simultanément ou successivement.

89

Le type d'activités, d'exercices, de méthodes passives, d'occupations et d'environnements à privilégier ou à explorer sont examinés avec l'utilisateur, de même que les risques à prendre, les bénéfices escomptés, les ressources à mobiliser (ACE, 2002b). Si ce n'est pas possible, le thérapeute essaie d'être en accord avec ce qu'il perçoit des intérêts, des attentes, des valeurs, des croyances de la personne. Plus concrètement, le programme considère des éléments généraux d'organisation temporelle du traitement, notamment sa durée, la fréquence et la durée des séances. Il précise si les séances sont individuelles ou menées en groupe, et les lieux dans lesquels elles se dérouleront. Le programme peut contenir une mention concernant les personnes investies dans l'intervention, notamment les proches ou d'autres thérapeutes ou soignants. Les questions de financement des prestations et des limites auxquelles cela peut conduire sont parfois incluses dans le programme.

Le programme considère les autres traitements dont bénéficie l'usager de sorte que l'ensemble de l'intervention soit la plus cohérente possible. Il intègre dans sa planification les moments de concertation entre les divers spécialistes, qui permettent des ajustements. Le thérapeute anticipe la fin de l'intervention et prévoit le cas échéant rapidement des démarches concernant le retour à domicile, par exemple une réunion avec la famille, une visite et une adaptation du domicile, la fourniture de moyens auxiliaires, des recommandations au service qui suivra la personne à sa sortie. Une fois élaboré, le programme est mis en œuvre dans la phase d'exécution du traitement.

## L'EXÉCUTION DU TRAITEMENT

L'exécution du traitement est la mise en œuvre du programme défini et son ajustement. Youngstrom et Brown (2005) précisent: « L'intervention est le processus spécialisé auquel l'ergothérapeute recourt pour produire des changements dans les performances occupationnelles du client qui lui permettront de s'investir dans des occupations qui concourent à sa participation à la vie »<sup>7</sup> (p. 397). Elle varie fortement d'un cas à l'autre parce que les problèmes à résoudre et les buts posés sont divers. Schell, Crepeau et Cohn (2003) soulignent que l'intervention doit être en rapport avec le plan de traitement et la résolution des problèmes, qu'elle doit avoir du sens pour l'usager et qu'elle doit être pertinente à son environnement. Cependant, chaque intervention comprend des caractéristiques semblables : une succession de séances organisées de manière à atteindre graduellement les buts et les objectifs, le développement de la relation de confiance entre le thérapeute et l'usager, l'évaluation des progrès et la documentation du travail effectué.

## LA GRADATION DE L'INTERVENTION

La capacité d'aménager graduellement les difficultés auxquelles l'usager fait face au fil des séances est une compétence clé de l'ergothérapie. Ce dosage concerne les séances et les activités, lesquelles doivent toujours

---

7 Traduit par l'auteur.

comporter un défi suffisant pour l'utilisateur, sans quoi il n'y a pas de progression. La gradation ne touche pas toujours les mêmes éléments, ce qui la rend malaisée à mettre en œuvre par des novices. Lorsque l'intervention porte sur la réalisation, l'entraînement et l'adaptation des occupations habituelles de la personne, cela signifie que les occupations choisies seront de plus en plus complexes, par exemple passer d'activités de soins personnels à des activités instrumentales de la vie quotidienne ou à des activités professionnelles. Les environnements dans lesquels ces occupations se déroulent seront de plus en plus délicats à maîtriser, par exemple de sa propre chambre vers la voie publique. La complication pour le thérapeute est que ce qui fait la difficulté dans une occupation varie d'une personne à l'autre en relation avec son mode de vie, son environnement et sa condition de santé. Par conséquent, les critères qui définissent cette gradation varient d'un traitement à l'autre.

#### EXERCICE 12

Prenez l'occupation de « se déplacer dans l'espace public de votre commune de domicile pour un adulte âgé se déplaçant à l'aide d'un cadre de marche ». Imaginez des tâches de difficultés progressives pour améliorer les déplacements de cette personne.

Quels sont les critères de difficultés à inclure dans l'analyse de ces tâches ?

Cherchez dans la littérature si les critères imaginés sont pertinents et complétez-les au besoin.

Prenez les mêmes tâches dans le même environnement mais avec comme usager un enfant de 8 ans utilisant un fauteuil roulant en raison d'une paraplégie, les mêmes critères sont-ils utilisables ? Quels autres adjoindre ? Où les chercher ?

Lorsque le traitement porte sur la réalisation d'activités qui préparent à la reprise des occupations ou qui entraînent des habiletés, le dosage de la difficulté dans la réalisation des tâches proposées est très spécifiquement lié à l'aménagement de ces tâches. Celles-ci ayant lieu dans l'environnement contrôlable du service d'ergothérapie, il est possible d'agir sur le choix des tâches, le matériel fourni et son organisation, l'espace disponible, le mobilier utilisé et sa disposition, les consignes données, la

durée des tâches, les personnes présentes, le bruit ambiant, l'éclairage, ... Ces paramètres sont mis en relation avec les performances à récupérer, à développer ou à entraîner, ainsi qu'avec les habiletés perturbées à améliorer et les habiletés préservées, qui sont autant de ressources indispensables. La condition de santé de la personne est ici déterminante dans le choix des critères d'ajustement des diverses tâches, mais il faut aussi que l'utilisateur comprenne le sens de ce qui est proposé en relation avec son traitement, faute de quoi l'activité proposée peut lui sembler absurde et ne pas apparaître comme une opportunité de traitement de ses problèmes.

### EXERCICE 13

Cherchez dans la littérature les principes proposés pour grader l'intervention auprès d'une clientèle souffrant de douleurs chroniques, de brûlures, d'anorexie, de difficultés dans la résolution de problèmes... ou de toutes autres conditions de santé auxquelles vous êtes amené à faire face.

92

Lorsque le traitement porte sur des méthodes préparatoires, dont la plupart sont passives, par exemple des orthèses, l'emploi d'agents physiques, des stimulations sensorielles, ces méthodes proposent des principes à considérer et des procédures qu'il suffit de suivre. Les exercices permettront d'entraîner assez spécifiquement des habiletés ou des fonctions physiques ou cognitives. Les principes à mettre en œuvre sont indiqués dans les cadres de référence et les modèles qui s'appliquent aux diverses populations. Le thérapeute doit cependant choisir, car les modèles peuvent être contradictoires.

Soulignons pour terminer que la gradation de l'intervention n'est pas toujours positive ; les tâches peuvent aussi recourir à de moins en moins d'habiletés et être en valeur absolue de moins en moins difficiles parce que le client souffre d'une atteinte progressivement invalidante et que ses performances baissent : il a de moins en moins de possibilités et les tâches doivent être ajustées en conséquence. Certaines interventions, notamment de prévention ou de promotion de la santé, n'impliquent pas de progression mais la mise en place d'une série d'opérations, certes organisées dans le temps, mais pas forcément hiérarchisées. Il en va de même

lorsque le client n'est pas une personne souffrant de limitation d'agir altérant sa participation sociale mais un organisme, une communauté ou une entreprise avec laquelle un projet a été développé.

## L'ORGANISATION DES SÉANCES

Chaque séance avec l'utilisateur comprend un début, une phase d'activité proprement dite et une fin dont les contenus sont différents. Elle est précédée d'une préparation de l'ergothérapeute et suivie de quelques actions conclusives. On retiendra que la séance n'est thérapeutique que si les exigences de chaque tâche effectuée par l'utilisateur vont à la rencontre des performances, des habiletés, des fonctions physiologiques, neuro-comportementales, cognitives ou psychologiques à entraîner, à développer, ou à compenser dans la réalisation de la tâche.

### La préparation des séances

La préparation est à la fois théorique et technique. Il faut choisir les activités, les exercices, les méthodes préparatoires à employer et à proposer, arrêter les principes à adopter, décider de la manière de les mettre en œuvre, organiser temporellement la séance. De plus, le thérapeute, en préparant sa séance, réfléchit à la manière dont il va la présenter à l'utilisateur. Il raisonne sur les obstacles que ce dernier pourrait rencontrer et sur les gênes qu'il pourrait montrer dans la réalisation des tâches proposées. Ces obstacles et ces difficultés ne doivent pas être trop importants car si l'action est impossible, il n'y a pas *de facto* traitement. Mais ils ne doivent pas non plus être absents, car c'est dans les résistances du réel que le traitement peut porter ses fruits et non pas en exerçant quelque chose qui ne pose aucun problème. Le thérapeute cherche des alternatives, à ses propositions au cas où elles seraient refusées, trop ardues ou trop simples. La préparation théorique peut conduire à retourner dans la littérature à la recherche des propositions d'activités, d'organisation de celles-ci ou de principes à exploiter.

Le déroulement de chaque tâche ou exercice de traitement est exactement prévu. L'ergothérapeute procède à une subdivision en étapes de ces tâches ou exercices. À chaque étape un objectif spécifique, renvoyant à la capacité de la réaliser, peut être établi. Des critères d'atteinte de l'objectif

spécifique en relation avec les objectifs de traitement peuvent être précisés : réussite, réussite avec effort, temps de latence, persévération, demande d'assistance, réalisation partielle, refus, douleur manifestée, réalisation imprécise, lenteur, mouvement compensatoire, échec, ... À chaque étape, une adaptation peut être prévue : simplification ou complication de l'étape, aide verbale, assistance physique, modification du matériel ou de son agencement, ... Dans une activité ou un exercice mené en séance de traitement, les quatre facteurs garantissant l'efficacité de l'intervention peuvent être modélisés selon la figure 5.

#### Choix de l'activité

Choix de l'activité ou de l'exercice, du matériel  
et des conditions environnementales  
Permet la mise en application des principes retenus  
A du sens pour l'utilisateur

#### Objectifs spécifiques

Objectifs spécifiques observables  
En rapport avec les objectifs  
de traitement  
Comportent des critères de réussite

#### Analyse des étapes

Définition des étapes  
et de l'organisation de l'activité  
ou de l'exercice

#### Adaptation

Adaptation des étapes, de l'environnement  
et du matériel  
Permet l'atteinte des objectifs spécifiques

Figure 5 : Les quatre éléments d'une activité ou d'un exercice durant le traitement.

Lorsque le thérapeute travaille au niveau de l'occupation, ces quatre éléments sont présents, mais ils sont moins rigides et moins planifiés. D'une part parce que l'occupation comporte toujours des éléments aléatoires, d'autre part parce que le thérapeute laisse l'initiative des opérations à l'utilisateur. En effet, lui seul connaît exactement ses routines et pourra en adapter les procédures, le matériel et l'environnement. L'ergothérapeute est au service des demandes et des besoins de l'utilisateur, il peut le soutenir dans sa réflexion et ses décisions, mais pas se substituer à lui.

Après avoir réfléchi à la séance et aux activités qui y sont incluses, il faut l'organiser concrètement : disposer des locaux, avoir le matériel et l'agencer, éventuellement avoir les autorisations obligatoires pour sortir,

avertir si nécessaire, s'assurer de la disponibilité de l'utilisateur, ... Finissons en précisant que préparer une séance ne pose aucun problème aux thérapeutes expérimentés, qui le font sans avoir l'impression d'y réfléchir (Meyer, 2003). Par contre, les étudiants y passent souvent beaucoup de temps à notre avis parce qu'ils cherchent à tort dans leur mémoire, plutôt que dans les rayons d'une bibliothèque, ce qu'ils n'ont jamais appris et dont ils n'ont pas non plus l'expérience.

### La réalisation de la séance

La séance débute par des salutations qui permettent de saisir l'état d'esprit de l'utilisateur et par quelques explications sur son déroulement. Puis le thérapeute et l'utilisateur se lancent dans les tâches proposées. Durant la réalisation de la séance, le thérapeute observe l'action de l'utilisateur en rapport avec l'atteinte des objectifs spécifiques de chaque activité ou exercice. Il intervient au besoin pour faciliter l'action ou au contraire durcir les exigences, en modifiant le matériel, les consignes, l'environnement ou tout autre paramètre pertinent. À la fin de la séance, il indique l'approche du terme et fait le bilan avec l'utilisateur, par exemple en soulignant les objectifs atteints et ceux qui ont posé problème. L'importance de ce bilan interactif est particulièrement grande lorsque la séance comporte des activités appartenant au mode de vie de la personne et qu'elles se sont déroulées dans son environnement habituel. Un projet pour la séance suivante peut aussi se dessiner et être décidé.

95

### La réflexion a posteriori

Au terme de la séance, le thérapeute fait, seul, une évaluation du travail effectué, de manière à offrir lors de la séance suivante des activités et des exercices ajustés à la progression constatée. Les activités et les exercices réalisés ainsi que les faits les plus marquants, notamment en matière d'atteinte d'objectifs dans des activités, sont consignés dans le dossier de l'utilisateur de manière à en garder trace. Si des décisions ont été prises durant la séance, elles sont notées (par ex. fournir un moyen auxiliaire, prendre contact avec quelqu'un, organiser une visite à domicile). Si la séance n'a pas pu se dérouler comme anticipé car des éléments de nature émotionnelle sont venus en modifier le cours, le dossier y fait mention.

## LA GESTION ÉMOTIONNELLE DE L'INTERVENTION

La gestion émotionnelle de l'intervention est essentielle. Les principes importants en sont ceux de respect, d'authenticité, d'écoute, de reconnaissance de l'expérience de l'autre et d'ajustement aux besoins exprimés par l'utilisateur qui sont développés dans la pratique centrée sur le client (Law, 1998 ; Sumsion, 2006). Dans une séance de traitement, cela se traduit par les actes suivants : accepter de rompre le cours de la séance pour discuter d'un point qui tient à cœur à l'utilisateur ; accepter de l'écouter se plaindre de sa situation présente ; lui proposer d'intervenir en sa faveur auprès de quelqu'un ; accepter des moments de découragement et de colère, etc. La confiance que l'utilisateur témoignera au thérapeute quant à sa capacité à le soutenir dans le traitement dépend beaucoup plus des compétences relationnelles et communicationnelles du thérapeute que de ses compétences techniques. Ainsi, se réfugier derrière son rôle technique, même excellent, est plutôt à éviter, mais il faut aussi reconnaître que face à des situations dramatiques, et il y en a beaucoup en ergothérapie, le thérapeute est lui aussi mis émotionnellement à rude épreuve, et la fuite est parfois la solution que croit trouver ce dernier. Dans ce cas, parler avec l'équipe est souvent un bon moyen de gérer a posteriori un sentiment d'impuissance, d'échec ou de culpabilité.

96

### EXERCICE 14

Vous avez proposé un exercice trop difficile à un utilisateur qui échoue, puis se met à pleurer, en disant qu'il ne s'en sortira jamais. Que faites-vous avec lui ? Que lui dites-vous sur le moment ? Comment introduisez-vous la séance suivante ?

## L'ÉVALUATION DES PROGRÈS

Durant les séances, l'ergothérapeute observe constamment l'utilisateur agir et ajuste son intervention en conséquence. Au terme des séances, voire pendant certaines activités, l'ergothérapeute peut aussi poser des questions quant à l'évolution perçue par l'utilisateur. Il peut aussi observer le degré d'engagement de l'utilisateur dans les tâches proposées, guetter son plaisir ou son déplaisir à participer, suivre la progression de son état

émotionnel. Cette évaluation continue est peu formelle, plutôt intuitive. Il est difficile d'en rendre compte, donc elle n'est pas très utile pour montrer des progrès à des tiers (Nielson, 1998). Elle se dissout en quelque sorte dans l'intervention et dans la relation thérapeute-usager, mais elle est indispensable à la progression du traitement, parce qu'elle facilite un ajustement fin des actions du thérapeute à ce qu'il perçoit de l'usager (Mattingly & Fleming, 1994).

Cependant, au fil de l'intervention et suivant le contexte de pratique, les ergothérapeutes peuvent aussi procéder à des évaluations plus formelles des progrès (Nielson, 1998 ; Opacich, 1991). Les objectifs de ce type d'évaluations sont de revoir l'état des déficits et des ressources ou des capacités de la personne, de mesurer objectivement ses progrès, de reconsidérer les priorités et les buts de l'usager qui peuvent se transformer à mesure qu'il perçoit mieux sa situation et son évolution, de réactualiser la problématique dans la perspective des décisions de fin d'intervention, de remanier le plan et le programme en fonction de l'évolution, de déterminer s'il y a lieu de poursuivre ou d'interrompre le traitement ou encore d'adresser le cas à quelqu'un d'autre (AOTA, 2002 ; Crepeau, Cohn & Boyt-Schell, 2003). Les instruments de mesure qui permettent d'examiner des éléments de la performance occupationnelle ou des performances dans diverses activités, pour autant qu'ils soient assez sensibles, sont d'excellents moyens d'objectiver les progrès. Le thérapeute peut aussi recourir à des outils susceptibles de saisir sa perception des changements, par exemple la Mesure du rendement occupationnel (MCRO) (Law, Baptiste et al., 1998). Ces progrès peuvent alors être montrés à l'usager ou à ses proches et communiqués dans les réunions d'équipe lorsque des décisions de poursuite ou d'arrêt de traitement doivent être prises. Consignées dans les dossiers, les feuilles de score des instruments témoignent de la progression et pourront être réutilisées au moment de l'évaluation des résultats de traitement.

## L'ÉVALUATION SOMMATIVE

L'évaluation sommative se rapporte à l'évaluation de la démarche d'intervention menée, à la mesure des résultats du traitement et aux décisions quant aux suites de l'intervention. La finalité de l'ergothérapie

étant l'engagement dans des occupations qui concourent à la participation sociale, c'est dans cette perspective générale que l'évaluation sommative est conduite. Dès lors, si les buts correspondaient bien à des attentes de résultats posées par l'utilisateur pour sa vie, la réussite du traitement est validée par l'atteinte de ses buts. Le premier élément de l'évaluation sommative consiste donc à apprécier les buts dans la perspective de l'utilisateur, simplement en lui demandant son avis. Si l'ergothérapeute ne partage pas cette appréciation, il lui faudra néanmoins se ranger à ce jugement. Mais il peut en chercher les raisons, par exemple que les attentes de l'utilisateur étaient très élevées ou que les buts, bien qu'atteints, ne soient finalement pas acceptables car lorsque l'utilisateur compare sa situation présente, c'est-à-dire sa capacité à s'engager dans ses rôles et ses routines, à sa situation antérieure, la différence est frustrante.

## LA MESURE DES RÉSULTATS

98 L'évaluation de la démarche menée est aussi un processus réflexif d'analyse a posteriori, qui peut être mené avec le client, à propos de ce qui a été réalisé durant l'intervention (ACE, 2002b; Nielson, 1998). Il s'agit, en reprenant les buts de traitement, de se demander jusqu'à quel point ils sont atteints, comment ils ont changé au cours de l'intervention, puis de raisonner sur le programme construit et sa mise en œuvre : « Les buts étaient-ils adéquats, les méthodes étaient-elles pertinentes, les moyens ont-ils été employés correctement ou suffisamment, le temps a-t-il manqué, a-t-on méprisé des informations, ou encore y a-t-il eu des événements intercurrents dramatiques ou facilitants ? » (Brown, Wright-St Clair & Law, 2005). Pour le thérapeute, c'est aussi un moment d'auto-évaluation qui influencera son expérience, parce que ce qui s'est avéré intéressant ou, au contraire contre-productif dans un traitement déteindra sur d'autres interventions dans des situations similaires.

Plus formellement, le thérapeute reprend dans le dossier de l'utilisateur les objectifs posés et, en parcourant les comptes rendus des séances, il raisonne sur leur atteinte. Il constate la progression des performances et des habiletés en s'appuyant sur les résultats obtenus à la passation répétée de certains outils au fil de l'intervention. Il peut décider de refaire passer certains outils de manière à obtenir une bonne comparaison entre

le début et la fin de l'intervention. Ces comparaisons sont surtout intéressantes lorsque des habiletés, des fonctions physiques ou cognitives, des activités de la vie quotidienne ont été régulièrement mesurées.

Au besoin, le thérapeute peut observer la réalisation de quelques occupations qui sont des enjeux majeurs pour l'indépendance de la personne et la mise en place d'une assistance, par exemple se déplacer dans sa cuisine, faire les courses. La fonction de l'évaluation n'est plus, là, de comparer le début et la fin de traitement, mais d'objectiver l'état des performances du client et de mettre en évidence les facteurs qui les facilitent ou les limitent afin d'étayer des recommandations qui soutiennent l'action de la personne (Crepeau, Cohn & Boyt-Schell, 2003). Les occupations dans divers domaines peuvent aussi être appréciées avec des questionnaires, des guides d'entretien – dont à nouveau la MCRO (Law, Baptiste et al., 1998) – ce qui est moins coûteux en temps qu'une observation. Le thérapeute peut également évaluer la satisfaction, la qualité de la vie ou le bien-être avec des instruments ad hoc, de manière à avoir une compréhension plus générale de la personne dans son contexte individuel. Enfin, surtout s'il y a retour à domicile avec néanmoins des séquelles au terme d'une période de réadaptation, il est intéressant de recourir à des instruments capables de prédire l'indépendance future ou encore d'évaluer les caractéristiques du domicile de manière à proposer des aménagements.

99

Que les résultats de traitement soient positifs ou négatifs, que les buts et les objectifs de traitement soient atteints ou non, il faut se garder d'en attribuer complètement le mérite à l'ergothérapie. Souvent de nombreuses interventions ont lieu en parallèle, des récupérations et des dégradations indépendantes de toute intervention adviennent. De plus, les usagers vivent en dehors des thérapies... ; cela influence indubitablement l'efficacité des interventions. Néanmoins, un travail soigneux de recherche des fondements scientifiques pour établir des objectifs et choisir des moyens de traitement autorise souvent quelques interprétations sur la valeur des résultats obtenus (Brown, Wright-St Clair & Law, 2005). Ajoutons que montrer des résultats dans les interventions permet en partie de juger de l'efficacité de l'ergothérapie ou des divers programmes qu'elle propose (Baum & Christiansen, 2005). Dans un univers de contrôle des coûts et de recherche d'efficacité, montrer des résultats est plus utile que clamer les bienfaits de l'ergothérapie sans être capable de les expliciter.

## LA CLÔTURE DE L'INTERVENTION

Les mesures et les réflexions conduites à la fin de l'intervention débouchent sur un certain nombre de décisions quant à l'orientation de la personne dans le système de soins. Ces décisions devraient être celles de l'utilisateur, mais il faut reconnaître qu'elles sont souvent très influencées par les divers intervenants – surtout le médecin : retour à domicile avec assistance, déménagement, placement. Le pronostic, de la part de l'ergothérapeute, de retour à domicile doit être particulièrement bien étayé en raison de l'enjeu qu'il comporte. Plus spécifiquement en ergothérapie, la fin de l'intervention peut comprendre :

- la fourniture de moyens auxiliaires et l'entraînement à leur emploi ;
- des recommandations sur la manière de procéder dans certaines situations ;
- une visite à domicile, qui en permet l'éventuel aménagement ;
- la rédaction de recommandations pour l'aménagement du domicile ;
- des recommandations aux proches, parents ou professionnels, sur les comportements à observer avec la personne ;
- un entraînement des proches à s'occuper de l'utilisateur ;
- la proposition de poursuivre l'intervention dans d'autres conditions ;
- une demande d'un suivi à domicile par un autre service ;
- la révision du dossier auquel sont ajoutées les dernières évaluations et les décisions ;
- la rédaction de lettres aux services qui suivront l'utilisateur ;
- la facturation ;
- les statistiques.

100

La qualité de la fin de l'intervention est d'autant meilleure si elle a été anticipée par l'ergothérapeute, car il faut du temps pour mener toutes les entreprises qui lui sont liées. La fin est aussi la rupture de la relation entre le thérapeute et l'utilisateur. Il est souhaitable qu'elle soit préparée et qu'elle prenne un tour un peu ritualisé à l'instar de toutes les ruptures de relation, par exemple en allant boire quelque chose à la cafétéria avec l'utilisateur. Enfin, le soin mis à la rédaction du dossier permettra à un autre ergothérapeute, en cas de retour de l'utilisateur dans le service, de débiter rapidement une nouvelle intervention.

## CONCLUSION

La démarche professionnelle et sa visibilité dans un système de soins sont des éléments essentiels de la crédibilité professionnelle. À travers cette démarche, l'ergothérapeute se rend perceptible et peut négocier avec les collègues d'autres corps professionnels la trajectoire des usagers. Il peut laisser les traces de ce qu'il a mesuré, observé, appris dans des entretiens durant l'évaluation formative, au fil du traitement et lors de l'évaluation des résultats de traitement. Il peut éprouver la nécessité de revenir sur ce qui a été consigné dans un dossier longtemps après, soit pour reprendre l'intervention à la faveur du retour de l'utilisateur, soit pour effectuer une analyse rétrospective de ce qui a été fait dans cette situation, lorsqu'un cas semblable se présente. L'ensemble des démarches professionnelles telles qu'elles sont consignées dans les dossiers des patients permet d'avoir une bonne idée des pratiques professionnelles et de leur efficacité, pour autant qu'on étudie les dossiers.

Mais pour que la légitimité de l'ergothérapie soit établie, il est indispensable que les démarches d'intervention soient excellentes du point de vue théorique, technique, relationnel et scientifique. C'est assez difficile ! En effet, cela demande aux ergothérapeutes de maîtriser les concepts de base de l'ergothérapie et divers modèles d'ergothérapie, les champs théoriques et les modèles de pratiques correspondant à la condition de santé de divers usagers, les très nombreuses techniques d'intervention et la manière de les doser dans les séances. Cela les oblige à être habiles sur le plan relationnel, sans quoi il est parfois impossible d'engager l'utilisateur dans le traitement. Enfin, cela contraint les thérapeutes à se tenir à jour sur l'évolution des connaissances scientifiques dans leur domaine comme dans les domaines connexes, sans quoi ils seraient incapables d'offrir à leurs usagers le meilleur de ce qui est disponible sur le marché de l'ergothérapie.



## QUATRE DÉVELOPPEMENTS RÉCENTS

Ce chapitre expose quatre objets développés ces dernières années en ergothérapie et qui influencent profondément la démarche professionnelle : 1) les concepts de paradigme, cadre de référence et modèles de pratique ; 2) la pratique centrée sur le client ; 3) les instruments de mesure ; 4) la pratique scientifiquement fondée. Dans ce chapitre, le lecteur saisira les différences entre les paradigmes, les cadres de référence et les modèles de pratique. Il verra que la littérature est assez contrastée sur ces concepts, mais qu'ils sont de puissants outils pour comprendre la profession et pour agir spécifiquement dans des conditions particulières. Il apprendra les fondements de la pratique centrée sur le client et comment la mettre en œuvre dans sa démarche professionnelle, tout en prenant conscience des limites de celle-ci. Il appréhendera les concepts qui permettent de choisir adéquatement des instruments de mesure : leur but, leur usage, leur langue, la population à laquelle ils s'adressent, leur mode et leur procédure de passation. Il comprendra l'importance des qualités métrologiques des instruments que sont la sensibilité, la fiabilité, la validité et les valeurs de référence. Il saisira aussi la complexité de la construction des instruments de mesure. Il s'appropriera la définition, l'intérêt et les difficultés de la pratique scientifiquement fondée pour la pratique de l'ergothérapie. Il apprendra comment mener une telle démarche et il connaîtra les niveaux de preuve considérés dans la pratique probante.

## PARADIGME, CADRES DE RÉFÉRENCE ET MODÈLES DE PRATIQUE

L'évolution de l'ergothérapie comme la très grande extension de son champ de pratique conduisent à organiser la connaissance en ergothérapie dans un ensemble qui se veut cohérent et puisse par là se transmettre aux professionnels. L'histoire montre qu'on peut obéir à des conceptions différentes de l'ergothérapie. En particulier, on peut se référer à une ergothérapie organisée autour du complexe occupation-personne-environnement, ou à une ergothérapie organisée autour de l'effet des altérations des structures et des fonctions corporelles sur les capacités d'une personne. L'ergothérapie s'adresse aussi à des populations diverses dans des conditions sociales et sanitaires variables, auxquelles les prestations d'ergothérapie seront ajustées. Cet ajustement nécessite de recourir à des théories ou à des technologies diverses que les ergothérapeutes doivent maîtriser. Ainsi, la démarche professionnelle, en fonction de quelques caractéristiques personnelles de l'utilisateur, de son diagnostic médical ou du contexte institutionnel d'octroi des prestations, sera très largement façonnée par la théorie et la technologie qui sont mobilisées pour intervenir.

104

Ces conceptions diverses de l'ergothérapie, ces théories qui sont convoquées pour définir et légitimer l'action, ces technologies qui permettent l'action concrète, entretiennent des relations que de nombreux théoriciens de l'ergothérapie ont décrites et conceptualisées. Une terminologie spécifique permettant de catégoriser les diverses connaissances des ergothérapeutes et d'en modéliser les relations existe. Selon leur degré de généralité ou d'applicabilité, ces catégories de connaissances sont nommées paradigmes, cadres de référence, modèles de pratique ou encore approches, méthodes ou techniques. Elles vont de métathéories à caractères philosophique ou idéologique à des opérations pratiques observables.

### LE PARADIGME

Le concept de paradigme est utilisé en ergothérapie dans une perspective historique et dans une perspective épistémologique. Kielhofner (2004) se réfère à une définition de Kühn publiée en 1970 (Kühn, 1970, 2001).

Le constat de ce philosophe des sciences est qu'à l'intérieur d'une discipline scientifique, les experts et les chercheurs partagent des présuppositions de base qu'il nomme « paradigmes ». Celles-ci n'ont en elles-mêmes rien de scientifique, il s'agit d'une position plutôt philosophique, culturellement construite, dont par ailleurs on peut s'appliquer à valider scientifiquement la pertinence. Un paradigme est donc une conception du monde, une « *Weltanschauung* » propre à une discipline, et qui s'applique à elle. Par exemple, on parlera de la physique newtonienne. Cette perspective n'est pas remise en cause, elle va de soi, tant qu'elle permet de générer de la connaissance. Puis, si à la lumière des faits, elle ne peut plus être soutenue, un changement de paradigme intervient. Cela correspond pour une discipline à une situation de crise qui aboutit, lorsque le nouveau paradigme est établi, à une nouvelle période de stabilité. Duncan, de son côté (2006), définit le paradigme comme « un consensus portant sur les croyances fondamentales de la profession »<sup>8</sup> (p. 62).

Kielhofner (2004) utilise par extension le concept de paradigme pour décrire les périodes de développement de l'ergothérapie. L'ancien paradigme de l'occupation, fondé sur le traitement moral, est remplacé par le paradigme mécaniste qui laisse place dans les années 80 au paradigme contemporain, décrit dans son ouvrage comme étant l'état actuel de l'ergothérapie. Celui-ci s'appuie, selon Kielhofner, sur la théorie des systèmes. Ce paradigme se lit sans ambiguïté dans la révision des standards minimaux pour la formation des ergothérapeutes de 2002 (WFOT, 2002). Autrement dit, il est aujourd'hui une condition de reconnaissance dans tout l'appareil de consolidation et de reproduction de la profession. On y verra un signe de fin de la crise et de stabilité. Un paradigme a, ici, pour fonction d'unifier le champ de la profession et d'en définir la nature et la finalité. Selon Kielhofner, un paradigme est constitué de trois éléments – des prémisses, un point de vue et des valeurs.

1) Des prémisses, qui portent sur la nature humaine, sur les problèmes que l'ergothérapie peut traiter et sur la nature de la pratique. Par exemple, dans le paradigme mécaniste, la capacité fonctionnelle peut être rétablie en améliorant ou en compensant les déficiences des systèmes internes à la personne. Au contraire, dans le paradigme contemporain, les occupations

---

8 Traduit par l'auteure.

sont rétablies en relation avec l'environnement et l'organisation des tâches qu'elles impliquent dans la vie quotidienne de la personne.

2) Un point de vue, définissant la façon d'envisager les phénomènes qui concernent le champ de l'ergothérapie, par exemple une focalisation sur les mécanismes internes qui sous-tendent le fonctionnement corporel ou au contraire, une centration sur les occupations des personnes en relation avec leur environnement.

3) Des valeurs, qui sont des convictions profondes des praticiens sur les droits et les devoirs des usagers et des ergothérapeutes, par exemple la conviction que les désirs, les besoins et le point de vue de la personne doivent être pris en compte dans les décisions d'intervention ou au contraire l'importance accordée au fonctionnement des systèmes internes dans ces décisions.

106

Il n'y a pas d'application technologique à un paradigme. Ce dernier n'aide pas un thérapeute à savoir comment il doit procéder dans telle ou telle situation. Par contre, il influence la représentation de la situation, soit la problématique à traiter, et souvent la légitimité même de l'intervention. Par exemple, dans le paradigme mécaniste, il n'y a pas de raisons d'offrir des prestations dans un programme de soins palliatifs parce qu'aucune valeur n'est accordée à des interventions qui n'ont pas pour objectif la rééducation des aptitudes physiques, intrapsychiques ou cognitives altérées. Pareillement, l'épuisement du conjoint dans le cas d'une démence n'entre pas dans la définition de la problématique à traiter, parce que le client n'est pas la famille elle-même mais bien le dément pris hors de son contexte de vie.

Pour Kielhofner (2004), le paradigme contemporain intègre des éléments issus du premier paradigme, celui de l'occupation, et du paradigme mécaniste. Hagedorn (2001) insiste moins sur les aspects historiques et considère que le paradigme est simplement un métamodèle de l'ergothérapie qui contient les concepts centraux. Hagedorn s'emploie à décrire deux paradigmes opposés mais simultanément en œuvre dans la profession, auxquels des cadres de référence et des modèles différents s'attachent : le paradigme réductionniste et le paradigme holiste.

Le paradigme réductionniste considère que l'individu est fait d'éléments isolables, des fonctions et des comportements, par exemple, qui peuvent être étudiés et traités séparément. Il privilégie l'objectivité, les

faits observables et les méthodes quantitatives de recherche pour leur capacité à isoler des facteurs et à analyser des relations entre ceux-ci et à établir des liens de causalité.

Le paradigme holiste perçoit la personne comme indissociable de son contexte. Il affirme qu'on ne peut pas isoler une composante et agir sur celle-ci sans avoir un effet sur toute la personne. Ce tout qu'est la personne étant par ailleurs inconnaissable. Ce paradigme souligne que la pensée, les émotions ou les perceptions affectent les comportements. Il valorise des méthodes qualitatives de recherche pour leur capacité à donner une compréhension des phénomènes en jeu dans une situation complexe.

Duncan (2006), Hagedorn (2001) et Kielhofner (2004) ne s'arrêtent pas à définir les paradigmes ou les métamodèles, ils construisent les relations que ceux-ci entretiennent avec d'une part des connaissances plus spécifiques qui ne s'adressent qu'à une partie des usagers ou à des types de problèmes pour lesquels l'ergothérapie est indiquée, et d'autre part à des savoirs théoriques ou techniques externes à la profession. Kielhofner modélise la connaissance des ergothérapeutes en un disque entouré de deux anneaux concentriques. Le disque central est le paradigme, le premier anneau qui l'entoure comprend des modèles conceptuels de pratique, le second anneau des savoirs externes utiles à la profession, par exemple la pathologie ou les habiletés relationnelles. Le disque central et les anneaux qui l'entourent ne sont pas étanches, de sorte que les savoirs les plus périphériques peuvent en quelque sorte nourrir les modèles, et ces derniers peuvent influencer le paradigme. Hagedorn s'intéresse plutôt à la manière dont chaque ergothérapeute met différents types de connaissances en pratique. Dans sa perspective, les sciences de référence que sont la médecine, la psychologie et la pédagogie influencent le paradigme par le biais de cadres de référence primaires et par le biais d'un processus de changement, assez mystérieux par ailleurs, appartenant à l'ergothérapeute.

107

## LES CADRES DE RÉFÉRENCE

Les cadres de référence sont des connaissances plus spécifiques que les paradigmes. Selon Crepeau et Boyt-Schell (2003), un cadre de référence est une manière de conceptualiser et d'agir. Il sert ainsi de guide à

la pratique et la légitime parce qu'il fournit des termes, des explications sur les relations entre des concepts, des principes d'action. Par exemple que l'exercice physique augmente l'efficacité intellectuelle, ou encore que le travail en groupe procure des moyens pour faire face à des conflits interpersonnels. Duncan (2006) y voit une théorie ou un jeu de concepts développés en dehors de la profession, mais qui, utilisés de façon judicieuse, sont applicables à la pratique de l'ergothérapie. Cette idée de l'origine externe des cadres de référence, au sens où ils ont été élaborés dans d'autres disciplines, mais qu'ils peuvent trouver dans la profession des applications qui font généralement l'objet d'une reconstruction par des théoriciens, est fréquente dans la littérature en ergothérapie.

La dénomination, ainsi que la classification des cadres, varient largement d'un auteur à l'autre. Hagedorn (2001) voit trois cadres primaires : physiologique, psychologique et pédagogique. Elle définit différents cadres appliqués découlant de ces cadres primaires : biomécanique, neuromoteur, comportemental, psychanalytique, centré sur le client. Duncan (2006) développe les cadres suivants : centré sur le client, cognitivo-comportemental, psychodynamique, biomécanique, du contrôle moteur et du fonctionnement perceptivo-cognitif.

108 Cependant, avec le concept de cadre de référence, ce n'est pas la terminologie et les classifications qui sont importantes, mais la valeur opérationnelle pour l'ergothérapie. Il est en effet beaucoup plus facile de lire dans un manuel d'ergothérapie ce qui a été énoncé par ses auteurs, et souvent longuement expérimenté sur un cadre de référence appliqué à l'ergothérapie que de construire son intervention à partir des sources primaires, souvent très nombreuses, et d'en tirer soi-même des applications en thérapie. Les manuels d'ergothérapie résument souvent ces cadres en présentant leurs bases théoriques et pratiques, puis montrent comment les utiliser. Sortant des gros manuels, toujours en anglais, on trouve aussi des cadres fort intéressants dans des ouvrages de moindre envergure, par exemple Sève-Ferrieu (2005) ou Fortmeier et Thanning (2002). Ces auteurs décrivent respectivement l'emploi en ergothérapie de concepts des neurosciences ou de la psychologie soviétique. Manidi (2006) propose une adaptation à l'ergothérapie en santé mentale des cadres systémique et cognitivo-comportemental, ainsi que de l'analyse transactionnelle.

De plus, pour autant qu'on dispose du temps et de quelques moyens techniques, rien n'est plus accessible que la connaissance. Dès lors chaque thérapeute peut, en fonction de sa clientèle, s'intéresser à ce qui a été produit dans des champs connexes, par exemple dans les neurosciences, dans les études genre ou dans le design universel et y puiser des connaissances qui peuvent être instrumentalisées au bénéfice de sa pratique. La démarche de mise en œuvre n'est certes pas scientifiquement fondée, elle produit du tâtonnement dans l'orientation du traitement et elle nécessite de la modestie ainsi que de bonnes capacités d'observation pour ajuster l'intervention. Mais dans nombre de situations complexes, il n'y a pas d'autres possibilités. Les producteurs des cadres de référence appliqués ou ceux des modèles de pratique ont d'ailleurs procédé de même par essais et erreurs avant de formaliser leur pensée, d'expérimenter, puis d'ajuster leur produit.

## LES MODÈLES DE PRATIQUE

Les modèles de pratique ou les modèles conceptuels de pratiques ont les mêmes fonctions de guide et de soutien que les cadres de référence, mais ils en diffèrent par le fait qu'ils « naissent en ergothérapie ». Selon Duncan (2006), un modèle conceptuel de pratique est « une construction théorique centrée sur l'occupation qui a été spécifiquement développée pour expliquer la démarche et la pratique de l'ergothérapie »<sup>9</sup> (p. 62). Pour cet auteur, toute démarche d'ergothérapie suppose d'abord la sélection d'un modèle conceptuel de pratique, puis celle d'un cadre de référence. Le seul choix d'un cadre de référence seulement risque d'entraîner l'utilisateur hors de sa sphère d'intervention professionnelle. Par exemple, sans le recours à un modèle de pratique, l'emploi du cadre de référence biomécanique produit des interventions peu dissociables de celles des physiothérapeutes, ce qui conduit souvent à des conflits de travail. Les modèles de pratique sont donc un enjeu pour la construction, le maintien et la reconnaissance de l'identité professionnelle.

On pourra ainsi, par exemple avec une personne qui a subi une amputation d'un membre inférieur, travailler avec le modèle du rendement occupationnel de l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE,

---

9 Traduit par l'auteure.

2002b) ou avec le modèle australien de la performance occupationnelle de Chapparo et Ranka (1997), et avec le cadre de référence biomécanique. Dans les deux cas, on utilise les principes et les techniques du cadre de référence biomécanique pour les amplitudes articulaires, l'endurance, la force, la douleur, la sensibilité. Cependant, en considérant le modèle canadien, on aura préalablement déterminé avec l'utilisateur les occupations dans les domaines des soins personnels, des loisirs et de la productivité qui lui sont importantes. On aura aussi obtenu une auto-évaluation de la qualité de leur réalisation dans son contexte de vie et son degré de satisfaction à l'égard de ses performances habituelles. On appliquera ainsi la biomécanique au service des occupations désignées par l'utilisateur, ceci au service de la manière dont il entend agir et jusqu'à atteindre sa satisfaction personnelle et non celle de l'ergothérapeute. En considérant le modèle australien, on se sera intéressé aux rôles de la personne ainsi qu'aux occupations et aux routines, qui peuvent avoir été altérées, dans les domaines des soins personnels, du repos, des loisirs et de la productivité. On tiendra compte de ce que comprend la personne et de ce qu'elle pense, désire et ressent dans sa situation particulière. On considérera son environnement physique, social et culturel pour saisir le contexte dans lequel la réadaptation se déroulera.

Bref, la combinaison d'un modèle permettant d'avoir une vision globale de la personne et d'un cadre de référence spécifique à l'intervention sur les fonctions physiques permet d'agir avec exactitude sur les composantes des performances dont l'altération affecte la qualité et de le faire en considérant les enjeux humains que représentent ces performances dans la vie de la personne. C'est une bonne manière d'associer approche réductrice et approche globale, ou d'être à la fois précis sur la réadaptation de certaines performances et de certains éléments qui la composent, et au fait des enjeux que cela présente pour la vie de la personne (Wilby, 2007).

Selon Morel-Bracq (2004), qui a rédigé le seul ouvrage en français sur le sujet, les modèles de pratique sont des représentations mentales qui intègrent des fondements à caractère philosophique, des concepts théoriques, et des éléments méthodologiques ou techniques. Pour elle, les cadres de références sont la partie théorique du modèle, issue d'autres disciplines. Dans son effort de classification, Morel-Bracq distingue des

modèles généraux utilisables dans de nombreuses situations et des modèles appliqués qui s'adressent à un nombre plus restreint de situations. À l'instar d'autres auteurs, elle distingue des modèles adaptés à l'ergothérapie de ceux qui ont été élaborés par des ergothérapeutes. Ainsi ses modèles généraux adaptés à l'ergothérapie sont :

- le modèle de résolution de problèmes ;
- le modèle de rééducation-réadaptation qui comprend la classification internationale du handicap (CIH), le processus de production du handicap (PPH), la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) et le système d'identification et de mesure du handicap (SIMH) ;
- le modèle humaniste ;
- le modèle interactif ;
- le modèle systémique.

Les modèles généraux élaborés par des ergothérapeutes sont :

- le modèle de l'occupation humaine (MOH) ;
- le modèle canadien du rendement occupationnel (MCRO) ;
- le modèle de la performance occupationnelle compétente dans l'environnement (COPE) ;
- le modèle australien de la performance occupationnelle (OPM : A).

Chaque modèle, spécifique ou général, est défini par quatre composantes :

1) Son champ épistémologique, qui inclut des concepts, des hypothèses et des théories. Par exemple dans le modèle de rééducation-réadaptation, une des hypothèses est que « le ré-entraînement devrait être effectué dans des conditions réalistes, avec le souci du lieu de résidence, de la situation sociale ou de travail du patient » (p. 35).

2) Son champ téléologique, qui comprend ses finalités et les critères de mesure de celles-ci. Par exemple, dans le modèle de la performance occupationnelle compétente dans l'environnement, une des finalités est : « ... pour l'ergothérapeute d'aider à promouvoir l'adaptation, encourager l'apprentissage, améliorer la santé et augmenter le bien-être de la personne » (p. 90).

3) Son champ ontologique, soit son contexte d'utilisation, son centre et sa définition de la relation thérapeute-usager. Par exemple, dans le modèle de l'occupation humaine, Morel-Bracq définit ainsi un élément du centre : « La théorie élaborée par Kielhofner peut éclairer tout comportement humain concernant le choix et l'engagement dans les activités de la vie de tous les jours » (p. 74).

4) Son champ méthodologique, lequel contient les moyens d'évaluation, les principes et les techniques d'action, le matériel et les procédures utilisables. Par exemple, dans le modèle australien de la performance occupationnelle, un des éléments du champ méthodologique est défini ainsi : « Les composantes de l'action décrivent les dimensions nécessaires pour s'engager dans une activité. Ce sont les dimensions physiques, sensori-motrices, cognitives et psychosociales qui correspondent à des composantes biomécaniques, sensori-motrices, cognitives, personnelles internes et interpersonnelles liées à la personne » (p. 97).

112

Kielhofner (2004), qui n'emploie pas le concept de cadre de référence, ajoute que les modèles sont des représentations qui expliquent comment les personnes choisissent, réalisent et vivent leurs occupations. Ils permettent de saisir les problèmes des usagers et proposent des moyens d'action. Ils diffèrent des sciences de base comme apports théoriques utiles à l'ergothérapie tels que l'anatomie ou la sociologie en raison de leur orientation sur l'identification de problèmes et de la recherche de solutions. Ils sont en perpétuel développement grâce à des travaux de recherche et permettent aux praticiens de réfléchir à leur pratique. Selon cet auteur, les modèles, lorsqu'ils sont développés, comptent quatre caractéristiques :

1) Les modèles sont construits à partir de connaissances issues de plusieurs disciplines. Les modèles vont ainsi choisir des concepts issus de plusieurs disciplines de référence et de l'ergothérapie, par exemple certains concepts issus des neurosciences et du développement de l'enfant dans le modèle de l'intégration sensorielle.

2) Les modèles mettent en relation divers éléments théoriques pour expliquer des phénomènes spécifiques, par exemple dans le modèle biomécanique, comment des déficits d'amplitudes articulaires, de force et d'endurance affectent la mobilité des personnes.

3) Les modèles comprennent des éléments technologiques et méthodologiques applicables en thérapie pour l'évaluation des types de problèmes auxquels le modèle s'adresse et pour l'intervention sur les problèmes identifiés. Par exemple, dans le modèle du handicap cognitif, trois instruments de mesure sont fabriqués afin de pouvoir en inférer leur emploi, le type de réadaptation, la réorganisation de l'environnement et la supervision nécessaires à un fonctionnement le plus indépendant possible dans la vie de tous les jours.

4) Les modèles sont améliorés par des travaux de recherche. D'une part, ces derniers permettent de les approfondir, de les spécifier ou de les préciser pour différentes situations et, d'autre part, ils permettent d'en mesurer l'efficacité et la pertinence dans divers cas de figure. Par exemple le modèle du contrôle moteur intègre depuis quelques années le concept de contexte de réalisation de l'action parce qu'il y a quelques preuves que la performance d'un mouvement est meilleure lorsque ce mouvement est conçu comme un geste intentionnel dans une situation spécifique.

113

Les modèles de pratique ou les modèles conceptuels de pratique, ou encore les cadres de référence primaires ou appliqués, quels que soient les termes employés par les auteurs, représentent la manière dont l'ergothérapie s'effectue concrètement dans les interventions. Ils sont présents dans des manuels et sont largement enseignés à la fois sous l'angle théorique et sous l'angle pratique. Ils sont aussi, dans leur usage, nourris par l'expérience de chaque thérapeute. Leur emploi forme la trame de la vie quotidienne professionnelle des ergothérapeutes, qui n'ont parfois pas toujours conscience de les utiliser tant ils vont de soi (Meyer, 1997). De plus, ces modèles ou ces cadres se subdivisent souvent en de multiples approches ou méthodes spécifiques à des catégories de situations d'utilisateurs, par exemple le modèle biomécanique se spécifie par des techniques particulières dans la fabrication des orthèses ou dans le positionnement au lit. Les modèles se mélangent dans la pratique à d'autres modèles ou à des méthodes d'origines diverses. Par exemple, avec les personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer, hébergées dans une institution spécialisée, le modèle du handicap cognitif peut avoisiner celui de l'orientation sur la réalité ou s'y mélanger, ou encore s'associer à la validation et aux techniques de facilitation de la communication. Ils existent en relation avec

des modèles institutionnels ou d'équipe de travail, et sont ajustés en fonction du contexte de la pratique (Kortman, 1994). Pour toutes ces raisons, ils sont souvent peu visibles tout en étant très présents. Il arrive aussi qu'ils soient ostensiblement affichés comme une spécialité de l'ergothérapie dans un lieu donné. On entendra alors des thérapeutes dire que dans leur service, ils travaillent avec le modèle de l'occupation humaine, ou d'autres thérapeutes afficher qu'ils sont spécialisés dans l'approche Perfetti.

#### EXERCICE 15

Énoncez les termes le plus souvent utilisés dans votre pratique pour décrire un usager.

Classez ces termes en fonction des domaines théoriques auxquels ils appartiennent.

Cherchez les modèles de pratique ou les cadres de référence auxquels ces classes appartiennent.

Trouvez la littérature concernant ces modèles ou ces cadres.

- 114 Juger de la manière dont ces cadres ou ces modèles sont employés dans votre milieu de pratique : Utilise-t-on le modèle tel qu'il est décrit ? Y a-t-il des instruments de mesure ou des moyens d'intervention inconnus ? Le modèle est-il adéquat pour la population du service ? A-t-on intégré les derniers développements du modèle ?

Que les modèles utilisés soient transparents ou opaques aux yeux des thérapeutes, ils imprègnent très largement la démarche menée avec chaque usager parce qu'ils en délimitent l'extension, les moyens et les éléments sur lesquels l'ergothérapeute va raisonner. En effet, les modèles énoncent la population à laquelle ils s'adressent ou le type de problèmes auxquels ils s'intéressent. Ils offrent des procédures d'évaluation et des instruments de mesure. Ils proposent des moyens de traitement ou des stratégies d'intervention. Ils précisent le genre d'objectifs qui sont atteignables grâce à leur emploi. Plus ils sont formalisés, plus ils offrent des moyens de produire divers documents permettant de conserver rapidement, dans un dossier d'usager, des résultats à diverses épreuves, des décisions d'intervention ou de fin de traitement, ou encore des notes de suivis. Le modèle de la pratique centrée sur le client (PCC) est un exemple de modèle opérant dans la démarche professionnelle.

## LA PRATIQUE CENTRÉE SUR LE CLIENT

La pratique centrée sur le client émerge en ergothérapie dans les années 80, au Canada. Elle est théorisée comme un cadre de référence par Duncan (2006). Elle est incluse dans le modèle humaniste chez Morel-Bracq (2004). Elle imprègne très largement le modèle canadien du rendement occupationnel dès son origine, mais aussi le modèle de 2002 de l'Association américaine des ergothérapeutes (American Occupational Therapy Association, AOTA, 2002). L'auteur de référence en ergothérapie est Mary Law. Dans des adaptations spécifiques, ce modèle est largement présent dans d'autres professions de la santé comme les soins infirmiers, la médecine ou la psychothérapie. La théorie de référence de la pratique centrée sur le client est empruntée à Carl Rogers, qui développe son approche, il y a plus de cinquante ans (Law, 1998).

### LES CONCEPTS DE LA PRATIQUE CENTRÉE SUR LE CLIENT

115

Carl Rogers, un psychologue américain du courant humaniste, s'est intéressé à la relation entre le psychologue et son client. Dans son approche, il développe les concepts d'authenticité, de non-jugement et d'empathie, qui sont autant de savoir-être. L'authenticité est la capacité du thérapeute à laisser ses « vrais » sentiments s'exprimer dans la relation, autrement dit à ne pas jouer un rôle factice. L'empathie est la capacité à ressentir les sentiments et les difficultés du client tels que ce dernier les envisage et à lui communiquer cette compréhension. Le non-jugement est l'acceptation inconditionnelle de ce que dit le client, sans être influencé par des jugements extérieurs ou par des cadres de référence. Le thérapeute admet l'expertise du client, et la thérapie est conduite de manière non directive. Dans les années 50, cette conception de la relation thérapeute-client est en opposition avec la relation thérapeute-client beaucoup plus directive en vigueur en réadaptation (Law, 1998).

Les concepts rogoriens vont largement influencer l'attitude des ergothérapeutes à l'égard du client dans le processus thérapeutique. Celui-ci sera écouté, entendu, compris, accompagné et soutenu, mais pas dirigé dans un processus de réadaptation, lequel lui appartient en propre et qui devra faire sens pour lui et dans son environnement. La confiance mutuelle

qui s'établit entre l'utilisateur et le thérapeute au fil des séances devient un enjeu majeur pour l'atteinte des buts de traitement (Meyer, 2003). L'ergothérapeute croit en ses propres capacités à proposer des actions adéquates et à répondre aux besoins de l'utilisateur. Il fait confiance en la capacité de l'utilisateur de s'engager au fil du temps dans un processus de réadaptation. De son côté, l'utilisateur reconnaît au thérapeute des compétences humaines et professionnelles propres à l'aider. Cette relation thérapeutique toute en sensibilité s'exprime dans le rythme de l'intervention, dans les ajustements corporels, comportementaux, ou paraverbaux, ainsi que dans les paroles échangées. Ainsi, dans la démarche clinique, Fortmeier et Thanning (2002) avancent des axes d'égale importance : l'axe de la motivation, celui de la communication, celui du fonctionnement ou des compétences et celui de l'activité. La réflexion de l'ergothérapeute autour de ces quatre axes en forme un cinquième, qui finalement devient ce qui agrège l'ensemble de la démarche.

116 Law (1998) identifie sept concepts de la pratique centrée sur le client, communs aux diverses adaptations qui en ont été faites en ergothérapie :

- Le respect envers les clients et leur famille en particulier quant aux choix qu'ils font ;
- le pouvoir total de décision accordé aux clients et à leur famille quant au choix et à l'organisation de leurs occupations quotidiennes et aux prestations d'ergothérapie à fournir ;
- l'apport d'information, de confort physique et de soutien émotionnel, ainsi qu'un fort accent mis sur la communication avec le client ;
- le soutien à la participation du client dans tous les aspects des prestations d'ergothérapie ;
- une offre de prestations d'ergothérapie flexible et individualisée ;
- la résolution par les clients de leurs problèmes occupationnels ;
- un intérêt porté aux relations personne-environnement-occupation. (p. 9)<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Traduit par l'auteur.

## LA DÉMARCHE CENTRÉE SUR LE CLIENT

Du point de vue formel, la pratique centrée sur le client en ergothérapie est un partenariat entre le client et le thérapeute qui vise à lui conférer, plus qu'une démarche fondée sur la maladie, la capacité de mener ses occupations et de remplir ses rôles dans la variété et la spécificité des environnements dans lesquels il vit. Dans cette démarche clinique, le client négocie activement avec le thérapeute des buts auxquels la priorité est accordée. Il intervient comme partenaire dans l'évaluation, dans l'intervention et dans la mesure des résultats. Dans toute la démarche, le thérapeute est attentif aux besoins du client et les respecte. Il permet ainsi à ce dernier de décider en connaissance de cause (Sumsion, 2006). La démarche se focalise d'abord sur les occupations et les activités pour aller ensuite vers les éléments de la capacité fonctionnelle. Elle est qualifiée de *top-down* (Law, 1998).

Dans la mise en œuvre d'une démarche incluant la pratique centrée sur le client, la demande de traitement, qui n'émerge généralement pas à l'usager, fait l'objet d'une discussion avec le thérapeute qui peut le cas échéant devoir ensuite en négocier le contenu avec le prescripteur. La collecte des données implique la compréhension de l'histoire du client, celle des difficultés qu'il éprouve dans son contexte de vie. Elle est orientée vers la perception de l'usager, c'est donc à travers lui que l'ergothérapeute conçoit les problèmes à traiter. La quête d'informations peut s'appuyer sur des entretiens informels mais aussi sur des entretiens semi-structurés dont le plus habituel est la mesure canadienne du rendement occupationnel (Law, Baptiste et al., 1998). L'emploi d'autres instruments de mesure servant à évaluer des habiletés ou des capacités de réaliser certaines activités fait l'objet d'une négociation portant sur l'opportunité d'évaluer et sur le choix des instruments. Rien ne sert de mesurer des aspects qui ne reflètent pas les difficultés éprouvées par le client, ou encore ses besoins. Les résultats sont discutés, mais aussi expliqués de manière à ce que le client puisse les comprendre et réfléchir à leur portée compte tenu de son cadre de vie, de son entourage, des ressources financières ou d'assistance disponibles.

Le client décide ensuite des buts à atteindre et de leur degré de priorité. Ces buts sont basés sur des atouts que possède l'usager et qui permettent de dépasser les problèmes. Les partenaires discutent des activités et des aménagements à utiliser pour parvenir à les atteindre. Les buts, comme

les actions concrètes à mener, tiennent compte de l'environnement et des circonstances. Le programme d'intervention est variable et souple quant au choix des activités et à sa durée. Il requiert si possible les environnements de vie de la personne ou, au moins, une organisation des tâches qui soient aussi proches que possible des activités dont la performance doit être entraînée. Il implique une liberté d'action du thérapeute accordée par la réglementation institutionnelle, par exemple le droit de sortir dans l'espace public. Le programme, bien qu'ajusté au besoin et au choix du client, propose la meilleure intervention possible compte tenu des connaissances à disposition. Il n'est donc pas moins scientifiquement fondé qu'une intervention obéissant à une approche biomédicale traditionnelle (Law, 1998).

118 Tout au long de l'intervention, les partenaires s'adaptent l'un à l'autre et révisent au besoin les buts, les priorités et les actions. Le thérapeute atteste des progrès et les communique au client. Il prend du temps à expliquer au client ou à ses proches ce qui se passe et à explorer avec eux tous les aspects qui les intéressent. Il peut être amené à défendre les intérêts du client contre l'institution ou contre des services externes, par exemple pour l'aider à obtenir une sortie plus rapide ou un moyen auxiliaire coûteux. Au fil de l'intervention, le thérapeute note les progrès et les changements dans un dossier qui est accessible à l'utilisateur. L'évaluation des résultats passe par des mesures et par le jugement du client qui n'est pas limité à sa satisfaction seulement, mais aussi à l'évaluation qu'il a de ses progrès et de leurs effets dans sa vie quotidienne (Sumsion, 2006).

Finalement, la pratique centrée sur le client favorise le dépassement des constats de démotivation ou de *non-compliance* que font rapidement les thérapeutes lorsque le client ne s'engage pas dans ce qui lui est proposé. Elle augmente l'investissement du client dans le traitement et sa satisfaction. Elle améliore l'efficacité de l'intervention (Law, 1998). Notons encore que dans une pratique centrée sur le client, ce dernier n'est pas seulement la personne atteinte dans sa santé, ce peut être des membres de sa famille ou de son entourage scolaire ou professionnel. Le modèle s'adresse également à des collectivités comme les locataires d'un immeuble d'appartements adaptés ou à des services comme les transports publics. Il souffre cependant d'un certain nombre de limites liées au client, au thérapeute et à l'environnement de travail (Sumsion, 2006).

## EXERCICE 16

Choisissez une condition sanitaire particulière : souffrir des conséquences d'une sclérose en plaques, avoir un père atteint d'une démence, être mère d'un enfant hyperactif, avoir de graves lésions à sa main dominante... Quels sont les cadres de références ou les modèles utiles pour saisir et intervenir dans ces conditions ? Que proposent-ils comme évaluations et comme traitement ?

Admettez que vous soyez le client souffrant de l'une ou l'autre des conditions ci-dessus. Dans votre contexte d'existence, imaginez les problèmes que vous rencontreriez dans votre vie quotidienne. Les cadres de référence et les modèles évoqués précédemment permettent-ils de répondre à vos problèmes quotidiens ? Qu'attendriez-vous comme client des services d'un ergothérapeute dans ces situations ?

## LES LIMITES DE LA PRATIQUE CENTRÉE SUR LE CLIENT

La critique la plus fréquemment exprimée à l'encontre de la pratique centrée sur le client, tout au moins par des étudiants, concerne les compétences du client. Il arrive en effet que celui-ci ne soit pas vu comme un partenaire dans une négociation parce qu'on ne lui accorde pas la capacité de négocier en raison de son trop jeune âge, de sa condition de santé (par ex. être dans le coma) ou de limites culturelles. Sumsion (2006) comme Law (1998) offrent plusieurs réponses. D'abord, il convient de réfléchir à qui est le client. Lorsque l'enfant est très jeune ou lorsque la personne est gravement atteinte dans sa conscience, le client est davantage l'entourage que le porteur de la maladie, ou encore la famille ou le couple dont l'un des membres est gravement atteint dans sa santé. Par exemple, la plupart des interventions à domicile, lorsque l'un des conjoints a une maladie d'Alzheimer avancée, ont le couple pour client. C'est ce couple qui souffre et qui va réorganiser sa vie et ses occupations dans une situation d'interdépendance. Le conjoint en santé est le principal interlocuteur du thérapeute. Ensuite, c'est au thérapeute de se mettre dans la condition de partenariat et de parler un langage accessible, d'expliquer de façon compréhensible et de donner à l'autre du temps ou encore de négocier sur des sujets qui sont acceptables, plutôt que sur ceux qui sont inaccessibles, du moins à un moment donné.

En outre, la pratique centrée sur le client nécessite du temps et de la liberté d'action. Les contraintes imposées par les restrictions budgétaires ou la rigidité de certains programmes adoptés de façon standard pour certaines clientèles, y compris au prétexte d'une pratique scientifiquement fondée, peuvent limiter les opportunités offertes au client ou entraver les échanges verbaux. Le thérapeute et l'utilisateur sont alors contraints de travailler d'une manière prédéterminée qui éventuellement peut conduire à l'échec de l'intervention ou à sa réussite mesurée selon les standards de l'institution de soins, mais à son inefficacité dans la vie quotidienne parce que cette réussite n'amène aucun gain occupationnel ou de participation sociale.

120 Remarquons également que la pratique centrée sur le client suppose un accord préalable et généralement tacite entre le thérapeute et l'utilisateur ou plus généralement entre le système de soins et l'utilisateur, accord qui porte sur l'engagement des uns et des autres à œuvrer à la guérison du client. Cet accord ne va pas de soi. Il est possible que l'utilisateur estime pouvoir ou devoir demeurer l'objet passif du traitement, ou encore qu'il n'en a pas besoin. Il est aussi fréquent que le thérapeute estime mieux savoir que l'utilisateur ce qui est nécessaire à ce dernier, ou ce qui doit être observé. Il attribue ainsi davantage de valeur aux procédures d'évaluation ou de rééducation fondées dans la théorie et dans la recherche qu'aux décisions de la personne. Nous avons ainsi souvent entendu des étudiants s'exclamer : « Le patient ne peut savoir ce qui dysfonctionne dans ses activités ! »

## LES INSTRUMENTS D'ÉVALUATION

Au fil des décennies, la mesure est devenue un aspect essentiel de l'évaluation en ergothérapie. Dans de nombreux secteurs de travail, il n'est plus possible de problématiser une situation sans s'appuyer sur des données exactement mesurées ou sur des faits dûment observés à l'aide d'un instrument visant à en établir objectivement la nature. Cette démarche de recherche active et formelle de données sur l'état des éléments de la performance occupationnelle de l'utilisateur ou sur son ressenti, sur ses occupations ou encore sur son environnement dans le but d'identifier des problèmes, est constitutive du développement de l'ergothérapie dans le

modèle médical, lequel valorise l'objectivité et la quantification afin de prendre rationnellement des décisions d'intervention. Dans cette perspective, un instrument de mesure ou un outil d'évaluation, selon les auteurs, sont une méthode d'obtention de données qui a été formalisée par ses concepteurs de sorte qu'elle puisse être utilisée à l'identique par divers évaluateurs, pour divers usagers et à divers moments (Christiansen & Baum, 1997). Ces outils peuvent être des objets, par exemple un dynamomètre ou un goniomètre, ou encore des questionnaires, des échelles numériques, des grilles d'observation. Le recours à des instruments de mesure a de nombreux intérêts et rend la démarche de l'ergothérapie plus tangible et plus crédible.

### L'INTÉRÊT DES INSTRUMENTS DE MESURE

Le premier avantage d'un outil de mesure réside dans sa capacité à produire des données palpables généralement écrites et contenues dans un formulaire. Elles peuvent ainsi être compilées et conservées dans des dossiers. Par rapport aux informations que l'ergothérapeute peut déterminer dans sa tête, elles sont plus accessibles à des tiers et plus aisées à sauvegarder. En outre, les informations produites avec les instruments de mesure contribuent à la définition des objectifs d'intervention, à la mesure des progrès au fil de l'intervention et à la détermination de l'atteinte des objectifs (Law, Baum & Dunn, 2005). Les instruments soutiennent de la sorte les raisonnements des thérapeutes tout au long du processus de l'ergothérapie et contribuent à son ajustement comme aux décisions portant sur les suites de l'intervention. Ils facilitent la communication avec les autres professionnels, les usagers et leurs proches parce qu'il est possible de discuter des informations obtenues, de leur impact dans la vie d'une personne ou des interventions à faire en conséquence. Les instruments d'évaluation permettront aux thérapeutes de porter des jugements fondés sur l'analyse et l'interprétation des données produites plutôt que sur l'intuition.

La fonction des outils d'évaluation dépasse l'intervention proprement dite, pour déployer des effets sur l'établissement de l'efficacité des programmes d'intervention et sur la reconnaissance sociale de la profession dans le système de soins. Par exemple, puisque des instruments permettent

de mesurer des résultats, soit des différences entre le début et la fin des traitements, ils sont également un puissant moyen pour démontrer l'efficacité de l'ergothérapie en permettant de montrer à quelle fréquence celle-ci conduit à des différences favorables. De plus, au vu des contraintes budgétaires dans lesquelles toutes les prestations de santé se trouvent aujourd'hui, et ce partout, montrer des résultats, quels qu'ils soient pourvu qu'ils soient transmissibles, est un enjeu quasi existentiel pour le développement de la profession. C'est ainsi que les thérapeutes sont poussés par leurs associations professionnelles, par leurs employeurs ou par les tiers payants à recourir à des instruments de mesure dont le rôle est de justifier l'existence de l'intervention, de garantir son financement et d'assurer la qualité de la prestation. On s'en doute, si les outils peuvent servir à tant de choses, c'est qu'ils sont nombreux et que les choisir, comme les utiliser, n'est pas toujours aisé.

122

Beaucoup d'ergothérapeutes sont réfractaires à l'emploi d'instruments de mesure, estimant que ceux-ci sont simplistes et que ni les caractéristiques de l'usager ni l'intervention produite par le thérapeute ne peuvent être réduites à des séries de chiffres ou à quelques faits. Cela est vrai. Cette position de principe n'est cependant pas défendable et naît paradoxalement d'un trop large crédit conféré aux instruments, fondé sur la méconnaissance des quelques prémisses sur lesquelles ils reposent. Premièrement, un instrument est basé sur le postulat de l'observabilité de ce qu'il permet d'objectiver ou de mesurer. Cela signifie que le concepteur d'un instrument doit élaborer le concept à décrire ou à mesurer de manière à ce qu'il soit observable. Parfois c'est simple, à l'instar des amplitudes articulaires, parfois c'est plus compliqué ou davantage sujet à controverses. Par exemple, opérationnaliser le concept de « croyances » de manière à ce qu'elles soient observables est assez délicat. Deuxièmement, les instruments admettent le principe selon lequel les événements ou les propriétés observées peuvent varier d'une situation à l'autre ou au fil du temps, car il s'agit d'observer des différences. Troisièmement, les instruments assument que ces variations peuvent être saisies par l'observateur (Polgar, 2003). Du fait que ni les individus ni les occupations ni les traitements délivrés par les ergothérapeutes ne se réduisent à des collections d'événements observés, il va de soi que les instruments ne permettront pas de rendre compte de la complexité de la personne, de celle

de l'ergothérapie ou de celle des occupations humaines. Mais ils peuvent y aider pour autant qu'ils soient choisis avec discernement. D'autres ergothérapeutes renoncent aux instruments car ils ne les comprennent pas et pensent qu'apprendre à les connaître et à les utiliser est difficile. Quelques notions de base sur les types d'instruments disponibles et sur leurs caractéristiques sont cependant suffisantes pour sélectionner les bons outils. Sauf dans quelque cas, apprendre leur emploi est bien plus facile que l'apprentissage de certaines techniques de traitement.

#### EXERCICE 17

Dans votre pratique :

Qu'évaluez-vous : des habiletés, des fonctions ou d'autres éléments de la performance, des activités, l'environnement, la satisfaction, les occupations, ... ?

À quoi vous servent les données collectées : définir les objectifs de traitement, mesurer des progrès, pronostiquer les possibilités de retour à domicile, dépister des problèmes, ajuster finement l'intervention, prendre une décision d'orientation de l'utilisateur dans le système de soin, ... ?

Êtes-vous satisfaits des informations obtenues ?

Avec quels instruments obtenez-vous ces informations ? Connaissez-vous l'origine de ces instruments ?

Savez-vous si les instruments utilisés sont de « fabrication maison » ou s'ils ont été obtenus dans des publications, ou encore s'ils ont été achetés ?

Savez-vous si ces instruments sont standardisés, valides, fiables, sensibles ; s'ils comportent des valeurs de référence ?

Disposez-vous d'explications sur la manière d'utiliser l'instrument ?

123

## LE CHOIX DES INSTRUMENTS DE MESURE

Il existe en ergothérapie et dans les professions connexes une importante littérature sur les méthodes d'évaluation, et de très nombreux instruments pour lesquels on dispose des répertoires (Asher, 1996 ; Guelfi, 1997 ; Hébert, Bravo & Voyer, 1993 ; Hemphill-Pearson, 1999 ; Law, Baum & Dunn, 2005 ; Mulligan, 2003 ; Neistadt, 2000 ; Tremblay, Savard, Casimiro & Tremblay, 2004). Tous les instruments portent des noms et

souvent des acronymes en français ou souvent en anglais qui les identifient aux yeux des initiés (par ex. MMS, MIF, AMPS, MCRO, ACIS). Ils ne sont cependant pas toujours faciles à identifier et à trouver. Certains sont en libre accès sur internet, d'autres sont publiés dans la littérature scientifique, d'autres doivent être demandés à leurs producteurs et parfois être achetés à prix d'or. En principe, un instrument est accompagné d'un guide ou d'indications sur la manière de l'employer. Si ces indications n'existent pas, la qualité de l'instrument est douteuse et son emploi n'est pas recommandé.

L'ergothérapeute à la recherche d'un outil d'évaluation a trois questions majeures en tête lorsqu'il cherche un instrument ou lorsqu'il étudie un instrument qu'il a sous les yeux : « Pour quoi faire ? Comment l'utiliser ? Quelles sont ses qualités métrologiques ? » Des réponses circonstanciées et intelligentes à ces questions de finalité, d'emploi et de qualité de l'instrument évitent d'employer un instrument qui n'est pas fait pour ce qu'on veut, qui produit des données intéressantes ou inutiles, ou pire, fausses et dangereuses pour le traitement et son producteur, car elles peuvent conduire à proposer une intervention inappropriée (Korner-Bitenski & Gélinas, 1999).

124

## POUR QUOI FAIRE ?

### La finalité ou le but

Les instruments ont toujours une finalité. Beaucoup visent la description, ils permettent par exemple de décrire l'état des habiletés ou des fonctions physiques et cognitives d'une personne, ou bien son indépendance dans la réalisation d'une série d'activités, ou encore les caractéristiques d'un environnement. D'autres permettent de prédire un événement, par exemple l'indépendance au terme d'un retour à domicile ou la capacité de reprendre le travail. Il existe des instruments visant le dépistage seulement, par exemple celui de troubles cognitifs. Certains permettent de mesurer l'évolution d'une caractéristique au fil du traitement, par exemple les habiletés physiques, alors que d'autres ne visent que la mesure de l'atteinte des objectifs de traitement, par exemple le *Goal Attainment Scale* (GAS) (Kiresuk & Sherman, 1968). Quelques-uns

peuvent concourir à plusieurs buts (Law, Baum & Dunn, 2005 ; Polgar, 2003). L'ergothérapeute à la recherche d'un outil doit donc faire concorder la finalité qu'il vise à celle des instruments identifiés, faute de quoi l'instrument sélectionné ne rendra pas les services attendus ou, pire, fera dire des sottises (Korner-Bitenski & Gélinas, 1999). Description, évaluation, dépistage, prédiction apparaîtront dans les répertoires d'instruments comme autant de buts permettant de choisir ou de rejeter un instrument (Asher, 1996 ; Tremblay, Savard, Casimiro & Tremblay, 2004).

#### EXERCICE 18

Prenez l'échelle de Katz, disponible sur internet en français (Katz & Lyerly, 1963).

À quoi peut servir un tel outil ? Peut-on l'employer pour déterminer un programme de traitement ? Cherchez à justifier la réponse.

125

#### L'usage ou l'utilité clinique

Dans les répertoires, ce que chaque instrument permet de mesurer est nommé « l'usage ou l'utilité clinique ». Chaque instrument ne permet en effet de mesurer ou d'observer que certains aspects seulement de la réalité. Les outils sont donc spécifiques à un certain domaine de l'ergothérapie (Asher, 1996 ; Hinojosa & Kramer, 1998). Il existe des instruments permettant de mesurer les éléments de la capacité fonctionnelle, des fonctions ou des habiletés, y compris des attitudes, des sentiments ou des traits de caractères. D'autres instruments évaluent l'environnement physique ou social. D'autres encore s'attachent à l'évaluation des activités ou des habitudes de vie. Les diverses spécificités des instruments débouchent dans les répertoires sur des systèmes de classification. Lorsque ces répertoires appartiennent à l'ergothérapie, on y trouvera une classification correspondant aux manières dont l'ergothérapie modélise ses connaissances. Les domaines de l'occupation sont divisés en activités de la vie quotidienne, travail, jeu et loisirs. Les éléments de performance occupationnelle sont catégorisés en éléments moteurs, sensoriels, cognitifs, psychologiques, sociaux. Les instruments qui concernent les enfants considèrent souvent des aspects développementaux. Soulignons que les

auteurs, en particulier Law Baum et Dunn (2005), ainsi que Ottenbacher et Christiansen (1997), insistent sur le fait que les ergothérapeutes doivent surtout mesurer les performances de leurs clients dans des occupations et non seulement des fonctions, des aptitudes ou des habiletés, bien que ces derniers instruments soient de loin les plus nombreux. Ils défendent l'idée que les ergothérapeutes doivent développer des instruments dans leurs domaines et ne pas faire d'emprunts systématiques à ceux qui sont issus d'autres disciplines, par exemple la physiothérapie ou la neuropsychologie.

### Le cadre théorique

Les instruments apparaissent toujours dans un champ théorique déterminé parce qu'ils recourent à des concepts particuliers compris dans ce champ. Certains sont produits dans les limites plus spécifiques d'un modèle ou d'un cadre de référence. Dans ce cas, lorsque l'ergothérapeute sélectionne un modèle ou un cadre de référence au terme d'une évaluation initiale, il dispose d'un ensemble d'instruments qui lui sont pertinents. Il n'a donc plus besoin de chercher très loin ses outils d'évaluation. Le modèle de l'occupation humaine (Kielhofner, 2002), le modèle de l'intégration sensorielle (Bundy, Lane & Murray, 2002), le modèle de Sève-Ferrieux (2005) en fournissent beaucoup. Les manuels d'ergothérapie qui exposent divers modèles ou cadres de référence génériques ou spécifiques à une certaine population présentent également les instruments qui s'y rapportent.

126

### La population

À quelques exceptions près, les instruments ne s'adressent pas à tous les clients potentiels de l'ergothérapie, mais à une partie d'entre eux seulement. Cette partie est la « population » à laquelle l'instrument est destiné. Celle-ci peut être définie par l'âge, par le type de déficience ou de diagnostic médical, ou encore par le contexte. On pourra ainsi chercher des instruments qui s'adresseront à une population âgée en long séjour, à des personnes présentant une maladie de Parkinson, à des proches de personnes souffrant de démence, à des personnes souffrant d'atteintes des membres supérieurs consécutivement à des atteintes du système nerveux central ou périphérique, ou à des affections musculo-squelettiques.

Si la population à laquelle l'instrument est destiné ne correspond pas à celle dont l'utilisateur fait partie, l'emploi de l'instrument donnera des résultats inutiles ou non interprétables. Les répertoires d'instruments peuvent aussi être spécifiques à une population particulière : les enfants (Mulligan, 2003), les adultes avec des dysfonctions physiques (Neistadt, 2000) ou la psychiatrie (Guelfi, 1997 ; Hemphill-Pearson, 1999).

## COMMENT UTILISER LES INSTRUMENTS

L'emploi des instruments est décrit dans les répertoires (Asher, 1996 ; Guelfi, 1997 ; Hebert, Bravo & Voyer, 1993 ; Hemphill-Pearson, 1999 ; Law, Baum & Dunn, 2005 ; Mulligan, 2003 ; Neistadt, 2000 ; Tremblay, Savard, Casimiro & Tremblay, 2004). Très concrètement, les instruments comprennent souvent trois éléments :

- 1) une ou plusieurs feuilles de collecte de données sur lesquelles les résultats obtenus seront notés ;
- 2) des indications sur le but, la population, l'usage et le temps de passation de l'instrument comme sur la manière de faire passer, noter et analyser les épreuves contenues dans l'instrument ;
- 3) du matériel ou des indications sur le matériel nécessaire à la réalisation des épreuves.

127

### La langue de l'instrument

La plupart des instruments en ergothérapie ont été conçus dans des pays anglophones, mais il peut en exister des traductions, en particulier françaises. Pour autant que l'évaluateur sache l'anglais, l'absence de traduction n'est pas systématiquement un problème. Elle le devient cependant lorsque des consignes précises doivent être communiquées oralement à la personne examinée, ou, plus grave, lorsque l'instrument est en autopathologie. Dans ces cas, il faut chercher des versions dont la traduction a été validée. Cela ne veut pas dire que tout l'instrument doit être traduit, mais au moins les parties qui sont remises aux clients, et les consignes. Soulignons que la validation d'une épreuve dans une autre langue n'est pas seulement un problème de traduction, il arrive que dans une autre langue l'épreuve devienne plus simple ou au contraire plus difficile.

Par exemple, une question comme « Qui est le président de la Confédération ? », posée en Suisse, obtiendra plus d'échec que la question « Qui est le président des États-Unis ? », posée aux États-Unis. La validité et la fidélité d'un instrument traduit devraient être établies par ceux qui se proposent de le traduire.

### Le mode de passation

Certains instruments sont en autopathation. Cela signifie que la personne évaluée est celle qui remplit la feuille de collecte de données, généralement un questionnaire. Il en va ainsi pour diverses échelles de dépression ou pour des outils mesurant la qualité de la vie. D'autres instruments, dits en hétéropathation, s'adressent aux proches, parents ou professionnels, de la personne et collectent les données en s'appuyant sur la connaissance qu'ils ont de la personne, par exemple l'évaluation de l'incapacité fonctionnelle dans la démence (IFD), élaboré par Gélinas et Gauthier (1994). Remarquons que dans cette situation l'évaluateur, c'est-à-dire celui qui va analyser les données, n'est pas non plus celui qui les collecte. Dans la plupart des cas cependant, l'évaluateur est la personne qui rassemble les données, qui les consigne et qui les analysera. En ergothérapie, ces informations sont souvent obtenues grâce à des questionnaires ou à des guides d'entretien. Questionner les usagers permet d'obtenir des informations sur leurs intérêts, leurs occupations ou encore sur la perception qu'ils expriment de leurs difficultés. Ainsi, dans la Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO), l'évaluateur demande à la personne d'évaluer, sur une échelle de 1 à 10, la qualité de sa performance dans une activité qu'elle a déterminée comme étant importante pour elle.

Beaucoup d'instruments soumettent l'utilisateur à diverses épreuves dans lesquelles il doit répondre verbalement ou produire une performance. Par exemple dans le Protocole d'Examen Cognitif de la Personne Âgée, (PECPA 2r-Lausanne) (Von Gunten et al., 2002), l'évaluateur demande au sujet : « Quelle est votre adresse ? » Dans une autre épreuve, il lui demande de copier un cube. Dans de nombreux instruments et à diverses épreuves, la performance réalisée par l'utilisateur dans une activité doit être observée par le thérapeute. Par exemple, avec le *get up and go*, on observera la personne se lever d'une chaise, marcher puis se rasseoir (Mathias,

Nayak & Isaacs, 1986). Avec le Test Évaluant la performance des Membres supérieurs des Personnes Âgées (TEMPA), on la regardera coller un timbre sur une enveloppe dans des conditions strictement contrôlées (Desrosiers, Hébert & Dutil, 1993). Les épreuves sont codées, souvent sur des échelles numériques en fonction de critères de performance produits par les concepteurs de l'instrument. Elles seront parfois chronométrées. Soulignons enfin que beaucoup d'instruments présupposent que l'examineur professionnel ait observé l'action de l'utilisateur, mais n'empêchent pas de coder a posteriori, donc de mémoire. La passation devient plus rapide, mais les résultats sont sans doute moins fiables.

### La standardisation de la procédure

Nous l'avons dit, un instrument de mesure comprend généralement un ou plusieurs documents sur lesquels l'évaluateur notera les résultats obtenus. Il devrait comporter un manuel qui renferme toutes les indications nécessaires pour comprendre l'instrument, faire passer les épreuves, les retenir, puis les analyser. Il fournit du matériel, parfois spécialisé, comme un dynamomètre particulier, ou préconise du matériel courant, mais dont les propriétés sont définies (par ex. une chaise avec accoudoirs, une feuille blanche, un sachet de crème dessert à cuire). La procédure est standardisée lorsque le manuel donne toutes les indications, étapes après étapes, pour la passation des diverses épreuves, leur notation et l'analyse des résultats. Cette standardisation a pour objectif de supprimer les biais dus aux différences entre divers évaluateurs qui procéderaient différemment faute d'instructions claires. Elle permet l'entraînement des évaluateurs (Hinojosa & Kramer, 1998). Elle est un facteur nécessaire, mais non suffisant, pour assurer la validité d'un instrument. La procédure n'est parfois guère précise, mais pour d'autres instruments, même le ton avec lequel poser une question est indiqué. Lorsqu'un instrument permet de coter sur une échelle, toutes les positions de l'échelle doivent être clarifiées. Par exemple, la Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle (MIF) propose des résultats sur une échelle à 7 niveaux allant de l'indépendance complète à l'aide totale; dès lors son manuel doit très clairement indiquer comment les évaluateurs vont distinguer les 7 positions les unes des autres (Letts & Bosch, 2005). Lorsque les instruments sont normés, les auteurs expliquent le sens qu'il faut donner

à des résultats en fonction de la norme. Si l'instrument est complexe et difficile à utiliser, ses concepteurs proposent aux utilisateurs de suivre une formation spécifique, ou les y astreignent, de manière à ce qu'ils codent et interprètent les résultats en accord avec eux. L'accès à l'instrument est alors subordonné à la prise du cours.

## LES QUALITÉS MÉTROLOGIQUES OU PSYCHOMÉTRIQUES

Les qualités métrologiques ou psychométriques d'un instrument de mesure sont des qualités qui ont été démontrées, c'est-à-dire testées statistiquement ou empiriquement. Elles s'attachent à l'instrument et à sa procédure d'utilisation. Généralement, elles concernent les concepts de validité, de fiabilité ou de fidélité, de sensibilité et de valeurs de référence ou de normes. Lorsque l'instrument a des qualités métrologiques, l'instrument est fréquemment dit « standardisé ». Le terme est malheureusement choisi, mais il est fréquent dans la littérature. Il ne doit pas être confondu avec la standardisation de la procédure. L'établissement des qualités métrologiques de l'instrument correspond ainsi à un ensemble de procédures rigoureuses que les concepteurs de l'instrument appliquent pour en construire et en démontrer les qualités (Hinojosa & Kramer, 1998).

130

Soulignons que cette standardisation est toujours partielle et n'est jamais définitive. Ainsi, certains instruments peuvent avoir des valeurs normatives pour une population déterminée, mais pas pour un autre. Des changements de conditions peuvent mener à la nécessité de re-normer des épreuves. Certains outils sont validés dans un contexte culturel, mais cette validation ne vaudra pas dans un autre contexte. Lorsqu'un évaluateur emploie un instrument dans des conditions différentes de celles préconisées par ses concepteurs, pour une autre population que celle définie pour l'instrument, ou dans un autre but que celui visé par l'instrument, les qualités de celui-ci, aussi bonnes soient-elles, ne pourront pas être associées aux résultats obtenus. C'est aussi loufoque que d'essayer de prédire le temps du lendemain en pesant un livre à l'aide d'un pèse-personne. En clinique, il arrive pourtant que des évaluateurs fassent des choses aussi bizarres sans en avoir pleine conscience, par exemple, recourir à des épreuves d'intégration sensorielle avec des adultes

atteints de psychose. Ajoutons qu'un instrument dont les qualités métrologiques ne sont pas démontrées n'est pas mauvais en soi, simplement ses qualités n'ont pas fait l'objet des travaux nécessaires et les utilisateurs ne pourront donc pas lui accorder une grande confiance.

### La sensibilité

La sensibilité est la capacité d'un instrument à détecter quelque chose, souvent des changements au cours du temps (Gross Portney & Watkins, 2000). Lorsqu'un instrument est sensible, son pouvoir de discrimination est fort et il permet de mesurer de petites variations, par exemple des modifications de faible intensité de la force, ou plusieurs degrés d'indépendance dans la réalisation d'une activité. Comme ce sont souvent de petits changements au fil du traitement qui intéressent les ergothérapeutes, ils doivent trouver des instruments assez sensibles pour saisir, quantifier ou qualifier des progrès au cours de l'intervention. Dans une situation de dépistage ou de diagnostic, la sensibilité correspond à la probabilité que l'instrument détecte la condition si la personne en est atteinte. Des instruments très sensibles distinguent tous les sujets porteurs de la condition recherchée, mais peuvent aussi se tromper et identifier des faux positifs, ce qui peut conduire à effectuer une intervention inutile (par ex. traiter des troubles du développement psychomoteur chez des enfants qui n'en ont pas). La sensibilité s'oppose à la spécificité, laquelle correspond à la probabilité que l'instrument reconnaisse négativement les personnes qui ne présentent pas la condition (Opacich, 1991). Un instrument parfaitement sensible et spécifique identifie tous les cas et seulement les cas. Un tel instrument n'existe pas, c'est pourquoi des scores limite sont souvent définis. Entre ces limites, le diagnostic ne peut ni être posé ni être écarté. Il faut recourir à un autre instrument.

131

### LA FIDÉLITÉ OU LA FIABILITÉ

La fidélité ou la fiabilité est une propriété d'un instrument selon laquelle les scores qu'il donne ne varient pas d'une passation à l'autre ni d'un évaluateur à l'autre s'il est utilisé dans les mêmes conditions (Fortin, 2006; Fortin & Tremblay, 2004; Ottenbacher & Christiansen, 1997). Ainsi, lorsque l'instrument est fiable, il permet de mesurer des différences

qui sont dues aux changements de la condition mesurée et non pas engendrées par des erreurs de l'instrument (par ex. les questions d'un questionnaire ne sont pas claires), de l'utilisateur (par ex. un manque de motivation à faire passer les épreuves), de l'usager (par ex. il ne comprend pas les consignes) ou de son emploi (par ex. le non-respect de la procédure inscrite dans le manuel). L'utilisateur peut ainsi avoir confiance dans un outil fiable. Celui-ci produit des résultats constants et précis, c'est-à-dire reproductibles et sans erreurs (Gross Portney & Watkins, 2000). La fidélité entre divers évaluateurs et la fidélité dans le temps sont le plus souvent décrites.

132 La fidélité entre des évaluateurs est dite inter-évaluateurs. Une épreuve, par exemple une mesure de la force de préhension à l'aide d'un dynamomètre, est fidèle lorsque plusieurs évaluateurs obtiennent le même résultat. Avec cet exemple, on saisit d'emblée que le respect scrupuleux de la procédure de passation est un enjeu majeur de cette fidélité, puisque nous savons que suivant la position du sujet, la force de préhension varie. Si un instrument ou une épreuve sont fidèles entre les évaluateurs, ils permettent d'établir des faits qui ne sont pas le produit d'un jugement partial de l'évaluateur. Mais il y a toujours potentiellement des erreurs. Dès lors chaque fois qu'avec une épreuve, un résultat est produit, ce dernier comprend une part de vérité et une part d'erreur. Par exemple, dans de nombreuses épreuves, l'ergothérapeute doit coter sur des échelles numériques la qualité des comportements observés, or quel que soit le soin mis par les concepteurs de l'instrument à décrire le système de cotation, il n'est pas sûr que tous les ergothérapeutes comprennent la même chose. Divers facteurs d'erreur existent : le background de l'observateur, la sévérité variable des codeurs, la présence de l'observateur, les attentes du thérapeute, la tendance à privilégier des réponses médianes, l'influence d'impressions ou de réponses précédentes (Benson & Schell, 1997). Remarquons que la source d'erreur peut être attribuée à l'évaluateur. On parle alors de fidélité intra-évaluateur. Celle-ci est le degré de concordance entre les résultats obtenus par un seul observateur qui mesure la même situation une ou plusieurs fois avec le même outil (Fortin & Tremblay, 2004).

La fidélité dans le temps est dite test-retest. Des épreuves stables dans le temps permettent d'attribuer les changements dans les résultats obtenus lors des passations successives à un changement de la condition mesurée

au fil du temps. Autrement dit, un instrument fidèle dans le temps permet de mesurer des progrès, de la stabilité ou une régression des performances chez un usager (Ottenbacher & Christiansen, 1997). Les changements mesurés peuvent alors éventuellement et partiellement être attribués au traitement reçu par l'usager. Quantité d'erreurs de mesure et d'interprétations sont cependant possibles (Polgar, 2003). Les changements mesurés peuvent simplement témoigner du fait qu'une propriété n'est pas stable, par exemple l'humeur. Bien que mesurés, des changements peuvent être attribués à la maturation ou à la récupération naturelle, ou à des facteurs externes à l'intervention. Un phénomène d'apprentissage peut intervenir dans la passation d'épreuves, qui rendra la passation suivante plus aisée.

La fidélité ou la fiabilité d'un instrument correspond à un degré de concordance entre des séries de scores obtenus par des évaluateurs différents ou à des moments différents. Elle doit souvent être démontrée pour plusieurs populations et pour différents types de fiabilité (test-retest, intra-juge, inter-juges, consistance interne). Elle est estimée par différents tests statistiques et elle est exprimée à l'aide de coefficients de fidélité. Les coefficients les plus utilisés sont le coefficient de corrélation intra-classe pour les variables continues et le coefficient Kappa de Cohen pour les variables nominales (Fawcett, 2007). La valeur de ces coefficients varie entre 0 et 1 (bien que dans certains cas la valeur du coefficient Kappa de Cohen puisse être négative), et plus cette valeur se rapproche de 1, plus le niveau de concordance est élevé. Dans l'absolu, il n'est pas possible de définir une valeur critique des coefficients qui permette aux utilisateurs d'avoir confiance en l'instrument, car cela dépend de ce que l'instrument mesure et de son but, mais Polgar (2003) admet qu'un coefficient égal à 0.9 marque une fiabilité élevée, qu'un coefficient égal à 0.8 signe une fiabilité moyenne, et qu'un coefficient égal ou inférieur à 0.7 montre une fiabilité faible. Enfin, notons que la fiabilité d'un instrument est une condition nécessaire à sa validité, mais elle n'est pas suffisante pour s'en assurer.

133

### La validité

La validité est la capacité d'un instrument à mesurer avec justesse ce dont il est censé rendre compte ou mesurer (Fortin, 2006). Concrètement, la validité a à voir avec ce que le sens commun nomme la « vérité », mais

une vérité mathématiquement établie (Opacich, 1991). La validité est un concept difficile à saisir, bien davantage que la fiabilité, parce qu'il est ancré à la théorie et aux statistiques. En effet, un instrument est toujours construit à l'aide d'un cadre théorique qui permet d'appréhender un phénomène, par exemple l'indépendance ou l'équilibre. À partir de ce cadre, des concepts sont identifiés, puis les dimensions des concepts sont mises en évidence, et ensuite des variables correspondant aux dimensions seront construites (Ottenbacher & Christiansen, 1997). Chaque variable est une quantité ou une qualité susceptibles de fluctuer et ainsi de prendre différentes valeurs numériques ou non numériques qu'il faut établir à partir d'indicateurs. Après cet effort conceptuel lourd, établir la validité d'un instrument consiste à montrer, statistiques à l'appui, les relations qui existent entre les variables construites et les concepts retenus (Fortin & Tremblay, 2004).

134 Ainsi, lorsque Gélinas et Gauthier (1994) ont décidé d'élaborer un instrument mesurant l'incapacité fonctionnelle dans la démence (IFD), elles ont défini l'incapacité fonctionnelle, énoncé en quoi elle existe dans la démence, décrit des activités usuelles qui peuvent être altérées et les catégoriser. Puis elles ont circonscrit et expliqué les dimensions cognitives qui sont atteintes dans la démence de type Alzheimer. Cette partie conceptuelle établie, elles ont imaginé un instrument. En l'occurrence, l'instrument imaginé comprend trois variables pour les dimensions cognitives et dix situations courantes pour les activités usuelles.

Pour chaque situation, elles ont déterminé des indicateurs permettant de coder les variables. Ces indicateurs sont des questions posées à un proche. Cette partie méthodologique établie, alors seulement il a été possible de s'engager dans des travaux de recherche visant la validation de l'instrument. Démontrer cette validité est un processus long et compliqué, bien illustré par Benson et Schell (1997) pour la mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF). Il existe plusieurs types et sous-types de validité : apparente, de contenu, de critère (concomitante, prédictive), de construit (groupes de contraste, convergente, divergente ou discriminante). Les deux premières sont conceptuelles et empiriques ; les suivantes sont scientifiques et nécessitent des travaux statistiques (Ottenbacher & Christiansen, 1997).

La validité apparente (*face validity*) indique qu'un instrument semble mesurer ce qu'il est censé mesurer. C'est donc une forme subjective de la validité qui ne dépend pas de la théorie mais de ce dont l'instrument

à l'air aux yeux du profane, ou presque. Par exemple, un instrument visant la mesure des risques de chute chez les personnes âgées en proposant un parcours en trottinette présente un problème de validité apparente parce que la relation entre le risque de chute en trottinette et les personnes âgées est extravagante. Cette forme de validité a donc du sens en relation avec l'engagement de l'utilisateur dans l'évaluation parce qu'il peut lui-même percevoir des problèmes de validité apparente : la procédure lui semble stupide. La validité de contenu (*content validity*) est le degré selon lequel les énoncés d'un instrument représentent adéquatement le contenu d'un domaine qu'on cherche à évaluer (Benson & Schell, 1997; Fortin, 2006). Elle repose sur le jugement professionnel éclairé du concepteur de l'instrument qui doit l'établir sur une base logique (Ottenbacher & Christiansen, 1997). La validité de contenu est élevée si chaque épreuve appartient bien à l'univers conceptuel construit et si toutes les épreuves ou toutes les questions de l'instrument recouvrent bien le concept qu'on a défini en produisant l'instrument. Par exemple, si dans une épreuve d'évaluation de la mémoire, à la question : « Quelle est votre adresse ? », la réponse erronée n'est pas en relation avec un trouble de la mémoire, mais avec un problème de langue, de motivation, d'absence de domicile, alors, il y a un problème de validité de contenu. Si un instrument visant la mesure de l'indépendance oublie l'un des domaines de l'indépendance, par exemple le déplacement, il a une faible validité de contenu. La validité de contenu d'un instrument peut être établie en s'appuyant sur un groupe d'experts qui ensemble sont capables de déterminer que l'instrument coïncide véritablement avec le domaine du savoir concernant le phénomène étudié. Si ce savoir évolue, il est possible que l'instrument devienne obsolète.

135

La validité de critère (*criterion validity*) ou validité pratique, est la capacité d'un instrument de produire des scores qui seront corrélés avec un critère externe, souvent un autre instrument de mesure de référence, qui mesure le même concept. Si les deux mesures sont simultanées, cette validité est dite concomitante ou concourante ; si une mesure suit l'autre, la validité est dite prédictive (Fortin, 2006). Si par exemple des concepteurs de la MIF veulent montrer la validité concomitante de leur instrument, ils peuvent comparer les scores obtenus par une population à l'aide de cet instrument à ceux qu'elle obtient à l'aide d'un

autre instrument d'observation de l'indépendance qui serait passé le lendemain. Si la seconde mesure est passée trois mois plus tard, il est alors question de validité prédictive (Benson & Schell, 1997). Entre les deux séries de mesures concomitantes ou différées, des estimations de l'association ou de la prédiction peuvent être calculées. Elles décriront la validité concomitante ou prédictive de l'instrument. Il est absolument nécessaire que l'instrument qui sert de référence soit lui-même valide et fiable, c'est-à-dire qu'il puisse fonctionner comme étalon, sans quoi la validité de l'instrument ne peut pas être établie.

La validité de construit (*construct validity*) ou validité conceptuelle est le degré avec lequel un outil mesure les structures théoriques du phénomène étudié, sous-jacentes à l'instrument (Fortin, 2006). Établir la validité de construit d'un outil, c'est montrer jusqu'à quel point l'outil fournit une mesure adéquate du construit théorique qu'on prétend qu'il mesure. L'établissement de cette validité repose sur l'idée que le phénomène que l'instrument cherche à évaluer est une construction théorique dont les éléments entretiennent entre eux diverses relations, dont certaines sont hypothétiques. Ces hypothèses peuvent être testées de manière à démontrer que l'outil mesure bien ce qu'il est censé mesurer. Mais il est nécessaire, en fonction de la nature différente de ces hypothèses, de s'engager dans divers travaux de recherche qui s'appuient sur plusieurs méthodes (Benson & Schell, 1997; Polgar, 2003). Ainsi le processus d'établissement de la validité de construit d'un instrument est long et compliqué, souvent des années sont nécessaires.

De façon générale, pour étayer la validité de construit d'un outil, on recourt au calcul de plusieurs corrélations entre les scores obtenus avec cet outil et ceux fournis par un ensemble d'autres outils mesurant des concepts semblables ou des concepts qui théoriquement ne sont pas les mêmes. On peut ainsi montrer la présence (convergence) ou l'absence d'association (divergence) entre les résultats produits avec l'instrument en cours de validation et ceux produits avec les autres instruments (Fortin, 2006). La divergence entre des instruments mesurant des concepts différents, par exemple l'indépendance (la capacité d'effectuer ses activités de tous les jours d'une manière satisfaisante) et l'autonomie (la liberté qu'a la personne de choisir en tenant compte de son état interne et des circonstances externes, et d'agir en conséquence), devrait être maximale

(corrélation faible), et la convergence entre des instruments mesurant des concepts proches, par exemple la dépendance et l'incapacité, devrait être maximale (corrélation forte). L'approche par les groupes de contraste consiste à établir la convergence ou la divergence à l'aide de deux groupes dont l'un est porteur de la condition que l'outil permet de mesurer et l'autre pas. Les résultats obtenus par les deux groupes devraient fortement diverger, sans quoi on peut supposer que l'instrument ne mesure pas ou pas correctement la caractéristique qu'il est censé mesurer (Crist, 1998 ; Fortin, 2006). Par exemple, si une échelle de dépression donne les mêmes résultats pour une population de dépressifs que pour une population de non-dépressifs, il est peu probable qu'elle mesure bien la dépression.

#### Normes (valeurs normatives)

Une norme, ou valeur normative, ou encore une valeur de référence, est une référence qui a été construite durant la standardisation d'un instrument ou d'une épreuve comprise dans celui-ci. Le score obtenu par un individu à une épreuve peut alors être comparé à cette norme. Si le score obtenu est dans la norme, la caractéristique mesurée est « normale ». Inférieure à la norme, elle est un indice d'un problème pour lequel l'ergothérapeute peut éventuellement intervenir. Par exemple, dans le test évaluant la performance des membres supérieurs des personnes âgées (TEMPA), il existe des normes pour la vitesse d'exécution de certaines épreuves (Desrosiers, Hébert, Dutil & Bravo, 1993). Soulignons que tous les instruments de mesure ne sont pas normés parce que la nécessité de comparer des résultats à une norme peut n'avoir aucun sens, compte tenu du but de l'instrument. Par exemple, un instrument visant la description du support social dont une personne dispose ne nécessite pas de norme de référence. Des instruments aussi usuels et importants que la mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF) ne sont pas normés.

Plusieurs types de normes différemment établies existent. Pour certains instruments, des valeurs de référence ont été établies à l'aide des résultats produits par une population représentative de la population générale, ou des sous-groupes, par exemple catégorisés par âges. Dans ce cas, il est possible de comparer les résultats à une épreuve d'un usager présentant une condition sanitaire particulière à ce qu'ont fait les

membres de la population de référence. Ces normes ne sont jamais définitives parce que les caractéristiques des populations évoluent. De plus, il faut veiller à ce que le sujet dont on veut comparer les résultats présente bien des similitudes avec la population de référence (Polgar, 2003). D'autres instruments proposent des normes établies auprès d'une population de référence présentant un handicap (Law, Baum & Dunn, 2005). Pour certains instruments, les valeurs de référence n'ont rien à voir avec la comparaison à une population normale; elles sont un choix des concepteurs de l'instrument qui porte sur ce qui est acceptable et qui dépend de leur expertise professionnelle (Opacich, 1991).

138

La forme sous laquelle des valeurs normatives se présentent est très diverse. Parfois la comparaison est proposée par rapport à la moyenne obtenue par les sujets du groupe de référence. Parfois la référence est l'étendue, soit l'écart qui sépare le plus mauvais du meilleur score dans le groupe de référence. Parfois la valeur normative est un seuil, soit une valeur parmi l'ensemble des scores possibles, au-delà ou en deçà de laquelle le résultat est défini comme anormal. Lorsque, pour la population de référence, les scores obtenus à une épreuve sont distribués normalement, c'est-à-dire selon une courbe de Gauss, il est possible de juger du score d'un usager en référence à cette courbe. On pourra alors situer le score obtenu par l'utilisateur par rapport au nombre de déviations standards ou écarts-types en dessous ou en dessus de la moyenne de la population. L'intérêt est que dans une distribution normale, les pourcentages d'individus qui se trouvent à un, deux ou trois déviations standards de la moyenne sont stables (68 % des résultats se situent entre  $-1$  et  $+1$  SD, 95 % des résultats se situent entre  $-2$  et  $+2$  SD, 99 % des résultats se situent entre  $-3$  et  $+3$  SD). L'évaluateur sait donc facilement ce que valent les résultats particuliers d'un usager par rapport à la population de référence.

Il y a d'autres méthodes pour exprimer la position d'un score par rapport à un ensemble. Les centiles, qui vont de 0 à 99, permettent de représenter le pourcentage de personnes qui ont eu un résultat plus petit que celui du sujet évalué. Ainsi un score qui place le sujet sur le centile 60 indique que 60 % des personnes ont un score inférieur au sujet testé (Streiner & Norman, 2003). Il y a dans la littérature des graphiques permettant de visualiser les correspondances entre différentes manières de

comparer des scores lorsque la courbe de référence est une distribution normale (Opacich, 1991, p. 364). L'élaboration de normes, à l'instar de la fabrication des autres qualités métrologiques des instruments de mesure, nécessite du temps et des compétences théoriques et statistiques que n'ont pas la plupart des ergothérapeutes, mais il n'est heureusement pas nécessaire de savoir construire des instruments pour pouvoir les utiliser. Y recourir représente cependant un pas vers une pratique plus scientifiquement fondée.

## LA PRATIQUE SCIENTIFIQUEMENT FONDÉE

La pratique scientifiquement fondée, qu'on peut également nommer la pratique probante ou encore la pratique fondée sur les preuves (*Evidence Based Practice*, *EBP*, l'acronyme reste généralement en anglais) est un processus systématique de recherche, d'évaluation et d'emploi des résultats de la recherche récente dans la prise de décision clinique. Selon Taylor (2000), elle est une approche des soins qui implique de trouver et d'utiliser les résultats des recherches à mesure qu'ils sont produits pour agir efficacement et pour prendre des décisions cliniques. Soulignons, car la confusion est fréquente, que la pratique probante n'est pas du travail de recherche, mais bien du travail clinique puisqu'il ne s'agit pas de produire de la connaissance mais d'y accéder, de la critiquer, puis de l'employer au service des usagers. La finalité de la pratique probante est d'assurer une offre de soins de la meilleure qualité possible tant sur le plan des résultats que sur le plan économique. Elle permet aussi un processus d'explicitation de la décision dont les raisons pourront être communiquées à l'usager, lequel pourra alors participer à la décision en connaissance de cause (Law, 1998). En ce sens, la pratique probante facilite une approche centrée sur le client.

139

## LE DÉVELOPPEMENT DE LA PRATIQUE PROBANTE

La pratique probante émerge en médecine (*Evidence-based Medicine*, *EBM*) (Sackett, Strauss, Richardson, Rosenberg & Haynes, 2000). Elle a été formalisée par un médecin, David Sackett, né aux États-Unis, qui fonda au Canada, à l'université McMaster, un département d'épidémiologie

clinique, puis qui devint directeur du Center for Evidence Based Medicine de l'Université d'Oxford. On lui doit cette définition publiée en 1996 dans un éditorial du *British Medical Journal* très fréquemment citée, y compris en ergothérapie : « *Evidence-based medicine is the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients* » (Sackett, Rosenberg, Gray & Haynes, 1996, p. 71)<sup>11</sup>. De la médecine, la pratique probante passe rapidement dans les autres professions de la santé, puis très récemment dans les professions sociales.

140 La pratique scientifiquement fondée arrive au début des années 80 dans le cadre de l'enseignement de la médecine à cause de l'inadéquation des sources usuelles d'information. En effet, les manuels et les pratiques se révélaient vite dépassés en raison de l'avancement très rapide des connaissances, et les formations continues étaient perçues comme inadéquates. De plus, l'enseignement en médecine s'appuyait énormément sur des personnes expérimentées, mais qui pouvaient s'avérer incompetentes parce que leurs connaissances étaient devenues obsolètes (Strauss, Richardson, Glasziou & Haynes, 2005). Cette nouvelle manière d'envisager la pratique s'installe aussi au moment où la production de recherches en médecine commence à croître de manière exponentielle, rendant très rapidement caduque l'expérience des médecins qui ne pouvaient désormais plus se baser sur leurs habitudes et leur intuition. Cette production de travaux était, et demeure, telle qu'il est devenu humainement impossible à une personne d'appréhender l'ensemble des recherches qui seraient utiles à sa propre pratique. Il fallait donc trouver une manière de faire autrement pour offrir les interventions les plus adéquates aux usagers. Faire autrement correspondra à la mise en place de stratégies pour trouver la meilleure évidence et l'appliquer.

## LES BUTS ET LES DOMAINES DE LA PRATIQUE PROBANTE

Suivant les professions et les intérêts des acteurs sociaux, ce qui est attendu des pratiques scientifiquement fondées peut varier. D'aucuns pourraient croire, sans doute en raison de l'origine médicale du concept

<sup>11</sup> La médecine fondée sur des données probantes est l'emploi consciencieux, explicite et judicieux des meilleures et des plus récentes preuves scientifiques dans les décisions portant sur les soins à apporter à chaque patient.

et du poids des approches épidémiologiques et expérimentales, que la pratique scientifiquement fondée concerne surtout les diverses options possibles de traitement dans diverses conditions sanitaires. De nombreux étudiants croient par exemple qu'avec la pratique probante, ils sauront une fois pour toutes s'il faut traiter tel enfant avec l'intégration sensorielle ou la méthode Affolter. Malheureusement pour eux, il n'est pas sûr qu'ils obtiennent une telle réponse, mais ils pourraient apprendre qu'il existe d'autres options, qu'ils ont négligé des dimensions du problème, qu'il existe des instruments de mesure pertinents... En réalité, les domaines de la pratique probante sont diversifiés :

- la recherche des meilleures options de traitement ou d'intervention possible dans diverses conditions de santé, et dans différents domaines, dont la réadaptation. En particulier en ergothérapie, l'impact ou l'utilité de l'intervention quelle que soit l'intervention : enseignement et conseil, exercices, entraînement des activités, aménagement de l'environnement (Landrивon, 2002 ; Taylor, 2000) ;
- l'évaluation des résultats de traitement ou du programme mis en place (Strauss et al., 2005) ;
- la suppression des interventions inutiles ou inefficaces ;
- la validité et l'utilisation d'un instrument de mesure, ce qui favorise la quête des instruments de mesure les plus indiqués pour divers types de situations, par exemple mesurer des habiletés, orienter l'utilisateur dans le système de soins (Landrивon, 2002) ;
- le pronostic, par exemple lorsqu'il s'agit d'envisager les risques ou les bénéfices ou les dommages à long terme d'une prestation (Strauss et al., 2005) ;
- la diminution des conséquences négatives de conditions sanitaires particulières, par exemple la démence ou le cancer, sur les habitudes de vie ou sur la participation sociale des personnes ;
- la détermination de programmes destinés à une population, par exemple les personnes âgées fragiles ;
- l'amélioration de la satisfaction des usagers dans les systèmes de soins ;
- la qualité de la vie des usagers (Taylor, 2000) ;
- le rôle des occupations pour les personnes (Hammel & Carpenter, 2004) ;

- la participation (Hammel & Carpenter, 2004);
- la gestion (Taylor, 2000);
- des interventions efficaces à bas coûts;
- la détermination de campagnes de prévention;
- la recherche des mesures les plus efficaces pour obtenir une diminution de la mortalité et de la morbidité;
- cette énumération n'est sans doute pas close.

La pratique probante aide les ergothérapeutes à raisonner dans de nombreuses situations pour autant qu'ils parviennent à développer une stratégie efficace de recueil et d'analyse des travaux de recherche pertinents, puis une stratégie de mise en œuvre des solutions trouvées.

## LA PROCÉDURE DE RECHERCHE DES PREUVES

142 La pratique probante dans une situation clinique suit des étapes. Généralement, cinq étapes sont décrites (Bailey, 2003; Lee & Miller, 2003; Taylor, 2000):

1. Formuler le problème de manière à énoncer une question clinique structurée, simple, claire, à laquelle il est possible de répondre.
2. Chercher la documentation appropriée (guides, revues systématiques, méta-analyses, travaux de recherche).
3. Faire un examen critique de la littérature trouvée, en évaluant la validité et l'utilité pour sa pratique.
4. Décider et appliquer les résultats trouvés à sa pratique, mais en tenant compte d'autres considérations, notamment de l'utilisateur et du contexte.
5. Plus tard, évaluer les résultats de cette application.

Les sites internet de l'université McMaster ([www.fhs.mcmaster.ca](http://www.fhs.mcmaster.ca)), de l'Association canadienne des ergothérapeutes ([www.caot.ca](http://www.caot.ca)) ou du Center for evidence based medicine d'Oxford ([www.cebm.net](http://www.cebm.net)) ou d'un groupe essentiellement australien ([www.otseeker.com](http://www.otseeker.com)) offrent quantité d'informations, de ressources, de techniques et d'exemples pour se familiariser avec les différentes étapes de la procédure. Dans cette démarche, le thérapeute doit cependant être particulièrement attentif à rester

systématique et à ne pas écarter des questions, puis des travaux qui viendraient contredire ses idées reçues, ses valeurs, ses hypothèses de compréhension préalables.

### La question

La question est très importante. Mal posée, elle ne mène à aucune information parce qu'on ne sait ni où ni quoi chercher. Trop lâche, elle conduit à lire 300 articles. Trop étroite, elle exclut des études importantes. Taylor (2000), comme Greenhalgh (2000) soulignent que la question doit toujours pouvoir trouver une réponse pour la clinique. Par exemple, des questions telles que : « Quels sont les mécanismes de la perception visuelle ? » ou : « Quelles sont les définitions de l'occupation ? » sont bien des questions dont on peut trouver la réponse dans la littérature, mais elles ne sont pas des questions qui se prêtent au processus de la pratique probante car elles renvoient uniquement à de la théorie. Pareillement, une question comme : « Faut-il dans certaines circonstances autoriser l'euthanasie ? » est une question morale à laquelle la science n'a pas de réponse. Par contre, des questions comme : « Quel est l'intérêt ou l'impact des programmes de prévention de la luxation de la prothèse de la hanche pour des personnes âgées ? » ou : « Quels sont les instruments les plus adéquats pour évaluer la perception de l'espace ? » ou : « Les groupes mémoires ont-ils un effet sur les capacités mnésiques des personnes en début de démence ? » sont envisageables, car elles contiennent les éléments clés pour investiguer des bases de données. Toute la difficulté de la pertinence de la question réside dans la capacité de l'ergothérapeute à formuler la situation qui l'interpelle d'une manière utile à sa quête.

Taylor (2000), qui appartient au monde de l'ergothérapie, propose de construire la question en identifiant le problème à résoudre, l'intervention à faire et le résultat attendu. Par exemple, un ergothérapeute qui travaille dans un établissement médico-social et qui se demande si le groupe mémoire facilite l'orientation des usagers déments dans l'établissement a identifié un problème : « la démence » ; une intervention : « le groupe mémoire » ; un résultat : « l'orientation ». Greenhalgh (2000), qui est médecin, mais dont l'ouvrage a l'avantage d'exister en français, formule les choses un peu différemment en proposant de construire des

questions qui permettent d'identifier qui, quoi et pourquoi. « Qui » correspond au patient, soit à une population ayant un problème ou porteuse d'un diagnostic médical. « Quoi » correspond à l'intervention. Par intervention, il ne faut pas seulement penser au traitement, mais aussi à l'évaluation, par exemple trouver le meilleur moyen d'évaluer les capacités de conduite automobile, ou encore au pronostic, par exemple de l'indépendance suite à un accident vasculaire cérébral. « Pourquoi » correspond au résultat. Ainsi, il est par exemple possible de viser à documenter l'évaluation de la capacité de conduire lorsqu'un retrait de permis de conduire est envisagé ou de viser à identifier les habiletés à traiter, et si ces traitements ont de bons pronostics. En médecine surtout, les auteurs proposent aussi de penser aux interventions alternatives, par exemple à l'entraînement individuel des performances mnésiques comme alternative au groupe mémoire. La question va servir à interroger des ressources électroniques, puis à évaluer les résultats de cette recherche par rapport à la question.

144

#### La recherche de documentation

La question permet d'identifier une population, un objet et un type de résultat. Les ressources électroniques, qu'il s'agisse des fichiers d'une bibliothèque ou de bases de données, ne répondent cependant pas à des questions, mais à des mots-clés. Ainsi les trois éléments dérivés de la question débouchent sur des mots-clés avec lesquels une recherche informatisée peut débiter. Ajoutons que les bases s'interrogent très souvent en anglais et que les mots-clés vont varier d'une base à l'autre. Évidemment, plus on connaît son domaine de pratique, plus on est capable de formuler des questions solubles et de connaître les mots-clés pertinents. Ceux-ci sont par ailleurs aussi ceux qu'on trouve dans les résumés des publications. Parfois, il faudra essayer avec plusieurs termes et voir ce que cela donne, par exemple *old-old* et *fraild elderly* ou Alzheimer et *dementia*. La recherche de documents doit être organisée, systématique, et centrée sur l'objet. La question ne doit cependant pas être abandonnée au seul profit des mots-clés car elle permet de trier, sans lire les articles mais en consultant seulement les titres ou les résumés, les références obtenues. Toute la documentation qui ne permet pas de répondre à la question est écartée.

Le travail d'exploration des sources des diverses preuves scientifiques peut être long et fastidieux, surtout s'il n'est pas fait intelligemment. Plutôt que de chercher des articles rendant compte d'études originales, il vaut mieux commencer par explorer des sources secondaires, qui sont le produit d'un travail conséquent de catégorisation des questions usuelles à la recherche de preuves scientifiques et de traitement de quantité de travaux qui y répondent : les guides de pratique (*practice guidelines*), les revues systématiques (*systematic reviews*), les méta-analyses (*meta-analysis*). Les guides de pratique ou les guides de pratique clinique sont des documents conçus pour aider les soignants et les usagers à prendre des décisions appropriées dans des conditions sanitaires spécifiques. Ils sont intéressants lorsque les problèmes à résoudre peuvent être rattachés à une population importante : les personnes souffrant de dépression, des conséquences d'un accident vasculaire cérébral, de douleurs dorsales chroniques, de démence, de chutes à répétition, ... Il faut en outre que l'objet concerne plutôt l'établissement d'un programme d'intervention. La plupart de ces guides contiennent des recommandations portant sur la trajectoire des usagers dans le système de soins, les prestations d'évaluation et de traitement à fournir. Ils sont souvent produits par des organismes de santé ou des associations professionnelles.

145

Une revue systématique est une démarche rigoureuse de revue critique de la littérature consistant à rassembler, évaluer et synthétiser toutes les études pertinentes et parfois contradictoires qui abordent un problème donné. S'il existe une revue systématique sur tout ou partie de la question en cours d'exploration, cela signifie que des experts ont déjà fait le travail d'investigation et d'analyse des diverses études existantes.

Une méta-analyse est une revue systématique à laquelle s'ajoute une démarche statistique combinant les résultats d'une série d'études indépendantes sur un problème donné. Cela permet de tirer des conclusions plus générales en augmentant le nombre de sujets étudiés.

S'il n'y a pas, dans toutes les sources consultées, de guides ou de revues systématiques, le thérapeute doit chercher lui-même dans les catalogues des bibliothèques et sur les bases de données les études originales qui concernent son sujet. Pour les ergothérapeutes, ces bases sont surtout MEDLINE, CINAHL, ERIC, PSYCLIT, OT SEARCH, OT SEEKER (Bailey, 2003 ; Taylor, 2000). Les revues systématiques et les méta-analyses sont

accessibles sur diverses bases de données, notamment sur COCHRANE. Il est intéressant de commencer par là, surtout si la population ou le problème sont identifiés par un diagnostic médical. La plupart des bases sont payantes, mais les bibliothèques des hautes écoles et des hôpitaux universitaires ont des accès libres pour leurs lecteurs, leurs étudiants ou certains de leurs employés.

La consultation des bases nécessite cependant un peu d'entraînement. Greenhalgh (2000), comme Taylor (2000) fournissent des indications pour ne pas perdre trop de temps ou ne rien trouver. Au début, il vaudra mieux se faire assister d'un documentaliste. Soulignons que les bases ne donnent en principe pas directement accès aux articles eux-mêmes, mais à leurs références bibliographiques et à leur résumé. Une analyse soigneuse du résumé permet de savoir si l'article doit être obtenu. Si la réponse est affirmative, plusieurs possibilités existent : 1) l'article est téléchargeable gratuitement depuis la base de données ou internet ; 2) la bibliothèque ou l'université depuis laquelle la recherche est effectuée a des abonnements électroniques pour des revues dont les articles sont téléchargeables ; 3) la bibliothèque détient les revues contenant les articles à lire et il faut les photocopier ; 4) la bibliothèque peut commander les articles désirés pour une somme modique car les périodiques sont disponibles dans son réseau (par ex. dans le réseau des bibliothèques suisses). Ajoutons que certaines petites bibliothèques spécialisées ne sont pas informatisées ou n'ont pas d'accès à leur catalogue depuis l'extérieur, bien qu'elles puissent être abonnées à des périodiques inconnus dans les grandes bibliothèques – il faut se renseigner. Enfin, il vaut mieux se méfier des erreurs de dépouillement ou des catalogages partiels des bibliothèques et des bases de données. À moins d'avoir beaucoup d'argent à disposition, c'est seulement après avoir épuisé ces possibilités qu'un achat via internet s'impose.

146

### L'examen critique de la littérature

L'analyse d'un guide, d'une revue systématique ou d'articles faisant état de travaux de recherches qualitatives ou quantitatives ne s'effectue pas de façon uniforme. C'est un long travail, souvent indispensable. La manière d'évaluer varie aussi en fonction du domaine de la pratique probante concerné et de la profession. Les sites internet donnent là aussi

des indications précieuses. D'une manière générale, il s'agit de déterminer si le travail est valide, s'il est important et s'il est applicable dans la situation. Les travaux retenus seront les plus récents possibles, bien qu'en ergothérapie ou pour des guides et des revues systématiques, quelques années d'ancienneté soient acceptables. Ils doivent impérativement concerner la population à laquelle le client appartient du point de vue de l'âge, du genre, de la culture, du diagnostic ou d'autres caractéristiques, du moins si elles sont pertinentes. Ils doivent comprendre suffisamment de sujets, selon Bailey (2003), le nombre de 60 est un minimum dans les études quantitatives. Les guides ont davantage de valeur s'ils sont non seulement rédigés par plusieurs experts de renommée internationale, mais surtout si ceux-ci se sont basés sur des travaux de recherche dont ils donnent les références, et pas uniquement sur leur expérience. Les études quantitatives et qualitatives dans le domaine de l'ergothérapie peuvent être analysées à l'aide des grilles dites de McMaster élaborées par Law, Steward et al. (1998a, c). Ces grilles sont accompagnées de guides explicatifs dont la compréhension nécessite néanmoins des savoirs minimaux en méthodologie de recherche (Law, Steward et al., 1998b, d).

147

Historiquement, la recherche de preuves s'est surtout basée sur des études quantitatives, pour lesquelles Sackett et al. (2000) ont établi cinq niveaux de forces de preuve qui correspondent à des types d'études de valeur dégressive. Les niveaux fluctuent d'un auteur à l'autre, il ne faut pas les prendre à la lettre en ergothérapie. La compilation des commentaires de Sackett, de Greenhalgh (2000) et de Taylor (2000) peut donner les niveaux suivants :

1. Revues systématiques et méta-analyses, de préférence issues d'essais cliniques randomisés. On trouve dans la base de données COCHRANE ce type de sources.
2. Essais comparatifs randomisés (*randomised controlled trials*) bien menés et donnant des résultats indiscutables. On trouve dans Ot Seeker ce type de sources ([www.otseeker.com](http://www.otseeker.com)).
3. Essais comparatifs randomisés avec des résultats discutables.
4. Preuves obtenues d'essais cliniques bien menés, sans randomisation.
5. Études de cohortes, bien menées, de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.

6. Études de cas-témoins, bien menées, de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.
7. Enquêtes transversales.
8. Études de cas ou de séries de cas.
9. Preuves fondées sur la base d'opinions expertes reconnues, à partir de l'expérience clinique, d'études descriptives ou de rapports de comités d'experts.
10. Présentation de cas unique.

148 En ergothérapie, on se gardera de prendre ces niveaux trop à la lettre (Tickle-Degnen & Bedell, 2003). Il serait en effet absurde de penser qu'il est nécessaire et réaliste d'exiger systématiquement des travaux expérimentaux menés en double ou triple aveugle avec des groupes randomisés comprenant plus de 100 sujets et visant la mise en évidence d'une relation de cause à effet entre un traitement et l'évolution d'un état de santé. Il est en effet souvent délicat ou impossible de contrôler les variables, d'avoir assez de sujets, d'homogénéiser les groupes, d'avoir des sujets « aveugles ». Parfois aussi, le mieux qu'on puisse obtenir est une publication sur un cas unique, précisément parce que la question porte sur un cas exceptionnel. L'analyse de l'ensemble des documents retenus aboutit généralement à des résultats contradictoires, et, en ergothérapie, souvent pauvres (Bailey, 2003). Cela traduit le fait que dans le domaine de la médecine, les connaissances ne sont jamais stables, jamais définitives, toujours incertaines, et que de plus la recherche a encore produit relativement peu de travaux en ergothérapie. La conclusion du thérapeute au terme de son analyse critique est un jugement sur ce qu'il convient de faire.

### La décision et la mise en œuvre des résultats

La mise en œuvre des résultats dépend du domaine qu'ils concernent. S'il s'agissait de trouver la meilleure option de traitement possible pour un individu, il faut lui proposer la solution (Law, Baum & Dunn, 2005). S'il s'agissait de trouver l'outil de mesure approprié, il faut l'acquérir. S'il s'agissait de vérifier si les programmes standards proposés à un type d'usager sont encore admissibles et que la réponse est négative, il faut imaginer la faisabilité du changement des pratiques institutionnelles et

se mettre en situation de l’instaurer. Obtenir les moyens de sa mise en œuvre n’est pas aisé pour des ergothérapeutes qui, dans le système de soins, détiennent rarement beaucoup de pouvoir. Pour éviter de prêcher dans le désert, il vaut mieux commencer, au moment de poser la question de départ, par intéresser les collègues, y compris des professions voisines. Dans ce cas, le travail de recherche documentaire et d’analyse peut être divisé et une solution peut émerger du groupe ; les conflits sont diminués d’autant.

Dans un service d’ergothérapie, la pratique probante, lorsqu’elle parvient au stade de l’action, rend les thérapeutes plus professionnels et plus compétents dans leur choix comme dans leurs arguments (Bailey, 2003). Elle change aussi les actions, car elle fait passer d’un ensemble de pratiques individuelles issues des apprentissages et des expériences des thérapeutes à des pratiques partagées ou généralisées qui obéissent à des règles d’efficacité et d’efficience (Ilott, 2003). Elle ne vient par ailleurs pas remplacer totalement les pratiques antérieures, notamment parce que l’expérience, les considérations éthiques, les savoirs théoriques, techniques et relationnels demeurent valides et efficaces (Lee & Miller, 2003). Elle est un atout supplémentaire pour la qualité des pratiques.

149

### Évaluer les résultats de cette mise en œuvre

L’étape finale est bien sûr d’évaluer les résultats de l’introduction d’un changement issu d’une démarche de recherche et d’application des preuves scientifiques. Ce résultat dépend de la question de départ. Il peut être lié à la mesure des effets du traitement par le ou les usagers qui ont bénéficié de la nouvelle intervention, au coût de l’intervention, à la durée de l’intervention, à la satisfaction des bénéficiaires et à une rationalisation des pratiques. Bailey (2003), propose, le cas échéant, d’inclure formellement les usagers dans cette évaluation.

Soulignons, pour terminer, que la pratique probante a des limites, théoriques, cliniques et pratiques. Elle reste inféodée aux recherches quantitatives ; or, en ergothérapie, les études qualitatives sont abondantes et indispensables. Seuls quelques auteurs, à l’instar de Hammell et Carpenter (2004), montrent de l’intérêt, et il n’existe pas pour les études qualitatives des niveaux de preuves sur lesquels baser sa confiance dans les résultats produits. De plus, dans certains domaines, il y a peu d’études.

Il faut aussi souligner que la pratique scientifiquement fondée ne fait pas progresser la science par une meilleure compréhension des mécanismes sous-jacents à l'efficacité thérapeutique parce qu'elle ne répond ni à des questions comme : « Pourquoi est-ce ainsi ? » ni à des questions comme : « Comment cela marche-t-il ? » (Taylor, 2000). Elle dit que quelque chose fonctionne mieux qu'autre chose, mais elle n'en explique pas les raisons. Malheureusement aussi, la pratique probante souffre du manque de support des structures de soins qui ne facilitent pas les accès aux bases de données, qui sont peu enclines à changer leurs habitudes, surtout si ces dernières sont soutenues par des autorités locales estimant détenir la vérité. Enfin, les ergothérapeutes ont peu de temps à disposition et sont peu entraînés et compétents dans la consultation des ressources et l'analyse des documents trouvés (Bennett et al., 2003 ; Curtin & Jaramazovic, 2004 ; McCluskey, 2003).

## CONCLUSION

150

La pratique centrée sur le client fait généralement l'unanimité chez les ergothérapeutes qui tiennent à défendre une relation de confiance avec les usagers, parce qu'ils expérimentent quotidiennement qu'elle est indispensable à la participation de l'utilisateur à la thérapie puisqu'elle conditionne sa réussite. Par contre, il n'est pas certain que cette pratique demeure en vigueur lorsque l'utilisateur renonce à coopérer ou émet des buts auxquels l'ergothérapeute ne parvient pas à adhérer parce qu'ils sont inatteignables ou qu'ils heurtent ses valeurs. La pratique centrée sur le client est novatrice, participe au développement de la profession et devient en conséquence un objet de réflexion pour les praticiens lorsqu'elle permet de considérer les refus d'intervention et les problèmes de compliance aux traitements liés au modèle biomédical. Une meilleure connaissance de la variété des cadres de référence, des modèles de pratique, des paradigmes de l'ergothérapie permet de mieux comprendre la variété des contextes dans lesquels les usagers et les ergothérapeutes se trouvent, et facilite le recours à des interventions alternatives, plus propices à obtenir l'assentiment de l'utilisateur. Ainsi, ces connaissances qui paraissent si académiques ou vaines à certains ouvrent les ergothérapeutes à une plus grande maîtrise de leur champ professionnel. À condition, bien sûr, que

chaque modèle ou cadre de référence ne soient pas érigés en un dogme qui s'applique uniformément et sans réflexion à toute la population en thérapie.

Les cadres de référence et les modèles font cependant davantage que soutenir le raisonnement des ergothérapeutes, ils fournissent des instruments d'évaluations. Ces derniers, fort nombreux, permettent aux ergothérapeutes de décrire ou de mesurer de façon standardisée quantité de phénomènes appartenant à l'environnement, aux occupations ou aux activités des personnes, ou encore au fonctionnement corporel et mental. Les instruments d'évaluation sont désormais indispensables à la pratique professionnelle et lui confèrent la légitimité et la reconnaissance dans un environnement qui valorise la mesure, l'objectivité, la rationalisation. Pour être utilisés, ils nécessitent cependant un effort de formation et de compréhension auquel certains ergothérapeutes renoncent, sans doute repoussés par le vocabulaire mathématique dont ils usent. C'est un tort qu'il convient de dépasser, d'une part car ce n'est pas compliqué, d'autre part parce que les instruments de mesure contribuent à la scientificité des pratiques.

151

La pratique scientifiquement fondée apparaît comme la dernière tendance se développant en ergothérapie. Dans la mesure où elle demande aux professionnels la maîtrise du vocabulaire scientifique, la recherche sur des bases de données d'études à caractère scientifique, elle effraie. De plus, elle nécessite du temps et elle peut conduire à une remise en cause des pratiques en vigueur. Cette dimension institutionnelle n'en facilite pas l'introduction. En outre, comme toujours, une nouveauté entraîne chez certains – les professeurs – une volonté révolutionnaire et, chez d'autres – les praticiens – de la résistance. Il ne fait pourtant pas de doute que la pratique scientifiquement fondée, couplée à la pratique centrée sur le client et à l'apport de l'expérience clinique est un atout pour les interventions. Personne ne peut prétendre qu'il faut privilégier des programmes, des interventions, des évaluations qui n'ont pas fait leurs preuves s'il existe des alternatives dont on a démontré l'efficacité. Il faut bien évaluer ces alternatives en fonction du contexte et s'accorder le temps d'une mise en œuvre concertée, et surtout ne pas croire que la science remplacera les jugements moraux que chaque ergothérapeute produit dans ses décisions d'intervention.



## LE RAISONNEMENT CLINIQUE

Dans ce chapitre, le lecteur comprendra que le raisonnement clinique recouvre des phénomènes explicites, mais aussi des phénomènes implicites qui ne sont pas identifiés comme tels par les ergothérapeutes. Il y lira que les raisonnements sont des opérations mentales non observables qui recouvrent plusieurs formes, dont on peut avoir connaissance en s'intéressant aux contenus sur lesquels elles portent. Il appréhendera les formes dites scientifiques et souvent explicites du raisonnement professionnel que sont les raisonnements diagnostiques et procéduraux, qui s'intéressent essentiellement à la maladie et à ses effets. Il saisira les caractéristiques des formes de raisonnement plus tacites que sont les raisonnements interactifs, conditionnels, éthiques, pragmatiques, qui permettent le développement de la relation entre l'utilisateur et le thérapeute, l'ajustement aux conditions de vie de la personne, des choix fondés sur des valeurs et l'adaptation aux conditions de l'environnement de travail de l'ergothérapeute. Il découvrira l'importance des récits, et donc des raisonnements narratifs, dans la compréhension des situations et dans la progression des interventions.

## DÉFINITION

Le raisonnement clinique est au cœur de la démarche professionnelle de l'ergothérapeute. Il est le processus complexe de réflexion et de décision, associé à l'action professionnelle. Il sous-tend la démarche d'intervention. Il permet au thérapeute, dans un contexte spécifique, d'obtenir les données nécessaires, de communiquer avec l'utilisateur, de déterminer les problèmes sur lesquels il interviendra, de définir des objectifs, de planifier l'intervention et les séances en collaboration avec l'utilisateur, de mener les activités de traitement et de les ajuster de la manière la plus adéquate, de s'adapter aux réponses de l'utilisateur (Benamy, 1996 ; Chapparo & Ranka, 2000 ; Mattingly & Fleming, 1994). Soulignons, à l'instar de Schell (1998), que le raisonnement clinique n'est pas le processus de l'ergothérapie ni un modèle ou un cadre de référence qu'on applique, ni quelque chose à faire. Il constitue la pensée du thérapeute qui mène la démarche. Le raisonnement clinique est souvent malaisé à saisir par les étudiants parce qu'il est – forcément – abstrait et que pour y accéder il faut réfléchir à « comment on réfléchit », ce qui n'est pas simple. Si le raisonnement est ardu à comprendre comme objet de savoir, il est néanmoins partagé par tous. En effet, si tous les thérapeutes ne recourent pas à des modèles et ne développent pas des pratiques scientifiquement fondées, tous raisonnent. La question est de savoir quels sont leurs raisonnements et quelle est leur qualité.

154

Ajoutons que suite à Mattingly et Fleming (1994), la plupart des auteurs parlent de raisonnement clinique pour souligner qu'il s'agit de réflexions apparaissant dans des milieux de soins, pas seulement en ergothérapie (Higgs & Jones, 2000a). En fait, celui-ci existe dans toutes les interventions et dans tous les milieux de travail ; c'est pourquoi certains, dont la Fédération mondiale des ergothérapeutes (World Federation of Occupational Therapy, WFOT, 2002), préfèrent parler de raisonnement professionnel plutôt que de raisonnement clinique. Les études menées en santé communautaire, c'est-à-dire hors de la clinique, ne montrent pas des formes différentes de raisonnement. On peut donc parler indifféremment de raisonnement clinique ou de raisonnement professionnel.

## LA VARIÉTÉ DU RAISONNEMENT CLINIQUE

Un dictionnaire courant définit un raisonnement comme une suite de propositions liées les unes aux autres selon des principes déterminés et aboutissant à une conclusion. Bien sûr, cela s'applique aussi aux raisonnements des ergothérapeutes. Ainsi, la démarche fondée sur les preuves (EBP) telle qu'elle est décrite au chapitre III est une démarche logique d'articulation d'une série de propositions obéissant à des règles pour permettre de répondre à une question. Lorsqu'il s'agit de choisir la meilleure option de traitement ou d'évaluation, elle pourrait d'ailleurs se résumer par un arbre décisionnel. Cette démarche correspond bien à la définition usuelle du raisonnement. Notons que lorsque le thérapeute cherche des fondements scientifiques à son traitement, il a conscience de produire un raisonnement. Généralement, un raisonnement apparaît comme tel à celui qui le produit s'il requiert un effort conscient de sa part. Ainsi, le thérapeute est sûr de raisonner, lorsque assis à son bureau, il réfléchit à comment il pourrait faire en sorte qu'une personne démente se couche moins souvent dans le lit de son voisin de chambre. Mais la pensée des thérapeutes ne se réduit pas à ce type d'entreprise.

155

La plupart du temps, les ergothérapeutes n'ont pas l'impression de faire un effort de raisonnement. Indéniablement, ils pensent à ce qu'ils font en anticipant les séances de traitement et en adaptant les tâches aux limites des usagers, mais cela leur semble tellement simple que le terme « raisonnement » ne paraît pas devoir s'appliquer. Il s'agit pourtant bien de raisonnement, il suffit de voir peiner des étudiants dans ces opérations pour s'en convaincre. L'extension du concept va plus loin encore : lorsque le thérapeute fronce les sourcils ou sourit en réponse au geste d'un usager, nous parlerons aussi de raisonnement. Dans ce cas, le thérapeute n'a même pas l'impression de penser – juste de réagir. Si son comportement lui est rapporté, il dit : « C'est évident, normal, naturel ! » Si on lui demande pourquoi il n'est pas resté impassible, il répond que sourire c'est encourager l'utilisateur et que froncer les sourcils c'est signaler une erreur. Autrement dit, derrière ces simples mimiques, il y a une perception et un ajustement comportemental dont la fonction est de communiquer un jugement ou un ressenti à l'utilisateur – et le thérapeute le sait. Nous appellerons aussi raisonnement ces perceptions et ces

ajustements comportementaux qui apparaissent intuitivement dans les interactions thérapeute-usager. Le raisonnement professionnel peut donc autant être un processus de résolution de problèmes considéré comme tel par l'ergothérapeute qui le produit, qu'un sentiment donnant lieu à une réaction du thérapeute sans même que celui-ci prenne conscience de sa pensée ou de ses intentions (Benamy, 1996 ; Mattingly & Fleming, 1994). Il est tantôt explicite et reconnu, et tantôt implicite et comme dissimulé à celui qui le génère.

Il y a beaucoup de façons de raisonner : analyser, appliquer, appréhender, calculer, catégoriser, comparer, comprendre, déduire, discerner, éprouver, estimer, évaluer, imaginer, induire, inférer, juger, observer, penser, percevoir, réfléchir, résoudre, synthétiser, ... Remarquons que ces termes n'ont rien de spécifique à l'ergothérapie ni même aux univers professionnels, ils définissent des capacités humaines généralement partagées. Pourtant, un jardinier comme un professeur de sociologie ne savent guère comment raisonner face à un usager de l'ergothérapie. Par exemple, ils ne savent pas trouver un moyen de commander un fauteuil roulant électrique pour une personne qui n'a pas de motricité des membres supérieurs, ni favoriser l'initiation de l'action chez une personne démente ; mais ils peuvent résoudre des problèmes et faire les gestes adéquats dans leur domaine. En fait, ils ne savent pas sur quoi diriger leur réflexion parce qu'ils ne détiennent pas les connaissances permettant de comprendre les situations auxquelles les ergothérapeutes font face. Les raisonnements sont donc spécifiques à l'ergothérapie dans la mesure où ils portent sur des situations ou des contenus qui sont ceux de la profession. Ils ne peuvent pas être appréhendés pour eux-mêmes en dehors de leurs contenus (Benamy, 1996 ; Chapparo & Ranka, 2000 ; Mattingly & Fleming, 1994).

Un raisonnement n'est pas observable. On ne peut en voir que des effets ou des résultats, par exemple l'ergothérapeute qui sourit à l'usager, qui expose la problématique de l'usager à l'équipe ou qui note dans le dossier qu'une visite à domicile est prévue. Un raisonnement est un ensemble d'opérations mentales. Ces opérations sont les formes du raisonnement clinique (Benamy, 1996 ; Chapparo & Ranka, 2000 ; Mattingly & Fleming, 1994). Pour les mettre en évidence, il faut les reconstruire à l'aide des discours que des thérapeutes peuvent produire sur leur pensée ou les inférer à partir de leur impact sur les actions effectuées. Ces actions

peuvent être gestuelles, par exemple le thérapeute déplace l'objet que l'utilisateur doit saisir. Elles peuvent être verbales : l'ergothérapeute dit aux infirmières, lors d'une réunion, qu'il faut faire sortir la personne du côté gauche du lit. Elles peuvent être écrites : le thérapeute consigne des objectifs de traitement dans le dossier.

En observant divers thérapeutes ou en les questionnant dans un même contexte et face à une situation donnée, par exemple la demande d'évaluer les capacités d'une personne atteinte d'un accident vasculaire cérébral, les thérapeutes ne développent pas tous les mêmes pensées, ni les mêmes actions ; ils ne perçoivent pas tous la même chose (Mattingly & Fleming, 1994 ; Meyer, 2003). Ainsi, il existe une variation du raisonnement d'un thérapeute à l'autre dont les raisons ne sont pas bien élucidées. L'une des raisons est l'expérience professionnelle : moins les thérapeutes sont expérimentés, plus ils ont besoin de recourir à des procédures formalisées (Robertson, 1996b). Les experts savent sans observer ou pronostiquent sans analyser. Avec l'expérience, ils ont acquis des compétences de raisonnement qui ne sont pas à la portée des novices. Cela signifie que le raisonnement professionnel peut s'apprendre et se développer.

157

Il existe une interdépendance entre les contenus du raisonnement clinique et ses formes. Les formes du raisonnement clinique disent comment le thérapeute pense, et les contenus énoncent ce à quoi il pense. Les contenus sont en partie déterminés par les modèles d'intervention mobilisés par le thérapeute, lesquels prescrivent justement à quoi il convient de s'intéresser (Schell, 1998). Dans une situation clinique, la manière de raisonner des ergothérapeutes est influencée par les connaissances disciplinaires, le contexte de la thérapie, l'utilisateur et l'ergothérapeute comme personnes (Chapparo & Ranka, 2000 ; Robertson, 1996a). Les diverses formes de raisonnement ne sont pas employées au même degré suivant les phases du processus de l'ergothérapie (Meyer, 2003 ; Nielson, 1998). De plus, le recours aux différentes formes de raisonnement clinique comme aux objets sur lesquels ils portent varie en relation avec l'expérience professionnelle (Benner, 1985, 1995 ; Higgs & Jones, 2000a ; Mattingly & Fleming, 1994 ; Robertson, 1996b).

## EXERCICE 19

Prenez un dossier d'usager que vous avez suivi et dont le cas est clos. Relisez rapidement les informations préalables à la définition des objectifs qu'il contient. Relisez les objectifs posés et les moyens déterminés. À votre avis, qu'est-ce qui a conditionné ces décisions d'intervention ? Les raisons des décisions prises sont-elles énoncées ou implicites ? A posteriori, pouvez-vous dire jusqu'à quel point ces décisions obéissent à une rationalité biomédicale ?

## EXERCICE 20

Si vous êtes étudiants, prenez trois analyses de cas rédigées à l'intention de l'école par trois étudiants différents dans trois lieux de stage distincts.

Le poids que prennent les données portant sur la pathologie et les fonctions physiques ou mentales et psychologiques est-il le même ?

158 En lisant un rapport rédigé par un autre étudiant, parvenez-vous à avoir une image de l'usager dans sa vie de tous les jours avant, pendant et après l'intervention ? Parvenez-vous à comprendre ce qu'il vit en traitement ?

## LES DEUX FACES DU RAISONNEMENT CLINIQUE

En réfléchissant aux exercices ci-dessus et en pensant aux exemples présentés, on constate que certains raisonnements sont plutôt explicites et orientés par la théorie, alors que d'autres sont plus intuitifs et permettent de saisir l'état d'esprit de l'usager, et de s'y ajuster. Les premiers permettent d'évaluer et d'agir en pensant à la condition de santé et aux effets de celle-ci sur les performances et les capacités de l'usager. Ils s'exercent sur des contenus biomédicaux ou appartenant au principe opératoire classique de l'ergothérapie. Dans cette perspective, le raisonnement clinique en ergothérapie est dit scientifique (Schell, 1998). Par scientifique, il faut comprendre que le thérapeute est guidé par la théorie, qu'il réfléchit de manière hypothético-déductive et systématique, et qu'il peut légitimer rationnellement ses décisions cliniques (Crabtree & Lyons, 1997; Rogers, 1983; Rogers & Holm, 1991). Assurément, cela correspond à une vision restrictive de la science telle qu'elle est définie dans les sciences naturelles.

Les seconds raisonnements, par opposition, sont qualifiés d'antipositivistes parce qu'ils concernent des formes qui s'exercent sur des contenus qui ont trait à la compréhension de l'usager comme personne dans son contexte de vie. Ils permettent de faire face aux aléas d'une relation thérapeutique. Opposer des raisonnements scientifiques à des raisonnements antipositivistes est un peu caricatural. En fait, il y a probablement de nombreuses voies de passage entre eux. Higgs et Jones (2000a) soulignent d'ailleurs que le raisonnement clinique dans les professions de la santé existe dans un contexte scientifique « mou » car les problèmes des usagers auxquels il faut faire face sont souvent mal définis, indéterminés. Les buts des interventions sont incertains et les résultats peu prévisibles. Cette opposition, fréquente dans la littérature en ergothérapie, est issue des travaux de Mattingly et Fleming (1994).

Mattingly et Fleming (1994) ont mené une vaste étude sur le raisonnement clinique dans divers services d'ergothérapie américains. Leur approche qualitative emploie les méthodes de l'ethnographie et de la recherche-action. L'essentiel des données a été obtenu par Mattingly, une anthropologue qui a passé plus d'un an dans le service d'ergothérapie d'un grand hôpital public employant 14 ergothérapeutes. Les résultats de l'étude décrivent la complexité de la pensée des professionnels et différentes formes de raisonnement. Ces auteurs ont mis en évidence la présence d'un raisonnement rationnel et explicite nommé procédural et centré sur les incapacités. Mattingly et Fleming ont aussi découvert d'autres formes de raisonnements beaucoup plus élusifs, largement présents dans la phase d'exécution des traitements : le raisonnement interactif, le raisonnement conditionnel et le raisonnement narratif. On doit aussi à ces auteurs le concept de « *three track mind* » qui désigne le fait que les ergothérapeutes pensent souvent à trois choses à la fois. Ils réfléchissent à la condition sanitaire de la personne et aux procédures à privilégier. Ils ajustent leur comportement à l'usager durant les interactions. Ils pensent à la condition de vie de la personne.

La plupart des chercheurs qui ont ensuite étudié le raisonnement clinique en ergothérapie l'ont fait en s'appuyant sur le cadre conceptuel construit par ces auteurs. Il faut dire que l'étude a eu un grand retentissement, car elle a montré aux ergothérapeutes que les difficultés qu'ils avaient à raisonner dans le paradigme biomédical et qu'ils vivaient comme

étant de l'incompétence, cachait en fait une autre forme de compétence et qu'au fond ils étaient habiles à saisir la condition humaine de leur client et à les aider :

*There is no one-sentence definition that captures the subtlety of how therapists think in the midst of practice. [...] clinical reasoning involves not one, but several, forms of thinking. [...] clinical reasoning is not reducible to a (or even several methods) method of thinking; it is also a way of perceiving. To talk about how therapists think is necessarily to consider what therapists think about, what they perceive in the way they view their clients, what they focus on as the central problem, what they ignore, how they describe what is physiologically problematic for the client, and even their view of who the client is as a person. (Mattingly & Fleming 1994, p. 9)<sup>12</sup>*

160 Il faut souligner que la mise en évidence de formes intuitives de raisonnement chez les ergothérapeutes suit de près une étude menée auprès des infirmières. En effet, Benner (1985, 1995) dans les années 80 s'est intéressée à l'expérience des infirmières dans la perspective de la formation des savoirs intuitifs inclus dans la pratique. Ses travaux montrent que l'acquisition de l'expertise professionnelle comprend le recours à des formes tacites de raisonnement qui existent également en ergothérapie (Benamy, 1996).

---

12 « Il n'y a pas de définition simple qui saisisse la subtilité de la manière dont les thérapeutes aux prises avec la pratique réfléchissent. [...] le raisonnement clinique n'implique pas une mais plusieurs formes de pensée. [...] le raisonnement clinique n'est pas réductible à une méthode (ou même à plusieurs méthodes) de réflexion ; il est aussi une manière de percevoir. Pour parler de la façon dont les thérapeutes pensent, il est nécessaire de considérer à quoi ils pensent, ce qu'ils perçoivent dans leur manière de voir leurs clients, ce qu'ils considèrent comme le problème sur lequel se centrer, ce qu'ils ignorent, comment ils décrivent les problèmes physiologiques du client, et leur vision du client en tant que personne. »

## RAISONNER SCIENTIFIQUEMENT

Les raisonnements scientifiques sont les opérations mentales effectuées par le thérapeute pour :

- comprendre la condition de santé de l’usager ;
- évaluer l’impact de cette condition sur les performances ;
- évaluer l’impact de cette condition sur les habiletés ou sur les fonctions physiques, mentales et psychologiques ;
- déterminer les facteurs environnementaux associés à cette condition de santé ;
- accéder aux théories et aux études utiles à l’évaluation et au traitement ;
- décider des meilleures options de traitement possibles en matière d’objectifs et de méthodes (Schell, 1998, 2003).

Ces raisonnements trouvent leur origine dans le développement du paradigme biomédical en ergothérapie (Chapparo & Ranka, 2000). Ils sont très présents dans les pratiques de l’ergothérapie, qui posent le diagnostic médical comme élément clé de l’intervention (Chapparo & Ranka). Vraisemblablement, ils sont dominants dans les pratiques fondées sur les preuves scientifiques (EBP) et dans celles qui recourent rigoureusement à des modèles de pratique. Deux formes de raisonnements scientifiques ont été identifiées en ergothérapie : le raisonnement diagnostic (Rogers & Holm, 1991 ; Rogers & Masagatani, 1982) et le raisonnement procédural (Fleming, 1991 ; Mattingly & Fleming, 1994).

161

## LE RAISONNEMENT DIAGNOSTIQUE

Le raisonnement diagnostique a été mis en évidence par Rogers et Masagatany (1982) dans le cadre d’une recherche qualitative menée auprès d’une dizaine d’ergothérapeutes travaillant en médecine physique. Ces chercheurs emploient l’observation participante et l’entretien comme méthodes d’obtention de données. Leur étude est limitée à l’étape d’évaluation de l’usager. Le raisonnement diagnostique permet à l’ergothérapeute d’identifier les problèmes de l’usager, de définir des objectifs de traitement et de développer des solutions. Par problème, il ne faut pas

lire ici les problèmes tels que nous les avons définis au chapitre II, mais comme une liste de performances ou d'éléments des performances qui sont altérés. Les problèmes dans cette perspective sont des faits qu'il faut mettre en évidence et précisément pas des jugements portés sur des relations entre des constats, des perceptions ou d'autres phénomènes. Le raisonnement diagnostique est hypothético-déductif. Il a également été largement montré dans des études portant sur le raisonnement diagnostique des médecins. Tout d'abord, l'ergothérapeute a une intuition des difficultés de l'utilisateur, établie à partir des données qu'il détient sur l'utilisateur, notamment son diagnostic médical. Cette intuition donne une image très générale de l'utilisateur, que l'ergothérapeute cherchera à préciser par une procédure systématique aboutissant à la définition du statut occupationnel particulier de l'individu (Rogers, 1983 ; Rogers & Holm, 1991 ; Rogers & Masagatany, 1982). Selon Rogers et Holm (1991), quatre processus mentaux interviennent : l'acquisition d'informations, la génération d'hypothèses, l'interprétation des informations et l'évaluation des hypothèses. Les deux premiers correspondent à la phase inductive du raisonnement, les deux derniers à la phase déductive. Dans ces raisonnements, le thérapeute a un raisonnement inductif pour mener des observations spécifiques lui permettant de généraliser et retourne ensuite du général au particulier en recourant au raisonnement déductif.

L'acquisition d'informations (*cue acquisition*). L'ergothérapeute obtient quelques données grâce à l'indication à l'ergothérapie ou à l'évaluation initiale. En particulier, il connaît le diagnostic médical et peut observer des dysfonctions en rapport avec celui-ci. Ces informations sont agrégées en fonction de leurs similitudes.

La génération d'hypothèses (*hypothesis generation*). À partir des éléments initiaux, l'ergothérapeute a une intuition des difficultés de l'utilisateur et de leurs causes. Les hypothèses générées concernent l'effet de la condition de santé de la personne sur les performances et les habiletés. D'après Rogers et Holm (1991), elles donnent le « statut occupationnel » du client. Elles sont rapidement construites et elles ont un statut d'hypothèse car le thérapeute n'est pas sûr qu'il élabore les bonnes hypothèses. Le raisonnement est inductif dans la phase de génération des hypothèses. Ces hypothèses doivent ensuite être testées : si une hypothèse est juste, alors l'utilisateur doit présenter un certain nombre de caractéristiques.

Par exemple, si le client, à la suite d'un accident vasculaire cérébral, présente un tonus musculaire abaissé à gauche, le thérapeute pense qu'il va présenter des difficultés spécifiques dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et des problèmes moteurs et sensoriels caractéristiques. Le thérapeute imagine ces limitations et ces incapacités et s'engage à les observer. Les hypothèses peuvent être contradictoires à ce stade et la suite de la démarche vise à en éliminer certaines.

L'interprétation des informations (*cue interpretation*). À partir des hypothèses, le thérapeute sélectionne les méthodes d'obtention de données pertinentes pour obtenir des données supplémentaires. De nombreux instruments de mesure facilitent sa tâche parce qu'ils précisent pour quel type de population ils sont utiles et le genre d'informations qu'ils permettent de collecter (Schell, 1998). En outre, pour certaines conditions de santé, des guides existent et les manuels proposent des procédures standardisées. Dans cette phase d'interprétation, la pensée du thérapeute guide la collecte des informations. Les informations, qui deviennent nombreuses, sont regroupées par catégories, analysées et interprétées. Ainsi, le statut occupationnel du client se révèle de plus en plus.

163

L'évaluation des hypothèses (*hypothesis evaluation*). Après quelque temps, l'évaluateur estime avoir assez d'informations dûment analysées, catégorisées et interprétées. Il lui faut décider de la validité des diverses hypothèses. Les hypothèses bien étayées par des données fiables sont confirmées et les autres sont infirmées. Lorsqu'elles sont confirmées, elles sont surtout affinées de manière à ce qu'à la fin du processus, l'ergothérapeute dispose d'un ensemble d'énoncés qui décrivent spécifiquement les difficultés de l'usager qui sont associées à sa maladie ou à son traumatisme (Rogers & Holm, 1991). Dans la phase d'évaluation des hypothèses, la pensée du thérapeute est déductive.

Le processus peut être mené plusieurs fois, par exemple en collectant des informations sur les performances dans les activités de la vie quotidienne d'un usager ayant subi un accident vasculaire cérébral (phase 3), le thérapeute peut constater une tendance à mal percevoir ce qui est à gauche (reprise en phase 1). Ceci le conduit à générer l'hypothèse d'un dysfonctionnement de la perception de l'espace (nouvelle phase 2). Puis, il fait passer des épreuves pour évaluer la présence d'un tel dysfonctionnement (nouvelle phase 3).

Enfin, à la lumière des résultats obtenus, il décide si, oui ou non, il y a troubles de la perception de l'espace et, le cas échéant, il dispose d'une quantification et d'une qualification de ces dysfonctionnements.

#### EXERCICE 21

Soit une usagère de 85 ans vivant à domicile avec son mari qui se plaint de devoir assumer l'ensemble des tâches ménagères car sa conjointe en est incapable. Le dossier montre un « Mini mental state » à 22.

Posez des hypothèses concernant les limitations des performances dans les tâches ménagères et leurs causes.

Trouvez les méthodes d'obtention de données permettant de préciser ces limitations et leurs causes.

Quelles seraient les caractéristiques que devraient avoir des données obtenues pour que vos hypothèses soient invalidées ?

Dans ce cas, quelles hypothèses alternatives poseriez-vous ?

164 Les raisonnements hypothético-déductifs ont largement été mis en évidence dans d'autres professions, en particulier en médecine (Higgs & Jones, 2000a ; Fleming, 1991). Il faut toutefois se garder de penser que les fonctions de ces raisonnements et les contenus auxquels ils s'appliquent sont les mêmes. Le raisonnement hypothético-déductif chez les médecins vise l'identification d'un diagnostic qui tiendra en quelques mots et qui énonce ce qui cause les symptômes : une sorte d'étiquette. Sous la variété des symptômes, un diagnostic doit être posé. En ergothérapie, le raisonnement hypothético-déductif vise la description souvent assez détaillée des limitations de la capacité fonctionnelle de la personne, des perturbations des habiletés ou des fonctions corporelles, des facteurs environnementaux en cause : une sorte de photographie. À partir d'une condition sanitaire commune à une population, une image spécifique, analytique et circonstanciée de la personne particulière est produite.

Les raisonnements diagnostiques sont largement présents dans la première phase de la démarche clinique de l'ergothérapie. Ils précèdent la construction de la problématique. Les novices y recourent fréquemment, de même que les experts lorsqu'ils sont face à un cas exceptionnel qui les met de fait en position de novice. Lorsqu'ils recourent au raisonnement hypothético-déductif, les novices génèrent plus tardivement que

les experts des hypothèses et réalisent ainsi plusieurs boucles avant d'arriver à une description qui les satisfasse (Meyer, 2003). Les novices réfléchissent de cette manière faute de pouvoir exercer les raisonnements procéduraux qui procèdent par reconnaissance de configurations.

## LE RAISONNEMENT PROCÉDURAL

Le raisonnement procédural est un processus cognitif systématique et rationnel dont les buts sont d'identifier des problèmes et de leur trouver des solutions (Fleming, 1991). Contrairement au raisonnement diagnostique, il existe tout au long de la démarche professionnelle. Il implique :

1. La sélection d'un modèle de pratique ou d'un cadre de référence qui intervient au terme de l'évaluation initiale et qui est fortement conditionné par le diagnostic médical. Le thérapeute pense aux effets de la pathologie sur les activités de l'individu. Il produit des hypothèses initiales qui vont guider la recherche des informations.

2. Le recueil systématique de données à l'aide de procédures formelles standardisées et d'instruments de mesure en relation avec le cadre de référence ou le modèle. Le thérapeute vérifie la présence ou l'absence des effets du diagnostic médical à l'aide des instruments.

3. La génération d'hypothèses. Ces hypothèses sont les problèmes, soit les altérations ou les limitations des performances, les perturbations des habiletés ou des fonctions corporelles ou psychosociales de l'usager et les facteurs environnementaux défavorables tels qu'ils ont été identifiés à l'aide des méthodes sélectionnées. Elles coïncident dans la démarche présentée au chapitre II avec l'analyse et l'interprétation de données.

4. Le choix d'objectifs qui concernent la rééducation des performances et des habiletés atteintes identifiées comme des problèmes, ou leur modification dans les approches compensatoires. Le choix de moyens de traitement qui permettent de traiter les problèmes identifiés. Ceux-ci sont plutôt la réalisation, l'entraînement et l'adaptation des occupations habituelles de la personne, la réalisation d'activités intentionnelles qui préparent la reprise des occupations ou qui entraînent des habiletés, des exercices et des méthodes passives.

5. L'évaluation des hypothèses. Les hypothèses seront systématiquement testées au fil de l'intervention. Les hypothèses qui correspondent aux problèmes identifiés sont vérifiées si le traitement supprime les problèmes.

#### EXERCICE 22

À travers une analyse de cas présentée par un étudiant en ergothérapie, repérez les phases de son raisonnement procédural.

166

Les raisonnements procéduraux interviennent très largement dans la phase d'évaluation du client (Mattingly & Fleming, 1994). Ils sont dominants dans les interventions qui recourent à des modèles centrés sur les déficiences corporelles ou cognitives de l'utilisateur. Ils permettent de réfléchir aux effets de ces déficiences sur les aptitudes dans une perspective de causalité linéaire. Lorsque les raisonnements procéduraux intègrent des éléments environnementaux, ceux-ci sont plutôt limités aux aspects physiques de l'environnement (Mattingly & Fleming, 1994; Rogers, 1983). Les modèles utilisés pour la récupération d'habiletés ou de fonctions physiologiques, neurocomportementales, cognitives ou psychologiques qui ont été momentanément altérées ou perdues, ainsi que le développement de nouvelles habiletés et fonctions se prêtent bien aux raisonnements procéduraux. Les raisonnements procéduraux sont réducteurs dans la mesure où ils ne permettent pas d'appréhender les habitudes de vie, ni de saisir la complexité des interactions entre les facteurs environnementaux et personnels.

Les raisonnements procéduraux n'existent pas seulement dans l'évaluation formative et dans la planification du traitement. Ils sont largement présents dans les séances de traitement. Alnervik et Sviden (1996), qui ont filmé les séances de traitement de cinq ergothérapeutes travaillant en réadaptation, et qui les ont ensuite interviewés, montrent que ce raisonnement permet aux ergothérapeutes de choisir des exercices ou des activités appropriées aux difficultés des usagers, de définir des objectifs de séance (par ex. améliorer l'équilibre assis), de donner des informations sur le traitement (par ex. il faut une position symétrique pour éviter la spasticité), d'évaluer leur séance. Il permet aussi aux thérapeutes de se questionner sur la pertinence d'une procédure de traitement (par

ex. faut-il poser une orthèse ?). L'évaluation périodique des progrès de l'usager au fil du traitement, la réflexion permanente du thérapeute sur la condition de santé de l'usager et sur l'ajustement des objectifs d'intervention, ainsi que les décisions prises au fil de l'intervention sont aussi le produit du raisonnement procédural (Nielson, 1998).

Lorsque les thérapeutes sont dans des situations familières et non problématiques, le raisonnement procédural est un phénomène relativement élusif. Les hypothèses ne sont pas formulées puis vérifiées par un raisonnement hypothético-déductif, elles sont identifiées sur la base d'une analogie avec des exemples types issus de l'expérience. Cette démarche, très fréquente également en médecine, se nomme reconnaissance de configuration (*pattern recognition*) (Higgs & Jones, 2000a). Elle correspond à une manière automatique de retrouver l'information à partir d'une connaissance sûre et bien établie (Paterson & Summerfield-Mann, 2006). L'exemple type fonctionne comme un schéma préalablement acquis qui organise de la connaissance. Chaque fois qu'un cas présentant des caractéristiques semblables se présente, le schéma est rappelé. Très peu d'informations sont nécessaires, mais elles sont les caractéristiques clés qui enclenchent le processus de reconnaissance de la forme typique. Dès lors, le thérapeute n'émet plus des hypothèses contradictoires à confirmer ou à infirmer, car il sait d'emblée ce qui est juste. Il ne lui reste plus qu'à préciser les performances et les habiletés de l'usager en recourant à quelques mesures ou observations parcimonieuses, dont il tirera un maximum d'informations (Meyer, 2003).

167

### EXERCICE 23

Prenez une indication à l'ergothérapie pour un client nouvellement arrivé et présentant une condition de santé habituelle pour vous. Imaginez ses problèmes et décidez des évaluations à mener pour les vérifier.

Soumettez la même indication à un étudiant et demandez-lui d'imaginer les problèmes et de décider des évaluations à mener pour les vérifier.

Comparez la qualité des problèmes imaginés, le volume respectif des évaluations à mener et le temps nécessaire pour arriver finalement à produire une connaissance des problèmes permettant de définir des objectifs et des moyens de traitement.

Dans leur ensemble, les raisonnements procéduraux et diagnostiques s'intéressent à l'effet de la maladie, comme phénomène organique conçu par la médecine, sur les performances et les habiletés des usagers. Ils sont fortement présents et considérés comme légitimes lorsque l'ergothérapeute exerce dans le milieu hospitalier (Alnervik & Sviden, 1996; Mattingly & Fleming, 1994). En outre, les dossiers d'ergothérapie des usagers contiennent essentiellement des données objectives et descriptives obtenues en recourant à ces formes de raisonnements. Par contre, ces raisonnements dits scientifiques ne se préoccupent pas de la maladie telle qu'elle est vécue par l'individu. Or l'ergothérapie se soucie de la singularité de l'expérience de la maladie et du contexte dans lequel elle est vécue, tout au moins en référence au paradigme contemporain de l'ergothérapie (Paterson & Summerfield-Mann, 2006). Il existe donc d'autres formes de raisonnements permettant de saisir la condition humaine de l'usager et son ressenti, pour y ajuster l'intervention. Par opposition aux raisonnements scientifiques qui reposent, selon Paterson et Summerfield-Mann (2006), sur le paradigme empirico-analytique, nous les appelons formes antipositivistes du raisonnement professionnel.

168

## LES FORMES ANTIPOSITIVISTES DU RAISONNEMENT PROFESSIONNEL

Pour Higgs et Jones (2000a), le raisonnement clinique dans les professions de la santé existe dans un contexte scientifique « mou », car les problèmes de santé des usagers auxquels il faut faire face sont souvent mal définis, indéterminés. Les buts des interventions sont incertains et les résultats peu prévisibles. Ainsi, les décisions, soit le choix fait par le thérapeute entre plusieurs alternatives de traitement, obéissent certainement à des critères moins rationnels que ceux des raisonnements scientifiques. En 1983 déjà, Rogers estimait qu'en fin de compte une décision d'intervention est davantage de nature éthique que scientifique. Elle est soumise à ce que le thérapeute estime être « bon » pour l'usager. Si, de plus, le thérapeute entend penser à l'usager comme personne dans son contexte de vie, il faut alors se donner les moyens de comprendre les éléments qui influencent la pensée des thérapeutes en dehors de la

condition médicale des usagers et les types de raisonnements qui permettent de construire et de résoudre des problèmes, de décider ou encore de juger sur la base de ces éléments.

On doit la mise en évidence de formes de réflexion beaucoup plus élusives que les raisonnements scientifiques à l'étude de Mattingly et Fleming (1994). À côté du raisonnement procédural, ces auteurs mettent en évidence des raisonnements interactifs, conditionnels et narratifs. De son côté Rogers (1983) identifie un raisonnement éthique, alors que Schell et Cervero (1993) considèrent un raisonnement pragmatique et que Hagedorn (1996) met en évidence un raisonnement prédictif. L'intérêt de ces études ne réside pas seulement dans leurs résultats, mais aussi dans les méthodes de recherche utilisées. Généralement, ces chercheurs ont privilégié des approches qualitatives, en particulier Mattingly, qui est anthropologue, recourt à un dispositif ethnographique et obtient ses données par le biais d'enregistrements vidéo de séances d'ergothérapie, de l'observation participante et d'entretiens approfondis. C'est ainsi qu'elle parvient à accéder à des modes de pensée « largement tacites, hautement imaginaires et profondément phénoménologiques »<sup>13</sup> (Mattingly, 1991, p. 979).

169

En dehors de la théorie portant sur la condition de santé de l'utilisateur, de multiples éléments influencent les décisions des thérapeutes (Chapparo & Ranka, 2000). Le comportement de l'utilisateur tel que l'ergothérapeute l'interprète, notamment sur les plans émotionnel et motivationnel, marque la manière dont le thérapeute envisage le traitement. Les conditions d'existence du client, en particulier son entourage familial, ses habitudes, son habitat, viennent également infléchir la position des objectifs d'intervention et le choix des moyens à mettre en œuvre. Les jugements du thérapeute sont aussi soumis à la manière dont l'utilisateur perçoit et communique sa situation. Mais ce n'est pas tout : la pensée du thérapeute est aussi influencée par des contingences qui ne concernent ni l'utilisateur ni sa maladie. Ainsi, le thérapeute est aussi commandé par ses propres valeurs, qui ne sont pas toujours en adéquation avec les valeurs de l'ergothérapie. Il raisonne aussi en tenant compte du possible dans le contexte institutionnel dans lequel il travaille. Ces divers

---

13 Traduit par l'auteur.

facteurs produisent éventuellement des formes différentes de raisonnement. Soulignons cependant que le consensus entre les auteurs sur ces formes est faible et que les délimitations entre elles sont parfois peu consistantes.

## LE RAISONNEMENT INTERACTIF

Mattingly et Fleming (1994) montrent que dans de nombreuses séances de traitement, les ergothérapeutes s'engagent dans des interactions avec l'utilisateur non seulement dans la perspective de la rééducation ou de la réadaptation de ses fonctions physiques ou mentales et de ses activités de soins personnels, mais qu'ils s'intéressent également durant les séances à son expérience présente de la maladie ou du handicap, à ses émotions et qu'ils s'y ajustent. Ainsi, une compréhension intersubjective qui facilite l'ajustement des buts de l'intervention se développe au fil des séances (Crepeau, 1991). On peut dire que le raisonnement interactif est la pensée produite par le thérapeute lorsqu'il s'ajuste du point de vue perceptif et comportemental dans des interactions avec l'utilisateur. Il est produit en permanence lorsque les thérapeutes interagissent avec leurs usagers. Dans ces interactions, les thérapeutes s'utilisent comme agents thérapeutiques afin de développer des rapports de confiance. Le but ultime de cette forme de raisonnement est de comprendre l'utilisateur comme un tout ou encore une personne, et non pas comme le porteur d'un ensemble de symptômes. Il aide à l'engager dans les séances, à adapter finement les objectifs et les stratégies thérapeutiques. Il sert à donner à la personne un sentiment de confiance en soi et envers les compétences du thérapeute. Il permet de créer et de partager un langage commun (Mattingly & Fleming, 1994).

Ce raisonnement nécessite de l'habileté pour deviner ce que le client pense et interpréter ce qu'il dit (Kautzmann, 1993 ; Mattingly & Fleming, 1994). Il correspond autant à des paroles qu'à des actions d'adaptation de l'activité en cours. Crepeau (1991), ainsi que Mattingly et Fleming, mettent en évidence que dans les séances de traitement visant l'exercice de fonctions motrices à l'aide de jeux de société (par ex. le backgammon, les charrets) ou l'entraînement des soins personnels (par ex. se coiffer), les ergothérapeutes interviennent tantôt verbalement, tantôt

physiquement (par ex. pour assister un geste). Ces interventions portent soit sur les aptitudes exercées, soit sur l'activité, soit sur les ressentis ou encore sur l'avenir de l'utilisateur. Il arrive même que l'ergothérapeute propose à un utilisateur une activité à première vue gratuite ou futile par rapport à ses difficultés. Celle-ci est alors à la fois un moyen de traitement et une sorte de médiateur dans la relation entre eux, et elle peut servir de refuge autant à l'utilisateur qu'au thérapeute lorsqu'ils sont débordés par leurs émotions (Crepeau). Par exemple, le thérapeute et l'utilisateur, en jouant aux dames pour exercer la préhension, peuvent discuter de la stratégie du jeu des dames ou des parties jouées en famille, plutôt que d'incapacités de préhension et de leurs implications dans la vie quotidienne.

#### EXERCICE 24

Filmez une séance de traitement.

Observez dans la séance filmée la succession des comportements verbaux et non verbaux (gestes, mimiques, mouvements) du thérapeute et de l'utilisateur.

Regroupez les comportements observés en séquences interactives.

Analysez chaque séquence et montrez quelle est la fonction de l'interaction repérée.

Distinguez les séances qui sont orientées vers les objectifs de traitement de celles qui ont une fonction relationnelle.

171

Soulignons que les aspects relationnels des interventions demeurent souvent faiblement reconnus dans l'institution hospitalière, laquelle a trop vite tendance à estimer que parler avec un utilisateur plutôt que d'exercer une performance ou une habileté à rééduquer est une perte de temps. Les ergothérapeutes accordent parfois peu de valeur à ces échanges qui sont jugés nécessaires mais ralentissant l'intervention (Meyer, 2003). Ils sont peu conscients du fait qu'il s'agit de raisonnements leur permettant de faire avancer le traitement. Les dossiers de patients ne font, généralement, pas mention des interactions thérapeute-utilisateur (Mattingly & Fleming, 1994). Par contre, les pratiques centrées sur l'utilisateur, parce qu'elles incluent l'expression de leurs besoins et leur expérience de la maladie dans la définition des problèmes à gérer et dans les plans de traitement, impliquent le recours aux raisonnements interactifs qui favorisent

la collaboration. Le respect des bases philosophiques de l'ergothérapie et le recours au cadre de référence humaniste incitent aux raisonnements interactifs et surtout à leur reconnaissance comme instruments de traitement.

## LE RAISONNEMENT CONDITIONNEL

Le raisonnement conditionnel est un moyen de saisir l'usager dans sa singularité et d'individualiser l'intervention. Le thérapeute qui réfléchit dans cette perspective de particularisation appréhende l'usager dans son contexte social et familial, c'est-à-dire sa condition humaine. Le raisonnement conditionnel permet de se représenter les habitudes de vie et la situation de handicap d'une personne, sans pour autant que celles-ci fassent l'objet d'une évaluation qui recourt à des instruments de mesure. Le thérapeute infère la compréhension de la situation à partir des communications de la personne, des connaissances de sens commun culturellement partagées sur ce type de situation et de son expérience de cas similaires. Par exemple, il devine l'univers d'une personne très âgée qui va être placée dans un établissement médico-social. On peut ainsi dire que le raisonnement conditionnel est la production d'une représentation de la vie de l'usager et l'ajustement de la thérapie à celle-ci. Le raisonnement conditionnel est bâti sur une connaissance du passé de la personne, de son état actuel et d'une anticipation de sa situation au sortir du processus de réadaptation.

172

Plus concrètement, le thérapeute imagine la situation de handicap dans les activités de la vie quotidienne ou dans l'exercice des rôles sociaux à partir de l'évaluation des habiletés et des performances. Puis il imagine ce que la personne actuellement en thérapie et hospitalisée sera, idéalement, dans sa vie future compte tenu des habiletés et des performances qui seront récupérées ou conservées et d'autres facteurs personnels (par ex. son âge, ses attentes), ou de facteurs environnementaux (par ex. l'aménagement de son domicile, la présence d'un conjoint, l'accès à des mesures de réinsertion professionnelle). Il fait ensuite en sorte que cette image devienne réalité grâce au traitement. La succession des séances de traitement, en l'occurrence des activités de thérapie, est alors organisée rétroactivement en fonction de cette image projetée dans l'avenir

(Mattingly & Fleming, 1994). À mesure que le traitement avance, les progrès que l'utilisateur constate vont dans le sens de l'image désirée. Dans la mesure du possible cette image est co-construite avec l'utilisateur, à l'aide du raisonnement interactif. Elle est voulue par les deux protagonistes et son atteinte est plausible. Ainsi, le raisonnement conditionnel vise à instaurer l'espoir en une amélioration possible, alors que l'individu se trouve dans une situation incertaine, voire dramatique (Spencer, Davidson & White, 1997).

Le raisonnement conditionnel apparaît à travers les travaux de Mattingly et Fleming (1994) comme un phénomène intuitif, acquis avec l'expérience, fondé sur une compréhension intersubjective croissante entre l'utilisateur et le thérapeute. Il est en même temps comme dissous ou imbriqué dans la pratique de tous les jours de telle manière que le thérapeute n'a pas nécessairement conscience de le produire. Il nous semble cependant qu'au fil des années et en raison de la diffusion des résultats des travaux de recherche sur le raisonnement clinique et de leur intégration à l'enseignement de la démarche clinique, il est devenu un phénomène beaucoup plus conscient chez les thérapeutes. La réflexion sur l'état du client, la problématisation de la situation de la personne au-delà de la liste de ses difficultés et de ses forces, l'anticipation de l'avenir à travers la fixation de buts de traitement appartiennent aujourd'hui classiquement aux démarches cliniques préconisées par les associations professionnelles (American Occupational Therapy Association, 2002; Association canadienne des ergothérapeutes, 2002b; Creek, 2003). Les thérapeutes ont parfaitement conscience de réfléchir aux conditions de vie du client, notamment lorsqu'il s'agit de penser à des modalités de sortie d'hospitalisation après une phase de réadaptation, bien qu'ils ne nomment pas cela « raisonnement conditionnel » (Meyer, 2003). De plus, des instruments de mesure capables de saisir dans la perspective de la personne son histoire, ses conditions d'existence, ses intérêts, ses habitudes sont apparus. Ils donnent au raisonnement conditionnel des informations objectivées et communicables sur lesquelles réfléchir d'une manière explicite. Des modèles, notamment le modèle de l'occupation humaine, parce qu'ils s'intéressent essentiellement à l'idiosyncrasie des clients et à leur cadre de vie, mettent le raisonnement conditionnel au centre de la pensée du thérapeute, lui donnant ainsi une légitimité que Mattingly et

Fleming n'avaient pas trouvée dans leur étude. Kielhofner et Forsyth (2002) considèrent ainsi qu'il est possible de raisonner sur les conditions d'existence de l'usager en étant guidé par la théorie.

#### EXERCICE 25

Énoncez la problématique de deux usagers actuellement en traitement et dont le diagnostic est semblable.

Repérez dans ces problématiques les éléments qui tiennent à l'histoire de ces personnes, à leurs propres priorités, à leurs environnements spécifiques.

Portez une réflexion comparative sur les raisons, les interprétations, les jugements, les sentiments qui vous ont fait considérer ces éléments comme dignes d'intérêt dans l'énoncé de chaque problématique. Ces différences sont le produit du raisonnement conditionnel.

174

Les raisonnements interactifs et conditionnels concourent tous les deux et de façon indissociable à la compréhension de la personne qui vit un processus de réadaptation. Associés aux raisonnements procéduraux, ils composent le « *three track mind* » de Mattingly et Fleming (1994) que nous avons énoncé plus haut, soit une forme de pensée fréquente en ergothérapie selon laquelle les thérapeutes prennent leurs décisions en tenant compte des conditions de santé, des conditions d'existence et du moment présent. Ainsi, lorsqu'on observe une séance ou lorsqu'on s'entretient avec un ergothérapeute, ces trois formes de raisonnement apparaissent simultanément ou successivement mais en s'alternant très rapidement.

#### EXERCICE 26

Dans les séquences identifiées dans l'exercice sur le raisonnement interactif, repérez les interactions qui obéissent à un ajustement visant les objectifs généraux de traitement et qui sont le produit du raisonnement procédural : adaptation des consignes, des objectifs spécifiques, du matériel, de l'assistance gestuelle fournie, ...

Dans ces mêmes séquences, repérez ensuite les interactions qui obéissent à un ajustement considérant la condition humaine de la personne : âge, rôles, intérêts, routines, ...

## LE RAISONNEMENT ÉTHIQUE

Le raisonnement éthique s'intéresse à ce qu'il est « bon » de faire dans l'intervention (Schell, 1998). Selon Rogers (1983), la décision finale concernant un traitement n'est pas scientifique mais éthique. En effet, le raisonnement diagnostique, en aboutissant à l'énoncé des problèmes de l'utilisateur, permet de construire différentes options thérapeutiques dont la valeur thérapeutique est équivalente par rapport à ces problèmes. Parmi celles-ci, l'ergothérapeute doit choisir celle qui lui paraît la meilleure pour l'utilisateur. Il permet de considérer les risques et les bénéfices de l'intervention pour décider et de réfléchir aux priorités compte tenu du temps à disposition. Il permet de confronter les buts de l'utilisateur avec ceux de son entourage s'ils sont contradictoires (Schell, 2003). Le raisonnement éthique est ainsi un jugement que l'ergothérapeute porte sur la situation à laquelle il fait face et qui lui permet de choisir l'action la plus défendable moralement lorsque des alternatives existent. Sous cet angle, ce sont les valeurs et non les modèles d'intervention qui orientent les interventions.

175

Fondiller et al. (1990) ont mené une étude de type qualitative auprès de 9 ergothérapeutes expérimentés sur les valeurs qui influencent les décisions de thérapie. Ces auteurs constatent que les ergothérapeutes valorisent notamment : la centration sur l'utilisateur, l'approche globale, l'engagement personnel du thérapeute et le recours à des activités thérapeutiques qui ont du sens. Les valeurs auxquelles l'ergothérapeute adhère lui permettent de faire des choix en matière de buts et de moyens d'interventions. Ainsi, le raisonnement éthique est tenu à partir des valeurs professionnelles de l'ergothérapeute qui prescrivent de s'intéresser aux intérêts de l'utilisateur, à ses objectifs, à ses besoins et à ses problèmes, et de s'engager dans une relation de confiance avec l'utilisateur (Chapparo & Ranka, 2000).

## EXERCICE 27

Repérez dans votre expérience professionnelle une intervention qui a donné lieu à divers débats ou conflits dans l'équipe.

Réfléchissez aux positions tenues par les uns et les autres dans les discussions.

Identifiez les valeurs sur lesquelles ses positions s'appuyaient et les décisions proposées en conséquence par les divers acteurs.

Il est en outre possible que des valeurs plus personnelles viennent influencer les décisions des thérapeutes, ou encore que le degré d'adhésion aux valeurs professionnelles varie d'un thérapeute à l'autre. Dès lors, dans une même situation de traitement, la décision n'est pas toujours semblable. De plus, comme les valeurs ont souvent fonction de normes pour chacun d'entre nous, l'ergothérapeute peut se trouver dans une situation de conflit entre ses propres valeurs et celles de l'utilisateur ou celles d'autres professionnels. Cela constitue un dilemme éthique que l'ergothérapeute doit résoudre en pesant les différentes options possibles (Chapparo & Ranka, 2000). Entre professionnels, ces conflits concernent souvent la poursuite ou au contraire l'arrêt du traitement, les uns considérant sa faible efficacité, et les autres le droit à l'aide pour chaque usager même si les résultats ne sont pas probants. Entre les ergothérapeutes et les usagers, les conflits de valeurs portent sur les buts de traitement, l'ergothérapeute peinant à accepter ceux de l'utilisateur s'ils vont à l'encontre de l'indépendance, de l'autonomie ou de la participation sociale.

176 Les ergothérapeutes ont souvent des attentes normatives portant à la fois sur les buts des interventions et sur les comportements à développer. Lewinter et Mikkelsen (1995), ainsi que Chang et Hasselkus (1998) montrent que les ergothérapeutes souhaitent que leurs usagers cérébro-lésés aient des objectifs comme l'amélioration de la fonction du membre plégé, le retour à domicile, la reprise de la vie sociale, la reprise des activités de la vie quotidienne ou l'autosuffisance. Les ergothérapeutes attendent de l'utilisateur le désir de parvenir à réaliser des activités de la manière la plus normale possible, afin d'éviter d'être stigmatisé comme handicapé dans diverses situations d'interactions sociales. Ils espèrent que l'utilisateur collabore et qu'il décide de travailler durement en thérapie. Chang et Hasselkus soulignent combien les ergothérapeutes reflètent, dans leurs attentes, les valeurs américaines que sont la persévérance, l'autonomie, la victoire sur la maladie. Cette attitude nuit aux usagers peu motivés comme à ceux dont les progrès stagnent. Lorsque les usagers ne satisfont pas aux espoirs des ergothérapeutes, soit en termes d'atteinte des buts, soit dans leur manière de collaborer, les thérapeutes sont déçus. Ainsi le placement de la personne, l'arrêt de la récupération, l'impossibilité de redimensionner les désirs de l'utilisateur aux possibilités laissées par la maladie sont vécus comme un échec de l'intervention.

## LE RAISONNEMENT PRAGMATIQUE

Les décisions d'intervention sont souvent tributaires d'éléments qui n'ont à voir ni avec la condition sanitaire de la personne, ni avec sa condition humaine, ni avec les valeurs du thérapeute, ni avec la relation établie entre le thérapeute et l'utilisateur. En effet, les prestations de santé existent dans un univers matériellement, financièrement, réglementairement, hiérarchiquement organisé, avec lequel le thérapeute doit composer. Schell et Cervero (1993) définissent ainsi un raisonnement pragmatique qui peut être compris comme étant le produit des réflexions du thérapeute pour appréhender les conditions pratiques contextuelles externes à l'utilisateur qui affectent l'intervention, et pour s'y accommoder. Ces conditions sont locales, appartenant à la situation de travail de l'ergothérapeute, mais aussi plus vastes, appartenant au système socio-sanitaire et légal dans lequel les prestations sont fournies.

Le raisonnement pragmatique ressemble au raisonnement conditionnel, mais au lieu de s'intéresser à la condition de l'utilisateur, il s'occupe de celle de l'ergothérapeute. Il est employé pour s'ajuster aux conditions d'exercice de l'ergothérapie dans l'institution, par exemple le contenu des demandes d'intervention, la durée et la fréquence des séances, les instruments de mesures, les programmes ou les modèles en vigueur. Il permet aux thérapeutes de s'accommoder des conditions financières dans lesquelles eux, et aussi les utilisateurs, se trouvent, par exemple le nombre de séances financées, les moyens auxiliaires remboursables par les assurances. Cette forme de raisonnement conduit à s'ajuster au matériel et aux locaux à disposition, ou encore aux attentes des supérieurs hiérarchiques (Schell, 2003). Les compétences et l'expertise du thérapeute, ou encore les possibilités de supervision disponibles influencent également les décisions. Le soutien que des proches peuvent fournir à l'utilisateur entre aussi dans le raisonnement pragmatique de l'ergothérapeute.

Le raisonnement pragmatique est souvent perçu par les thérapeutes lorsqu'il est orienté vers l'adaptation à des conditions ressenties comme négatives. En réalité, il est tout autant présent pour gérer des opportunités que des limites, mais comme la thérapie existe dans un univers institutionnel doté de règles implicites et explicites qu'il convient de ne pas transgresser sous peine de sanctions, il est plus apparent dans la contrainte.

Ainsi, nous l'avons observé en relation avec la limitation du temps, du choix des activités et des évaluations (Meyer, 2003). Ce raisonnement, à l'instar des raisonnements interactifs, conditionnels ou éthiques, peut aussi être moins fréquent lorsque l'ergothérapeute est contraint par la hiérarchie hospitalière ou par la valeur que l'hôpital attribue aux raisonnements diagnostiques et procéduraux de privilégier des modèles d'intervention conformes au modèle biomédical. Mais il peut aussi déboucher sur des revendications, par exemple en matière d'achats de matériel, de perfectionnement, de temps mis à disposition pour faire des recherches dans la littérature, de participation à la gestion du service.

#### EXERCICE 28

Considérez vos conditions de travail en rapport avec votre idéal en matière d'offre de soins aux usagers.

178

Faites la liste des éléments qui vont à la rencontre et à l'encontre de cet idéal, comment vos interventions sont-elles influencées par ces éléments.

### LE RAISONNEMENT NARRATIF

Souvent, les ergothérapeutes racontent des histoires au sujet de leurs usagers, c'est-à-dire mettent en récit la vie de ces personnes et ce qui les a conduites en thérapie. Ces récits peuvent d'ailleurs être rédigés et les manuels d'ergothérapie en psychiatrie, par exemple celui de Manidi (2006), en contiennent beaucoup. La problématique telle qu'elle est présentée au chapitre II a souvent une forme narrative. Mattingly et Fleming (1994) ont montré que le mode narratif est une manière de penser utilisée par le thérapeute lorsqu'il est concerné par l'expérience de la maladie et non par la maladie elle-même. En ce sens, il s'oppose au mode scientifique et renvoie à l'adoption d'une perspective humaniste. Le raisonnement narratif est un ensemble de réflexions, produites sous la forme de récits qui visent à comprendre l'histoire occupationnelle de l'utilisateur. Il facilite la compréhension des conditions de vie et de santé de l'utilisateur sous un angle phénoménologique et permet de saisir comment ces conditions affectent le déroulement de son existence.

Durant l'intervention, les récits apparaissent comme une manière de produire du sens, d'organiser des activités et de guider la progression des tâches (Mattingly, 1991 ; Polkinghorne, 1995). Le thérapeute donne une signification à l'intervention en se racontant en son for intérieur, mais aussi en les racontant à d'autres, des histoires à propos de ce qui arrive ou qui est arrivé. Ces histoires existent tout au long des thérapies et elles sont au moins partiellement partagées entre le thérapeute et l'utilisateur (Clark, Larson & Richardson, 1996). Elles ne s'attachent pas seulement aux faits passés et présents, mais aussi aux motivations des différents acteurs, y compris l'ergothérapeute. Ces récits, souvent brefs et informels, fonctionnent pour l'ergothérapeute comme support à l'élaboration de son travail (Mattingly & Fleming, 1994). Avec ces récits, le rôle de l'ergothérapeute est d'aider l'utilisateur à créer une histoire dans laquelle il passe d'un statut de victime d'événements qui le dépassent à celui d'agent qui peut reconquérir une identité personnelle satisfaisante (Polkinghorne, 1995). Le raisonnement narratif aide les usagers à retrouver un état de croyance positive à propos du futur et des résultats de la thérapie (Spencer, Davidson & White, 1997).

179

Notons que les raisonnements narratifs existent en dehors d'une mise en mots. Dans ce cas, la chaîne des actions menées conjointement par le thérapeute et l'utilisateur forme une histoire qui n'est pas dite mais agie. Ce raisonnement est donc aussi utilisé avec des usagers qui ne parlent pas et qui ne comprennent plus le langage.

Partagés avec l'équipe, ces récits facilitent la décision, notamment en cas de conflit de nature éthique. Ces histoires ne sont pas des vérités objectives comme celles sur lesquelles repose le raisonnement procédural. Fondées sur l'interprétation et la subjectivité des acteurs, les histoires partagées entre le thérapeute et l'utilisateur ne se laissent pas capturer par les moyens habituels de documentation des interventions en milieux hospitaliers (par ex. les dossiers de patient).

Formellement, un récit de thérapie peut être analysé comme un roman et non comme un protocole de recherche ou un dossier d'utilisateur. Une histoire créée en thérapie contient une intrigue qui inclut la situation, les acteurs et les buts vers lesquels les actions et les événements tendent. Elle est multidimensionnelle, incertaine, elle comprend des événements dramatiques, présents, passés et futurs qui sont interprétés par les divers protagonistes

(Mattingly, 1998). La fin de l'histoire est en partie imprévisible, elle se dessine petit à petit. Il y a des rebondissements et des moments clés ou des tournants, dont chacun se souviendra. Il y a du suspense, des conflits, des doutes, des émotions fortes, de l'héroïsme, des lenteurs comme des accélérations, des personnages non prévus, des hasards. Ainsi ces récits sont très différents d'une démarche scientifique, car ils n'en ont pas la rigueur. Ils supposent un engagement personnel et affectif du thérapeute plutôt que la distance préconisée dans le modèle biomédical. Ils opèrent dans le temps de la subjectivité des personnages du récit et pas dans le temps mesuré du décompte des heures de traitement allouées.

#### EXERCICE 29

Rédigez une histoire de thérapie ou, mieux, enregistrez celle d'un collègue du service en ne lui donnant qu'une consigne : « Raconte-moi un traitement en cours. »

180

Analysez le récit produit comme s'il s'agissait d'un roman policier, en mettant en évidence son intrigue.

Prenez le dossier de l'usager.

Comparez l'intrigue au contenu du dossier et jugez de l'apport que l'un et l'autre donnent à votre compréhension de la personne en traitement.

Les raisonnements, interactifs, conditionnels, éthiques et narratifs sont délicats à distinguer les uns des autres. Ils portent clairement sur des contenus différents, mais du point de vue des opérations mentales, il est possible qu'ils diffèrent peu (Chapparo & Ranka, 2000; Meyer, 2003). Par contre, ils s'opposent fortement aux raisonnements scientifiques, rendant ainsi compte d'une appartenance de l'ergothérapie à la fois aux sciences dites dures et aux sciences dites molles. Dans la pratique de tous les jours, ces deux aspects se mélangent, ce qui conduit à une représentation de l'entrecroisement de divers phénomènes dans la démarche clinique.

#### POUR CONCLURE : L'ART, LA SCIENCE ET L'ÉTHIQUE

Voici un quart de siècle, Rogers (1983) argumentait sur le fait que les décisions des thérapeutes tiennent de la science, de l'art et de l'éthique. La science parce qu'elle permet de comprendre la maladie et d'y assortir

une intervention. L'art pour construire une théorie du patient que nous avons nommée « la position des problèmes », et enfin l'éthique car selon Rogers la décision finale est d'ordre moral. Ces trois dimensions de la pensée des thérapeutes se mélangent dans chaque démarche clinique. Les diverses études sur le raisonnement clinique montrent quant à elles que diverses formes de raisonnement, certaines scientifiques et d'autres phénoménologiques ou narratives, se combinent tout au long des thérapies. Chapparo (1999) offre une conception encore plus complète de ces enchevêtrements en attribuant cinq axes à la pensée des thérapeutes :

1. La maladie du client, le diagnostic et les incapacités.
2. La situation globale du client et du soignant naturel.
3. Le contexte et l'environnement de la thérapie.
4. Les croyances du thérapeute et ses attentes dans le traitement.
5. L'estimation que le thérapeute a de ses propres capacités à faire ce qui doit l'être.

Le comportement des thérapeutes serait à tout moment dicté par des processus décisionnels qui recourent à ces cinq axes. Ainsi, quelle que soit la phase de la démarche clinique, le thérapeute ne serait jamais totalement dans un raisonnement procédural ni non plus totalement en dehors de lui. Il tiendrait toujours compte, dans ses jugements et dans ses actions, d'un vaste ensemble de paramètres. Mais ces axes sont alors utilisés d'une manière qui est difficilement accessible à un observateur et peu communicable : on retombe dans l'implicite. Soulignons cependant que certains modèles incorporant une démarche clinique, par exemple les modèles de l'association américaine (AOTA, 2002) ou de l'Association canadienne (ACE, 2002b) ou encore le modèle de l'occupation humaine (Kielhofner & Forsyth, 2002) proposent des procédures guidées par le modèle et des instruments de mesure qui permettent d'être plus formel dans la considération des éléments qui appartiennent aux cinq axes. L'avenir de la démarche professionnelle et de la compréhension des raisonnements qui la sous-tendent se dessine ainsi à travers de tels modèles, mais il y a encore beaucoup de travail à mener.



# BIBLIOGRAPHIE

**ABDELMALEK, AÏT & GÉRARD, Jean-Louis** (1995). SCIENCES HUMAINES ET SOINS: MANUEL À L'USAGE DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ. Paris: Interéditions.

183

**ALNERVIK, ANITHA & SVIDEN, GUNILLA** (1996). « On Clinical Reasoning: Patterns of Reflection on Practice ». OCCUPATIONAL THERAPY JOURNAL OF RESEARCH, 16 (2), pp. 98-110.

**AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION** (1994). « Uniform Terminology for Occupational Therapy », third edition. AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY, 48 (11), pp. 1047-1054.

**AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION** (2002). « Occupational Therapy Framework: Domain and Concern ». AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY, 56, pp. 609-639.

**ASHER, INA** (1996). OCCUPATIONAL THERAPY ASSESSMENT TOOLS: AN ANNOTATED INDEX (2<sup>e</sup> éd.). Rockville: American Occupational Therapy Association.

**ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHÉRAPEUTES** (2002a). PROFIL DE LA PRATIQUE DE L'ERGOTHÉRAPIE AU CANADA. En ligne : [www.caot.ca](http://www.caot.ca). Consulté le 23 janvier 2007.

**ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHÉRAPEUTES** (1997). **PROMOUVOIR L'OCCUPATION : UNE PERSPECTIVE DE L'ERGOTHÉRAPIE** (2<sup>e</sup> éd. rév.). Ottawa : édité par l'auteur.

**ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHÉRAPEUTES** (2002b). **PROMOUVOIR L'OCCUPATION : UNE PERSPECTIVE DE L'ERGOTHÉRAPIE** (2<sup>e</sup> éd. rév.). Ottawa : édité par l'auteur.

**ASSOCIATION NATIONALE FRANÇAISE DES ERGOTHÉRAPEUTES** (2000). **ERGOTHÉRAPIE : GUIDE DE PRATIQUE**. Arcueil : édité par l'auteur.

**BAILEY, DIANA** (2003). « Research : Discovering Knowledge Through Systematic Investigation ». In E. Crepeau, E. Cohn & B. Boyt Schell (Eds), **WILLARD AND SPACKSMAN'S OCCUPATIONAL THERAPY** (10<sup>e</sup> éd., pp. 963-974). Philadelphia : Lippincott, Williams & Wilkins.

**BALLY-SEVESTRE, DOMINIQUE ; CHAUMEIL, MARTINE ; D'ERCEVILLE, DIDIER ; GUIHARD, JEAN-PHILIPPE ; LIARD, MARIE-ANNICK ; ORVOINE, CHRISTINE ; ROUXEL, MARIE-PIERRE ; PRUDENT YVES & VILLARD, ALINE** (2003). « Démarche d'évaluation en ergothérapie ». **ERGOTHÉRAPIE**, 12, pp. 23-36.

**BAUM, CAROLYN & CHRISTIANSEN, CHARLES** (2005). « Outcomes : the Results of Interventions in Occupational Therapy Practice ». In Ch. Christiansen, C. Baum & J. Bass-Haugen (Eds), **OCCUPATIONAL THERAPY PERFORMANCE, PARTICIPATION AND WELL-BEING** (pp. 523-540). Thorofare : Slack Inc.

**BENAMY, BARBARA** (1996). **DEVELOPPING CLINICAL REASONING SKILLS : STRATEGIE FOR THE OCCUPATIONAL THERAPIST**. San Antonio : Therapy Skills Builders.

**BENNER, PATRICIA** (1995). **DE NOVICE À EXPERT : EXCELLENCE EN SOINS INFIRMIERS** (L. Ovion, trad.). Saint-Laurent : ERPI. (Original publié en 1985.)

**BENNETT, SALLY ; TOOTH, LEIGH ; MCKENNA, KRISS ; RODGER, SYLVIA ; STRONG, JENNY ; ZIVIANI, JENNY ; MICKAN, SHARON & GIBSON, LIBBY** (2003). « Perceptions of Evidence-based Practice : a Survey of Australian Occupational Therapists ». **AUSTRALIAN OCCUPATIONAL THERAPY JOURNAL**, 50 (1), pp. 13-22.

**BENSON, JERI & SCHELL, BARBARA** (1997). « Measurement Theory : Application to Occupational Therapy and Physical Therapy ». In J. Van Deussen & D. Brunt (Eds), **ASSESSMENT IN OCCUPATIONAL THERAPY AND PHYSICAL THERAPY** (pp. 3-24). Philadelphia : W. B. Saunders Company.

**BROWN, PAUL ; WIGHT-ST CLAIR, VALERIE & LAW, PAUL** (2005). « Economy as Context : Evaluating Occupation focused Service ». In G. Whiteford & V. Wright-St Clair (Eds), **OCCUPATION & PRACTICE IN CONTEXT** (pp. 273-298). Sydney : Elsevier, Churchill Livingstone.

**BUNDY, ANITA ; LANE, SHELLY & MURRAY, ELIZABETH** (Eds) (2002). **SENSORY INTEGRATION : THEORY AND PRACTICE** (2<sup>e</sup> éd.). Philadelphia : F. A. Davis.

**CHANG, LING-HUI & HASSELKUSS, BETTY** (1998). « Occupational Therapists' Expectations in Rehabilitation Following Strokes : Sources of Satisfaction and Dissatisfaction ». **AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY**, 5 (8), pp. 629-637.

185

**CHAPPARO, CHRIS** (1999). « Working Out : Working with Anglica-interpreting Practice ». In S. Ryan & E. McKay (Eds), **THINKING AND REASONING IN THERAPY : NARRATIVES FROM PRACTICE** (pp. 31-50). Cheltenham : Stanley Thornes.

**CHAPPARO, CHRIS & RANKA, JUDITH** (1997). **OCCUPATIONAL PERFORMANCE MODEL (AUSTRALIA) : MONOGRAPH 1**. Lidcombe : Occupational Performance Network.

**CHAPPARO, CHRIS & RANKA, JUDITH** (2000). « Clinical Reasoning in Occupational Therapy ». In J. Higgs & M. A. Jones (Eds), **CLINICAL REASONING IN THE HEALTH PROFESSION** (2<sup>e</sup> éd., pp. 128-137). Oxford : Butterworth Heinemann.

**CHRISTIANSEN, CHARLES & BAUM, CAROLYN** (Eds) (1997). **OCCUPATIONAL THERAPY : ENABLING FUNCTION AND WELL-BEING** (2<sup>e</sup> éd.). Thorofare : Slack Inc.

**CHRISTIANSEN, CHARLES ; BAUM, CAROLYN & BASS-HAUGEN, JULIE** (Eds). (2005). **OCCUPATIONAL THERAPY PERFORMANCE, PARTICIPATION AND WELL-BEING**. Thorofare : Slack Inc.

**CLARK, FLORENCE ; LARSON, BRIDGET & RICHARDSON, PENELOPE** (1996). « A Grounded Theory of Techniques for Occupational Story Telling and Occupational Story Making ». In R. Zemke, F. & Clark (Eds), **OCCUPATIONAL SCIENCE : THE EVOLVING DISCIPLINE** (pp. 373-392). Philadelphia : Davis.

**COCKBURN, LYNN** (2001). « Survol de l'ACE durant les années quarante » [version électronique]. **ACTUALITÉS ERGOTHÉRAPEUTIQUES**. Mars/avril.

**COHN, ELLEN ; SCHELL, BARBARA & NEISTADT, MAUREEN** (2003). « Overview of Evaluation ». In E. Crepeau, E. Cohn & B. Boyt Schell (Eds), **WILLARD AND SPACKSMAN'S OCCUPATIONAL THERAPY** (10<sup>e</sup> éd., pp. 963-974). Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins.

**CRABTREE, MERRILL & LYONS, MICHAEL** (1997). « Focal Points and Relationships: a Study of Clinical Reasoning ». **BRITISH JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY**, 60 (2), pp. 57-64.

186

**CREEK, JENNIFER** (2003). **OCCUPATIONAL THERAPY DEFINED AS A COMPLEX INTERVENTION**. London : College of Occupational Therapists.

**CREEK, JENNIFER ; ILOTT IRENE, COOK, SARAH & MUNDAY CHARLOTTE** (2005). « Valuing Occupational Therapy as a Complex Intervention ». **BRITISH JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY**, 68 (6), pp. 281-284.

**CREPEAU, ELIZABETH** (1991). « Achieving Intersubjective Understanding : Examples from an Occupational Therapy Treatment Session ». **AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY**, 45 (11), pp. 1016-1025.

**CREPEAU, ELIZABETH** (2003). « Analyzing Occupation and Activity. A Way of Thinking about Occupational Performance ». In E. Crepeau, E. Cohn & B. Boyt Schell, B. (Eds), **WILLARD AND SPACKSMAN'S OCCUPATIONAL THERAPY** (10<sup>e</sup> éd., pp. 203-207). Philadelphia, Lippincott.

**CREPEAU ELIZABETH & SCHELL, BARBARA** (2003). « Theory and Practice in Occupational Therapy ». In E. Crepeau, E. Cohn & B. Boyt Schell, B. (Eds), **WILLARD AND SPACKSMAN'S OCCUPATIONAL THERAPY** (10<sup>e</sup> éd., pp. 27-30). Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins.

**CREPEAU, ELIZABETH ; COHN, ELLEN & BOYT SCHELL, BARBARA** (2003). WILLARD AND SPACKSMAN'S OCCUPATIONAL THERAPY (10<sup>e</sup> éd.). Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins.

**CRIST, PATRICIA** (1998). « Standardized Assessment : Psychometric Measurement and Testing Procedure ». In J. Hinojosa & P. Kramer (Eds), **EVALUATION : OBTAINING AND INTERPRETING DATA** (pp. 77-106). Bethesda : American Occupational Therapy Association.

**CURTIN, MICHAEL & JARAMAZOVIC, EMILY** (2004). « Exploring Views and Perceptions of Evidenced-based Practice ». In K. Whalley Hammel & C. Carpenter. **QUALITATIVE RESEARCH IN EVIDENCE-BASED REHABILITATION** (pp. 116-128). Edinburgh : Churchill Livingstone.

**DESCAMPS, PHILIPPE** (2004). « Les trahisons de la traduction » (hors série). **SCIENCE ET VIE**, 227, juin, pp. 154-160.

**DESROSIERS, JOHANNE ; HÉBERT, RÉJEAN ; DUTIL, ELISABETH & BRAVO, GINA**. « Development and Reliability of an Upper Extremity Function Test for the Elderly : the TEMPA ». **CANADIAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY**, 60 (1), pp. 9-16.

187

**DUBOCHET, MICHÈLE & FRAGNIÈRE, JEAN-PIERRE** (1979). **LES ERGOTHÉRAPEUTES : PROBLÈMES DE PROFESSIONS PARAMÉDICALES**. Vevey : Delta.

**DUMOULIN, JEAN** (1967). **PRÉCIS D'ERGOTHÉRAPIE**. Paris : Maloine.

**DUNCAN, EDWARD** (2006). **FOUNDATIONS FOR PRACTICE IN OCCUPATIONAL THERAPY** (4<sup>e</sup> éd.). Edinburgh : Elsevier Churchill Livingstone.

**EUROPEAN NETWORK OF OCCUPATIONAL THERAPY IN HIGHER EDUCATION (ENOTHE)**. Terminology Group : « Occupational Therapy Terminology ». En ligne : <http://pedit.hio.no/~brian/enothe/terminology>. Consulté le 20 mars 2007.

**FAWCETT, ALISON** (2007). **PRINCIPLES OF ASSESSMENT AND OUTCOME MEASUREMENT FOR OCCUPATIONAL THERAPISTS AND PHYSIOTHERAPISTS : THEORY, SKILLS AND APPLICATION**. Chichester : Wiley.

**FLEMING, MAUREEN** (1991). « Clinical Reasoning in Medicine Compared with Clinical Reasoning in Occupational Therapy ». **AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY**, 45 (11), pp. 988-996.

**FISHER, ANNE** (2006). **ASSESSMENT OF PROCESS AND MOTOR SKILLS (VOL. 1-2)**. Fort Collins: CO Three Star Press. En ligne : [www.ampsintl.com](http://www.ampsintl.com). Consulté le 15 avril 2007.

**FONDILLER, ELAINE ; ROSAGE, LOÏS & NEUHAUS, BARBARA** (1990). « Values Influencing Clinical Reasoning : an Exploratory Study ». **OCCUPATIONAL THERAPY JOURNAL OF RESEARCH**, 10 (1), pp. 41-54.

**FORSYTH, KRISTY ; SALAMY, MARCELLE ; SIMON, SANDY & KIELHOFNER GARY** (1998). **THE ASSESSMENT OF COMMUNICATION AND INTERACTION SKILLS (ACIS), VERSION 4.0**. Chicago : University of Illinois at Chicago. En ligne : [www.moho.uic.edu](http://www.moho.uic.edu). Consulté le 15 avril 2007.

188 **FORTIN, MARIE-FABIENNE** (2006). **FONDEMENTS ET ÉTAPES DU PROCESSUS DE RECHERCHE**. Montréal : Chenelière Éducation.

**FORTIN, MURIELLE & TREMBLAY, LOUIS** (2004). « Métrologie ». In L. Tremblay, J. Savard, L. Casimiro & M. Tremblay, **RÉPERTOIRE DES OUTILS D'ÉVALUATION EN FRANÇAIS POUR LA RÉADAPTATION**. Ottawa : Regroupement des intervenantes et intervenants francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario ; Université d'Ottawa.

**FORTMEIER, SUSANNE & THANNING, GITTE** (2002). **FROM THE PATIENT'S POINT OF VIEW : AN ACTIVITY THEORY APPROACH TO OCCUPATIONAL THEORY**. Copenhagen : Ergoterapeutforeningen.

**FOUGEYROLLAS, PATRICK ; CLOUTIER, RENÉ ; BERGERON, HÉLÈNE ; COTÉ, JACQUES & ST-MICHEL, GINETTE** (1998). **CLASSIFICATION QUÉBÉCOISE : PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP**. Lac Saint-Charles : Réseau international sur le processus de production du handicap.

**FRIEDLAND, JUDITH** (1998). « Occupational Therapy and Rehabilitation : an Awkward Alliance ». **AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY**, 52 (5), pp. 373-380.

**GELINAS, ISABELLE & GAUTHIER, LOUISE** (1994). ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE DANS LA DÉMENCE. Montréal : MacGill University, School of Physical and Occupational Therapy.

**GITLIN, LAURA** (2005). « Measuring Performance in Instrumental Activities of Daily Living ». In M. Law & C. Baum & W. Dunn (Eds), **MEASURING OCCUPATIONAL PERFORMANCE : SUPPORTING BEST PRACTICE IN OCCUPATIONAL** (2<sup>e</sup> éd., pp. 227-247). Thorofare : Slack Inc.

**GOLLEDGE, JANET** (1998). « Distinguishing between Occupation, Purposeful Activity and Activity. Part 1 : Review and Explanation ». **BRITISH JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY**, 61 (3), pp. 100-105.

**GREENHALGH, TRISHA** (2000). SAVOIR LIRE UN ARTICLE MÉDICAL POUR DÉCIDER : LA MÉDECINE FONDÉE SUR LES NIVEAUX DE PREUVE (EVIDENCE-BASED MEDICINE) AU QUOTIDIEN. (D. Broclain & J. Dowbovetsky, trad.). Meudon : Rand. (Original publié en 1997).

**GROSS PORTNEY, LESLIE & WATKINS, MARY** (2000). **FOUNDATIONS OF CLINICAL RESEARCH : APPLICATIONS TO PRACTICE** (2<sup>e</sup> éd.). Upper Saddle River : Prentice-Hall.

**GUELFY, JULIEN** (1997). L'ÉVALUATION CLINIQUE STANDARDISÉE EN PSYCHIATRIE. T. I & T. II. Boulogne : Ed. Médicales P. Fabre.

**HAGEDORN, ROSMARY** (1996). « Clinical Decision Making in Familiar Cases : a Model of the Process and Implications for Practice ». **BRITISH JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY**, 59, 5, pp. 217-222.

**HAGEDORN, ROSMARY** (2001). **FOUNDATIONS FOR PRACTICE IN OCCUPATIONAL THERAPY** (3<sup>e</sup> éd.). Edinburgh : Churchill Livingstone.

**HAMMELL, KAREN & CARPENTER, CHRISTINE** (2004). **QUALITATIVE RESEARCH IN EVIDENCE-BASED REHABILITATION**. Edinurgh : Churchill Livingstone.

**HÉBERT, RÉJEAN ; BRAVO, GINA & VOYER, LOUIS** (1993). RÉPERTOIRE DES INSTRUMENTS DE MESURE EN LANGUE FRANÇAISE POUR LA RECHERCHE GÉRONTOLOGIQUE ET GÉRIATRIQUE. Sherbrooke : Centre de recherche en gérontologie et gériatrie.

**HEMPHILL-PEARSON, BARBARA** (1999). **ASSESSMENTS IN OCCUPATIONAL THERAPY MENTAL HEALTH: AN INTEGRATIVE APPROACH**. Thorofare: Slack Inc.

**HIGGS, JOY & JONES, MARK** (2000a). « Clinical Reasoning in the Health Professions ». In J. Higgs, & M. Jones (Eds), **CLINICAL REASONING IN THE HEALTH PROFESSION** (2<sup>e</sup> éd., pp. 3-14). Oxford: Butterworth Heinemann.

**HIGGS, JOY & JONES, MARK** (Eds). (2000b). **CLINICAL REASONING IN THE HEALTH PROFESSION** (2<sup>e</sup> éd.). Oxford: Butterworth Heinemann.

**HINOJOSA, JIM & KRAMER, PAULA** (Eds). (1998). **EVALUATION: OBTAINING AND INTERPRETING DATA**. Bethesda: American Occupational Therapy Association.

**HOFMAN, ISABELLE** (2002). « Dédicaces à Monsieur Mike ». **ERGOTHÉRAPIE**, 3, pp. 12-15.

190

**HOPKINS, HELEN & SMITH, HELEN** (Eds). (1978). **WILLARD AND SPACKSMAN'S OCCUPATIONAL THERAPY** (5<sup>e</sup> éd.). Philadelphia: J. B. Lippincott Company.

**ILOTT, IRENE** (2003). « Challenging the Rhetoric and Reality: Only an Individual and Systemic Approach will Work for Evidence-based Occupational Therapy ». **AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY**, 57 (3), pp. 351-354.

**KATZ, MARTIN & LYERLY, SAMUEL** (1963). « Methods for Measuring Adjustment and Social Behavior in the Community: Rationale, Description, Discriminative Validity and Scale Development ». **PSYCHOLOGICAL REPORTS**, 13, pp. 503-535.

**KAUTZMANN, LISETTE** (1993). « Linking Patient and Family Stories to Caregivers use of Clinical Reasoning ». **AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY**, 47 (2), pp. 169-173.

**KIELHOFNER, GARY** (Ed.). (1985). **A MODEL OF HUMAN OCCUPATION: THEORY AND APPLICATION** (1<sup>re</sup> éd.). Baltimore: Williams & Wilkins.

**KIELHOFNER, GARY** (Ed.). (1995). **A MODEL OF HUMAN OCCUPATION: THEORY AND APPLICATION** (2<sup>e</sup> éd.). Baltimore: Williams & Wilkins.

**KIELHOFNER, GARY** (Ed.). (2002). **A MODEL OF HUMAN OCCUPATION : THEORY AND APPLICATION** (3<sup>e</sup> éd.). Baltimore : Lippincott Williams & Wilkins.

**KIELHOFNER, GARY** (2004). **CONCEPTUAL FOUNDATIONS OF OCCUPATIONAL THERAPY** (3<sup>e</sup> éd.). Philadelphia : F. A. Davis Company.

**KIELHOFNER, GARY & FORSYTH, KRISTY** (2002). « Thinking with Theory : a Framework for Therapeutic Reasoning ». In G. Kielhofner (Ed.), **MODEL OF HUMAN OCCUPATION** (3<sup>e</sup> éd.). Baltimore : Lippincott Williams and Wilkins.

**KIRESUK, THOMAS & SHERMAN, ROBERT** (1968). « Goal Attainment Scaling, a General Method Evaluating Comprehensive Community Health Programs ». **COMMUNITY MENTAL HEALTH JOURNAL**, 4, pp. 443-453.

**KORNER-BITENSKY, NICOLE & GELINAS, ISABELLE** (1999). « Using Standardised Measures in Occupational Therapy : the Good, the Bad and the Ugly ». **REVUE QUÉBÉCOISE D'ERGOTHÉRAPIE**, 8 (2), pp. 42-45.

**KORTMAN, BRENTON** (1994). « The Eye of the Beholder : Models in Occupational Therapy ». **AUSTRALIAN OCCUPATIONAL THERAPY JOURNAL**, 41, pp. 115-122.

**KÜHN, THOMAS** (2001). **LA STRUCTURE DES RÉVOLUTIONS SCIENTIFIQUES** (L. Meyer, trad.). Paris : Flammarion. (Original publié en 1985).

**LANDRIVON, GILLES** (2002). **MÉTHODE GLOBALE DE LECTURE CRITIQUE D'ARTICLES MÉDICAUX : À L'USAGE DE L'ÉTUDIANT ET DU PRATICIEN**. Paris : Frison-Roche.

**LAW, MARY** (Ed.). (1998). **CLIENT-CENTERED OCCUPATIONAL THERAPY : NARRATIVES OF PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS**. Thorofare : Slack Inc.

**LAW, MARY ; BAPTISTE, SUE ; CARSWELL, ANN ; MCCOLL, MARY ; POLATAJKKO, HELEN & POLLOCK, NANCY** (1998). **LA MESURE CANADIENNE DU RENDEMENT OCCUPATIONNEL** (3<sup>e</sup> éd.). Ottawa : Association canadienne des ergothérapeutes.

**LAW, MARY & BAUM, CAROLYN** (2005). « Measurement in Occupational Therapy ». In M. Law, C. Baum & W. Dunn (Eds), **MEASURING OCCUPATIONAL PERFORMANCE :**

SUPPORTING BEST PRACTICE IN OCCUPATIONAL THERAPY (2<sup>e</sup> éd., pp. 3-20).  
Thorofare : Slack Inc.

**LAW, MARY ; BAUM, CAROLYN & DUNN, WINNIE** (Eds). (2005). MEASURING OCCUPATIONAL PERFORMANCE : SUPPORTING BEST PRACTICE IN OCCUPATIONAL THERAPY (2<sup>e</sup> éd.). Thorofare : Slack Inc.

**LAW, MARY ; COOPER, BARBARA ; STRONG, SUSAN ; STEWART, DEBRA ; RIGBY, PATTY & LETTS, LORI** (1996). « The Person-environment-occupation Model : A Transactive Approach to Occupational Performance ». *CANADIAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY*, 63 (1), pp. 9-23.

**LAW, MARY ; STEWART, DEBRA ; POLLOCK, NANCY ; LETTS, LORY ; BOSCH JACKIE & WESTMORLAND, MURIEL** (1998a). CRITICAL REVIEW FORM : QUALITATIVE STUDIES. Hamilton : McMaster University. En ligne : [www.fhs.mcmaster.ca](http://www.fhs.mcmaster.ca). Consulté le 12 février 2007.

192 **LAW, MARY ; STEWART, DEBRA ; POLLOCK, NANCY ; LETTS, LORY ; BOSCH JACKIE & WESTMORLAND, MURIEL** (1998b). GUIDELINES FOR CRITICAL REVIEW FORM : QUALITATIVE STUDIES. Hamilton : McMaster University. En ligne : [www.fhs.mcmaster.ca](http://www.fhs.mcmaster.ca). Consulté le 12 février 2007.

**LAW, MARY ; STEWART, DEBRA ; POLLOCK, NANCY ; LETTS, LORY ; BOSCH JACKIE & WESTMORLAND, MURIEL** (1998c). CRITICAL REVIEW FORM : QUANTITATIVE STUDIES. Hamilton : McMaster University. En ligne : [www.fhs.mcmaster.ca](http://www.fhs.mcmaster.ca). Consulté le 12 février 2007.

**LAW, MARY ; STEWART, DEBRA ; POLLOCK, NANCY ; LETTS, LORY ; BOSCH JACKIE & WESTMORLAND, MURIEL** (1998d). GUIDELINES FOR CRITICAL REVIEW FORM : QUANTITATIVE STUDIES. Hamilton : McMaster University. En ligne : [www.fhs.mcmaster.ca](http://www.fhs.mcmaster.ca). Consulté le 12 février 2007.

**LEE, CHRISTOPHER & MILLER, LINDA** (2003). « The Process of Evidence-based Clinical Decision Making in Occupational Therapy ». *AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY*, 57 (4), pp. 473-477.

**LETTTS, LORY & BOSCH, JACKIE** (2005). « Measuring Occupational Performance in Basic Activities of Daily Living ». In M. Law, C. Baum & W. Dunn (Eds), *MEASURING OCCUPATIONAL PERFORMANCE : SUPPORTING BEST*

PRACTICE IN OCCUPATIONAL THERAPY (2<sup>e</sup> éd., pp. 179-225). Thorofare : Slack Inc.

**LETTS, LORI; RIGBY, PATTY & STEWARD, DEBRA** (2003). USING ENVIRONMENTS TO ENABLE OCCUPATIONAL PERFORMANCE. Thorofare : Slack Inc.

**LEWINTER, MYRA & MIKKELSEN, SUSY** (1995). « Therapists and the Rehabilitation Process after Stroke ». **DISABILITY AND REHABILITATION**, 17 (5), pp. 211-216.

**MANIDI, MARIE-JOSÉ** (2006). **ERGOTHÉRAPIE COMPARÉE EN SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE**. Lausanne : Les Cahiers de l'éésp.

**MATHIAS, S., NAYAK, LAXMAN & ISAACS BERNARD** (1986). « Balance in Elderly Patients: the <Get-up and Go> Test ». **ARCHIVE PHYSICAL MEDECINE AND REHABILITATION**, 67 (6), pp. 387-389.

**MATTINGLY, CHERYL** (1991). « What is Clinical Reasoning ». **AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY**, 45 (11), pp. 979-986.

193

**MATTINGLY, CHERYL** (1998). **HEALING DRAMAS AND CLINICAL PLOTS: THE NARRATIVE STRUCTURE OF EXPERIENCE**. Cambridge : Cambridge : University Press.

**MATTINGLY, CHERYL & FLEMING, MAUREEN** (1994). **CLINICAL REASONING: FORMS OF INQUIRY IN A THERAPEUTIC PRACTICE**. Philadelphia : F. A. Davis.

**MCCLUSKEY, ANNIE** (2003). « Occupational Therapists Report a Low Level of Knowledge, Skills and Involvement in Evidence-based Practice ». **AUSTRALIAN OCCUPATIONAL THERAPY JOURNAL**, 50 (1), pp. 3-12.

**MCCOLL, MARY ANN** (2005). « Occupational therapy intervention in rehabilitation context ». In C. Christiansen, C. Baum & J. Bass-Haugen (Eds), **OCCUPATIONAL THERAPY : PERFORMANCE, PARTICIPATION, AND WELL-BEING** (3<sup>e</sup> éd., pp. 450-475). Thorofare : Slack Inc.

**MCCOLL, MARY ANN ; LAW, MARY ; STEWART, DEBRA ; DOUBT, LORAN ; POLLOCK NANCY & KRUPA, TERRY** (2003). **THEORETICAL BASIS OF OCCUPATIONAL THERAPY** (2<sup>e</sup> éd.). Thorofare : Slack Inc.

**MEYER, SYLVIE** (1990). LE PROCESSUS DE L'ERGOTHÉRAPIE. Lausanne : Les Cahiers de l'éesp.

**MEYER, SYLVIE** (1997). « Étude des conceptions de l'activité en ergothérapie auprès des personnes âgées ». *JOURNAL D'ERGOTHÉRAPIE*, 18 (4), pp. 142-148.

**MEYER, SYLVIE** (2003). EXPLORATION DES RAISONNEMENTS PRODUITS PAR DES ERGOTHÉRAPEUTES INTERVENANT AUPRÈS DE PERSONNES ATTEINTES D'UNE HÉMIPLÉGIE CONSÉCUTIVE À UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL. Mémoire de maîtrise en sciences infirmières, Université de Montréal, Faculté d'études supérieures.

**MEYER, SYLVIE** (2005). « L'élaboration d'une terminologie consensuelle en ergothérapie ». *ERGOTHÉRAPIE*, 19, pp. 11-16.

**MOREL-BRACQ, MARIE-CHANTAL** (2004). APPROCHE DES MODÈLES CONCEPTUELS EN ERGOTHÉRAPIE. Arcueil : Association nationale française des ergothérapeutes.

**MULLIGAN, SHELLEY** (2003). OCCUPATIONAL THERAPY EVALUATION FOR CHILDREN : A POCKET GUIDE. Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins.

**NEISTADT, MAUREEN** (2000). OCCUPATIONAL THERAPY EVALUATION FOR ADULTS : A POCKET GUIDE. Baltimore : Lippincott, Williams and Wilkins.

**NIELSON, CATHY** (1998). « Reevaluation ». In J. Hinojosa & P. Kramer (Eds), *EVALUATION : OBTAINING AND INTERPRETING DATA* (pp. 185-193). Bethesda : American Occupational Therapy Association.

**OPACICH, KENNETH** (1991). « Assessment and Informed Decision-making ». In C. Christiansen & C. Baum (Eds), *OCCUPATIONAL THERAPY : OVERCOMING PERFORMANCE DEFICITS* (pp. 355-372). Thorofare : Slack Inc.

**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ** (2001). CIF : CLASSIFICATION INTERNATIONALE DU FONCTIONNEMENT, DU HANDICAP ET DE LA SANTÉ. Genève : édité par l'auteur.

**OTTENBACHER, KENNETH & CHRISTIANSEN, CHARLES** (1997). « Occupational performance assessment ». In Ch. Christiansen & C. Baum (Eds), *OCCUPATIONAL*

**THERAPY: ENABLING FUNCTION AND WELL-BEING** (2<sup>e</sup> éd., pp. 105-135). Thorofare: Slack Inc.

**PATERSON, MARGO & SUMMERFIELD-MANN, LYNN** (2006). « Clinical Reasoning ». In E. Duncan. **FOUNDATIONS FOR PRACTICE** (4<sup>e</sup> éd., pp. 315-335). Edinburgh: Elsevier.

**PIERCE, DORIS** (2001). « Untangling Occupation and Activity ». **AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY**, 55 (2), pp. 138-146.

**PIERCE, DORIS** (2003). **OCCUPATION BY DESIGN: BUILDING THERAPEUTIC POWER**. Philadelphia: F. A. Davis Company.

**PIERQUIN, LOUIS; ANDRÉ, JEAN-MARIE & FARCY, PAUL** (1980). **ERGOThÉRAPIE**. Paris: Masson.

**POLATAJKO, HÉLÈNE** (2001). « L'évolution de notre perspective sur l'occupation: un périple passant de la thérapie récréative à l'utilisation thérapeutique de l'activité, jusqu'à la promotion de l'occupation ». **CANADIAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY**, 68 (4), pp. 203-207.

195

**POLGAR, JANICE** (2003). « Critiquing assessment ». In E. Crepeau, E. Cohn & B. Boyt Schell (Eds), **WILLARD AND SPACKSMAN'S OCCUPATIONAL THERAPY** (10<sup>e</sup> éd., pp. 293-313). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

**POLKINGHORNE, DONALD** (1996). « Transformative Narratives: From Victimic to Agentic Life Plots ». **AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY**, 50 (4), pp. 299-305.

**REED, KATHLEEN** (2005). « An Annotated History of the Concepts Used in Occupational Therapy ». In Ch. Christiansen, C. Baum & J. Bass-Haugen (Eds), **OCCUPATIONAL THERAPY: PERFORMANCE, PARTICIPATION, AND WELL-BEING** (3<sup>e</sup> éd., appendix B). Thorofare: Slack Inc.

**REED, KATHLEEN & SANDERSON, SHARON** (1980). **CONCEPTS OF OCCUPATIONAL THERAPY**. London: Williams and Wilkins.

**ROBERTSON LINDA** (1996a). « Clinical Reasoning, Part 1: the Nature of Problem Solving, a Literature. Review ». **BRITISH JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY**, 59 (4), pp. 178-182.

**ROBERTSON LINDA** (1996b). « Clinical Reasoning, Part 2 : Novice/Expert Differences ». *BRITISH JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY*, 59 (5), pp. 212-216.

**ROGERS, JOAN** (1983). « Eleanor Clarke Slagle Lectureship (1983); Clinical Reasoning : the Ethics, Science and Art ». *AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY*, 37 (9), pp. 601-616.

**ROGERS, JOAN & HOLM, MARGO** (1991). « Occupational Therapy Diagnostic Reasoning : A Component of Clinical Reasoning ». *AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY*, 45 (11), pp. 1045-1053.

**ROGERS, JOAN & HOLM, MARGO** (2003) « Evaluation of Areas of Occupation ». In E. Crepeau, E. Cohn & B. Boyt Schell (Eds), *WILLARD AND SPACKSMAN'S OCCUPATIONAL THERAPY* (10<sup>e</sup> éd., pp. 315-363). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

196

**ROGERS, JOAN & MASAGATANI, GLADYS** (1982). « Clinical Reasoning of Occupational Therapists during the Initial Assessment of Physically Disabled Patients ». *OCCUPATIONAL THERAPY JOURNAL OF RESEARCH*, 2 (4), pp. 195-219.

**ROYEEN, CHARLOTTE** (2002). « Occupation Reconsidered ». *OCCUPATIONAL THERAPY INTERNATIONAL*, 9 (2), pp. 111-120.

**SACKETT, DAVID ; ROSENBERG, WILLIAM ; GRAY, MUIR & HAYNES, BRIAN** (1996). « Evidence Based Medicine : What it is and What it isn't ». *BRITISH MEDICAL JOURNAL*, 312 (7023), pp. 71-72.

**SACKETT, DAVID ; STRAUSS, SHARON ; RICHARDSON, SCOTT ; ROSENBERG, WILLIAM & HAYNES, BRIAN** (2000). *EVIDENCE-BASED MEDICINE : HOW TO PRACTICE AND TEACH EBM* (2<sup>e</sup> éd.). Edinburgh : Churchill Livingstone.

**SHELL, BARBARA** (1998). « Clinical Reasoning : the Basis of Practice ». In M. Neistadt & E. Crepeau (Eds), *WILLARD AND SPACKSMAN'S OCCUPATIONAL THERAPY* (9<sup>e</sup> éd., pp. 90-100). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

**SHELL, BARBARA** (2003). « Clinical Reasoning : the Basis of Practice ». In E. Crepeau, E. Cohn & B. Boyt Schell (Eds), *WILLARD AND SPACKSMAN'S OCCUPATIONAL THERAPY* (10<sup>e</sup> éd., pp. 131-139). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

**SCHELL, BARBARA & CERVERO, RONALD** (1993). « Clinical Reasoning in Occupational Therapy: an Integrative Review ». **AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY**, 47 (7), pp. 605-610.

**SCHELL, BARBARA, CREPEAU, ELISABETH & COHN, ELLEN** (2003). « Overview of the Intervention ». In E. Crepeau, E. Cohn & B. Boyt Schell (Eds), **WILLARD AND SPACKSMAN'S OCCUPATIONAL THERAPY** (10<sup>e</sup> éd., pp. 455-490). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

**SCHWAAR, ANNE-CATHERINE & LACHAT, ANNE** (2005). **CÔNES, BÂTONNETS ET AUTRES ACTIVITÉS : QUEL SENS POUR LE CLIENT ? RECHERCHE SUR LES FACTEURS QUI PERMETTENT AU CLIENT DE DONNER SENS AUX ACTIVITÉS EN ERGOTHÉRAPIE**. Travail de diplôme. Lausanne, École d'Études sociales et pédagogiques, école d'ergothérapie.

**SCHWARTZ, KATHLEEN** (2003). « The History of Occupational Therapy ». In E. Crepeau, E. Cohn & B. Boyt Schell (Eds), **WILLARD AND SPACKSMAN'S OCCUPATIONAL THERAPY** (10<sup>e</sup> éd., pp. 5-13). Philadelphia : Lippincott.

197

**SEIDEL, ALICE** (2003). « Theorie Derived from Rehabilitation Perspectives ». In E. Crepeau, E. Cohn & B. Boyt Schell (Eds), **WILLARD AND SPACKSMAN'S OCCUPATIONAL THERAPY** (10<sup>e</sup> éd., pp. 235-240). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

**SÈVE-FERRIEU, NICOLE** (2005). **NEUROPSYCHOLOGIE CORPORELLE, VISUELLE ET GESTUELLE : DU TROUBLE À LA RÉÉDUCATION** (3<sup>e</sup> éd.). Paris : Masson.

**SHANNON, PHIL** (1977). « The Derailment of Occupational Therapy ». **AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY**, 31 (4), pp. 229-234.

**SPENCER, JEAN ; DAVIDSON, HARRIETT & WHITE, VIRGINIA** (1997). « Helping Clients to Develop Hopes for the Future ». **AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY**, 51 (3), pp. 191-198.

**STRAUSS, SHARON ; RICHARDSON, SCOTT ; GLASZIOU, PAUL & HAYNES, BRIAN** (2005). **EVIDENCE-BASED MEDICINE : HOW TO PRACTICE AND TEACH EBM** (3<sup>e</sup> éd.). Edinburgh : Elsevier, Churchill Livingstone.

**STREINER, DAVID & NORMAN GEOFFREY** (2003). *HEALTH MEASUREMENT SCALES: A PRACTICAL GUIDE TO THEIR DEVELOPMENT AND USE* (3<sup>e</sup> ed.). Oxford: Oxford University Press.

**SUMSION, THELMA** (2006). *CLIENT-CENTERED PRACTICE IN OCCUPATIONAL THERAPY* (2<sup>e</sup> éd.). Edinburgh: Churchill Livingstone.

**TAYLOR, CLARE** (2000). *EVIDENCE-BASED PRACTICE FOR OCCUPATIONAL THERAPISTS*. Oxford: Blackwell.

**THERRIAULT, PIERRE-YVES & COLLARD, FRANÇOISE** (1987). « Ergothérapie: < Je me souviens > ». *JOURNAL D'ERGOTHÉRAPIE*, 98 (2), pp. 41-49.

**TICKLE-DEGNEN, LINDA & BEDELL, GARY** (2003). « Heterarchy and Hierarchy: a Critical Appraisal of the < Levels of Evidence > as a Tool for Clinical Decision Making ». *AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY*, 57 (2), pp. 234-237.

198

**TREMBLAY, LOUIS ; SAVARD, JACINTHE ; CASIMIRO, LYNN & TREMBLAY, MANON** (2004). *RÉPERTOIRE DES OUTILS D'ÉVALUATION EN FRANÇAIS POUR LA RÉADAPTATION*. Ottawa: Regroupement des intervenantes et intervenants francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario ; Université d'Ottawa.

**TROMBLY, CATHERINE** (1995). « Occupation: Purposefulness and Meaningfulness as Therapeutic Mechanisms. 1995 Eleanor Clarke Slagle Lecture ». *AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY*, 49 (10), pp. 960-972.

**VAN DEUSSEN, JULIE & BRUNT, DENIS** (1997). *ASSESSMENT IN OCCUPATIONAL THERAPY AND PHYSICAL THERAPY*. Philadelphia: Saunders.

**VON GUNTEN, ARMIN ; DUC, ROBERT ; BRULL, JULIETTE ; KÜNG, ADRIAN ; GENEAU, DANIEL & TAILLEFER, DANIEL** (2002). *LE PROTOCOLE D'EXAMEN COGNITIF DE LA PERSONNE ÂGÉE ; VERSION RÉVISÉE (PECPA-2R LAUSANNE)*. Prilly/Lausanne: Service universitaire de psychogériatrie.

**WEST, WILMA** (1984). « A Reaffirmed Philosophy and Practice of Occupational Therapy for the 1980s ». *AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY*, 38 (1), pp. 15-23.

**WHITEFORD, GAIL & WRIGHT-ST CLAIR, VALERIE** (2005). **OCCUPATION & PRACTICE IN CONTEXT**. Sydney : Elsevier Churchill Livingstone.

**WILBY, HELEN** (2007). «The Importance of Maintaining a Focus on Performance Components in Occupational Therapy Practice. **BRITISH JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY**, 70 (3), pp. 129-132.

**WILCOCK, ANN** (2001). **OCCUPATION FOR HEALTH (Vol. 1-2)**. London : British Association and College of Occupational Therapy.

**WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPY** (2002). **MINIMUM STANDARDS FOR THE EDUCATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS**. Forrestfield : édité par l'auteur.

**WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPY** (2005). **DEFINITIONS OF OCCUPATIONAL THERAPY**. (Draft 7, August 2005). En ligne : [www.wfot.org.au](http://www.wfot.org.au). Consulté le 22 janvier 2007.

**WORLD HEALTH ORGANIZATION** (1980). **INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF IMPAIRMENTS, DISABILITIES, AND HANDICAPS : A MANUAL OF CLASSIFICATION RELATING TO THE CONSEQUENCES OF DISEASE (ICIDH)**, Genève : édité par l'auteur.

**YOUNGSTROM, MARY JANE & BROWN, CATANA** (2005). «Categories and Principles of Interventions». In C. Christiansen, C. Baum & J. Bass-Haugen (Eds), **OCCUPATIONAL THERAPY : PERFORMANCE, PARTICIPATION, AND WELL-BEING** (3<sup>e</sup> éd., pp. 397-420). Thorofare : Slack Inc.



# GLOSSAIRE

## **Activité**

201

Une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations (Enothe, 2007).

## **Buts du traitement**

Des attentes de résultats définis par l'utilisateur (Association canadienne des ergothérapeutes, 2002b).

## **Cadre de référence**

Une manière de conceptualiser qui sert de guide à la pratique et la légitime en fournissant des termes, des explications sur les relations entre des concepts, ainsi que des principes d'action (inspiré de Crepeau et Boyt-Schell, 2003).

## **Dépendance**

Le besoin d'aide pour réaliser ses activités de la vie quotidienne de façon satisfaisante (Enothe, 2007).

## **Domaine d'action**

Des catégories de tâches, d'activités et d'occupations qui appartiennent à la vie de tous les jours. Ces catégories sont habituellement appelées soins personnels, productivité et loisirs (Enothe, 2007).

## Éléments de la performance occupationnelle

Des aptitudes et des habiletés qui favorisent et affectent l'engagement dans des tâches, des activités ou des occupations. Elles peuvent être groupées par catégories, par exemple physiques, psychosociales ou affectives (Enothe 2007).

### Environnement

Des facteurs externes qui conditionnent l'action. Ces facteurs sont physiques, socio-culturels et temporels (Enothe, 2007).

### Évaluation (« assessment »)

Une démarche de collecte et d'interprétation d'informations sur les capacités fonctionnelles des personnes et sur leurs environnements, qui recourt à l'observation, à la mesure et à l'administration de tests dans le but d'éclairer la prise de décisions et de suivre les changements (Enothe, 2007).

### Évaluation (« evaluation »)

202 Une démarche permettant d'obtenir, d'interpréter et d'apprécier des informations portant sur les performances occupationnelles, et qui vise à hiérarchiser les problèmes et les besoins, à planifier et à modifier l'intervention, ainsi qu'à juger de la valeur de l'intervention (Enothe, 2007).

### Fidélité ou fiabilité

Une propriété d'un instrument selon laquelle les scores qu'il donne ne varient pas d'une passation à l'autre ni d'un évaluateur à l'autre s'il est utilisé dans les mêmes conditions (Ottenbacher & Christiansen, 1997).

### Finalité du traitement

Un objectif très global qui va donner une orientation générale à l'ensemble des interventions des divers spécialistes.

### Fonction

1. Les composantes physiques, psychiques qui permettent l'action.
2. La capacité à utiliser des éléments de ses performances occupationnelles pour réaliser une tâche, une activité ou une occupation (Enothe, 2007).

**Habilité**

Une aptitude, développée par l'expérience, qui permet l'action effective (Enothe, 2007).

**Habitude**

Une manière d'agir dans la vie quotidienne, acquise par de fréquentes répétitions, qui ne demande pas d'attention et qui permet un fonctionnement efficace (Enothe, 2007).

**Indépendance**

La capacité de réaliser ses activités de la vie quotidienne de façon satisfaisante (Enothe, 2007, en cours de traduction).

**Instrument de mesure ou outil d'évaluation**

Une méthode d'obtention de données qui a été formalisée par ses concepteurs de sorte qu'elle puisse être utilisée à l'identique par divers évaluateurs, pour divers usagers et à divers moments (Christiansen & Baum, 1997).

203

**Modèle de pratique**

Une construction théorique centrée sur l'occupation qui a été spécifiquement développée pour expliquer la démarche et la pratique de l'ergothérapie (Duncan, 2006).

**Normes (valeurs normatives)**

Une référence qui a été construite durant la standardisation d'un instrument ou d'une épreuve.

**Objectifs du traitement**

Une série de résultats, mesurables ou observables, attendus par l'ergothérapeute au fil ou au terme du traitement.

**Observation**

Une méthode d'obtention d'informations basée sur la capacité de l'observateur à voir, à entendre, à sentir ce qu'une personne fait dans une situation donnée (Reed & Sanderson, 1980).

## Occupation

Un groupe d'activités, culturellement dénommées, qui ont une valeur personnelle et socioculturelle et qui sont le support de la participation à la société. Elles comprennent les soins personnels, le travail et les loisirs (Enothe, 2007).

## Paradigme

Un consensus portant sur les croyances fondamentales de la profession (Duncan, 2006).

## Participation

L'engagement dans des situations de vie par le biais d'activités socialement contextualisées (Enothe, 2007).

## Performance (occupationnelle)

Le choix, l'organisation et la réalisation d'occupations, d'activités ou de tâches en interaction avec l'environnement (Enothe, 2007).

204

## Pratique scientifiquement fondée ou pratique probante ou pratique fondée sur les preuves (evidence « based practice », « ebp »).

Un processus systématique de recherche, d'évaluation et d'emploi des résultats de la recherche récente dans la prise de décision clinique.

## Problème

Une courte théorie explicative construite par l'ergothérapeute qui retient, au terme de la procédure d'évaluation, des performances identifiées comme perturbées et/ou des éléments de la performance occupationnelle altérés et/ou des conditions de l'environnement, puis qui explique les liens que ces composants du problème entretiennent entre eux ainsi qu'avec des atouts et des ressources de l'utilisateur.

## Raisonnement conditionnel

La production d'une représentation de la vie de l'utilisateur et l'ajustement de la thérapie à celle-ci.

## Raisonnement diagnostique

Un raisonnement hypothético-déductif qui permet à l'ergothérapeute d'identifier les problèmes de l'utilisateur, afin de définir des objectifs de traitement et de développer des solutions.

## Raisonnement éthique

Un jugement que l'ergothérapeute porte sur la situation à laquelle il fait face et qui lui permet de choisir l'action la plus défendable moralement lorsque des alternatives existent.

## Raisonnement interactif

La pensée produite par le thérapeute lorsqu'il s'ajuste du point de vue perceptif et comportemental dans des interactions avec l'utilisateur.

## Raisonnement narratif

Un ensemble de réflexions, produites sous la forme de récits qui visent à comprendre l'histoire occupationnelle de l'utilisateur.

## Raisonnement pragmatique

Les réflexions produites par le thérapeute pour appréhender les conditions pratiques contextuelles externes à l'utilisateur qui affectent l'intervention et pour s'y accommoder (Schell & Cervero, 1993).

205

## Raisonnement procédural

Un processus cognitif systématique et rationnel dont les buts sont d'identifier des problèmes et de leur trouver des solutions, puis de les mettre en œuvre en appliquant des procédures (Fleming, 1991).

## Routine

Une séquence établie et prévisible de tâches (Enothe, 2007).

## Sensibilité

La capacité d'un instrument à détecter quelque chose, souvent des changements au cours du temps (Gross Portney & Watkins, 2000).

## Tâche

Une succession d'actions ou de réflexions, structurées, conduisant à la réalisation d'un but particulier. Ce but peut être :

1. La réalisation d'une activité, ou
2. Un travail attendu de l'individu (Enothe, 2007).

### **Valeurs professionnelles**

Un ensemble de convictions portant sur la personne, l'activité, la santé et la maladie ou encore l'octroi des prestations. Elles énoncent ce qui importe ou ce qui est considéré comme juste pour le corps professionnel (Fondiller et al., 1990).

### **Validité**

La capacité d'un instrument à mesurer avec justesse ce dont il est censé rendre compte ou mesurer (Fortin, 2006).

# LES CAHIERS DE L'EESP

Sylvie Meyer

207

## **DÉMARCHES ET RAISONNEMENTS EN ERGOTHÉRAPIE**

14 x 21,5 cm, broché, 2007, 208 pages, 35 fr., 23 €, ISBN 2-88284-051-6

Comment les ergothérapeutes conduisent-ils leurs interventions depuis la demande de traitement jusqu'à sa clôture ? À quoi doivent-ils réfléchir ? Quels défis l'exercice de la profession doit-il relever face au développement de la connaissance ?

La première ambition de ce livre est de répondre à ces questions par un exposé des concepts centraux de la profession. La seconde est de décrire une démarche professionnelle et les raisonnements qui la sous-tendent.

Ce manuel a été écrit pour des étudiants en ergothérapie. Les ergothérapeutes désireux de pouvoir lire en français un état des lieux des démarches professionnelles en vigueur y trouveront probablement de l'intérêt.

Textes recueillis par Marianne Modak et Jean-Pierre Tabin

**PENSER LE SOCIAL. HOMMAGES À JEAN-PIERRE FRAGNIÈRE**

14 x 21,5 cm, broché, 2006, 233 pages, 35 francs, ISBN 2-88284-049-7

Les auteur·e·s des articles réunis dans cet ouvrage offrent une vaste palette de thèmes, d'approches théoriques et de réflexions en lien avec l'homme auquel cet ouvrage est dédié, le sociologue Jean-Pierre Fragnière.

Par ces textes qui lui rendent hommage, la personnalité complexe et riche de Jean-Pierre Fragnière est révélée, faisant apparaître le théoricien engagé du social, le chercheur aux intérêts multiples et le bâtisseur infatigable.

Marie-José Manidi (dir.)

**ERGOTHÉRAPIE COMPARÉE EN SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE**

14 x 21,5 cm, broché, 2006, 334 pages, 41 francs, ISBN 2-88284-048-9

Le traitement de la personne souffrant de troubles psychiques varie en fonction des modèles dont s'inspire l'ergothérapeute et du contexte de l'intervention. Cet ouvrage présente neuf approches adaptées au processus de l'ergothérapie allant de la psychiatrie en soins aigus à la santé mentale communautaire. Ses apports sont l'explication des principaux termes de chaque modèle, l'organisation de la démarche clinique en fonction de chacune des approches et l'illustration par des situations cliniques diverses et variées.

Ce manuel est un précieux instrument de travail pour les cliniciens, une aide à la réflexion, une base commune à l'enseignement ainsi qu'une illustration de l'efficacité et de la qualité de l'intervention ergothérapeutique.

Les approches sont l'intégration sensorielle auprès de patients schizophrènes, la thérapie cognitive et comportementale appliquée à l'ergothérapie, le modèle de l'occupation humaine adapté à la psychiatrie, l'analyse transactionnelle en ergothérapie, l'approche systémique : ergothérapie et thérapie brève centrée sur les solutions, l'approche biopsychosociale en ergothérapie, l'ergothérapie de l'âge avancé, l'ergothérapie ambulatoire, l'approche sociale et communautaire de l'ergothérapie.

Geneviève Heller, Pierre Avanzino, Céline Lacharme

## **ENFANCE SACRIFIÉE.**

### **TÉMOIGNAGES D'ENFANTS PLACÉS ENTRE 1930 ET 1970**

14 x 21,5 cm, broché, 2005, 144 pages, 30 francs, ISBN 2-88284-046-2

Cet ouvrage est dédié à la mémoire de Louissette Buchard-Molteni, qui a dénoncé publiquement le sort des enfants placés et qui avait entrepris une grève de la faim en 2003. Dix personnes, orphelines, abandonnées ou retirées à leur-s parent-s, témoignent de leurs placements en institution et chez des particuliers entre les années 1930 et 1970.

« Ces textes sont crus, brutaux parfois, et paraissent ressortir d'un autre temps. Ils reflètent pourtant des situations bien réelles, vécues il y a quelques décennies à peine. Leur publication constitue non seulement une source historique, mais aussi un signe de reconnaissance de la douleur ressentie par les personnes qui s'expriment. [...] L'état des recherches ne permet pas aujourd'hui de déterminer une approche systématique de ces dérapages et de leurs causes, qu'elles soient individuelles ou liées à un système, mais il nous montre des souffrances qui ne peuvent pas être contestées. » (Extrait de la préface d'Anne-Catherine Lyon, conseillère d'État)

209

Véréna Keller

## **AIDER ET CONTRÔLER. LES CONTROVERSES DU TRAVAIL SOCIAL**

14 x 21,5 cm, broché, 2005, 170 pages, 30 francs, ISBN 2-88284-045-4

La précarisation des conditions d'emploi et la remise en cause de l'État social transforment profondément la société. Quelle est aujourd'hui la place du travail social ? À qui et à quoi sert-il ? Doit-on aider tout le monde ou seulement ceux et celles qui le méritent ? Comment concilier l'aide et le contrôle ?

Cet ouvrage s'intéresse autant aux principes de l'action sociale qu'à l'intervention des professionnel·le·s. Fondé sur une étude des services d'aide sociale de Zurich, de Bâle, de Genève et du canton de Vaud, il analyse différents modèles d'organisation. Quels sont les principes de l'aide ? Selon quels critères les services sociaux attribuent-ils les prestations, chroniquement insuffisantes ? L'égalité de traitement des bénéficiaires est-elle respectée ? Comment les tâches sont-elles réparties entre différents métiers ? Entre spécialistes et généralistes ? Entre femmes et hommes ?

Marianne Modak et Françoise Messant

**ENTRE ENGAGEMENT ET ARRANGEMENTS. LE SENS  
DE LA RESPONSABILITÉ CHEZ LES COLS BLANCS DE PME**

14 x 21,5 cm, broché, 2005, 178 pages, 30 francs, ISBN 2-88284-044-6

Les restructurations des entreprises suscitent-elles l'adhésion du personnel dans le sens voulu par leurs initiateurs ? Dans quelle mesure le personnel répond-il aux injonctions d'une direction qui lui ordonne de prendre des initiatives, d'être entreprenant et responsable ?

Basé sur des entretiens approfondis auprès de cols blancs travaillant dans des petites et moyennes entreprises industrielles de Suisse occidentale, cet ouvrage veut répondre à ces questions primordiales, et pourtant négligées, que soulève la restructuration. Il montre que si la responsabilisation des cols blancs diffère selon les étapes des restructurations en cours dans l'entreprise, cela ne se fait pas systématiquement dans le sens recherché par la direction.

Anne Steudler-Zinszner

**ENFANT ET DROIT D'EXPRESSION.**

**APPLICATION DE LA CONVENTION DES NATIONS UNIES DE 1989**

14 x 21,5 cm, broché, 2004, 128 pages, 30 francs, ISBN 2-88284-043-8

Ratifiée non sans mal par la Suisse, la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (1989) bouleverse, pour autant qu'on y prenne garde, les représentations traditionnelles de l'enfance. Jusque-là, l'enfant était considéré comme un objet de droit, bénéficiant à ce titre d'un certain nombre de protections formelles. La Convention le définit comme un sujet de droit, lui conférant désormais un statut juridique qui le désigne apte à l'autodétermination et lui octroie la compétence de donner son avis.

Droit à la protection d'une part, droit à l'autonomie de l'autre, sont deux principes qui, sans être contradictoires, expriment une tension. Une tension qu'analyse Anne Steudler-Zinszner à partir de son travail de diplômée d'éducatrice de la petite enfance, tant sur la base des textes juridiques et de l'avis d'experts que sur celle d'entretiens auprès de spécialistes de la petite enfance. Le droit d'expression, le plus novateur, est abordé plus particulièrement.

Ne nous méprenons pas. En examinant de près la question des droits accordés à l'enfance, cet ouvrage ne se veut pas une énième contribution à la dispute, souvent marchande, sur l'enfant roi ou sur l'enfant tyran. Reste qu'il n'est pas vain de savoir de quoi on parle dès lors qu'on invoque les droits de l'enfant.

Joseph Coquoz, René Knüsel,  
avec la participation de Gafia Galay, Gabriel Guélat, Maurice Jecker-Parvex

**L'INSAISSABLE PRATIQUE.  
TRAVAIL ÉDUCATIF AUPRÈS DE PERSONNES SOUFFRANT DE  
HANDICAP. ÉTUDE PILOTE**

14 x 21,5 cm, broché, 2004, 196 pages, 30 francs, ISBN 2-88284-042-X

Que font les éducateurs et les éducatrices spécialisé-e-s ? À l'heure des compressions budgétaires, nécessitant une évaluation, une justification de l'ensemble des dépenses publiques, cette question prend une résonance toute particulière. Or, les réponses qu'on peut lui apporter manquent généralement de contenu précis. Le propos courant veut que les éduc... élèvent, qu'ils guident, qu'ils accompagnent – autant de métaphores traduisant l'embarras.

L'ambition de ce livre, fruit d'une recherche, est de décrire et d'analyser les actions de ces professionnels, non pas dans une perspective de contrôle ou de normalisation, mais pour faire apparaître ce qui constitue la quotidienneté de leurs pratiques. Pour accéder à celles-ci, il est nécessaire de briser quelques clichés et de se doter d'une méthode d'investigation comprenant l'observation des acteurs et leur implication par la parole.

Jean-Pierre Tabin, Véréna Keller, Kathrin Hofmann, Sophie Rodari,  
Anne-Lise Du Pasquier, René Knüsel, Véronique Tattini

**LE « TOURISME SOCIAL » : MYTHE ET RÉALITÉ.  
L'EXEMPLE DE LA SUISSE LATINE**

14 x 21,5 cm, broché, 2004, 208 pages, 30 francs, ISBN 2-88284-041-1

Un spectre hante les États fédéraux, le spectre du « tourisme social », une pratique qui consisterait à choisir un lieu de domicile en fonction des prestations sociales offertes par une région.

Pour qu'un « tourisme social » existe, trois conditions sont requises :

D'abord, les inégalités de prestations entre régions doivent être importantes. Ensuite, l'information sur ces inégalités doit être accessible au plus grand nombre. Enfin, il faut que des personnes décident de déménager pour profiter de ces différences de prestations.

Qu'en est-il dans la réalité ? Le « tourisme social » existe-t-il ?

À partir d'une enquête approfondie dans les cantons de Suisse latine, cet ouvrage donne une réponse à cette question.

Geneviève Heller, Claude Pahud, Pierre Brossy, Pierre Avanzino

**LA PASSION D'ÉDUIQUER. GENÈSE DE L'ÉDUCATION  
SPÉCIALISÉE EN SUISSE ROMANDE, 1954-1964**

14 x 21,5 cm, broché, 2004, 488 p., 38 francs, ISBN 2-88284-040-3

La passion d'éduquer marque le 50<sup>e</sup> anniversaire du Centre de formation d'éducateurs pour l'enfance et l'adolescence inadaptées et présente l'histoire des débuts de la première école de ce type en Suisse romande (1954-1964). Les maisons d'éducation souffraient de graves carences en moyens pédagogiques et matériels. Les premiers éducateurs formés allaient contribuer à leur mutation. Leurs témoignages relatent les représentations que l'on se faisait de la profession naissante, les modalités de formation, la situation dans les institutions, les conditions de travail et les différentes trajectoires professionnelles. La sélection des élèves et les écrits professionnels attestent que l'identité de la profession d'éducateur était centrée prioritairement sur la personnalité du candidat. Cet ouvrage est avant tout un essai de restitution d'une aventure collective vécue passionnément et marquée par son époque. Ses richesses sont-elles transmissibles ? Les récits et témoignages qui constituent le cœur de cet ouvrage répondent à leur manière à la question. À celles et ceux qui, aujourd'hui, ont mission de poursuivre l'aventure, de répondre !

René Knüsel, Marie-Claire Rey-Baeriswyl, Caroline Reynaud, Yvan Sallin

**L'INTERVENTION SOCIALE... ENTRE INSTITUTIONS,  
PROFESSIONS ET FORMATIONS**

14 x 21,5 cm, broché, 2003, 139 pages, 30 francs, ISBN 2-88284-039-X

À partir d'entretiens avec des personnes occupant des fonctions d'employeur ou d'employés d'institutions de Suisse romande, cet ouvrage présente les enjeux actuels de l'intervention sociale.

Aujourd'hui, confrontés au poids des contextes institutionnels de travail, menacés par des dérives bureaucratiques et par les dangers de la déqualification, l'intervention continue d'évoluer.

Comment décrire, préserver et surtout faire connaître la mission d'un corps professionnel soumis à des risques évidents d'éclatement entre intervention directe et ingénierie sociale, entre aide et développement, entre individuel et collectif, entre qualifications et compétences ?

Comment, dans ce contexte, former des personnes capables d'agir et d'établir des liens entre des mondes différents ? Comment développer de nouvelles compétences professionnelles permettant de verbaliser, de publiciser, voire de politiser l'intervention ?

Un enjeu majeur, qui interpelle les formations de base et continues.

D<sup>r</sup> Jacques Bergier

## **TRACES DE MÉMOIRE**

14 x 21,5 cm, broché, 2003, 136 pages, 28 francs, ISBN 2-88284-033-0

Ce récit autobiographique a été écrit à la fin d'une longue vie professionnelle par le D<sup>r</sup> Jacques Bergier. C'est une contribution exceptionnelle à l'histoire médico-sociale de l'enfance dans le canton de Vaud, qui recouvre la naissance de la pédopsychiatrie, le problème des enfants affectivement carencés et le développement des mesures de protection de l'enfance.

Acteur majeur de cette histoire à partir du milieu du XX<sup>e</sup> siècle, Jacques Bergier a été médecin adjoint puis médecin-chef de l'Office médico-pédagogique vaudois (1946-1957), chef du Service de l'enfance (1957-1968), médecin responsable du Bercaïl, centre de psychothérapie infantile de l'Hôpital de l'Enfance à Lausanne (1951-1983), enseignant dès 1952 dans les principaux lieux de formation socio-pédagogique, professeur extraordinaire de psychopédagogie à l'Université (1968-1978).

216 Le souci constant de Jacques Bergier a été l'enfant perturbé auquel il s'est efforcé d'apporter une aide en tant que pédopsychiatre. Selon lui, cette aide était inconcevable sans la mise en place de structures pour coordonner la protection de l'enfance, dont il a développé et consolidé le réseau médical, administratif et institutionnel. Dans ce témoignage se tissent les circonstances, les projets et les réalisations dans lesquels il a été impliqué, mais aussi et surtout ses motivations, ses satisfactions et ses doutes.

Gil Meyer, Annelise Spack, Sabine Schenk

**POLITIQUE DE L'ÉDUCATION PRÉSCOLAIRE ET DE L'ACCUEIL SOCIO-ÉDUCATIF DE LA PETITE ENFANCE EN SUISSE**

A5, broché, 2002, 139 pages, 29 francs, ISBN 2-88284-036-5

Depuis quelques années, l'accueil de la petite enfance occupe une place importante dans les débats de politique familiale et de politique sociale, au point que des questions telles que la pénurie de l'offre ou la pénurie de personnel qualifié sont devenues des thèmes politiques « tout court ». Cet ouvrage dresse un état des lieux de la situation actuelle dans un pays, la Suisse, dont la structure fédéraliste engendre en la matière de fortes disparités selon les régions, les cantons, voire les communes. Ce livre s'adresse à ceux pour qui le développement des lieux pour la petite enfance demeure une priorité tant éducative que politique.

**ENFANTS DANS LA TOURMENTE. RÉSUMÉ DE L'ÉTUDE HISTORIQUE « L'ŒUVRE DES ENFANTS DE LA GRAND-ROUTE », ÉDITÉ SUR MANDAT OFFICIEL DE L'OFFICE FÉDÉRAL DE LA CULTURE**

217

A4, 2003, 98 pages, 17 francs, nombreuses illustrations, ISBN 2-88284-037-3

Cette publication s'inscrit dans un projet d'accorder une large place à la dimension historique des questions et problèmes relatifs aux enfants. L'État et les communes auront toujours affaire à des enfants de groupes marginaux, qu'il s'agisse d'enfants de gens du voyage, d'ethnies étrangères ou de familles suisses tombées dans l'indigence, par exemple certaines familles monoparentales. Il est donc très important de comprendre pourquoi des institutions responsables, des communes et l'État ont totalement manqué à leur mission dans l'affaire de l'Œuvre des enfants de la grand-route et quels mécanismes ont conduit à cet échec.

Éditions ÉÉSP, chemin des Abeilles 14  
CH-1010 Lausanne  
Tél. 021 651 62 00 – Fax 021 651 62 88

Tous ces ouvrages sont disponibles chez votre libraire

Ils sont diffusés en Suisse par :  
Albert le Grand SA  
Route de Beaumont 20, 1700 Fribourg  
Tél. 026 425 85 95 – Fax 026 425 85 90

Ils sont diffusés hors de Suisse par :  
CID, bd Saint-Michel 131, 75005 Paris

Imprimé à Genève en décembre 2010



