

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.SC.)

PAR  
CHLOÉ DE HAERNE

PERCEPTION DE L'APPROCHE CENTRÉE SUR LA PERSONNE PAR DES  
ERGOTHÉRAPEUTES FRANÇAIS

DÉCEMBRE 2016

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet essai requiert son autorisation.

## REMERCIEMENTS

La réalisation de ce projet n'aurait pu être possible sans l'implication et le soutien de nombreuses personnes. Je tiens à les remercier sincèrement.

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice d'essai, Mme Martine Brousseau, professeure au département d'ergothérapie de l'UQTR, pour son temps, son enthousiasme, ses commentaires précieux et ses encouragements. Sans son soutien et sa rétroaction, ce projet n'aurait pu être de la qualité qu'il l'est. Je garde un précieux souvenir de ces échanges et de la supervision reçue. Je la remercie également pour son aide quant à la diffusion de ce projet d'étude. Je remercie par le fait même ses collaborateurs français qui ont également contribué à la diffusion.

D'ailleurs, je remercie sincèrement tous les ergothérapeutes qui ont donné de leur précieux temps pour participer à ce projet en diffusant ou en complétant le questionnaire. Votre participation en grand nombre m'a permis d'obtenir des résultats très riches et intéressants.

Je tiens également à remercier M. Émeric Offenstein, responsable de formation en ergothérapie à l'Institut Régional de Formation Sanitaire et Social de la Région Centre-Val de Loire, pour ses commentaires pertinents et constructifs suite à la lecture de cet essai. Ceux-ci ont permis de bonifier l'ensemble de ma réflexion.

Je remercie aussi M. Pierre-Yves Therriault, professeur et directeur du département d'ergothérapie de l'UQTR, ainsi que mes collègues de classe lors des séminaires, pour vos questions, vos commentaires et vos suggestions. Ceux-ci ont permis de pousser ma réflexion à un autre niveau.

Finalement, je me dois de remercier mes amis, mes collègues de classe, mon conjoint et ma famille pour votre soutien constant durant tout mon parcours universitaire. Ma réussite de cette étape importante est également la votre.

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES .....	vi
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES ABBRÉVIATIONS.....	viii
RÉSUMÉ .....	ix
1. INTRODUCTION .....	1
2. PROBLÉMATIQUE.....	2
2.1. Origine de l'approche centrée sur la personne.....	2
2.2. Évolution du concept en ergothérapie.....	2
2.3. Les diverses explications de l'approche centrée sur la personne.....	3
2.4. Les effets de l'approche centrée sur la personne .....	4
2.5. Description de l'adhésion à l'approche centrée sur la personne.....	7
2.6. L'approche centrée sur la personne en France.....	12
2.7. Constats et pertinence du sujet de recherche .....	13
2.8. Objectif de recherche .....	14
3. CADRE CONCEPTUEL .....	15
3.1. Définition du concept.....	15
3.2. Définition des principes de l'approche centrée sur la personne .....	15
3.2.1. Respect de la personne.....	16
3.2.2. Partenariat thérapeutique .....	16
3.2.3. Responsabilité décisionnelle.....	17
3.2.4. Habilitation ou promotion.....	17
3.2.5. Congruence contextuelle.....	18
3.3. Modèle du processus de pratique centrée sur la personne .....	18
3.3.1. Évaluations et interventions centrées sur la personne.....	19
3.3.2. Évaluations <i>top-down</i> .....	20
3.3.3. Évaluations et interventions basées sur les occupations .....	21
3.3.4. Le processus ergothérapeutique selon l'OTIPM .....	23
4. MÉTHODE.....	25

4.1. Devis .....	25
4.2. Échantillonnage.....	25
4.3. Méthode de collecte de données .....	26
4.4. Analyse des données .....	28
4.5. Considérations éthiques .....	28
5. RÉSULTATS .....	30
5.1. Taux de participation .....	30
5.2. Description des répondants .....	31
5.3. Perception de l'approche centrée sur la personne.....	32
5.3.1. Représentation de l'approche centrée sur la personne.....	32
5.3.2. Perception des répondants quant à leur pratique centrée sur la personne.....	34
5.3.3. Exemples cliniques de pratique centrée sur la personne.....	35
5.3.4. Limites à l'approche centrée sur la personne selon les répondants .....	38
5.3.5. Perception des répondants quant à la facilité à mettre en pratique certains éléments de l'approche centrée sur la personne dans leur pratique clinique .....	39
5.3.6. Perception des répondants quant à l'importance de mettre en pratique certains éléments de l'approche centrée sur la personne dans leur pratique clinique .....	41
5.3.7. Comparaison la facilité à mettre en pratique et l'importance accordée à certains éléments de l'approche centrée sur la personne.....	44
5.4. L'application de l'approche centrée sur la personne des répondants .....	46
5.4.1. Le choix des outils d'évaluation .....	46
5.4.2. L'établissement des objectifs d'intervention .....	47
5.4.3. L'établissement des activités thérapeutiques .....	50
6. DISCUSSION .....	52
6.1. Perception des ergothérapeutes quant à la mise en pratique des principes et des conditions de l'approche centrée sur la personne.....	52
6.1.1. Les représentations de l'approche centrée sur la personne des répondants .....	52
6.1.2. Raisons justifiant l'application des principes et des conditions de l'approche centrée sur la personne .....	53
6.2. L'application des principes de l'approche centrée sur la personne chez les ergothérapeutes français.....	54

6.2.1. Application des principes de l'approche centrée sur la personne en fonction des différentes étapes du processus de pratique en ergothérapie .....	54
6.2.2. Les habiletés et les attitudes de l'ergothérapeute.....	58
6.3. Les obstacles à l'application des principes et des conditions de l'approche centrée sur la personne .....	59
6.4. Forces et limites de l'étude .....	62
7. CONCLUSION.....	65
RÉFÉRENCES .....	67
ANNEXE A .....	74

## LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Raisonnement top-down lors de la phase d'évaluation inspiré de Fisher (2009).....	31
Figure 2.	Représentation de la facilité des répondants à mettre en pratique certains éléments de l'approche centrée sur la personne grâce au pourcentage des réponses.....	50
Figure 3.	Représentation de l'importance qu'accordent les répondants aux éléments de l'approche centrée sur la personne grâce au pourcentage des réponses...	52
Figure 4.	Représentation l'importance accordée aux différents éléments lors du choix d'outil d'évaluation en fonction du pourcentage du nombre de répondants.....	57
Figure 5.	Représentation des répondants en fonction de la manière dont ils établissent leurs objectifs d'intervention.....	58
Figure 6.	Représentation de l'importance accordée aux différents éléments lors du choix d'objectifs d'intervention en fonction du pourcentage du nombre de répondants.....	59
Figure 7.	Répartition des répondants en fonction de l'ordre accordé aux différents éléments lors de la sélection des activités thérapeutiques.....	60

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Les types d'interventions centrées sur la personne et basées sur les occupations.....	35
Tableau 2.	Nombre de répondants par questions.....	40
Tableau 3.	Description des répondants.....	41
Tableau 4.	Obstacles à l'application des principes et des conditions de l'approche centrée sur la personne selon les répondants.....	48
Tableau 5.	Comparaison entre la facilité des répondants à mettre en pratique certains éléments de l'approche centrée sur la personne et l'importance qu'ils accordent à ceux-ci en fonction du pourcentage des réponses.....	54
Tableau 6.	Comparaison entre les caractéristiques des répondants de cette étude et les données démographiques obtenues suite à l'enquête réalisée par Koch et Trouvé (2015).....	73

## **LISTE DES ABBRÉVIATIONS**

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
ACV	Accident cardiovasculaire
ANFE	Association nationale française des ergothérapeutes
AMPS	Assessment of motor and process skills
CIF	Classification internationale du fonctionnement
ENOTHE	European Network of Occupational Therapy in Higher Education
MCRO	La Mesure canadienne du rendement occupationnel
OTIPM	Occupational Therapy Intervention Process Model
TCC	Traumatisme craniocérébral
WFOT	World Federation of Occupational Therapy

## RÉSUMÉ

**Problématique :** L'approche centrée sur la personne est un concept fondamental dans la pratique de l'ergothérapie. Ce concept est apparu pour la première fois dans la littérature ergothérapique en 1983, dans les *Lignes directrices pour une pratique de l'ergothérapie centrée sur la personne* publiées par l'Association Canadienne des ergothérapeutes [ACE]. Depuis, cette approche fournit les fondations de la profession ergothérapique au niveau mondial (World Federation of Occupation Therapy [WFOT], 2010 ; British Association of Occupational Therapists and College of Occupational Therapist, 2011; ACE, 2016). En effet, *The World Federation of Occupational Therapy* énonce dans sa Déclaration de position sur la pratique de l'ergothérapie centrée sur la personne (2010) que les ergothérapeutes sont centrés sur la personne dans leur relation. Ils respectent les personnes recevant les soins et valorisent leurs expériences subjectives, leurs connaissances, leurs espoirs, leurs rêves et leur autonomie. Ainsi, plusieurs auteurs se sont penchés sur l'explication de ce concept. Également, plusieurs études empiriques ont été réalisées et font valoir les effets bénéfiques associés à cette approche, autant au niveau de la satisfaction envers les services, que de la qualité de vie et du fonctionnement des individus. Cependant, peu d'études se sont intéressées sur comment les principes et les conditions de l'approche centrée sur la personne sont mis en pratique. Aucune étude, à ma connaissance, ne documente la perception des ergothérapeutes français quant à la mise en pratique de cette approche. Il est à noter que la pratique ergothérapique française vit actuellement des changements importants, portant davantage un regard sur les bénéfices de l'activité humaine.

**Objectif :** L'objectif de cette étude est de décrire comment la perception de l'approche centrée sur la personne par des ergothérapeutes français. **Cadre conceptuel :** Les éléments du cadre conceptuel mis de l'avant sont les principes inhérents au concept de l'approche centrée sur la personne, soit le respect de la personne, le partenariat thérapeutique, la responsabilité décisionnelle, l'habilitation ou la promotion, ainsi que la congruence contextuelle. De plus, le modèle de processus de pratique, développé par Fisher (2009), le *Occupational Therapy Intervention Process Model*, est expliqué. Ce dernier est un modèle qui se veut *top-down*, basé sur les occupations et centré sur la personne. **Méthode :** Le devis de recherche est un devis mixte de type descriptif. Il s'agit d'une étude à visée exploratoire. Les méthodes d'échantillonnage sont non probabilistes : par réseau et de convenance. La méthode de collecte de données consiste en un sondage à l'aide d'un questionnaire électronique autoadministré. Les données qualitatives ont

fait l'objet d'une analyse de contenu et les données quantitatives, quant à elles, de statistiques descriptives simples et de pourcentages. **Résultats :** 130 ergothérapeutes français ont participé à cette étude. 66,7 % (n=87) des questionnaires ont été complétés. La moyenne d'âge des répondants est 37,6 ans et 84,6 % de ceux-ci sont des femmes. Ils ont en moyenne 15 années d'expériences et 96,9 % exercent actuellement en France. 81,8 % des répondants (n=90) considèrent avoir une pratique centrée sur la personne. L'analyse de contenu des explications des répondants du concept de l'approche centrée sur la personne fait valoir que ces derniers se représentent adéquatement ce concept. Les résultats démontrent également que les répondants ont le souci de mettre en pratique plusieurs principes de l'approche centrée sur la personne. En effet, plus de 90 % des répondants estiment qu'il est extrêmement, très ou assez important d'établir conjointement les objectifs avec la personne, de prendre en considération ses activités significatives dans l'établissement du plan d'intervention, d'écouter activement cette dernière, d'établir une alliance thérapeutique avec elle, de supporter et d'encourager son engagement pendant tout le processus ergothérapeutique et, finalement, que cette dernière ait un rôle actif. De plus, les répondants considèrent qu'un outil d'évaluation qui fournit des informations sur la manière dont la personne réalise une activité désirée est ce qui influence le plus leur choix d'outil et qu'un objectif d'intervention doit présenter les préférences et les projets de la personne. En ce qui concerne le choix des activités thérapeutiques, les répondants choisissent en premier lieu une activité qui est significative et plaisante pour la personne et une activité qui améliore la manière que celle-ci réalise une activité désirée. Cependant, certains principes ne sont pas faciles à actualiser en pratique clinique, tels que l'établissement des objectifs par la personne seule, l'implication des proches pendant le processus ergothérapeutique et l'établissement d'une relation d'autorité avec la personne. Certains obstacles ont été nommés par les répondants, tels que l'organisation des soins basés sur les déficits et la récupération des fonctions, le manque de ressources matérielles, humaines et financières ainsi que la perception de manquer de temps pour réaliser des évaluations écologiques. **Discussion :** Les résultats de l'analyse de contenu des représentations de l'approche centrée sur la personne en ergothérapie permettent d'affirmer que les répondants français se représentent cette approche de manière similaire aux ergothérapeutes ailleurs dans le monde. En effet, ils mettent en évidence des concepts similaires à ceux recensés dans les écrits, soit le respect (30,3 % des énoncés), la connaissance de la personne dans sa globalité (29,9 %), la promotion des activités (27,5 %), la collaboration (14,9 %) ainsi que le

partage des décisions (10,3 %). De plus, 81,8 % des répondants (n=90) considèrent que leur pratique clinique est centrée sur la personne. Les raisons justifiant leur position correspondent aux différents principes de l'approche centrée sur la personne, soit : le respect, la responsabilité décisionnelle, le partenariat thérapeutique et la participation active de la personne. Également, les résultats font valoir que les répondants français ont le souci et la capacité d'actualiser différents principes de l'approche centrée sur la personne, et ce, au cours de toutes les étapes du processus de pratique en ergothérapie. Cependant, une différence importante entre la facilité à actualiser et l'importance qu'accordent les répondants aux différents éléments de l'approche centrée sur la personne met en évidence qu'il n'est pas toujours possible d'actualiser cette approche tel que souhaité. De nombreux obstacles à l'actualisation de cette approche, identifiés par les répondants, peuvent ainsi expliquer ces différences. Les différences significatives se situent au niveau de : établir conjointement les objectifs d'intervention (importance 98,9 % vs 79,6% facilité) , laisser la personne établir ses objectifs elle-même (89,7% vs 31,9 %), négocier les objectifs d'intervention (83,7 % vs 58,1 %), adopter une perspective écologique (90,5 % vs 64,4 %), impliquer les proches de la personne (86,0 % vs 49,5%) et, finalement, que la personne ait un rôle actif dans la thérapie (96,5 % vs 67,4 %). **Conclusion** : La présente étude fait valoir des résultats inédits sur la perception de l'actualisation de l'approche centrée sur la personne par des ergothérapeutes français. Le fait qu'aucune autre étude ne documente comment les principes et les conditions de cette approche sont mis en pratique démontre la singularité de cette étude. Les résultats présentés dans cet essai démontrent que les répondants affirment avoir une pratique centrée sur la personne dans leur pratique clinique et qu'ils ont le souci de mettre en pratique plusieurs principes de cette approche. Toutefois, les résultats font également valoir qu'il y a une différence significative entre l'importance qu'accordent les répondants aux différents éléments de l'approche centrée sur la personne et la facilité qu'ils ont à les mettre en pratique.

**Mots-clés** : approche centrée sur la personne, personne-centrée, ergothérapie, France, perception.

**Key words** : client-centered approach, client-centered practice, person-centered, occupational therapy, France, perception.

## **1. INTRODUCTION**

Née d'une curiosité personnelle d'en apprendre davantage sur l'application de l'approche centrée sur la personne en France en raison d'un stage à l'étranger, je me suis interrogée sur comment est perçue cette approche par des ergothérapeutes français compte tenu de l'importance de l'étude de ce phénomène dans les écrits empiriques (Cohen et Schemm, 2007 ; Cott, 2004 ; D'Cruz, Howie et Lentin, 2016 ; Eyssen et coll. ; 2013, Guidetti, Andersson, Andersson, Tham et Koch, 2010 ; McKinnon, 2000 ; Palmadottir, 2006 ; Parker, 2012). De plus, peu d'études, à ma connaissance, ont documenté cette approche dans les pays européens francophones. La présente étude portera ainsi sur la perception de l'approche centrée sur la personne chez des ergothérapeutes français. Un questionnaire a été réalisé à partir d'une recension des écrits et a été envoyé à un échantillon d'ergothérapeutes français.

À travers la lecture de cet essai, le lecteur sera en mesure de comprendre la problématique associée à la mise en pratique des principes et des conditions de l'approche centrée sur la personne en ergothérapie. Ensuite, les éléments du cadre conceptuel retenus dans le cadre de cette étude sont exposés. Par la suite, la méthode utilisée est décrite, soit : le devis de l'étude, l'échantillonnage, la méthode de collecte de données, l'analyse de données et les considérations éthiques. Puis, les résultats de cette étude sont décrits et commentés dans la section discussion. Finalement, la lecture de cet essai se termine par une brève conclusion.

## **2. PROBLÉMATIQUE**

### **2.1. Origine de l'approche centrée sur la personne**

L'approche centrée sur la personne est un concept pertinent pour les disciplines de la santé, existant depuis plusieurs décennies. En effet, on doit sa naissance à Carl Rogers en 1951. (Law, 1998). Dans son livre *The Clinical Treatment of the Problem Child*, publié en 1939, il a élaboré une théorie soulignant que l'approche centrée sur la personne est non directive puisque la personne et le thérapeute dirigent conjointement la thérapie (Law, 1998). Il stipule que le rôle de la personne recevant les soins est d'identifier ses difficultés, de trouver des solutions pour les résoudre et conclure le processus ergothérapique. Par conséquent, celle-ci doit avoir un rôle actif. Le rôle du thérapeute est de faciliter cette résolution de problème grâce à la stimulation des intérêts et des habiletés de la personne. Selon Rogers, cette approche a trois conditions : une compréhension empathique, un regard positif inconditionnel et une authenticité thérapeutique. Ainsi, il est important de reconnaître les valeurs culturelles et les expériences uniques à chaque individu.

### **2.2. Évolution du concept en ergothérapie**

Depuis, ce concept a été adopté dans de nombreux pays par plusieurs professionnels, dont les ergothérapeutes (Cott, 2004 ; Doig , Fleming, Cornwell et Kuipers 2009 ; Moats, 2007; Parker, 2012). Dans les écrits ergothérapiques, ce concept est apparu pour la première fois dans les *Lignes directrices pour une pratique de l'ergothérapie centrée sur la personne* publiées par l'Association canadienne des ergothérapeutes en 1983 (Association canadiennes des ergothérapeutes [ACE], 1991 ; Gupta et Taff, 2015). Ce qui différencie les ergothérapeutes des autres professions est leur perspective bio-psycho-sociale des individus en tant qu'êtres occupationnels et la croyance que les occupations influencent la santé (Polajtako et coll., 2013 ; Gupta et Taff, 2015).

Aujourd'hui, l'approche centrée sur la personne fournit les fondations de la profession ergothérapique au niveau mondial (WFOT 2010, British Association of Occupational Therapists and College of Occupational Therapist, 2011 ; ACE, 2016). En effet, *The World Federation of Occupational Therapy* énonce dans sa Déclaration de position sur la pratique de l'ergothérapie centrée sur la personne (2010) que la pratique de l'ergothérapie est fondée sur une philosophie humaniste. Les ergothérapeutes sont centrés sur la personne dans leur relation. Ils respectent les

personnes recevant les soins et valorisent leurs expériences subjectives, leurs connaissances, leurs espoirs, leurs rêves et leur autonomie. Ainsi, la pratique ergothérapique est donc centrée sur la personne, qu'il s'agisse d'un individu ou d'une entité collective (une famille, un groupe, une communauté ou une population) (WFOT, 2010).

### **2.3. Les diverses explications de l'approche centrée sur la personne**

Au cours des dernières années, plusieurs auteurs se sont penchés sur l'explication de ce concept en ergothérapie (Fransen, Pollard, Kantartzis et Viana-Moldes, 2015 ; Gupta et Taff, 2015 ; Leplege et coll., 2007 ; Parker, 2001 ; Sumsion, 2000 ; Sumsion et Law, 2006 ; Whalley Hammell, 2013). Selon Law (1998), l'approche centrée sur la personne permet de favoriser la participation, l'échange d'informations, le respect du client et la prise de décision par celui-ci. Parallèlement, selon l'opinion professionnelle de Rebeiro (2001), une ergothérapeute canadienne, la pratique centrée sur la personne est une composante importante de l'identité personnelle et professionnelle des ergothérapeutes. Elle estime que les ergothérapeutes sont centrés sur la personne lorsqu'ils font preuve de vigilance face à l'équilibre précaire entre le corps, la pensée et l'esprit d'un individu, ne délaissant pas l'esprit au profit de la maladie ou de la déficience par exemple. Ainsi, l'ergothérapeute et la personne concernée envisagent des possibilités, ne mettant pas l'emphase sur les déficiences physiques et les limitations.

D'une part, quelques auteurs suggèrent un comment faire. L'analyse du concept par Sumsion et Law (2006) met en lumière qu'offrir des choix est un élément clé de l'approche centrée sur la personne. La revue de 120 articles publiés entre 1990 et 2005 souligne également l'importance d'établir un partenariat efficace avec la personne recevant les soins ainsi que de faire attention aux enjeux liés au pouvoir. De surcroît, ces éléments sont appuyés par Parker (2012), dont la revue narrative de la littérature, dans le cadre d'un doctorat, révèle que les éléments centraux de la pratique centrée sur la personne sont le partenariat, le pouvoir, l'élaboration d'objectifs communs, la négociation ainsi que le respect.

Ces concepts sont également appuyés par l'étude exploratoire de Sumsion (2000), réalisée auprès de 67 ergothérapeutes de l'Angleterre, par l'entremise de groupes de discussions focalisées. Le but de l'étude est d'élaborer une définition britannique de la pratique centrée sur la personne. La définition finale, validée suite à six révisions avec les membres du *Council of the College of Occupational Therapist*, est :

« La pratique centrée sur la personne est un partenariat entre le client et le thérapeute, où la personne recevant les soins participe activement dans la négociation des objectifs, lesquels sont prioritaires et au cœur des évaluations et des interventions. L'ergothérapeute, tout au long du processus, écoute la personne et respecte ses valeurs, adapte ses interventions pour combler ses besoins et habilite celle-ci à prendre des décisions informées. Le rôle de l'ergothérapeute est d'habiliter le client à s'engager dans des performances fonctionnelles et à exercer ses rôles occupationnels dans divers environnements (traduction libre). »

Au niveau européen, six ergothérapeutes de différents pays européens (Creek, 2010 ; Meyer, 2013), parlant tous une langue différente, se sont regroupés dans le cadre d'un projet de l'*European Network of Occupational Therapy in Higher Education* [ENOTHE]. L'objectif de ce projet était de définir certains concepts utilisés en ergothérapie, dont l'approche centrée sur la personne, à partir de revues de la littérature. Ils se sont assurés que la définition retenue était claire et pouvait être traduite adéquatement dans les différentes langues. Ainsi, la définition retenue est celle de Townsend, Stanton, Law, Polatajko et Baptiste (2002), soit une approche de collaboration et de partenariat utilisée dans l'habilitation des individus recevant des services. L'ergothérapeute centré sur le client démontre donc du respect pour le client, l'inclut dans la prise de décision, revendique avec et pour les besoins du client, ainsi que reconnaît l'expérience et les connaissances du client.

Grâce aux différentes explications de l'approche centrée sur la personne, il est possible de constater que les concepts centraux de l'approche centrée sur la personne sont le respect, le partage des décisions, le partenariat et la participation active de la personne. Ainsi, une étude portant sur l'approche centrée sur la personne a une pertinence professionnelle étant donné l'intérêt de nombreux auteurs de définir ce concept.

#### **2.4. Les effets de l'approche centrée sur la personne**

De nombreux auteurs se sont penchés, au cours des dernières années, sur les effets de cette approche, autant sur l'efficacité des services que sur le fonctionnement et la satisfaction des personnes au cœur de ces services en ergothérapie.

Dans une revue systématique, Arbesman et Mosley (2012) ont retenu 28 articles publiés entre 1990 et 2010, dont 24 de niveau 1, permettant d'établir une évidence forte à modérée que les interventions ergothérapeutiques centrées sur la personne et sur les occupations, grâce entre autres à un plan d'intervention individualisé, améliorent le fonctionnement et la performance

occupationnelle ainsi que la participation à long terme dans des activités physiques chez les personnes âgées vivant à domicile.

D'autre part, Cohen et Schemm (2007) ont réalisé une étude clinique randomisée dont l'objectif était d'évaluer l'impact d'interventions, centrées sur la personne, sur les capacités fonctionnelles, sur la participation sociale et la satisfaction face à la vie des participants. Cette étude a été réalisée auprès de 21 participants ayant eu une blessure médullaire, parmi lesquels 12 personnes recevaient des services d'ergothérapies centrés sur la personne à domicile alors que les autres recevaient des visites sociales de la part de deux étudiants en pharmacie ou d'une secrétaire. Pendant les sessions, les ergothérapeutes travaillaient en collaboration avec le participant pour modifier des occupations dans le but de promouvoir le sentiment de compétence, d'atteindre les objectifs déterminés par ce dernier, augmenter leur participation dans différents rôles occupationnels, développer de nouvelles habitudes de vie et promouvoir l'indépendance fonctionnelle. Les auteurs ont conclu que l'approche centrée sur la personne améliore significativement la perception de la qualité de vie des personnes blessées médullaires, mesurée grâce au *Life Satisfaction Inventory-A* (Neugarten, Havighurst et Tobin, 1961), principalement grâce à l'engagement dans de nouveaux rôles.

Dans le même ordre d'idées, les résultats de l'étude randomisée d'Eyssen et collaborateurs (2013), réalisée auprès de 29 ergothérapeutes et 269 personnes ayant la sclérose en plaques aux Pays-Bas, indiquent qu'il y a une amélioration significative au niveau des incapacités, de la participation, de l'autonomie, de la qualité de vie, de la fatigue, de l'auto-efficacité, de la performance et de la satisfaction des personnes recevant des services d'ergothérapie centrés sur la personne. De plus, les résultats démontrent qu'il y a une amélioration au niveau de la satisfaction quant à l'aspect relationnel et organisationnel du processus ergothérapeutique, soit la qualité des services reçus et du processus de pratique centré sur la personne. Ces résultats ont été mesurés à l'aide du *Evaluation of the client-centred process* et du Quote-EEE. Ces résultats vont dans le même sens que les résultats de l'étude clinique randomisée de Guidetti et collaborateurs (2010) réalisée auprès de 30 personnes ayant eu un AVC. En effet, 86% des participants du groupe recevant des interventions basées sur les AVQ et centrées sur la personne ont eu des améliorations statistiquement significatives au niveau de leur fonctionnement comparativement à 63% des participants du groupe contrôle.

De plus, certaines études viennent préciser en quoi l'approche centrée sur la personne est bénéfique pour les personnes recevant les services. Tout d'abord, les résultats de l'étude exploratoire de Doig, Fleming, Cornwell et Kuipers (2009), réalisée auprès de 12 personnes ayant eu un traumatisme craniocérébral [TCC] et leurs proches en Australie, mettent en évidence que l'identification des objectifs d'interventions par les personnes recevant les services, grâce à une approche centrée sur la personne, augmente leur motivation, engendre un sentiment de fierté et d'accomplissement, permet de constater plus facilement leurs améliorations, augmentant par conséquent leur satisfaction à l'égard des services et leur engagement dans le processus ergothérapeutique.

Les résultats de l'étude phénoménologique de Cott (2004) font également valoir que les composantes importantes des services de réadaptation centrés sur la personne, de la perspective des personnes recevant les services en Ontario, au Canada, sont (1) la personnalisation des interventions en fonction des besoins de chaque personne, (2) la participation active dans la prise de décision et l'établissement des objectifs, (3) les résultats significatifs pour la personne, (4) le partage d'informations et d'éducation en fonction des souhaits de la personne, (5) le support émotionnel des thérapeutes, (6) l'implication de la famille et des proches pendant tout le processus et, finalement, (7) la coordination et la continuité entre les différents services de réadaptation.

Une autre étude a été réalisée dans le but de comprendre la pratique centrée sur la personne, de la perspective de la personne recevant les services. En effet, l'étude phénoménologique de D'Cruz, Howie et Lentin (2016), réalisée auprès de 6 adultes ayant eu un TCC modéré à sévère et recevant des services d'ergothérapie à domicile en Australie, souligne que les participants apprécient l'expérience client-thérapeute, se sentant comme une personne à part entière connue dans le passé et le présent, le fait de participer activement dans la thérapie, la valorisation et la confiance des ergothérapeutes à leur égard, ainsi que l'aide reçue pour s'ajuster à leur nouvelle condition et à rétablir leur engagement occupationnel. Ces résultats vont dans le même sens que l'étude de Palmadottir (2006), dont l'objectif est de décrire les caractéristiques de la relation entre les personnes recevant les services et des ergothérapeutes. Les participants de cette étude ont exprimé, par l'entremise d'entrevues non structurées, être satisfaits de la relation avec leur ergothérapeute. Ils mentionnent que celle-ci diffère de leur relation avec d'autres professionnels de la santé, en raison de l'informalité des interactions dont découle une relation de

confiance et de proximité. De plus, les résultats font valoir que les personnes recevant les services apprécient que les ergothérapeutes les encouragent à prendre des décisions, les écoutent, soutiennent leur engagement, respectent leurs choix et leurs valeurs, agissent comme un guide, partagent les responsabilités et, finalement, qu'ils soient attentionnés et chaleureux. De surcroît, les résultats de l'étude de McKinnon (2000), réalisée auprès de 107 adultes ayant reçu des services d'ergothérapie en Alberta, au Canada, soulignent que les personnes recevant les services accordent de l'importance à la communication ouverte et aux interactions avec leurs ergothérapeutes.

En somme, les différentes études recensées mettent en lumière que les personnes recevant les services en ergothérapie accordent de l'importance à la relation thérapeutique. À travers une approche centrée sur la personne, elles se sentent considérées à part entière et non seulement comme un patient. Elles sont valorisées et encouragées à occuper un rôle actif, ainsi qu'en confiance grâce à l'établissement d'une alliance thérapeutique (Cott, 2004 ; Doig et coll., 2009 ; D'Cruz et coll., 2016 ; McKinnon, 2000 ; Palmadottir, 2006 ; Parker, 2012). Par conséquent, une étude portant sur l'approche centrée sur la personne a une pertinence sociale, étant donné que de nombreuses études illustrent les effets bénéfiques de cette approche, autant au niveau de la satisfaction de la personne à l'égard des services qu'elle reçoit que sur son fonctionnement.

## **2.5. Description de l'adhésion à l'approche centrée sur la personne**

Alors que plusieurs études (Cohen et Schemm, 2007 ; Cott, 2004 ; D'Cruz et coll. ; 2016, Eyssen et coll., 2013 ; Guidetti et coll., 2010 ; McKinnon, 2000 ; Palmadottir, 2006 ; Parker, 2012) documentent les bénéfices de l'approche centrée sur la personne, peu d'études documentent comment les ergothérapeutes mettent en place les principes et les conditions de l'approche centrée sur la personne dans leur pratique clinique.

L'étude de Maitra et Erway (2006) avait pour but d'analyser leurs perceptions quant à leur implication respective dans le processus de pratique centrée sur la personne. Elle a été effectuée auprès de 11 ergothérapeutes et 30 personnes recevant des services d'ergothérapie au moins une fois par semaine. Tous les répondants ergothérapeutes mentionnent appliquer les principes de la pratique centrée sur la personne dans leurs services et 72,2 % mentionnent encourager « beaucoup » les personnes à participer à l'établissement de leurs objectifs. 100,0 % (n=11) des répondants disent expliquer le rôle de l'ergothérapeute à la personne, 90,9 % (n=10)

adresser les objectifs, 81,8 % (n=9) éduquer la personne quant à sa participation dans l'établissement des objectifs, 90,9 % (n=10) discuter des options thérapeutiques avec la personne et 90,9 % (n=10) mentionnent qu'il est important d'impliquer la personne dans le processus d'établissement des objectifs. Cependant, aucun des répondants recevant les services n'indique être au courant de l'utilisation d'une approche centrée sur la personne.

De plus, l'étude de Kjellberg, Kahlin, Haglund et Taylor (2012) avait pour but d'explorer le niveau de participation en ergothérapie des personnes recevant des services en santé mentale de la perspective des ergothérapeutes. Pour ce, 670 questionnaires ont été envoyés à des ergothérapeutes exerçant en Suède, dont 285 ont été complétés. 66 % des répondants indiquent déterminer les difficultés de la personne avec la personne, 22 % disent les définir seuls et 12 % mentionnent que la personne recevant les services en ergothérapie définit seule ses difficultés. En ce qui concerne l'établissement des objectifs d'interventions, 71 % des ergothérapeutes signalent les établir avec la personne, 20 % sans la personne et 14 % que c'est la personne qui les établit seule. Finalement, 71 % des répondants ont répondu établir le plan d'intervention de manière interdépendante, 23 % de manière indépendante (sans la personne) et 6 % de manière dépendante (la personne seule).

Une étude exploratoire a été réalisée par Mulligan, Prudhomme White et Arthanat (2014) auprès de 84 ergothérapeutes et étudiants du New Hampshire, par l'entremise d'un questionnaire, dans le but d'obtenir une meilleure compréhension de la nature des services ergothérapeutiques de cette région. Les résultats de cette étude soulignent que 92% des répondants estiment qu'adresser les besoins occupationnels de la personne est extrêmement important, 4 % comme étant assez important et 4 % comme étant neutre ou peu important. Les répondants devaient classer en ordre ce qu'ils considèrent lorsqu'ils choisissent un outil d'évaluation. La capacité d'un outil à obtenir de l'information sur les habiletés et les fonctions corporelles de la personne a été classée comme étant plus importante que la capacité de l'outil à obtenir de l'information sur la performance de la personne dans une occupation. Parallèlement, les répondants ont déterminé qu'ils choisissent un objectif qui adresse les fonctions corporelles ou les habiletés affectant le fonctionnement avant un objectif qui adresse les préférences de la personne. En ce qui concerne le choix des activités thérapeutiques, une activité qui améliore la performance de la personne dans une occupation sera choisie d'abord, puis, une activité qui correspond aux préférences de la personne sera considérée, suivie d'une activité qui a la capacité de faire vivre du succès à la personne. En somme, les

auteurs concluent que les décisions des répondants en ce qui concerne le choix d'outils d'évaluation, l'endroit où ont lieu les interventions et la sélection des activités thérapeutiques démontrent qu'ils mettent plutôt l'emphase sur la remédiation des fonctions corporelles et des habiletés plutôt que sur la performance de la personne dans des occupations désirées. Malgré tout, les auteurs affirment que les répondants comprennent l'importance d'une pratique basée sur les occupations et centrée sur la personne.

D'une autre part, Moats (2007) a réalisé une étude auprès de 10 ergothérapeutes dans le but d'explorer la relation entre les modèles de prise de décisions des ergothérapeutes et les difficultés professionnelles rencontrées lors de la promotion aux occupations et la pratique centrée sur la personne. Les résultats indiquent que les ergothérapeutes s'engagent souvent dans des prises de décisions fondées sur la négociation afin d'atteindre leur objectif. Les répondants sont tous d'accord qu'il est important de supporter les désirs de la personne, mais ils affirment que cette dernière est parfois exclue de la prise de décision, particulièrement lorsqu'elle présente des troubles cognitifs, et ce, malgré leur désir d'avoir une pratique centrée sur la personne. De plus, les ergothérapeutes tentent d'assurer un équilibre entre la sécurité de la personne et l'autonomie de celle-ci, tout en répondant à ses désirs.

Ces différentes études permettent de constater que pour être centrés sur la personne, les ergothérapeutes prennent en considération les besoins et désirs de la personne dans les évaluations, les interventions et la poursuite des objectifs (Kjellberg et coll., 2012 ; Maitra et Erway, 2006 ; Moats, 2007 ; Mulligan, Prudhomme-White et Arthanat, 2014). Plus spécifiquement, d'autres études illustrent que les ergothérapeutes ont recours à des outils, tels que le *Self-Identified Goals Assesment* (Chapman et Nelson, 2014), le *Goals for Occupational Therapy List* (Custer, Huebner, Freudenberger et Nichols, 2013) et la Mesure canadienne du rendement occupationnel (Law, Baptiste, Carswell, McColl, Polatajko et Pollock, 2005) afin d'être centrés sur la personne. Selon l'étude descriptive de Doig, Fleming, Cornwell et Kuipers (2009) réalisée auprès de 12 personnes ayant eu un TCC, 10 de leurs proches et 3 ergothérapeutes en Australie, l'utilisation de ce type d'outils pour établir les objectifs structure et facilite la participation de la personne dans sa réadaptation.

Malgré que peu d'étude détaillent comment l'approche centrée sur la personne est intégrée en pratique clinique, plusieurs auteurs se sont interrogés sur les obstacles à l'application

de cette dernière. D'abord, Sumsion et Smyth (2000) ont dressé une liste d'obstacles à partir d'une recension des écrits. Puis, les auteures ont envoyé un questionnaire à 60 ergothérapeutes du Royaume-Uni, leur demandant de coter les obstacles énumérés limitant la mise en pratique des principes et des conditions d'une approche centrée sur la personne, grâce à une échelle de 1 « prévient complètement » à 5 « n'empêche pas du tout. » Le fait que l'ergothérapeute et la personne recevant des services poursuivent des objectifs différents constituent l'obstacle répertorié comme étant le plus important. Le deuxième obstacle le plus important est le fait que les valeurs et les croyances des ergothérapeutes les préviennent d'accepter les objectifs de la personne. Les autres obstacles identifiés par les répondants de cette étude, énumérés en ordre, sont : (3) la domination du modèle médical, (4) la difficulté de l'ergothérapeute à prendre des risques pour supporter l'objectif de la personne, (5) la difficulté de l'ergothérapeute à faciliter l'identification des objectifs par la personne, (6) la pensée que l'approche centrée sur la personne est trop demandant pour la personne recevant les services, (7) le manque de connaissances de la part de l'ergothérapeute sur cette approche, (8) le manque de connaissance de soi des ergothérapeutes, (9) la difficulté de l'ergothérapeute à évaluer si la personne est en mesure de déterminer ses propres objectifs, (10) le manque de temps, (11) l'approche centrée sur la personne diffère trop de la pratique actuelle des ergothérapeutes, (12) un niveau de stress trop élevé, (13) une pression financière, (14) les différences de cultures entre les personnes recevant les services et les ergothérapeutes, et, finalement, (15) les différences de genres entre ces derniers. Sumsion (2006) rajoute qu'une charge importante de travail peut être un obstacle à la mise en pratique des principes et des conditions de l'approche centrée sur la personne, ainsi que le fait que certaines personnes sont trop fatiguées ou malades ou, encore, ne comprennent pas la nature derrière cette approche. De plus, Sumsion (2006) mentionne que les ergothérapeutes ont le devoir d'assurer la sécurité de la personne dans toutes leurs interventions et que ces derniers ont parfois de la difficulté à déterminer ce qui est sécuritaire et ce qui ne l'est pas. Cette auteure rappelle que si l'ergothérapeute a informé la personne sur les risques qu'elle encourt, qu'il doit accepter la décision de la personne de poursuivre un objectif qu'il juge non sécuritaire. D'ailleurs, Townsend et coll. (2013) indiquent que l'objectif de l'ergothérapeute est d'encourager la personne à s'engager dans des occupations de manière sécuritaire, et ce, en respectant le droit légitime de celle-ci à prendre des risques.

Ensuite, l'étude de Kjellberg et coll. (2012) a également exploré ce qui limite la participation de la personne recevant les services en ergothérapie. Le questionnaire, complété par 285 ergothérapeutes en Suède, nécessitait que les répondants sélectionnent les cinq principaux obstacles qu'ils rencontrent dans leur pratique à partir d'une liste d'alternatives. 39% des répondants considèrent que le manque de capacité de la personne à participer activement est la principale limite, 20 % jugent qu'il s'agit du manque de ressources organisationnelles et/ou financières et 16 % croient que c'est plutôt le manque de connaissances de la part de la personne en ce qui concerne ses propres difficultés et comment les résoudre. Les autres limites mentionnées sont : les différences de priorités entre l'ergothérapeute et la personne (7%), l'approche de l'équipe de soin différente de celle de l'ergothérapeute (6%), le manque d'outils qui supportent la participation de la personne (4%) et, finalement, la difficulté de la personne à communiquer verbalement (3%).

De surcroît, Maitra et Erway (2006) ont réalisé des entrevues avec 11 ergothérapeutes. Les principaux défis identifiés par les participants, à l'implantation d'une pratique centrée sur la personne, sont les déficits cognitifs de la personne, le manque d'intérêt de la personne à élaborer ses propres objectifs, l'incapacité de la personne à verbaliser ses inquiétudes et ses préoccupations, un milieu de pratique où les objectifs de la personne ne sont pas la priorité des autres membres de l'équipe de soins et, finalement, des personnes qui sont indifférentes ou non motivées à être indépendantes. Dans le même sens, les clients et leurs proches ayant participé à l'étude de Doig et coll. (2009) ont mentionné qu'un défi rencontré est l'identification de leurs objectifs dès les premières rencontres.

Dans un autre ordre d'idée, Wilkins, Pollock, Rochon et Law (2001) ont effectué une analyse secondaire de 3 études. Leur conclusion est que le temps est le principal obstacle identifié par les participants des différentes études. En effet, ils ont l'impression que l'approche centrée sur la personne nécessite plus de temps et qu'ils auront plus de demandes de la part de la personne et de ses proches qu'ils ne pourront pas accomplir.

Étant donné les nombreux obstacles recensés dans la littérature et mentionnés ci-haut, Restall, Ripat et Stern (2003) ont développé un cadre de pratique pour surmonter les obstacles à l'application de l'approche centrée sur la personne. En premier lieu, ils encouragent les ergothérapeutes à entamer une réflexion personnelle afin de mieux comprendre comment leurs

connaissances, leurs valeurs, leurs croyances et leurs expériences influencent leur pratique par l'entremise de leurs réactions, leurs résistances, leurs suppositions et leurs comportements. Ensuite, ils souhaitent que les ergothérapeutes fassent un effort conscient pour faciliter le processus de pratique centrée sur la personne, tel que laisser des opportunités pour la personne s'exprime et prenne des décisions. Puis, les auteurs recommandent aux ergothérapeutes d'identifier les facilitateurs et les obstacles, dans leur environnement de travail, à cette approche et tenter de les surmonter. Finalement, ils encouragent les ergothérapeutes à défendre les droits et les besoins des personnes au niveau communautaire.

Or, puisqu'il existe plusieurs études sur les obstacles à l'approche centrée sur la personne (Doig et coll., 2009 ; Kjellberg et coll., 2012 ; Maitra et Erway, 2006 ; Sumsion et Smyth, 2000 ; Sumsion, 2006 ; Restall et coll., 2003 ; Wilkins et coll., 2001), mais très peu qui détaillent comment les principes et les conditions de l'approche centrée sur la personne sont mis en pratique (Kjellberg et coll., 2012 ; Maitra et Erway, 2006 ; Moats, 2007, Mulligan et coll., 2014), il s'avère pertinent scientifiquement d'étudier l'approche centrée sur la personne.

## **2.6. L'approche centrée sur la personne en France**

La recension des écrits a permis de constater que l'approche centrée sur la personne a principalement été étudiée dans les pays anglo-saxons (Eyssen et col., 2013 ; Kjellberg et coll., 2012 ; Sumsion et Smyth, 2000). Il n'existe peu, à ma connaissance, d'études empiriques ayant abordés comment les ergothérapeutes mettent en pratique les principes et les conditions de l'approche centrée sur la personne dans les pays européens francophone.

Cependant, la pratique française vit actuellement une période de changements. Les ergothérapeutes français portent davantage un regard sur les bénéfices potentiels de l'activité humaine, d'abord vue « comme une stratégie de diversion intéressante, puis comme une puissante modalité thérapeutique, pour devenir une fin à poursuivre et à rendre possible » (Trouvé, Offenstein et Agati, 2015). L'utilisation d'activités significatives dans une approche *top-down* (partir des activités plutôt que des déficits) est de plus en plus envisagée. De plus, l'approche centrée sur la personne, plutôt que sur le déficit ou sur la pathologie, est considérée comme permettant « de donner pleinement le pouvoir aux personnes et de garantir leur autonomie » (Trouvé, Offenstein & Agati, 2015). Détraz, Morel-Bracq et Caire (2008) stipulent d'ailleurs que les évaluations ne doivent pas être centrées sur un symptôme, mais plutôt mettre

en évidence les demandes et les attentes de la personne ainsi que les difficultés que celles-ci rencontrent, et par conséquent, s'éloigner des protocoles standardisés. Également, l'Arrêté (Ministère de la santé et des sports, 2010) stipule que les ergothérapeutes doivent formuler des objectifs et identifier des activités significatives, adaptées au projet de vie de la personne et au contexte, en collaboration étroite avec la personne ou le groupe de personnes selon les principes d'une pratique centrée sur la personne. D'ailleurs, Richard, Colvez et Blanchard (2012) affirment que dans la relation thérapeutique, la part d'action de la personne recevant les services est très importante, car l'ergothérapeute est celui qui amorce l'activité, qui accompagne. La relation entre les deux partis n'est donc pas passive. De plus, Koch et Trouvé (2015) ont réalisé une enquête démographique auprès de 3759 ergothérapeutes français. Cette étude a permis de retenir que 70 % des répondants exercent régulièrement, très souvent ou toujours sous prescription médicale. Or, 25 % exercent peu souvent, voir jamais, sous prescription médicale ce qui indique que la pratique en secteur social se développe (Koch et Trouvé, 2015).

## **2.7. Constats et pertinence du sujet de recherche**

En somme, suite à la recension des écrits, il est possible de constater que :

- L'approche centrée sur la personne est un concept fondamental de la pratique de l'ergothérapie au niveau mondial.
- Plusieurs auteurs se sont penchés sur l'explication de ce concept.
- Plusieurs études empiriques font valoir les effets bénéfiques associés à cette approche, autant au niveau de la satisfaction avec les services, que de la qualité de vie et du fonctionnement des individus.
- Plusieurs études documentent les principes et les conditions de l'approche centrée sur la personne. Par contre, aucune ne décrit explicitement comment les ergothérapeutes les mettent en pratique.
- Peu d'études ont documenté cette approche chez les ergothérapeutes français.
- La pratique ergothérapeutique française vit actuellement une période de changement.

Ainsi, il apparaît pertinent de décrire comment les principes et les conditions de l'approche centrée sur la personne sont mis en pratique par des ergothérapeutes français dans leur pratique clinique.

## **2.8. Objectif de recherche**

L'objectif de la présente étude est de décrire comment l'approche centrée sur la personne est perçue par des ergothérapeutes français et de répondre à la question suivante : « Comment est-ce que les ergothérapeutes français perçoivent les principes et les conditions de l'approche centrée sur la personne ? »

### **3. CADRE CONCEPTUEL**

La section suivante vise à définir les concepts centraux à considérer dans le cadre de cette étude. En premier lieu, la définition de l'approche centrée sur la personne retenue pour cette étude est donnée. En second lieu, les concepts inhérents à l'approche centrée sur la personne sont définis. Finalement, en troisième lieu, le modèle conceptuel orientant les différentes étapes de cette démarche scientifique est expliqué.

#### **3.1. Définition du concept**

La définition retenue de la pratique centrée sur la personne, dans le cadre de cet essai, est celle de Townsend et collaborateurs (2002). Le choix repose sur le fait que cette définition a été retenue par six ergothérapeutes européens dans le cadre d'un projet ENOTHE (Creek, 2010, Meyer, 2013). Le projet avait pour but d'élaborer une terminologie commune, car, selon ENOTHE (2000), le manque d'uniformité au niveau de la terminologie utilisée ainsi que les différentes langues parlées à travers les pays constituent des barrières à l'harmonisation de la profession à travers l'Europe. Ainsi, la définition de Townsend et collaborateurs (2002) a fait l'objet d'un consensus d'experts internationaux, dont une francophone, et ce, suite à une revue conceptuelle de la littérature. Il a donc été jugé pertinent de retenir cette définition pour cette étude, étant donné qu'elle porte sur la perception de l'approche centrée sur la personne par des ergothérapeutes français.

Ainsi, la pratique centrée sur la personne est définie comme une approche de collaboration et de partenariat utilisée pour promouvoir l'occupation auprès des clients. En étant centrée sur le client, « les ergothérapeutes respectent les clients et les invitent à participer à la prise de décisions, revendiquent leur droits – avec et pour eux – dans le but de répondre à leurs besoins ou de reconnaître leurs expériences et leurs connaissances (ACE, 2002, p. 180)

#### **3.2. Définition des principes de l'approche centrée sur la personne**

Afin de bonifier la compréhension du concept central, certains principes inhérents à l'approche centrée sur la personne ont été retenus et sont expliqués dans les sections suivantes. Il s'agit, entre autres, des concepts du respect de la personne, du partenariat thérapeutique, de la responsabilité décisionnelle, de l'habilitation ou de la promotion et, en fin, de la congruence contextuelle.

### **3.2.1. Respect de la personne**

Selon l'Office québécois de la langue française (2003), le respect se définit comme « un sentiment de considération ressenti à l'égard d'une personne en raison de [...] la valeur humaine qu'on lui reconnaît. » En ergothérapie, cela signifie plutôt respecter la personne en reconnaissant que cette dernière est unique (Law, 1998). En effet, une des prémisses de base de la pratique centrée sur la personne est que chaque individu est unique : tous ont un passé et des expériences de vie différents. De plus, les choix réalisés quant aux occupations sont propres à chaque individu et à leur situation personnelle. Chaque personne développe une manière de s'adapter à une situation difficile. Également, toute personne a la capacité de faire des choix dans sa vie. Le concept fondamental de l'approche centrée sur la personne est donc le respect des choix que les personnes ont faits, vont faire ainsi que le respect de leur style d'adaptation. L'ergothérapeute tient donc compte des perspectives et de la diversité des individus. Pour ce, l'ergothérapeute écoute l'individu, sans jugement ni biais, dans le but de comprendre sa culture, ses valeurs et ses croyances afin de respecter ses choix et ses priorités (ACE, 2012, Law et Mills, 1998). Finalement, selon Black (2005), faire preuve de respect signifie considérer que la personne recevant les services mérite les meilleurs soins.

### **3.2.2. Partenariat thérapeutique**

Selon Law et Mills (1998), la relation entre le thérapeute et l'individu recevant les services doit être un partenariat et une collaboration. Le concept de partenariat renvoie à l'idée d'une forme de coopération entre deux personnes dans le but de réaliser un projet par la mise en commun de moyens matériels, intellectuels, humains ou financiers (Office québécois de la langue française, 2010). L'ergothérapeute et la personne recevant les services participent donc activement vers l'atteinte d'un objectif commun et sont considérés égaux. L'établissement d'une alliance thérapeutique entre l'ergothérapeute et la personne recevant les services sous-entend ainsi un consentement mutuel ainsi que l'établissement d'un lien affectif entre ceux-ci (Graybar et Leonard, 2005). Une attention doit donc être portée aux enjeux de pouvoir (Townsend et coll., 2013). En ce sens, il importe de reconnaître que tous les deux ont leur propre expertise. En effet, la personne recevant les services est l'experte de sa propre condition. Cette dernière identifie ses difficultés occupationnelles, définit ses objectifs et prend des décisions. Ainsi, une relation de confiance doit être bâtie sur la compréhension, l'empathie et le respect mutuel (Law et Mills, 1998). De plus, la communication entre la personne recevant les services et

l'ergothérapeute doit être sous forme de dialogue, ce qui sous-entend que les deux partis sont engagés dans la conversation. Les principes d'écoute et de communication sont donc nécessaires pour que la personne se sentent comprise et confortable, et ainsi créer une relation de collaboration (Pedlar, Hornibrook et Haasen, 2001). Effectivement, l'écoute active est une technique souvent utilisée par les ergothérapeutes pour comprendre ce que la personne vit et amener cette dernière à prendre conscience par elle-même de ses besoins, ses attentes et ses objectifs (Taylor, 2008).

### **3.2.3. Responsabilité décisionnelle**

Le terme « décision » renvoie à une action volontaire de faire le choix d'une solution face à un problème défini (Office québécois de la langue française, 2004). Law et Mills (1998), soulignent que les personnes recevant des services en ergothérapie ont comme ultime responsabilité de prendre les décisions en ce qui concerne leurs occupations quotidiennes et les services d'ergothérapie qu'ils reçoivent. Elles sont l'expertes de leur propre condition et doivent donc être encouragées à faire des choix et définir les difficultés occupationnelles qui nécessitent des interventions. Les expériences et les connaissances ces dernières sont être mises en valeur. Cela repose sur la prémisse que tout individu est intrinsèquement motivé à agir, à trouver un sens à sa vie et à améliorer sa condition de vie (Wilcock, 2006). Par le fait même, faire des choix augmente cette motivation. L'ergothérapeute doit donc offrir différentes possibilités à la personne. En somme, la personne recevant les services a le droit et le devoir de diriger sa propre thérapie. D'ailleurs, le fait de partager les décisions permet de donner du pouvoir à la personne et d'être considérée comme une partenaire égale, ce qui renvoie au concept de partenariat thérapeutique. Par le fait même, l'ergothérapeute établit une alliance thérapeutique avec la personne, soit une relation de collaboration mutuelle, dans le but d'accomplir les objectifs fixés par cette dernière (Bachelart, 2010).

### **3.2.4. Habilitation ou promotion**

Le concept de l'habilitation est né au Canada et constitue la compétence primordiale de la pratique centrée sur la personne, selon le Profil de compétence des ergothérapeutes au Canada (Townsend et coll., 2013). Ce concept a évolué au cours des dernières années. Dans les écrits, on retrouve d'abord le terme faciliter (ACE, 1997), puis promouvoir (Townsend et coll., 2002) et, enfin, habilitier (Townsend et coll., 2013). Le concept d'habilitation fait référence aux « processus visant à faciliter, guider, coacher, éduquer, mobiliser, écouter, réfléchir,

encourager ou collaborer avec les personnes, les groupes, les organismes, les associations afin de mettre à la disposition des personnes les outils permettant de diriger leur vie » (ACE, 1997). L'ergothérapeute qui habilite aux occupations permet à la personne de se réapproprier du pouvoir d'action (ACE, 1997). Par conséquent, le rôle du thérapeute est de promouvoir la participation occupationnelle de la personne en étant un facilitateur. Plus précisément, le thérapeute n'agit pas à titre d'expert qui fournit des solutions pour résoudre les problèmes occupationnels de la personne. Les ergothérapeutes habilitent la personne, en utilisant leurs connaissances, leurs habiletés ainsi que leurs techniques acquises pour assister cette dernière dans la réalisation de ce qu'elle souhaite (ACE, 2012). Les ergothérapeutes permettent de promouvoir l'occupation en aidant les personnes à « choisir, organiser et s'adonner aux occupations qu'ils considèrent utiles et significatives dans leur environnement » (ACE, 2002, p. 180). Cependant, en Europe, Meyer (2013) n'emploie pas le terme « habilitier. » Elle propose pour les pays francophones d'employer plutôt « promouvoir la participation en facilitant l'occupation » ou « favoriser la participation par l'engagement dans des occupations. »

### **3.2.5. Congruence contextuelle**

Ce concept concerne l'environnement et le contexte de la personne recevant les services en ergothérapie. Plus particulièrement, la relation dynamique entre la personne et son environnement détermine l'organisation et le choix des occupations, le rendement occupationnel, les rôles occupationnels ainsi que la satisfaction que la personne éprouve face à ses occupations (ACE, 1997, 2002 ; Christiansen, 2005). Ainsi, la personne ne peut pas être séparée de son environnement. L'ergothérapeute considère dans toutes les étapes de sa démarche clinique, telles que ses évaluations et ses interventions. Le thérapeute vise donc à ce qu'il y ait une congruence entre l'environnement de la personne et ce qu'elle souhaite faire.

### **3.3. Modèle du processus de pratique centrée sur la personne**

Plusieurs modèles du processus de pratique en ergothérapie centrée sur la personne (Craik, Davis et Polatajko, 2013 ; Fearing et Clark, 2000 ; Fisher, 2009 ; Hagedorn, 2000 ; Hammell, 2001 ; Restall, Ripat et Stern, 2003 ; Tickle-Degnen, 2002) ont été répertoriés dans la littérature. Cependant, le modèle retenu est celui développé par Anne G. Fisher en 2009, soit *Occupational Therapy Intervention Process Model* [OTIPM] (Fisher, 2009). L'OTIPM apparaît pertinent pour étudier la pratique centrée sur la personne en ergothérapie en Europe, puisqu'il a été développé alors que l'auteure, une ergothérapeute américaine reconnue internationalement,

travaillait en Suède. Ceci étant dit, le choix de ce modèle repose sur le fait qu'il est adopté mondialement et qu'il illustre de manière claire et concise le processus ergothérapeutique en trois phases : l'évaluation et l'établissement des objectifs, l'intervention et la réévaluation, tout en demeurant centré sur la personne. Les explications du modèles seront bonifiées par les idées d'autres auteurs.

Plus précisément, l'OTIPM a été développé dans l'optique d'être un modèle structuré guidant le raisonnement clinique des ergothérapeutes au moment de la planification et l'implantation des interventions. Plus spécifiquement, l'auteur souhaite que l'OTIPM guide les ergothérapeutes à développer des interventions qui sont centrées sur la personne, *top-down* et basées sur les occupations. Fisher (2009) a élaboré ce modèle à partir des prémisses suivantes : (a) chaque individu est unique et a la volonté de s'engager dans des activités significatives et signifiantes, (b) l'engagement de la personne dans des occupations constitue la préoccupation centrale des ergothérapeutes, (c) l'utilisation thérapeutique des activités est la modalité primaire pour promouvoir l'engagement des individus dans des occupations, et, enfin, (d) que l'engagement du client dans des occupations significatives et signifiantes est l'objectif de tout ergothérapeute. Selon Fisher (2009), suivre les étapes présentées dans son modèle permet de démontrer le rôle et l'essence des ergothérapeutes.

### **3.3.1. Évaluations et interventions centrées sur la personne**

Selon Fisher (2009), être centré sur la personne consiste à collaborer et à développer un rapport thérapeutique avec les individus recevant les services afin d'atteindre les objectifs de ces derniers. Le respect mutuel est au cœur de cette relation. L'ergothérapeute est ouvert et authentique et respecte les besoins et les désirs de l'individu, son niveau de motivation, ses difficultés occupationnelles ainsi que son contexte. L'auteure souligne l'importance de prioriser la perspective de la personne recevant les services et d'essayer de comprendre la situation à travers son vécu. Dans le même ordre d'idées, Law et collaborateurs (2005) suggèrent d'utiliser des outils basés sur la perception de la personne ou des autoévaluations, tels que la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel [MCRO], puisqu'il importe que l'ergothérapeute maintienne son focus sur les besoins et les désirs de cette personne. Il est également nécessaire que la personne participe activement dans la prise de décision en ce qui concerne quels services seront livrés et de quelle manière ainsi que quels sont les objectifs thérapeutiques poursuivis. Cependant, Fisher (2009) identifie un enjeu éthique important. Elle mentionne qu'être centrée

sur la personne ne signifie pas faire tout ce que la personne souhaite. Il demeure la responsabilité éthique de l'ergothérapeute de rester centré sur les occupations dans les interventions.

### 3.3.2. Évaluations *top-down*

Le OTIPM prône une approche *top-down*, afin d'éviter d'établir trop rapidement la cause des difficultés du client (approche *top-to-bottom-up*) ou de se concentrer initialement sur les limitations et déficits de l'individu (*bottom-up*). Pour être *top-down*, l'ergothérapeute débute par une image globale de la personne : Qui est la personne recevant les services ? Quels sont ses besoins et ses désirs ? Quelles activités ou occupations est-ce qu'elle doit accomplir de manière satisfaisante pour être capable d'assumer les rôles qu'il souhaite ? Quelles occupations soutiennent le niveau de participation sociétale qu'elle souhaite ? Quelles tâches ou activités est-ce qu'elle identifie comme limitant sa capacité à assumer ses rôles et à participer de manière optimale dans la société ? Ensuite, l'ergothérapeute observe la performance occupationnelle de cette dernière dans les occupations qu'elle a identifiées comme étant problématiques dans le but de déterminer quelles habiletés sont efficaces et non efficaces. La prochaine étape concerne l'identification des causes des difficultés occupationnelles observées. Cependant, Fisher (2014) précise qu'identifier les causes de ces difficultés occupationnelles est seulement justifié et utile lorsque le but est de savoir si la personne peut potentiellement bénéficier des services en ergothérapie. Finalement, l'ergothérapeute détermine les objectifs d'intervention, conjointement avec la personne, en fonction des difficultés observés précédemment et des désirs de cette dernière.

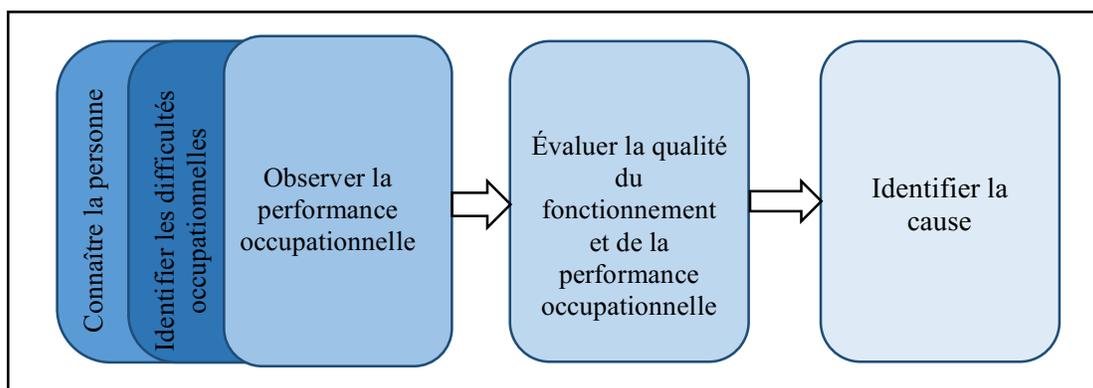


Figure 1. Raisonnement *top-down* lors de la phase d'évaluation inspiré de Fisher (2009)

### 3.3.3. Évaluations et interventions basées sur les occupations

Tel que mentionné précédemment, les prémisses de base du modèle sont que les occupations constituent la préoccupation centrale des ergothérapeutes et que l'engagement de la personne dans des occupations qui sont significatives et qui ont du sens pour celle-ci est l'objectif ultime des ergothérapeutes. Ainsi, il est primordial que les évaluations, les interventions et la documentation, et non seulement l'objectif, soient basées sur les occupations. Fisher (2014) distingue « centré, » « basé » et « *focus* » sur les occupations. Selon elle, les ergothérapeutes sont centrés sur les occupations lorsqu'ils adoptent une perspective occupationnelle et un raisonnement basé sur celle-ci pendant tout le processus ergothérapique, délaissant un raisonnement *bottom-up*. Les ergothérapeutes sont basés sur les occupations lorsqu'ils utilisent des méthodes d'évaluations et d'interventions où la personne est engagée dans des occupations, par exemple des analyses d'activités et des évaluations écologiques de la performance occupationnelle. Fisher et Short-DeGraff (1993) souhaitent que les ergothérapeutes réalisent qu'il doit y avoir une congruence entre leurs méthodes d'évaluations et d'interventions et leur croyance philosophique sur l'occupation humaine. Ainsi, selon Fisher, l'utilisation de modalités basées sur les occupations véhicule un message important aux autres professionnels comme quoi les ergothérapeutes ont adopté une perspective centrée sur les occupations, qui leur est propre, et qui souligne l'importance des occupations pour les individus. Finalement, les ergothérapeutes sont concentrés sur les occupations lorsque leur attention est portée sur la qualité de la performance, à l'instant présent. Ainsi, lorsque l'objectif d'une évaluation ou d'une intervention porte principalement sur une fonction corporelle, un déficit ou un facteur environnemental, les ergothérapeutes ne sont pas concentrés sur les occupations.

Or, partout dans le monde, de plus en plus de pression est mise sur les professionnels de la santé en ce qui concerne l'offre de services qui sont cliniquement efficaces et rentables en terme de coût-efficacité (Laver Fawcett, 2007). Cette demande force les ergothérapeutes à prouver leur efficacité et leur efficience dans leurs interventions. Ainsi, il est vrai, selon Gillen (2013), que les ergothérapeutes ont davantage tendance à utiliser des outils basés sur les déficits, plutôt que sur le fonctionnement dans les occupations, développés par d'autres professions et s'insérant dans le modèle biomédical dans le but de répondre aux attentes élevées en matière de productivité. Toutefois, les évaluations *bottom-up* sont habituellement administrées dans des contextes artificiels et standardisés, qui ne sont pas significatifs pour la personne et isolés du

contexte de vie quotidienne de celle-ci (Brown et Chien, 2010, Laver Fawcett, 2007). Les résultats ne sont pas donc toujours généralisables et les plans d'interventions qui en découlent ne sont pas significatifs pour la personne (Laver Fawcett, 2007). Ainsi, Gillen (2013) cite qu'il ne faut pas sacrifier notre approche individualisée, malgré la pression ressentie de fournir des résultats immédiats et mesurables. Pour ce, il est encouragé d'utiliser des outils permettant d'être centré sur la personne et sur les occupations, et ainsi d'avoir une perspective écologique, tout en fournissant des résultats mesurables, par exemple le *Assessment of Motor and Process Skills* [AMPS] de Fisher et Jones (2010) la MCRO de Law et coll. (2005). Également, les ergothérapeutes peuvent avoir recours à des auto-évaluations, qui sont efficaces en terme de temps, de coût et de ressources, flexibles, et qui permettent d'obtenir des informations de la perspective de la personne (Laver Fawcett, 2007), telles que le *Functional Life Scale* de Sarno, Sarno et Levita (1973) et le *Satisfaction with Performance Scaled Questionnaire* de Yerxa, Burnett-Beaulieu, Stocking et Azen (1988).

Ainsi, l'utilisation des occupations comme outils d'évaluation tout comme modalités d'intervention dans le contexte de performance de la personne est requise. Fisher (2009) rajoute qu'il est nécessaire que les ergothérapeutes évaluent la pertinence des activités qu'ils utilisent comme modalité d'intervention en fonction de leur relation avec la vie quotidienne (pertinence), de leur nature écologique (simulé ou naturel), de leur but et de leur sens (jugé important par le thérapeute ou la personne).

Parallèlement, Fisher (2009) détaille six types d'activités pouvant être utilisées comme modalité d'intervention. Tout d'abord, il y a les activités de préparation (ex. massage) où les personnes sont davantage passives. Ces activités ne sont pas concentrées ni basées sur les occupations. Fisher considère que ces modalités sont plus appropriées pour d'autres professionnels. Ensuite, elle décrit l'utilisation d'exercices (ex. faire des cercles bilatéraux, utiliser des élastiques résistants). Les ergothérapeutes ont recours aux exercices dans le but de développer, restaurer ou maintenir une capacité, mais ne sont pas pertinents pour la vie quotidienne. L'attention est portée sur les fonctions corporelles. Il ne s'agit donc pas d'une modalité concentrée sur les occupations. L'auteure poursuit avec les occupations simulées dont le but et/ou les objets utilisés sont simulés ou artificiels, dans le but de reproduire le contexte de la vie quotidienne de la personne (ex. mettre des cônes dans des étagères pour simuler des verres). L'attention est mise sur les occupations. Les modalités sont donc concentrées sur les

occupations, mais ne sont pas toujours basées sur celles-ci. Puis, il y a les occupations restauratrices dont l'objectif est de remédier une incapacité ou de restaurer, développer ou maintenir des facteurs personnels ou corporels dans une occupation qui est significative pour la personne, par exemple, jouer à un jeu dans le but d'améliorer la concentration de l'individu. Encore une fois, l'attention est sur les facteurs personnels ou corporels. Les occupations ne sont donc pas concentrées sur les occupations. Cependant, si la personne s'engage dans une occupation, la modalité s'avère basée sur les occupations. En cinquième lieu, il y a les occupations d'acquisition qui permettent aux personnes de réacquérir, de développer ou de maintenir des habiletés, plutôt que des facteurs, qui elles sont nécessaires pour les activités de la vie quotidienne (ex. faire l'épicerie avec une personne qui souhaite faire les courses pour sa famille). Les modalités sont alors basées sur les occupations et parfois concentrées sur celles-ci également. Enfin, il y a les occupations adaptées. Si ces occupations nécessitent de la pratique, les modalités utilisées sont basées sur les occupations. Par contre, si le focus des adaptations est l'environnement ou les capacités de la personne, les modalités ne sont pas concentrées sur les occupations. Enfin, selon Fisher, seulement une petite proportion des interventions des ergothérapeutes, et ce de manière temporaire, doivent être simulées, de préparation ou des exercices afin de demeurer centré sur la personne. De plus, ces activités doivent être utilisées seulement lorsque la personne recevant les services est incapable de s'engager dans des occupations adaptées, restauratrices ou d'acquisition.

### **3.3.4. Le processus ergothérapeutique selon l'OTIPM**

La première phase du modèle de Fisher concerne l'évaluation. L'ergothérapeute établit un contexte de performance centrée sur la personne et développe un rapport thérapeutique basé sur la confiance, une communication ouverte et le respect mutuel. Ensuite, l'ergothérapeute apprend à connaître, grâce à des entrevues, la personne, son contexte de performance, sa capacité à accomplir ses occupations et ses rôles de manière compétente et satisfaisante et où la personne situe ses difficultés occupationnelles. Après, l'ergothérapeute observe le fonctionnement et la performance occupationnelle de la personne dans les activités que cette dernière juge importantes et prioritaires. Il analyse donc la qualité de la performance en terme d'effort, d'efficacité, de sécurité, d'indépendance, de niveau d'assistance et d'acceptation sociale. Puis, il suffit de déterminer ce qui engendre de ces difficultés. Elles peuvent être causée par des facteurs au niveau des caractéristiques et/ou des capacités de la personne, de l'environnement, de

l'occupationnelle comme telle ou de la société. L'ergothérapeute documente ses observations dans cet ordre, et donc, de manière *top-down*.

Par la suite, il y a la phase des interventions. L'ergothérapeute détermine les objectifs conjointement avec la personne en fonction de ce qui a été observé précédemment et ce que cette dernière identifie comme étant prioritaire. Ces objectifs doivent être observables et mesurables. La prochaine étape consiste à choisir un modèle de pratique afin de s'assurer que les interventions soient basées sur les occupations, soit la compensation, l'acquisition, la restauration ou l'éducation. Subséquemment, l'ergothérapeute met en pratique les modalités interventions choisies en fonction du modèle retenu, suite à l'accord de la personne recevant les services.

Tableau 1.

*Les types d'interventions centrées sur la personne et basées sur les occupations*

Modèle d'intervention	Types d'interventions
Compensation	Adapter la manière de faire, adapter l'équipement utiliser, modifier l'environnement dans le but d'améliorer la qualité des occupations de la vie quotidienne.
Acquisition	Utilisation thérapeutique des occupations pour permettre à l'individu de développer ou de réacquérir des habiletés dans le but de (a) restaurer une habileté perdue, (b) développer des habiletés jamais acquises ou (c) maintenir, prévenir la perte ou améliorer les capacités à risque de détériorées dans le but de développer, maintenir, prévenir la perte ou améliorer la qualité de la performance occupationnelle.
Restauration	Utilisation thérapeutique d'occupation pour (a) faciliter la restauration de facteurs personnels (habitude, routine, valeur) et de facteurs corporelles (motivation, perte sensorielle, etc.) ou pour en (b) maintenir, prévenir la perte ou développer des facteurs jamais acquis selon les fonctions et les capacités préalables aux occupations de la vie quotidienne.
Éducation	Planifier et implanter des programmes d'éducation pour des groupes et qui sont axés sur la vie quotidienne et la performance occupationnelle.

Enfin, la dernière phase concerne la réévaluation. L'ergothérapeute réévalue la performance de la personne, tout en considérant son niveau de satisfaction et de compétence perçue, afin de déterminer si ses interventions sont efficaces.

Par conséquent, ce modèle décrit les principes théoriques et les conditions relatives à la pratique centrée sur la personne.

## **4. MÉTHODE**

Cette section aborde la méthodologie de l'étude retenue pour décrire comment les principes et les conditions de l'approche centrée sur la personne sont mis en pratique par des ergothérapeutes français dans le cadre de leur pratique clinique. En premier lieu, le devis de recherche utilisé est spécifié et l'outil de collecte de données est décrit. Ensuite, les participants, la méthode d'échantillonnage ainsi que la méthode de collecte de données sont détaillées. Puis, le plan d'analyse des données est exposé et les critères de rigueur scientifiques sont précisés. Enfin, les considérations éthiques propres à cette étude sont exposées.

### **4.1. Devis**

Le devis pour la présente étude est un devis mixte de type descriptif, puisque les données recueillies grâce à un questionnaire électronique sont de nature qualitative et quantitative (Fortin, 2010). Selon Corbière et Larivière (2014), les méthodes mixtes permettent de trianguler les informations et d'enrichir une explication. De plus, Fortin (2010) soutient que les études de nature descriptive permettent de décrire un phénomène ainsi que décrire les caractéristiques d'une population.

### **4.2. Échantillonnage**

L'échantillonnage utilisé est un échantillon non probabiliste par réseau, aussi appelé échantillonnage en boule de neige, et de convenance ont été utilisés dans le but de recruter des répondants. Le recrutement a été réalisé en deux temps. Le seul critère d'inclusion est d'être un ergothérapeute exerçant sur le territoire français. Aucun critère d'exclusion n'a été émis.

L'Association nationale française des ergothérapeutes [ANFE] fournit l'adresse courriel de 185 ergothérapeutes exerçant en libéral (pratique privée). Ainsi, en premier lieu, un courriel de sollicitation a été envoyé directement à ces derniers. Le courriel introduisant l'objectif de l'étude, était accompagné d'une lettre d'information et demandait au lecteur de bien vouloir transmettre le courriel de sollicitation à d'autres ergothérapeutes de leur réseau, et par conséquent, de diffuser le questionnaire.

En second lieu, un courriel électronique de sollicitation a été envoyé à des ergothérapeutes français dans le réseau de connaissances professionnelles des professeurs du département d'ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Ceux-ci étaient invités à solliciter à leur tour des ergothérapeutes de leur propre réseau de connaissances professionnelles.

### 4.3. Méthode de collecte de données

La méthode de collecte des données utilisée consiste en un sondage à l'aide d'un questionnaire électronique autoadministré. Ce questionnaire en ligne est accessible grâce à la plateforme sécurisée *Evalandgo*. Le répondant pouvait donc le compléter dans le lieu de son choix de manière anonyme. Le questionnaire a été conçu aux fins de la présente étude suite à une recension des écrits cités dans les deux chapitres précédents. Il a été validé auprès d'un ergothérapeute français afin que le vocabulaire corresponde à celui utilisé en France. Les commentaires ont été intégrés et ont conduit à la version finale du questionnaire (voir annexe A).

Le questionnaire comprend deux sections et un total de dix-huit questions. La première section comprend des questions démographiques alors que la deuxième comprend des questions ouvertes et fermées dans le but d'obtenir la perception des répondants quant à l'application des principes et des conditions de l'approche centrée sur la personne. Ainsi, la première section comprend neuf questions permettant de décrire les caractéristiques des répondants. Elles sont : (1) le sexe, (2) l'âge, (3) le nombre d'années d'expérience, (4) le pays d'obtention du diplôme d'ergothérapeute, (5) l'institut de formation où le diplôme a été obtenu, (6) le statut d'emploi, (7) si la personne exerce oui ou non la profession en France, (8) la région administrative où la personne exerce et (9) la population principale auprès de laquelle elle exerce principalement.

La deuxième section comprend également neuf questions. La première question est de nature qualitative et est « Que signifie pour vous avoir une préoccupation centrée sur la personne ? » La deuxième question de cette section demande aux répondants de se positionner à savoir si leur pratique est centrée sur la personne, en répondant « Oui, » « Non » ou « Je ne sais pas » et à justifier cette réponse. La troisième question concerne des exemples tirés des expériences professionnelles des répondants et qui démontrent qu'il a été possible d'être centré sur la personne. La quatrième question requiert que les répondants qualifient, grâce à un dispositif de type *Likert* à sept niveaux, leur facilité à mettre en pratique quinze éléments de l'approche centrée sur la personne. Ces quinze éléments sont : (1) établir des objectifs conjointement avec la personne, (2) que la personne établisse ses propres objectifs, (3) négocier les objectifs avec la personne, (4) prendre en considération les activités significatives de la personne dans l'établissement du plan d'intervention, (5) prendre en considération les activités significatives de la personne lors du choix des modalités thérapeutiques, (6) avoir une perspective écologique, (7) que la personne ait un rôle actif dans la thérapie et les interventions,

(8) respecter les valeurs de la personne, (9) écouter activement la personne, (10) établir une relation d'autorité avec la personne, (11) établir une alliance thérapeutique avec la personne, (12) reconnaître la personne comme étant l'experte de sa propre condition, (13) questionner la personne quant à ses expériences antérieures, ses rêves et ses espoirs, (14) supporter et encourager l'engagement de la personne pendant tout le processus ergothérapeutique et (15) impliquer les proches de la personne pendant tout le processus. Un des éléments, soit d'établir une relation d'autorité, ne constitue pas un élément de l'approche centrée sur la personne, mais a été introduit dans le questionnaire afin de cerner des contradictions possibles. Les niveaux du dispositif de type *Likert* sont : (1) extrêmement facile, (2) très facile, (3) assez facile, (4) neutre, (5) assez difficile, (6) très difficile et (7) extrêmement difficile.

La cinquième question adresse les obstacles à l'application des principes et des conditions de l'approche centrée sur la personne et est formulée : « Qu'est-ce qui limite, dans votre travail, votre capacité à actualiser l'approche centrée sur la personne ? » Ensuite, la sixième question invite les répondants à classer en ordre d'importance (1 étant très important et 3 étant le moins important) trois éléments qu'ils considèrent lorsqu'ils choisissent un outil d'évaluation. Ces éléments sont : (1) la capacité de l'outil à fournir des informations quant aux capacités ou incapacités de la personne, (2) la capacité de l'outil à fournir des informations quant à la manière que la personne réalise ses activités et (3) la familiarité, le confort et la facilité à utiliser un outil.

La sixième et septième question concerne la manière d'établir les objectifs d'intervention. Tout d'abord, les répondants doivent déterminer s'ils établissent les objectifs de manière indépendante de la personne (sans cette dernière), interdépendante (conjointement avec la personne) ou dépendante (la personne établit ses objectifs seule). Ensuite, les répondants doivent évaluer l'importance, grâce à un dispositif de type *Likert* à 7 niveaux, qu'ils accordent à trois propositions lors de l'établissement des objectifs d'intervention. Ces éléments sont : (1) Les objectifs doivent présenter les capacités ou les incapacités de la personne, (2) les objectifs doivent présenter les activités que la personne peut ou pourra réaliser et (3) les objectifs doivent présenter les préférences et les projets de la personne. Les niveaux du dispositif *Likert* utilisés sont : (1) extrêmement important, (2) très important, (3) assez important, (4) neutre, (5) peu important, (6) très peu important et (7) pas du tout important.

La huitième question examine les modalités d'intervention. Les répondants doivent classer en ordre d'importance (1 étant le plus important et 6 le moins important) six facteurs qu'ils considèrent lors de la sélection des activités thérapeutiques. Ces facteurs sont : (1) l'activité permet d'améliorer la manière que la personne réalise une activité désirée, (2) l'activité permet d'améliorer une fonction ou une capacité précise, (3) il s'agit d'une activité significative ou plaisante pour la personne, (4) la personne est capable de réaliser l'activité et vivre du succès, (5) les évidences scientifiques suggèrent cette activité et (6) le coût et la disponibilité des équipements nécessaires.

Finalement, la dernière question requiert que les répondants qualifient, grâce à un dispositif de type *Likert* à sept niveaux, l'importance qu'ils accordent à mettre en pratique seize éléments de l'approche centrée sur la personne. Les quinze éléments de la question 4 ont été repris. L'élément « Établir vous-même les objectifs » a été rajouté.

#### **4.4. Analyse des données**

L'analyse des données a fait l'objet d'analyse de contenu pour les données qualitatives et de statistiques descriptives simples pour les données quantitatives. D'abord, des statistiques descriptives simples, telles que la distribution des fréquences et les moyennes, ont été utilisées pour présenter les caractéristiques des répondants de l'étude. Ensuite, pour ce qui a trait aux données qualitatives, elles ont fait l'objet d'une analyse de contenu (Colaizzi, 1978). Les réponses obtenues aux questions ouvertes ont été transcrites dans un fichier. Par la suite, un codage manuel a été effectué afin de répertorier les thèmes ainsi que la fréquence d'apparition de ceux-ci. Finalement, pour ce qui est des données quantitatives, les données obtenues ont été analysées grâce à des analyses statistiques descriptives (distribution de fréquences et mesure de tendance centrale) et des pourcentages.

#### **4.5. Considérations éthiques**

La présente étude respecte les règles éthiques en vigueur pour la recherche et un certificat d'éthique a été émis par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Le certificat porte le numéro (CER-16-221-07.06). Tous les participants ont reçu une lettre d'information expliquant le projet ainsi que ce qui était attendu de leur participation. Le fait de répondre au questionnaire constitue un consentement comme il est d'usage lors de la cueillette électronique de données. Aucune donnée nominale ne

permet de retracer les répondants. Les données recueillies sont confidentielles et peuvent seulement être accédées en ligne avec un mot de passe.

## 5. RÉSULTATS

La présente section expose les résultats de la présente étude, visant à décrire comment les principes et les conditions de l'approche centrée sur la personne sont mis en pratique par des ergothérapeutes français. En premier lieu, le taux de participation et la présentation des répondants seront abordés. Ensuite, la perception des répondants quant à l'approche centrée sur la personne sera détaillée. Puis, l'application des principes de l'approche centrée sur la personne par les répondants sera présentée.

### 5.1. Taux de participation

Suite à l'invitation de participation à la présente étude par un courriel de sollicitation à différents ergothérapeutes français, 130 personnes ont répondu au questionnaire électronique. Cependant, seulement 66,7 % des répondants (n=87) ont complété l'ensemble des questions. Les données ont toutefois toutes été traitées. Une seule donnée aberrante a été retirée, car il apparaît que le répondant ait confondu les niveaux de l'échelle de Likert. Le tableau suivant présente le nombre de répondants par questions.

Tableau 2.  
*Nombre de répondants par questions*

Questions	Nombre de répondants	Nombre d'énoncés
<b>Section 1</b>		
Sexe	130	-
Âge	129	-
Nombre d'années d'expérience	129	-
Pays d'obtention du diplôme	130	-
Institut de formation	128	-
Statut d'emploi	128	-
Exerce en France	130	-
région administrative	128	-
Patientèle principale	130	223
<b>Section 2</b>		
Signification de « avoir préoccupation centrée sur la personne »	105	175
« Considérez-vous que votre pratique actuelle est centrée sur la personne »	105	-
Justification	96	110
Exemples de pratique centrée sur la personne	86	163
Facilité des répondants à actualiser les éléments de l'approche centrée sur la personne	94	-
Obstacles à l'approche centrée sur la personne	88	200

Facteurs que considèrent les répondants lors du choix d'outils d'évaluation	89	-
Établissement des objectifs (interdépendant, dépendant ou indépendant)	89	-
Importance accordée à différents facteurs lors de l'établissement des objectifs d'intervention	88	-
Facteurs que considèrent les répondants lors de la sélection des activités thérapeutiques	87	-
Importance que les répondants accordent aux éléments de l'approche centrée sur la personne	87	-

## 5.2. Description des répondants

Parmi les répondants, 84,6 % (n=110) sont des femmes alors que 15,3 % (n=20) sont des hommes. L'âge moyen des répondants est de 37,6 ans. Les âges sont répartis de la manière suivante : 25,6 % (n=33) entre 20 et 30 ans, 35,7 % (n=46) entre 30 et 40 ans, 20,9 % (n=27) entre 40 et 50 ans, 15,5 % (n=20) entre 50 et 60 ans et 2,3 % (n=3) ont plus de 60 ans. Cela correspond à un échantillon de 61,3 % qui ont moins de 40 ans. Les répondants ont en moyenne 15 années d'expérience. Plus précisément, 20,9 % de ces derniers (n=27) ont moins de 5 ans d'expérience, 17,1 % (n=22) ont entre 5 et 10 ans, 17,1 % (n=22) ont entre 10 et 15 ans, 14,7 % (n=19) ont entre 15 et 20 ans, 6,2 % (n=8) ont entre 20 et 25 ans, 9,3 % (n=12) ont entre 25 et 30 ans, 10,9 % (n=14) ont entre 30 et 35 ans et, finalement, 3,9 % (n=5) ont entre 35 et 40 ans d'expérience. De plus, 96,9 % des répondants (n=126) exercent actuellement en France. Le tableau ci-dessous présente plus en détail les caractéristiques des répondants.

Tableau 3.  
*Description des répondants*

Caractéristiques		n(%)	n
<b>Pays d'obtention du diplôme</b>	France	70,8 %	119
	Belgique	6,9 %	9
	Autre ou inconnu	1,6 %	2
<b>Institut de formation en ergothérapie</b>	Rennes	21,1 %	27
	Montpellier	16,4 %	21
	Université Paris-Est Créteil	15,6 %	20
	Nancy	12,5 %	16
	ADERE	9,4 %	12
	CHU de Bordeaux	7,0 %	9
	Lorraine et Champagne-Ardenne	7,0 %	9
	Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation – Université de Lyon 1	2,3 %	3
	Institut de Formation Régional en Santé d'Alençon	2,3 %	3
		0,8 %	1
	Berck et Lille	5,5 %	7

	IFE en Belgique		
<b>Emploi</b>	Ergothérapeute salarié	52,5 %	64
	Titulaire de la fonction publique	35,3 %	43
	Ergothérapeute en libéral	9,8 %	12
	Retraité	1,6 %	2
	Sans emploi	0,8 %	1
<b>Patientèle principale</b>	Petite enfance (<3 ans)	3,5 %	8
	Pédiatrie (3-13 ans)	17,0 %	39
	Adolescents (13-20 ans)	14,9 %	34
	Adultes (20-60 ans)	35,8 %	82
	Personnes âgées (>60 ans)	26,6 %	61
	Enseignement	2,2 %	5
<b>Région d'exercice</b>	Île-de-France	19,5 %	25
	Normandie	15,6 %	20
	Pays de la Loire	12,5 %	16
	Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	11,7 %	15
	Auvergne-Rhône-Alpes	11,7 %	15
	Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	7,8 %	10
	Bretagne	7,0 %	9
	Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	6,3 %	8
	Centre-Val de Loire	3,9 %	5
	Nord-Pas-de-Calais-Picardie	1,6 %	2
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,6 %	2
	Bourgogne-Franche-Comté	0,8 %	1
	Corse	0,0 %	0

### 5.3. Perception de l'approche centrée sur la personne

La prochaine section comprend les résultats abordant la perception de l'approche centrée sur la personne. Plus précisément, on y retrouve : la représentation de l'approche centrée sur la personne, la position des répondants quant à leur propre pratique clinique et leur justification, les exemples de pratique centrée sur la personne, les limites à l'application de l'approche, l'importance qu'accordent les répondants à certains éléments de l'approche centrée sur la personne et, finalement, la facilité qu'ils ont à mettre en pratique éléments.

#### 5.3.1. Représentation de l'approche centrée sur la personne

Les réponses à la question : « Que signifie pour vous avoir une préoccupation centrée sur la personne ? » ont fait l'objet d'analyse de contenu. 107 répondants, soit 82,3 % de l'échantillon de cette étude, ont fourni des réponses. Des vocables variés illustrent qu'avoir une préoccupation centrée sur la personne signifie connaître et considérer la personne dans sa globalité. En effet,

60,7 % des répondants (n=65) précisent dans leur réponse qu'avoir une préoccupation centrée sur la personne signifie considérer et tenir compte des « besoins (n=8), » « attentes (n=9), » « projets de vie (n=8), » « demandes (n=8), » « priorités (n=3), » « objectifs (n=5), » « désirs, souhaits, envies et préférences (n=22), » « habitudes de vie (n=12), » « valeurs, croyances et cultures (n=4), » « intérêts et ce qui est significatif (n=7), » « capacités et incapacités (n=4) » tout comme de « l'aspect motivationnel (n=2) » de la personne pendant la prise en charge en ergothérapie de celle-ci. D'autant plus, 29,9 % des répondants (n=32) soulignent que pour être centré sur la personne, il est nécessaire de considérer la personne dans sa globalité et avoir une vision holistique de celle-ci.

Par ailleurs, l'analyse de contenu des réponses a conduit à 175 énoncés. Ces énoncés se rattachent à six thèmes, soit le respect, l'habilitation, le partenariat thérapeutique, la responsabilité décisionnelle et, finalement, la congruence contextuelle. Tout d'abord, 30,3 % des énoncés (n=53) renvoient au concept de respect, soit que la personne recevant les services est unique et que l'ergothérapeute apprend à connaître celle-ci sans porter de jugement tout en respectant ses choix et ses priorités. Ensuite, 25,7 % des énoncés (n=45) font référence au fait que l'ergothérapeute est un facilitateur et qu'il assiste la personne dans la réalisation des activités qu'elle souhaite et qui sont importantes pour elle, et donc, font référence au concept d'habilitation. En effet, les termes « *accompagnement*, » « *adapter la prise en charge*, » « *solliciter l'engagement* » et « *amener à plus d'autonomie dans les domaines qui ont de l'importance pour la personne* » en sont des exemples. Parallèlement, 14,9 % des énoncés (n=26) sont en lien avec le concept de partenariat, soit qu'avoir une préoccupation centrée sur la personne signifie considérer la personne recevant les services comme étant l'experte de sa situation, qu'elle soit au cœur de la prise en charge ainsi qu'elle soit égale au thérapeute. De plus, 10,3 % des énoncés (n=18) traitent du concept de responsabilité décisionnelle. Plus précisément, les termes suivants renvoient à la notion que la personne recevant les services participe aux prises de décision tout au long du processus ergothérapeutique : « *négocier, fixer ensemble, formuler avec, collaborer, participation, actrice, pouvoir de choisir, première dans les décisions, concertation, élaborer avec, ...* » D'ailleurs, 6,9% des énoncés (n=12) précisent que les objectifs sont formulés en collaboration avec la personne en fonction de ses attentes, ses demandes et ses priorités alors que 5,1 % des énoncés (n=9) abordent le fait que les modalités, le projet de soins et le plan d'intervention sont adaptés et personnalisés en fonction de chaque personne.

Finalement, 11,4 % des énoncés (n=20) traitent du fait que la personne ne peut pas être séparée de son environnement, et donc qu'il doit y avoir une congruence contextuelle.

De plus, l'analyse de contenu fait valoir certaines attitudes qu'ont les ergothérapeutes qui adoptent une approche centrée sur la personne. Plus précisément, 2,3 % des énoncés (n=4) précisent que ces ergothérapeutes sont « *bienveillants et valorisants,* » « *à l'écoute,* » « *[font] preuve de confiance envers la personne* » et « *[développe] une relation d'empathie sans jugement.* »

Finalement, l'analyse de contenu précise également ce qui n'est pas une approche centrée sur la personne. En effet, 5,6 % des répondants (n=6) ont émis des énoncés de cette nature. Les exemples suivants illustrent ce qui ne correspond pas à une approche centrée sur la personne : « *un suivi focalisé sur la pathologie,* » « *[un ergothérapeute] qui se laisse envahir par des préoccupations environnementales et qui est centré sur la déficience ou sur lui-même,* » « *une action centrée sur la pathologie, dictée par le thérapeute à partir de ses connaissances théoriques sur les conséquences habituelles,* » « *une approche où l'équipe de thérapeutes définit les objectifs* » et « *un ergothérapeute qui détient le savoir.* »

### **5.3.2. Perception des répondants quant à leur pratique centrée sur la personne**

84,6 % des répondants (n=110) ont répondu à la question « Considérez-vous que votre pratique actuelle est centrée sur la personne ? » Parmi ceux-ci, 81,8 % (n=90) ont répondu oui, 15,5 % (n=17) ont répondu qu'ils ne savaient pas et 2,7% (n=3) ont répondu non.

Des 90 répondants qui ont répondu « Oui, » 25,6 % (n=23) affirment être centrés sur la personne, car ils cherchent à connaître et à répondre aux besoins, aux attentes et aux priorités exprimés par la personne. De plus, 18,9 % de ceux-ci (n=17) considèrent leur pratique centrée sur la personne, étant donné que leurs objectifs et leurs plans d'interventions sont définis avec ou par la personne ou, encore, que celle-ci est d'accord avec les objectifs proposés par l'ergothérapeute. D'ailleurs, 2,2 % des répondants (n=2) rajoutent que les désirs et les objectifs des personnes doivent être respectés au détriment des objectifs et des valeurs propres aux ergothérapeutes ou des contraintes institutionnelles. D'autant plus, 3,3 % (n=3) de ces répondants spécifient qu'ils incluent la famille et l'entourage de la personne dans la prise de décision. Aussi, 15,6 % (n=14) de ces derniers disent être centrés sur la personne lorsqu'ils considèrent que chaque personne est différente et qu'ils doivent apprendre à connaître cette

dernière dans sa globalité. Finalement, malgré que la question n'abordait pas spécifiquement les outils et les modèles utilisés, 8,9% (n=8) des répondants ont mentionné recours à ceux-ci pour être centrés sur la personne. Ceux répertoriés par les répondants sont le MOH et AMPS (n=1), le OTIPM (n=2) ainsi que la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnelle (MCRO) (n=5).

Un exemple de justification pour laquelle des répondants ont répondu « Ne sait pas » est : « en santé mentale, les activités proposées sont en fonction de la prescription médicale. Le projet de soins est ensuite orienté en fonction des déficits observés. Les objectifs, attentes et besoins de la personne ne sont donc pas au cœur de la prise en charge. » Également, un répondant travaillant en pédiatrie explique que, pour sa part, à l'occasion, les parents ont de la difficulté à cibler leurs objectifs. Par contre, les évaluations mettent en évidence les déficits de l'enfant. L'accompagnement est donc parfois centré sur les déficits plutôt que sur la personne dans sa globalité. De plus, un autre répondant ajoute que l'entrée en institution limite parfois la reprise d'activités significatives et « d'objectif plus ambitieux comme aller au marché du village. » 23,5% (n=4) de ces 17 répondants ont exprimé espérer que leur pratique soit centrée sur la personne, mais qu'ils ne possèdent pas de grille ou de critères pour objectiver celle-ci ou qu'ils ne sont pas sûrs de la définition. Finalement, un répondant précise que trop de temps est consacré à l'administratif, ce qui limite la pratique centrée sur la personne.

Parmi les trois répondants qui ont répondu « Non, » une des raisons est : « Je pense qu'elle ne l'est pas suffisamment, [car] il y a beaucoup trop d'aspects médicaux ou d'idées préconçues du soin qui entravent à cette pratique. » Le deuxième répondant a justifié sa réponse par : « beaucoup trop de temps, hélas, consacré à l'administratif (PMSI, tenue de dossier, ...) ». Finalement, le dernier répondant exprime qu'en milieu psychiatrique, la personne se présente avec une prescription médicale et des activités thérapeutiques sont proposées en fonction du *planification* d'activité. La personne peut arrêter sa prise en charge à tout moment. Ainsi, peu d'évaluations sont effectuées avec la personne, permettant d'établir si les objectifs de soins ont été atteints.

### **5.3.3. Exemples cliniques de pratique centrée sur la personne**

Il a été demandé aux répondants de donner des exemples, tirés de leur pratique clinique, qui démontrent qu'ils ont adopté une pratique centrée sur la personne. 66,2 % des répondants (n=86) ont complété cette question. L'analyse de contenu de ces réponses a mené à 163 énoncés.

L'analyse de contenu de ces énoncés a fait émerger cinq thématiques, soit la réponse aux désirs et aux besoins de la personne, les évaluations et interventions écologiques, les principes d'écoute et de communication utilisés, les objectifs personnalisés, et finalement, l'adaptation et le respect des personnes.

En effet, 26,4 % des énoncés (n=43) montrent que les ergothérapeutes sont centrés sur la personne lorsqu'ils travaillent dans le but de satisfaire les désirs et les besoins exprimés par la personne. En effet, un répondant mentionne avoir essayé de nombreuses orthèses puisque la personne souhaitait rejouer de la batterie, un autre évoque avoir enseigné les techniques de transfert d'une personne malgré la suggestion d'un lève-personne, et ce, pour respecter le choix des parents. D'autres répondants ont décrit des situations cliniques où ils ont travaillé sur l'apprentissage du Code de la route avec une personne ayant eu un traumatisme craniocérébral avec des séquelles cognitives importantes, mis du vernis à ongles et travaillé l'enseignement des lacets avant l'écriture avec une jeune fille dyspraxique, où ils ont recherché un parapluie assez solide pour être utilisé comme une canne et ont enseigné à une mère hémiplégique comment donner le bain à son enfant. Parallèlement, 4,3 % des énoncés (n=7) sont en lien avec la reprise des loisirs et des activités significatives, parfois même avant l'autonomie aux activités de la vie quotidienne et domestique, car c'est ce que souhaite la personne. Un exemple est : « Organisation d'un programme de réadaptation centrée sur une activité signifiante pour une personne AVC, [soit] la recherche d'une aide technique adaptée pour jouer un instrument de musique. » Un autre exemple illustrant l'importance de la reprise des activités significatives est :

*« J'ai pu leur proposer une activité valorisante et signifiante (menuiserie) pour qu'il ne se voit pas essentiellement comme la personne en perte de capacités et assisté, mais aussi comme le grand-père capable de faire plaisir en offrant un puzzle à son petit-fils. »*

D'autre part, 15,3 % des énoncés (n=25) illustrent des évaluations et des interventions écologiques, telles que des mises en situation dans le milieu réel de la personne, des activités répondant aux réels besoins de participations de la personne, des visites à domicile, l'utilisation d'activités significatives en tant qu'activités thérapeutiques, la reproduction du travail de la personne en milieu clinique, ainsi que l'essai d'un fauteuil roulant dans un endroit significatif pour la personne.

Ensuite, 14,1 % des énoncés (n=23) abordent les principes d'écoute et de communication utilisés dans la pratique centrée sur la personne. Un répondant précise l'importance de s'inquiéter de la fatigue et de la douleur des personnes recevant ses services afin d'adapter les activités proposées. D'autres exemples d'écoute et de communication sont : « écouter les besoins, » « laisser la parole à la personne et favoriser les auto-évaluations » et « faire ressortir grâce à des discussions, ce qui est réellement important pour la personne. » D'ailleurs, trois exemples sont donnés où des ergothérapeutes vont à l'encontre des contraintes institutionnelles et défendent le point de vue de la personne auprès de l'équipe traitante. En effet, « dépasser le cadre institutionnel communément admis pour coller au mieux au fonctionnement psychique d'une patiente » met en lumière cette idée.

De surcroît, 11,0 % des énoncés (n=18) ont traité d'objectifs personnalisés, choisis par la personne recevant les services. 9,3 % des répondants (n=8) ont donné des exemples d'inclusion de la personne dans la prise de décision, notamment lors de réunions pluridisciplinaires en présence de la personne alors qu'également 9,3 % (n=8) mentionnent inclure la famille dans les décisions. L'énoncé « *Il a été possible d'être centré sur la personne après avoir pu rencontrer l'enfant et sa famille afin de déterminer ensemble des axes de travail* » illustre ce propos. De plus, 6,1 % des énoncés (n=10) précisent que l'accord de la personne doit être obtenu avant de mettre en pratique une intervention, tel que « toute démarche d'attribution d'aides techniques doit émaner de la personne et doit être acceptée par elle. »

Finalement, 5,5 % des énoncés (n=9) témoignent que les ergothérapeutes s'adaptent et respectent les personnes recevant les services. En effet, l'énoncé suivant est un exemple :

*« Un blessé médullaire récent peut refuser la réadaptation de ces déplacements via le fauteuil roulant [...]. L'offre de soins [...] ne doit pas aboutir à une rupture du contrat de prise en charge [...], mais à une révision du contrat de prise en charge entre les attentes du demandeur et les réponses des thérapeutes à cette demande. »*

La réponse d'un autre répondant est : « *Les planifications sont faites au jour le jour de façon à s'adapter aux besoins des personnes et aux contraintes des douches et des pansements* ». Un répondant mentionne qu'avec une personne présentant des troubles moteurs et cognitifs importants qui refusait que l'ergothérapeute évalue son autonomie à la toilette et à l'habillage, ce dernier a tout de même respecté son intimité. Il lui a donc expliqué, puis montré progressivement

à l'aide de mises en situation en salle de rééducation et de gradation de l'activité comment réacquérir les gestes nécessaires pour réaliser seuls ces soins personnels.

#### 5.3.4. Limites à l'approche centrée sur la personne selon les répondants

Les répondants ont répondu à la question : « Qu'est-ce qui limite, dans votre travail, votre capacité à actualiser l'approche centrée sur la personne ? » Les principales limites qui sont ressorties, suite à l'analyse de contenu, sont l'organisation des soins basée sur la déficience et la récupération de fonctions (n=14), le manque de moyens humains, financiers et matériels pour réaliser certaines activités et évaluations (n=13) ainsi le manque de temps pour effectuer des interventions ou des évaluations écologiques (n=12) en raison, entre autres, d'un trop grand nombre de prise en charge, d'hospitalisation de plus en plus courte et des tâches administratives obligatoires. D'autres obstacles à l'approche centrée sur la personne sont liés à la personne recevant les services, à l'ergothérapeute, à l'équipe de soins, à l'organisation du milieu ainsi qu'à l'entourage de la personne et sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4.

*Obstacles à l'application des principes et conditions de l'approche centrée sur la personne selon les répondants*

lié à la personne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refus de la personne</li> <li>• Présence de troubles cognitifs importants</li> <li>• Évolution rapide de la maladie</li> <li>• L'avancement en âge</li> <li>• Communication difficile avec la personne</li> <li>• Hospitalisation très longue, donc n'ont plus d'objectifs de rééducation et/ou de récupération</li> <li>• Personne centrée sur leur pathologie</li> <li>• Limites de la personne (capacité, motivation, état psychologique, anosognosie)</li> <li>• Difficulté de la personne à faire des choix, à prendre part aux décisions et aux démarches, à être acteur de ses soins</li> </ul>
lié au thérapeute	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Routine professionnelle</li> <li>• Trop grand nombre de patients en même temps</li> <li>• Manque de temps pour effectuer des mises en situation ou des interventions écologiques</li> <li>• Manque de connaissance et d'expériences dans certains domaines</li> <li>• Pression coût/temps</li> <li>• Vision du thérapeute de ce qui est bien pour la personne</li> <li>• Surcharge de travail qui demande privilégier la tenue de dossier au détriment de temps direct avec les personnes</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durée des séances très courtes, ce qui oblige à être centré sur ces objectifs plutôt que de s'adapter à l'état de la personne</li> </ul>
lié à l'équipe de soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de disponibilité des autres soignants</li> <li>• Manque de communication entre les membres de l'équipe de soin</li> <li>• Prescriptions trop précises des médecins</li> <li>• Vision et approche des autres professionnels de l'équipe soignante différentes de celle de l'ergothérapeute</li> <li>• Manque de connaissances de la part des autres professionnels quant au métier d'ergothérapeute</li> </ul>
lié à l'organisation du milieu de soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de moyens matériels, financiers ou humains</li> <li>• Délai avant la mise en place du projet de soin de la personne</li> <li>• Manque de partenariat</li> <li>• Organisation des soins basée sur la récupération des déficits</li> <li>• Durée d'hospitalisation de plus en plus courte</li> <li>• Vision que le médecin détient le savoir et le pouvoir de décision</li> <li>• Système de soins fondé sur la tarification à l'acte : pression coût/temps par patient</li> <li>• Centre éloigné, limitant les mises en situation écologiques et les visites à domicile</li> </ul>
lié à l'entourage de la personne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refus, sous ou sur implication de l'entourage</li> <li>• Indécision des familles quant au projet de soins</li> <li>• Ergothérapeute qui écoute la famille plutôt que la personne recevant les soins</li> <li>• Les volontés et attentes de l'entourage qui sont au-delà des possibilités, volontés ou capacités de la personne</li> </ul>

### 5.3.5. Perception des répondants quant à la facilité à mettre en pratique certains éléments de l'approche centrée sur la personne dans leur pratique clinique

Pour cette question, les répondants devaient évaluer sur une échelle *Likert* à 7 niveaux leur facilité à mettre en pratique certains éléments de la pratique centrée sur la personne. L'échelle utilisée est la suivante : extrêmement facile (1), très facile (2), assez facile (3), neutre (4), assez difficile (5), très difficile (6) et extrêmement difficile (7). 72,3 % des répondants (n=94) ont répondu à cette question. Les réponses « extrêmement facile, » « très facile » ou « assez facile » ont été regroupés ensemble ainsi que les réponses « assez difficile, » « très difficile » et « extrêmement difficile. » Les pourcentages des réponses regroupées ainsi que le pourcentage de réponse « neutre » sont illustrés ci-dessous.

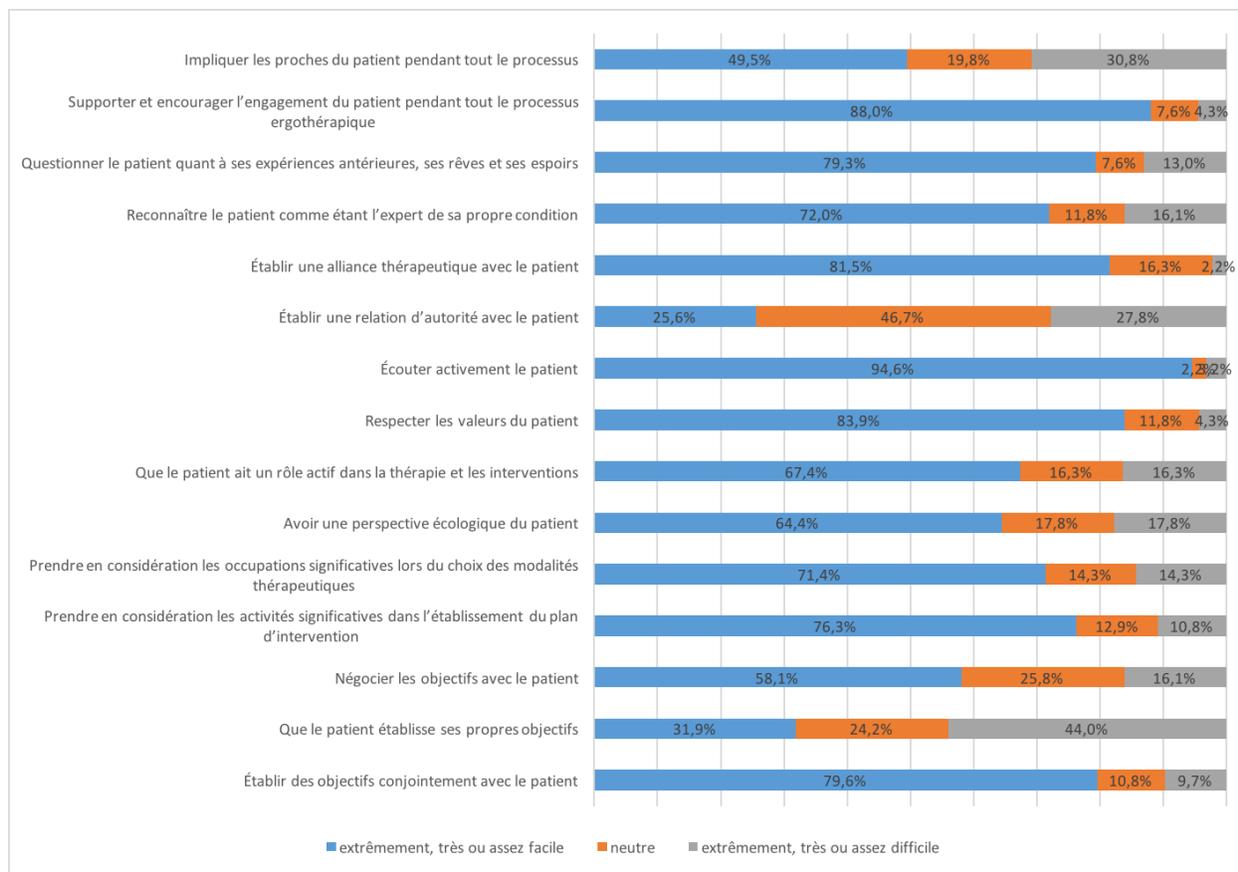


Figure 2. Représentation de la facilité des répondants à mettre en pratique certains éléments de l'approche centrée sur la personne grâce au pourcentage des réponses

Les éléments que les répondants trouvent les plus faciles à mettre en pratique sont : écouter activement la personne, supporter et encourager l'engagement de la personne pendant tout le processus ergothérapeutique, respecter les valeurs de la personne, établir une alliance thérapeutique avec la personne, établir des objectifs conjointement avec la personne ainsi que questionner la personne quant à ses expériences antérieures, ses rêves et espoirs. En effet, 94,6 % des répondants (n=88) considèrent qu'il est extrêmement, assez ou très facile d'écouter activement la personne, 88,0 % (n=81) de supporter son engagement, 83,9 % (n=78) de respecter ses valeurs, 81,5 % (n=75) d'établir une alliance thérapeutique et 79,6 % (n=74) d'établir conjointement les objectifs, et, finalement, 79,3% (n=73) de la questionner quant à ses expériences, rêves et espoirs.

À l'opposé, les éléments que les répondants considèrent les plus difficiles à mettre en pratique sont l'établissement des objectifs par la personne seule, l'implication des proches

pendant le processus ergothérapeutique et l'établissement d'une relation d'autorité avec la personne. Effectivement, 44,0% des répondants (n=40) considèrent qu'il est très, assez ou extrêmement difficile de laisser la personne établir seule ses objectifs d'intervention, 30,8 % (n=28) d'impliquer les proches et 27,8% (n=25) d'établir une relation d'autorité. Cependant, les répondants ont majoritairement répondu « neutre » à ce dernier élément, spécifiquement, 46,7 % des répondants (n=42).

En ce qui concerne l'établissement des objectifs, les répondants ont plus de facilité à les établir de manière conjointe avec la personne que laisser la personne établir elle-même ses propres objectifs. En effet, 79,6% des répondants (n=74) ont jugé qu'il est extrêmement, très ou assez facile d'établir des objectifs de manière interdépendante. Seulement 9,7 % des répondants (n=9) ont estimé qu'il est assez difficile, alors que 44,0 % (n=40) ont répondu que c'est assez ou très difficile que la personne établisse seule ses objectifs. Malgré tout, 58,1% des répondants (n=54) ont répondu qu'il est extrêmement, très ou assez facile de négocier les objectifs avec la personne. 25,8 % des répondants (n=24) ont répondu de manière neutre à cet élément, alors que 16,1 % (n=15) l'ont considéré assez difficile. De surcroît, 72,0 % des répondants (n=67) affirment qu'il est extrêmement, très ou assez facile de reconnaître la personne comme étant l'experte de sa propre condition et 67,4 % (n=62) croient qu'il est extrêmement, très ou assez facile que la personne ait un rôle actif dans le processus ergothérapeutique.

En ce qui concerne le plan d'intervention, 76,3 % des répondants (n=71) ont estimé qu'il est extrêmement, très ou assez facile de prendre en considération les activités significatives de la personne dans l'établissement de celui-ci ainsi que 71,4 % (n=65) lors du choix des modalités thérapeutiques (n=42). 10,8 % des répondants (n=10) ont estimé qu'il est assez ou très difficile de considérer les activités significatives dans l'établissement du plan d'intervention et 14,3 % (n=13) lors du choix des modalités. Au niveau des évaluations et des interventions, 64,4 % des répondants (n=58) affirment qu'il est extrêmement, très ou assez facile d'avoir une perspective écologique de la personne.

### **5.3.6. Perception des répondants quant à l'importance de mettre en pratique certains éléments de l'approche centrée sur la personne dans leur pratique clinique**

Similairement, les répondants devaient évaluer sur une échelle *Likert* à 7 niveaux l'importance qu'ils accordent à ces mêmes éléments de l'approche centrée sur la personne dans leur pratique clinique. L'échelle utilisée est la suivante : extrêmement important (1), très

important (2), assez important (3), neutre (4), peu important (5), très peu important (6) et pas du tout important (7). 66,9 % des répondants (n=87) ont complété à cette question. Le nombre de répondants ayant répondu « extrêmement important, » « très important » ou « assez important » a été compilé ensemble. Cela est pareil pour ceux ayant répondu « peu important, » « très peu important » et « pas du tout important. » Les pourcentages du nombre de répondants cumulés ainsi que ceux ayant répondu « neutre » sont illustrés ci-dessous.

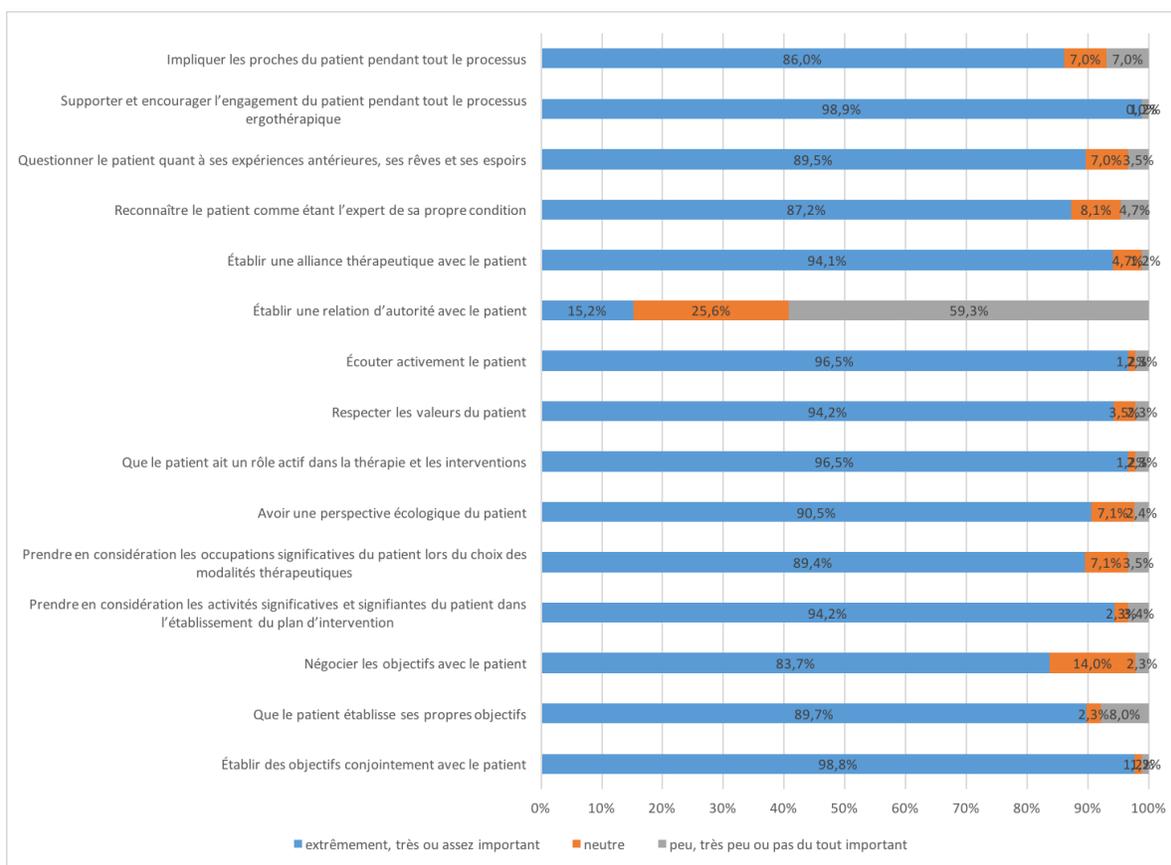


Figure 3. Représentation de l'importance qu'accordent les répondants aux éléments de l'approche centrée sur la personne grâce au pourcentage des réponses

Plus de 83,7% des répondants (n=72) considèrent que tous les éléments de l'approche centrée sur la personne sont assez, très ou extrêmement important, à l'exception de l'établissement des objectifs par l'ergothérapeute seul et l'établissement d'une relation d'autorité avec la personne. 98,8 % des répondants (n=85) estiment qu'il est extrêmement, très ou assez important de supporter et d'encourager l'engagement de la personne pendant tout le processus ergothérapeutique, 97,7% (n=84) d'établir conjointement les objectifs avec cette dernière 96,5 % (n=83) de l'écouter activement et qu'elle ait un rôle actif dans la thérapie, 94,3 % (n=82) de

prendre en considération ses activités significatives dans l'établissement du plan d'intervention, 94,2 % (n=82) de respecter ses valeurs ainsi que 94,1 % (n=80) d'établir une alliance thérapeutique.

Toutefois, 59,3 % des répondants (n=51) évaluent qu'il est peu, très peu ou pas du tout important d'établir une relation d'autorité avec la personne, 25,6 % de ceux-ci (n=22) sont neutre alors que seulement 15,1 % (n=13) considèrent que c'est extrêmement, très ou assez important. En ce qui concerne l'établissement des objectifs uniquement par l'ergothérapeute, 41,4 % des répondants (n=36) croient que cet élément est peu, très peu ou pas du tout important, 32,2 % (n=28) sont neutres et 26,4 % (n=23) croient que c'est extrêmement, assez ou très important. En revanche, 97,7 % (n=84) des répondants jugent qu'il est extrêmement, très ou assez important d'établir les objectifs d'interventions conjointement avec la personne de même que 89,7 % (n=78) estiment qu'il est extrêmement, très ou assez important que la personne établisse seule ses objectifs. D'ailleurs, 83,7 % des répondants (n=72) croient qu'il est extrêmement important, très ou assez important de négocier les objectifs d'interventions avec la personne.

En lien avec le plan d'intervention, 94,2 % des répondants (n=82) croient qu'il est extrêmement, très ou assez important de considérer les activités significatives de la personne dans l'établissement du plan et 89,4 % (n=76) lors du choix des modalités d'interventions. Seulement deux répondants, soit 2,4 %, considèrent qu'il est peu important de considérer les activités significatives à ces niveaux.

90,5 % des répondants (n=77) estiment qu'il est extrêmement très important ou assez important d'avoir une perspective écologique de la personne au niveau des évaluations et des interventions. 89,5 % de ceux-ci (n=77) croient qu'il est extrêmement, très ou assez important de questionner la personne quant à ses expériences antérieures, ses rêves et ses espoirs. Aussi, 86,0 % des répondants (n=74) évaluent qu'il est extrêmement, très ou assez important d'impliquer les proches de la personne dans la prise de décision. Seulement quatre répondants, soit 4,7 %, jugent qu'il est peu important et un seul, ce qui représente 1,2 % des répondants, juge qu'il est très peu important.

### 5.3.7. Comparaison la facilité à mettre en pratique et l'importance accordée à certains éléments de l'approche centrée sur la personne

La comparaison des réponses obtenues aux questions concernant la facilité des répondants à mettre en pratique des éléments de l'approche centrée sur la personne et l'importance qu'ils accordent à ceux-ci permet de constater qu'un plus grand pourcentage de répondants considère ces éléments comme étant extrêmement, assez ou très importants contrairement à extrêmement très ou assez faciles à mettre en pratique. La seule exception concerne l'établissement d'une relation d'autorité. La comparaison de ces résultats est présentée au tableau 5 ci-dessous.

Tableau 5.

*Comparaison entre la facilité des répondants à mettre en pratique certains éléments de l'approche centrée sur la personne et l'importance qu'ils accordent à ceux-ci en fonction du pourcentage des réponses*

Éléments de l'approche centrée sur la personne		extrêmement, très ou assez facile / important	neutre	extrêmement, très ou assez difficile / peu, très peu ou pas du tout important
Établir des objectifs conjointement avec le patient	importance	98,8%	1,2%	1,2%
	facilité	79,6%	10,8%	9,7%
Que le patient établisse ses propres objectifs	importance	89,7%	2,3%	8,0%
	facilité	31,9%	24,2%	44,0%
Négocier les objectifs avec le patient	importance	83,7%	14,0%	2,3%
	facilité	58,1%	25,8%	16,1%
Prendre en considération les activités significatives dans l'établissement du plan d'intervention	importance	94,2%	2,3%	3,4%
	facilité	76,3%	12,9%	10,8%
Prendre en considération les occupations significatives lors du choix des modalités thérapeutiques	importance	89,4%	7,1%	3,5%
	facilité	71,4%	14,3%	14,3%
Avoir une perspective écologique du patient	importance	90,5%	7,1%	2,4%
	facilité	64,4%	17,8%	17,8%
Que le patient ait un rôle actif dans la thérapie et les interventions	importance	96,5%	1,2%	2,3%
	facilité	67,4%	16,3%	16,3%
Respecter les valeurs du patient	importance	94,2%	3,5%	2,3%
	facilité	83,9%	11,8%	4,3%
Écouter activement le patient	importance	96,5%	1,2%	2,3%
	facilité	94,6%	2,2%	3,2%

Établir une relation d'autorité avec le patient	importance	15,2%	25,6%	59,3%
	facilité	25,6%	46,7%	27,8%
Établir une alliance thérapeutique avec le patient	importance	94,1%	4,7%	1,2%
	facilité	81,5%	16,3%	2,2%
Reconnaître le patient comme étant l'expert de sa propre condition	importance	87,2%	8,1%	4,7%
	facilité	72,0%	11,8%	16,1%
Questionner le patient quant à ses expériences antérieures, ses rêves et ses espoirs	importance	89,5%	7,0%	3,5%
	facilité	79,3%	7,6%	13,0%
Supporter et encourager l'engagement du patient pendant tout le processus ergothérapeutique	importance	98,9%	0,0%	1,2%
	facilité	88,0%	7,6%	4,3%
Impliquer les proches du patient pendant tout le processus	importance	86,0%	7,0%	7,0%
	facilité	49,5%	19,8%	30,8%

Les différences les plus significatives concernent les éléments suivants : l'établissement des objectifs par la personne seule, l'implication des proches de la personne pendant tout le processus ergothérapeutique, que la personne ait un rôle actif dans la thérapie et les interventions, avoir une perspective écologique ainsi que négocier les objectifs avec la personne. À cet égard, 89,7 % des répondants (n=78) considèrent qu'il est extrêmement, très ou assez important que la personne établisse elle-même ses objectifs, or, 31,9 % des répondants (n=29) jugent qu'il est extrêmement, très ou assez facile de faire cela dans leur pratique. D'ailleurs, 44,0 % des répondants (n=40) considèrent cet élément comme étant assez, très ou extrêmement difficile à mettre en pratique. Ensuite, 86,0% des répondants (n=74) croient qu'il est extrêmement, très ou assez important d'impliquer les proches de la personne pendant tout le processus. Cependant, seulement 49,5 % des répondants (n=45) considèrent cet élément facile à mettre en pratique, alors que 30,8 % (n=29) le considèrent plutôt difficile. Dans le même ordre d'idée, 96,5 % des répondants (n=83) jugent qu'il est extrêmement, très ou assez important que la personne ait un rôle actif dans la thérapie et 90,5 % (n=77) d'avoir une perspective écologique, mais, respectivement, seulement 67,4 % (n=62) et 64,4 % (n=58) jugent que ces éléments sont faciles à mettre en pratique. Finalement, 83,7 % des répondants (n=72) croient qu'il est extrêmement, très ou assez facile de négocier les objectifs avec la personne, sauf que seulement 58,1 % (n=54) jugent que c'est extrêmement, très ou assez facile à appliquer en pratique clinique.

La seule exception à cette tendance est l'établissement d'une relation d'autorité avec la personne. 15,2 % des répondants (n=13) croient qu'il est extrêmement important, très ou assez important de mettre en pratique cet élément, 25,6 % (n=22) sont neutres et 59,3 % (n=51) ne

croient pas que cet élément est important. Parallèlement, la majorité des répondants, soit 46,7 % (n=42) sont neutres et 27,8 % (n=25) croient que cet élément est assez, très ou extrêmement difficile à mettre en pratique. Seulement 25,6 % des répondants (n=23) croient que cet élément est extrêmement, très ou assez facile à appliquer dans leur pratique clinique. Cependant, un plus grand pourcentage de répondants évalue qu'il est important et facile d'établir une alliance thérapeutique avec la personne. En effet, 94,1 % des répondants (n=80) ont déterminé qu'il est extrêmement, très ou assez important d'établir une alliance thérapeutique et 81,5 % (n=75) que c'est extrêmement, très ou assez facile à mettre en pratique.

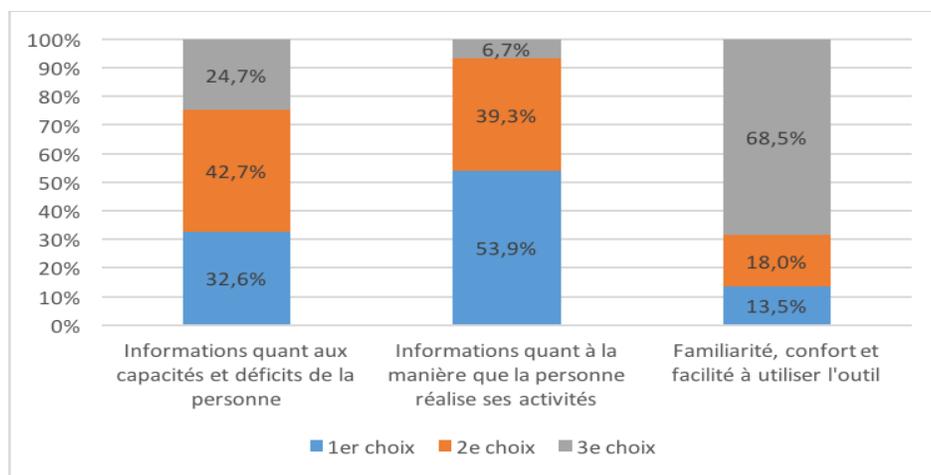
D'ailleurs, 96,5 % des répondants (n=83) considèrent qu'il est extrêmement, très ou assez important d'écouter activement la personne et 94,6 % de ceux ayant répondu à cet énoncé (n=88) évaluent qu'il est extrêmement, très ou assez facile de mettre en pratique cet élément. Aussi, 98,9 % des répondants (n=85) évaluent qu'il est extrêmement, très ou assez important de supporter et d'encourager l'engagement de la personne pendant tout le processus ergothérapeutique, et 88,0 % (n=81) que c'est extrêmement, très ou assez facile à mettre en pratique.

#### **5.4. L'application de l'approche centrée sur la personne des répondants**

La prochaine section comprend les résultats des questions qui suggèrent comment les répondants sont centrés sur la personne dans leur pratique clinique. Plus précisément, on y retrouve : les éléments qui influencent leur choix d'outils d'évaluations, la manière dont ils établissent leurs objectifs d'intervention, ce qu'ils considèrent lors du choix de ces objectifs et, finalement, les éléments qu'ils considèrent lors de leurs choix d'activités thérapeutiques.

##### **5.4.1. Le choix des outils d'évaluation**

68,5% des répondants (n=89) ont répondu à la question qui consistait à classer en ordre d'importance (1 étant le plus important et 3 le moins important) les éléments qu'ils considèrent lorsqu'ils choisissent un outil d'évaluation. Les résultats obtenus sont illustrés à la figure ci-dessous.



*Figure 4.* Représentation l'importance accordée aux différents éléments lors du choix d'outil d'évaluation en fonction du pourcentage du nombre de répondants

53,9% de ces répondants (n=48) considèrent que la capacité d'un outil d'évaluation à fournir des informations quant à la manière dont la personne réalise ses activités est ce qui influence le plus leur choix d'outil, alors que 29 répondants, soit 32,6%, croient que la capacité de l'outil à fournir de l'information quant aux capacités et aux incapacités de la personne est ce qui est le plus important. Enfin, 68,5% des répondants (n=61) affirment que leur familiarité, leur confort et leur facilité à utiliser un outil sont ce qui influence le moins leur choix d'outil d'évaluation.

#### **5.4.2. L'établissement des objectifs d'intervention**

En premier lieu, 68,5 % (n=89) des répondants ont déterminé s'ils établissent les objectifs de manière indépendante de la personne (sans cette dernière), interdépendante (conjointement avec la personne) ou dépendante (la personne établit ses objectifs seule). Les résultats sont illustrés à la figure ci-dessous.

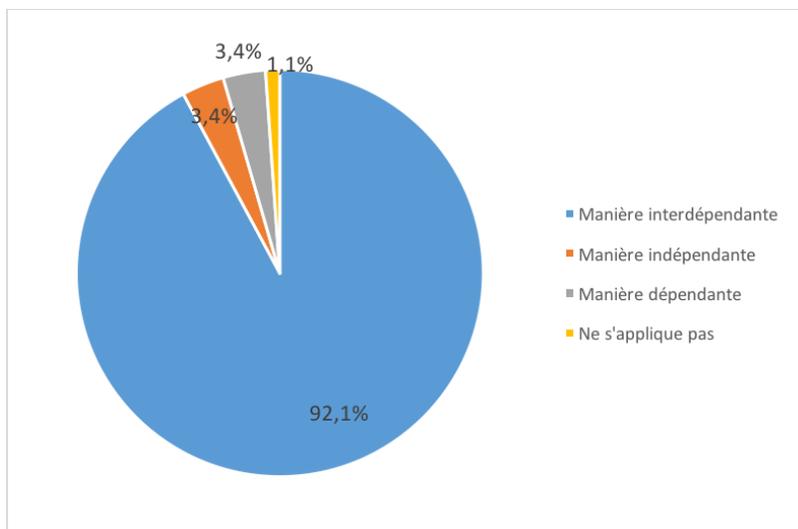


Figure 5. Représentation des répondants en fonction de la manière dont ils établissent leurs objectifs d'intervention

92,1 % de ces répondants (n=82) affirment établir leurs objectifs d'intervention conjointement avec la personne, et donc de manière interdépendante. Bien que 3,4 % (n=3) affirment que la personne recevant les services établit seule ses objectifs (manière dépendante), 3,4 % (n=3) ont également répondu qu'ils décident des objectifs d'intervention sans la personne recevant les services d'ergothérapie (manière indépendante).

En deuxième lieu, 67,7 % des répondants (n=88) ont évalué l'importance qu'ils accordent à trois différents éléments lors de l'établissement des objectifs d'intervention, sur une échelle *Likert* à 7 niveaux. Plus précisément, les répondants ont coté si le fait que les objectifs présentent les capacités et les déficits de la personne, les activités qu'elle peut ou pourra réaliser ainsi que ses préférences et ses projets est extrêmement important, très important, assez important, neutre, peu important, très peu important ou pas du tout important.

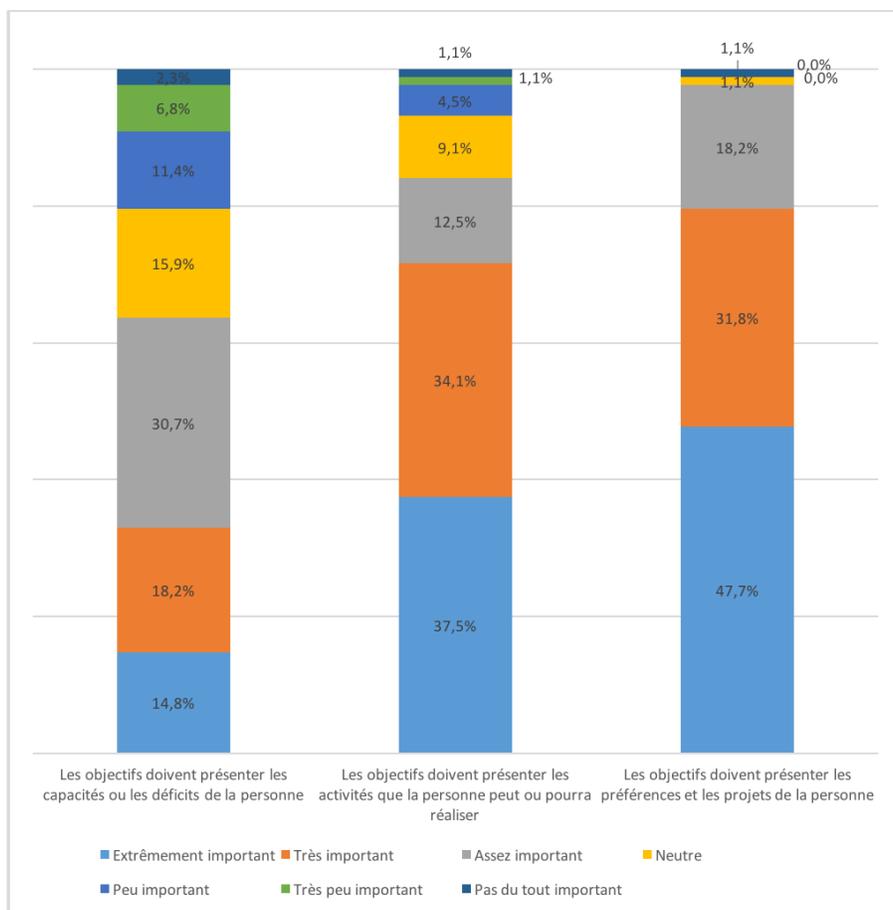


Figure 6. Représentation de l'importance accordée aux différents éléments lors du choix d'objectifs d'intervention en fonction du pourcentage du nombre de répondants

Ainsi, 97,7 % (n=86) des répondants croient qu'il est assez, très ou extrêmement important que les objectifs d'interventions présentent les préférences et les projets du patient, 63,7% (n=56) que les objectifs doivent présenter les capacités ou les déficits du patient alors que 84,1% (n=74) croient que les objectifs doivent présenter les activités que la personne peut ou pourra réaliser. Le fait que les objectifs présentent les capacités ou déficits de la personne est l'élément où le plus de répondants, soit 20,0%, (n=18) ont répondu que c'était peu, très peu ou pas du tout important.

De plus, 8,0 % (n=7) des répondants ont répondu que ces trois éléments étaient extrêmement importants, 6,8 % (n=6) ont répondu que deux éléments étaient extrêmement importants et un très important, 8,0 % (n=7) ont répondu qu'un des éléments ci-dessus était extrêmement important et que les deux autres étaient très importants. En somme, 88,6 % des

répondants (n=78) ont affirmé que ces trois éléments étaient minimalement assez importants lorsqu'ils établissent des objectifs d'interventions.

### 5.4.3. L'établissement des activités thérapeutiques

66,9 % des répondants (n=87) ont classé en ordre d'importance (1 étant le plus important et 6 le moins important) les facteurs qu'ils considèrent lors de la sélection des activités thérapeutiques. Ces éléments sont : l'activité permet d'améliorer la manière que la personne réalise une activité désirée, l'activité permet d'améliorer une fonction ou une capacité précise, il s'agit d'une activité significative pour la personne, la personne est capable de réaliser l'activité et vivre du succès, les évidences scientifiques suggèrent cette activité ainsi que le coût et la disponibilité des équipements nécessaires. La figure ci-dessous illustre les résultats obtenus.

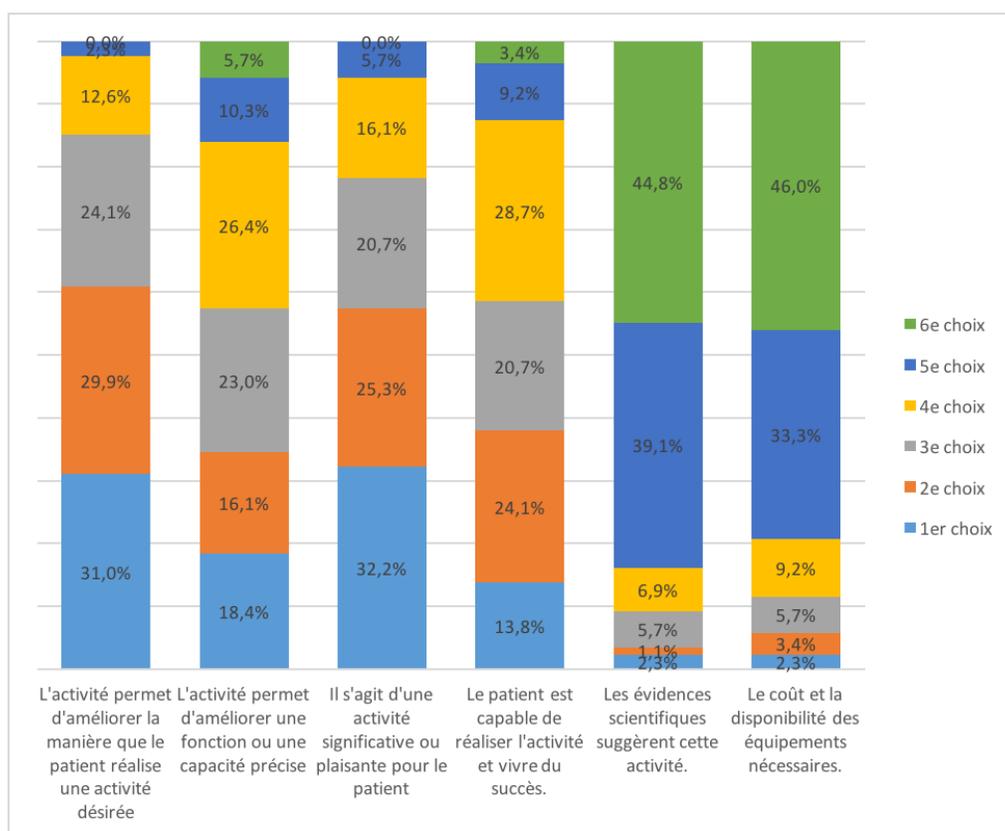


Figure 7. Répartition des répondants en fonction de l'ordre accordé aux différents éléments lors de la sélection des activités thérapeutiques

En ce qui concerne les 3 éléments qui influencent le plus le choix des répondants quant à la sélection des activités thérapeutique, les réponses sont très variées. En effet, 32,2 % des répondants (n=28) ont déterminé que le fait que l'activité choisie est une significative ou

plaisante pour la personne est ce qui influence le plus leur choix alors que 31,0 % (n=27) ont choisit en premier lieu une activité qui permet d'améliorer la manière que la personne réalise une activité désirée. Le deuxième élément qui influence le plus le choix des répondants est le fait que l'activité améliore la manière dont la personne réalise une activité désirée (29,9 %, n= 26), constitue une activité significative ou plaisante (25,3 %, n=22) et permet à la personne de vivre du succès (24,1 %, n=21). Le fait qu'une activité améliore la manière dont la personne réalise une activité, qu'elle est une activité plaisante ou significative, qu'elle améliore une capacité et qu'elle fasse vivre du succès à la personne ont été choisi comme étant le 3<sup>e</sup> élément le plus influant par un nombre de personnes quasi égal, soit respectivement par 23,0 % (n=23), 24,1 % (n=21), 20,7 % (n=18) et 20,7 % (n=18).

Ensuite, 28,7 % des répondants (n=25) ont déterminé que la capacité de l'activité à faire vivre du succès à la personne est le 4<sup>e</sup> élément qui influence leur choix d'activité thérapeutique, alors que 26,4 % (n=23) ont déterminé que c'est le fait qu'une activité permet d'améliorer une fonction.

Malgré tout, il est évident que le fait que les évidences scientifiques suggèrent une activité et que le coût et la disponibilité des équipements nécessaires est ce qui influence le moins le choix des répondants. Plus particulièrement, 39,1 % des répondants (n=34) ont choisi que le fait que les évidences suggèrent une activité est le 5<sup>e</sup> élément qui influence leur choix alors que 44,8 % (n=39) ont déterminé que c'était le dernier. En ce qui concerne le coût et la disponibilité de l'équipement, 33,3 % des répondants (n=29) l'ont choisi comme 5<sup>e</sup> choix et 46,0 % (n=40) comme 6<sup>e</sup> choix.

## **6. DISCUSSION**

Les résultats de la présente étude font valoir que les ergothérapeutes français ont le souci d'adopter une pratique de l'ergothérapie qui est centrée sur la personne. Ainsi, cette section discute les résultats obtenus et est divisée en cinq sections. La première section aborde la discussion relative à la perception des ergothérapeutes quant à la mise en pratique des principes et des conditions de l'approche centrée sur la personne chez les ergothérapeutes français. La deuxième section concerne la mise en pratique des principes de l'approche centrée sur la personne par les ergothérapeutes français en fonction des étapes du processus de pratique en ergothérapie et des habiletés des ergothérapeutes. La troisième section discute des obstacles à l'approche centrée sur la personne. Enfin, les deux dernières sections traitent des retombées possibles de cette étude, ainsi que de ses forces et limites.

### **6.1. Perception des ergothérapeutes quant à la mise en pratique des principes et des conditions de l'approche centrée sur la personne**

En premier lieu, les résultats de cette étude font valoir que la majorité des ergothérapeutes français ayant participé à l'étude affirment avoir une pratique qui est centrée sur la personne. En effet, 81,8 % des répondants (n=90) considèrent mettre en pratique des principes de l'approche centrée sur la personne. Seulement 3,0% des répondants ne croient pas avoir une pratique centrée sur la personne et qu'un répondant sur 130 estime que cette approche est uniquement utilisée par les psychologues. Non seulement les répondants considèrent avoir une pratique centrée sur la personne, ils définissent cette approche de manière similaire aux différents auteurs. De plus, les justifications de leur position quant à l'application des principes et des conditions d'une pratique centrée sur la personne correspondent à des principes de cette approche. Ces affirmations sont présentées dans les paragraphes suivants.

#### **6.1.1. Les représentations de l'approche centrée sur la personne des répondants**

Les résultats de l'analyse de contenu des représentations de l'approche centrée sur la personne en ergothérapie permettent d'affirmer que les répondants français se représentent cette approche de manière similaire aux ergothérapeutes ailleurs dans le monde. En effet, les résultats de l'analyse de contenu des représentations mettent en évidence des concepts similaires à ceux recensés dans les écrits. Plus précisément, les énoncés des répondants ont fait valoir comme concepts importants le respect (30,3 % des énoncés), la connaissance de la personne dans sa

globalité (29,9 %), la promotion des activités (27,5 %), la collaboration (14,9 %) ainsi que le partage des décisions (10,3 %). En effet, ces concepts sont fidèles à ceux énoncés par Fisher (2009), Herberg-Kristensson et coll. (2006), Law (1998), Parker (2012), Sumsion et Law (2006), Sumsion (2000) et la WFOT (2010), soit le respect, la responsabilité décisionnelle, le partenariat et la participation active de la personne.

De plus, les représentations des répondants se rapprochent de la définition suggérée par l'Association canadienne des ergothérapeutes (2002) retenue dans le cadre conceptuel de cette étude. En effet, l'ACE définit que l'approche centrée sur la personne est une approche de collaboration et de partenariat utilisée dans le but de promouvoir l'occupation auprès des personnes dans un premier temps, et dans le but d'habiliter les personnes à leurs occupations dans un deuxième temps. Les ergothérapeutes témoignent du respect pour la personne, l'invitent à participer à la prise de décision, reconnaissent ses expériences et ses connaissances et revendiquent leurs droits. On y retrouve encore une fois les notions de collaboration et de partenariat, de respect, de partage des décisions et de reconnaissance de l'unicité de la personne.

Finalement, il est possible de croire, tel que l'affirme Sumsion (1999), que les répondants français mettent en pratique les principes et conditions de l'approche centrée sur la personne dans leur pratique clinique, si on se fie à leur représentation du concept et de ses principes.

### **6.1.2. Raisons justifiant l'application des principes et des conditions de l'approche centrée sur la personne**

81,8 % des répondants (n=90) considèrent que leur pratique clinique est centrée sur la personne. Les raisons justifiant leur position correspondent aux différents principes de l'approche centrée sur la personne, soit : le respect, la responsabilité décisionnelle, le partenariat thérapeutique et la participation active de la personne. Effectivement, les principales justifications des répondants sont : connaître la personne et répondre à ses besoins uniques, ses attentes et ses priorités (17,7 % des justifications), inclure la personne et sa famille dans la prise de décision et l'établissement des objectifs (15,4 %), considérer chaque personne comme étant différente et unique et adapter les services offerts à la personne (10,8 %). Ces justifications correspondent aux principes de l'approche centrée sur la personne définis par différents auteurs, tels que Fisher (2009), Herberg-Kristensson et coll. (2006), Law (1998), Parker (2012), Sumsion et Law (2006), Sumsion (2000) et WFOT (2010). En effet, selon Fisher (2009), être centré sur la personne signifie collaborer avec la personne recevant les services ainsi que développer un

rapport thérapeutique dans le but d'atteindre les objectifs de la personne. Il nécessite donc de respecter les besoins, les désirs et le niveau de motivation de la personne, de prioriser la perspective de la personne, de faire preuve de respect et de développer une confiance mutuelle. Aussi, la personne recevant les services participe activement aux décisions. Tout compte fait, les résultats suggèrent que les répondants français mettent réellement en pratique les principes de l'approche centrée sur la personne dans leur pratique clinique, puisque les raisons justifiant leur position quant à leur pratique centrée sur la personne se rattachent aux principes définis par différents auteurs.

## **6.2. L'application des principes de l'approche centrée sur la personne chez les ergothérapeutes français**

En second lieu, les résultats de cette étude ne font pas uniquement valoir que la majorité des ergothérapeutes français considèrent avoir une pratique centrée sur la personne. Plutôt, ils illustrent aussi que les ergothérapeutes mettent en pratique divers principes de l'approche centrée sur la personne. Les résultats seront discutés dans les paragraphes suivants, en fonction des étapes du processus en ergothérapie ainsi qu'en fonction des habiletés et des attitudes des ergothérapeutes.

### **6.2.1. Application des principes de l'approche centrée sur la personne en fonction des différentes étapes du processus de pratique en ergothérapie**

Les résultats font valoir que les répondants français ont le souci et la capacité de mettre en pratique différents principes de l'approche centrée sur la personne. Ainsi, les différents résultats seront discutés en fonction de l'étape des évaluations, de l'établissement des objectifs et des interventions.

#### *6.2.1.1. Évaluation*

En ce qui concerne les évaluations, les résultats mettent en évidence que les répondants ont tendance à être *top-down* et centré sur la personne. En effet, être centré sur la personne, selon les répondants, signifie apprendre à connaître chaque personne dans sa globalité afin de considérer et tenir compte de ses besoins, attentes, projets de vie, priorités, objectifs, désirs, souhaits, envies, préférences, valeurs et intérêts. De plus, 89,5 % des répondants considèrent qu'il est extrêmement, très ou assez important de questionner la personne quant à ses rêves, ses espoirs et ses expériences antérieures, 96,5 % d'écouter activement la personne et 87,1 % de reconnaître la personne comme étant l'experte de sa propre condition. L'écoute active est une

technique de communication développée par Carl Rogers. Elle consiste à adopter certaines attitudes et à utiliser certaines techniques dans le but de comprendre ce que la personne vit et ainsi l'amener à prendre conscience par elle-même de ses besoins, de ses attentes et de ses possibilités (Taylor, 2008). Il est donc important que l'ergothérapeute ne porte pas de jugements. Cela correspond aux premières étapes du processus ergothérapeutique tel que suggéré par Fisher (2009). Telle que celle-ci souligne, pour être centré sur la personne, il importe en premier lieu de comprendre la personne et son contexte de performance occupationnelle : Que veut-elle accomplir ? Quels sont ses rôles occupationnels ? Qu'est-ce qui est significatif pour elle ? Quelles sont ses priorités ? Ainsi, l'ergothérapeute doit faire tous les efforts pour comprendre la personne et la voir selon la perspective de cette dernière. Pour ce, l'établissement d'un rapport thérapeutique est nécessaire. D'ailleurs, 94,1 % des répondants considèrent qu'il est extrêmement, très ou assez important d'établir une alliance thérapeutique avec la personne, soit une relation de collaboration, un partenariat entre la personne et l'ergothérapeute. De plus, une alliance thérapeutique sous-entend un consentement mutuel ainsi que l'établissement d'un lien affectif entre l'ergothérapeute et la personne recevant les services (Graybar et Leonard, 2005). Par le fait même, on peut conclure que les répondants sont conscients des possibles enjeux de pouvoirs dans la relation thérapeutique et qu'ils considèrent qu'ils sont égaux et des partenaires dans la relation aidant-aidé.

De plus, les répondants rapportent mettre en pratique certains principes de l'approche centrée sur la personne lors de leurs évaluations. Malgré que pas abordé spécifiquement, seulement 15,3 % des exemples donnés par les répondants concernent des évaluations écologiques, telles que des mises en situations dans le milieu réel de la personne et 90,5 % des répondants croient qu'il est important d'avoir une perspective écologique de la personne. Les répondants ont exprimé le souci d'observer la performance occupationnelle et d'analyser les activités qui sont importantes et prioritaires pour la personne, telle que suggéré dans le modèle développé par Fisher (2009). De plus, ceux-ci jugent que le fait qu'un outil d'évaluation fournit des informations quant à la manière dont la personne réalise ses activités est plus important que la capacité de l'outil à fournir des informations quant aux capacités et aux déficits de la personne. Des exemples d'outils et de modèles d'évaluations reconnus pour être centrés sur la personne et sur les occupations, utilisés par les répondants, sont le AMPS, la MCRO, l'approche CO-OP, le MOH et le OTIPM. Ces résultats diffèrent de ceux obtenus dans l'étude de Mulligan, Prudhomme White

et Arthanat (2014) réalisée auprès de 84 étudiants et ergothérapeutes du New Hampshire aux États-Unis. En effet, ces derniers classaient en premier la capacité de l'outil à obtenir de l'information sur les habiletés et les fonctions corporelles, ensuite, la capacité de l'outil à obtenir de l'information sur la performance de la personne dans une occupation significative et, finalement, le coût et disponibilité ainsi que le meilleur outil selon les évidences scientifiques. Cela suggère que les répondants français ont le souci d'être *top-down*, soit d'analyser la manière dont la personne accomplit ses activités avant d'identifier la cause de ses difficultés. Cela correspond également aux étapes du processus d'intervention ergothérapique suggéré par Détraz, Morel-Bracq et Caire (2008). En effet, ces auteurs français suggèrent, lors de l'évaluation initiale, d'éviter de focaliser uniquement sur le symptôme, de mettre en évidence la demande et les attentes de la personne, les difficultés qu'elle rencontre et en rechercher les origines, ainsi que de s'éloigner des protocoles standardisés. En somme, l'analyse des résultats permet de constater que les ergothérapeutes français de la présente étude appliquent plusieurs principes de l'approche centrée sur la personne lors l'établissement de la relation thérapeutique et des évaluations, tels que la participation active de la personne, l'établissement d'une relation de collaboration et de partenariat, chercher à connaître les priorités et besoins spécifiques de la personne ainsi qu'être centré sur les occupations plutôt que sur les déficits de la personne.

#### 6.2.1.2. *Établissement des objectifs*

Dans le même ordre d'idées, les résultats illustrent que les répondants de cette étude ont le souci d'établir les objectifs d'intervention conjointement avec la personne, et ainsi, être centrés sur la personne en favorisant une participation active de cette dernière. En effet, 18,9% des répondants disent être centrés sur la personne, car ils définissent leurs objectifs et leurs plans d'intervention avec la personne recevant les services. Or, seulement 11,0 % des exemples donnés par les répondants concernent l'élaboration d'objectifs personnalisés. Certains répondants ont également recours à des outils, tels que la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel [MCRO], pour connaître les priorités de la personne et être centrés sur cette dernière. La MCRO est un outil centré sur la personne, car il permet à l'ergothérapeute de déceler les changements qui se produisent au niveau du fonctionnement de la personne tels que cette dernière le perçoit (Law et coll., 2005). De plus, 92,1 % des répondants disent établir leurs objectifs conjointement avec la personne, plutôt que de les établir seuls. D'ailleurs, 41,4 % des répondants croient qu'il est peu, pas du tout ou extrêmement pas important que l'ergothérapeute établisse seul les

objectifs d'intervention. Plutôt, 84,4 % des répondants estiment qu'il est important de négocier les objectifs d'intervention avec la personne recevant les services et 89,7 % que cette dernière établisse elle-même ses objectifs. Cela correspond aux principes du partage de pouvoir entre la personne recevant les services et l'ergothérapeute et au pouvoir décisionnel de cette personne. Les résultats illustrent que les ergothérapeutes de cette étude ne sont pas des professionnels de la santé directifs, mais qu'ils sont plutôt centrés sur les désirs et les priorités de la personne et qu'ils établissent des relations de collaboration.

De plus, les répondants perçoivent important d'être centrés sur la personne et sur les occupations lors de l'établissement des objectifs d'interventions. En effet, 97,7 % des répondants considèrent qu'il est extrêmement, très ou assez important que les objectifs présentent les préférences de la personne, 84,1 % que les objectifs présentent les activités que la personne souhaite ou pourra réaliser alors que seulement 63,7 % jugent important que les objectifs présentent les capacités et/ou incapacités de la personne. Ainsi, les ergothérapeutes accordent plus d'importance à la reprise d'activités et aux préférences de la personne qu'aux incapacités de la personne. Encore une fois, ces résultats diffèrent de ceux de l'étude de Mulligan, Prudhomme White et Arthanat (2014), où un objectif qui adresse les fonctions corporelles ou les habiletés affectant le fonctionnement est classé comme étant plus important qu'un objectif qui adresse les préférences de la personne. Il est à noter que la taille de l'échantillon (n=84) de Mulligan, Prudhomme White et Arthanat (2014) est similaire à celle de la présente étude (n=88) outre que celle-ci n'inclut pas des étudiants en ergothérapie.

#### *6.2.1.3. Interventions*

De surcroît, les résultats fournissent des évidences que les répondants français sont centrés sur la personne et sur les occupations lors de l'établissement des modalités d'intervention et de la mise en pratique de celles-ci. En effet, les répondants estiment être centrés sur la personne puisqu'ils adaptent et personnalisent leurs modalités et plans d'interventions en fonction de chaque personne. Les plans d'intervention sont d'ailleurs définis avec la personne et sont orientés vers la reprise d'activités significatives, et non sur le gain des fonctions corporelles. 94,1 % des répondants estiment qu'il est important de considérer les activités significatives de la personne lors de l'établissement du plan d'intervention et 89,4 % lors du choix des modalités thérapeutiques. D'ailleurs, les exemples de modalités d'interventions mentionnés par les répondants sont écologiques, soi-disant, il s'agit d'activités simulées, restauratrices ou

acquisitionnelles. En effet, un répondant a simulé l'emploi d'une personne, soit d'être photographe, en lui demandant de s'accroupir dans différentes positions avec un sac lourd, car celle-ci souhaitait reprendre son métier. Cela constitue une activité simulée. Ensuite, un autre répondant a eu recours à une activité restauratrice avec une personne ayant eu un traumatisme craniocérébral, soit la pratique et l'apprentissage du Code de la route, car celle-ci rêvait de ravoir son permis de conduire. Enfin, les ergothérapeutes sortent souvent du cadre thérapeutique habituel dans le but de répondre aux souhaits et aux désirs de la personne. Un tel exemple est celui d'un répondant s'étant rendu dans un bar avec une personne tétraplégique afin d'évaluer les obstacles que cette dernière rencontre et trouver des solutions pour qu'elle puisse y aller avec ses copains. D'ailleurs, aucun répondant n'a fait allusion à des activités de préparation ou des exercices, ce qui suggérerait une vision plus *bottom-up*. De plus, les répondants jugent que le fait qu'une modalité améliore la manière dont la personne réalise une activité significative est plus important que le fait qu'elle améliore une capacité. Pour ces raisons, il est possible d'affirmer que les ergothérapeutes français de cette étude ont le souci d'être centrés sur la personne et sur les occupations lors de leurs interventions.

### **6.2.2. Les habiletés et les attitudes de l'ergothérapeute**

Les résultats de la présente étude illustrent que les répondants français adoptent des attitudes et ont des habiletés de communication et d'écoute qui leur permettent d'être centrés sur la personne et d'établir des relations de collaborations. En effet, 94,1 % des répondants considèrent qu'il est important d'établir une alliance thérapeutique, soit une relation de collaboration mutuelle (Bachelart, 2010), et 81,5% considèrent que cela est facile à mettre en pratique dans leur pratique clinique. D'ailleurs, 14,9 % des justifications des répondants concernent l'établissement d'un partenariat avec la personne. De plus, 96,5% des répondants croient qu'il est extrêmement, très ou assez important d'écouter activement la personne. Tel que mentionné précédemment, l'écoute active est une habileté et une attitude que les ergothérapeutes adoptent dans le but de comprendre ce que la personne vit afin d'amener cette dernière à prendre conscience de ses besoins, de ses attentes et de ses possibilités (Taylor, 2008) Aussi, 14,1 % des exemples de pratique centrée sur la personne des répondants abordent des principes d'écoute et de communication. Également, le fait que l'ergothérapeute apprenne à connaître la personne et, par conséquent, adapte ses services pour répondre à ses souhaits et à ses besoins est une habileté qui est revenue à plusieurs reprises. Par ailleurs, 98,9 % des répondants considèrent qu'il est

important de supporter et d'encourager l'engagement de la personne pendant tout le processus en ergothérapie. En somme, être valorisant et bienveillant, développer une relation d'empathie, ne pas juger, établir un partenariat, écouter activement la personne, établir une alliance thérapeutique, supporter l'engagement de la personne, la respecter, l'encourager, ne pas établir une relation d'autorité avec la personne ainsi qu'établir un dialogue commun sont des habiletés et des attitudes de l'ergothérapeute recensées dans les écrits et qui sont jugés essentiels pour être centré sur la personne (Hedberg-Kristensson et coll., 2006 ; Parker, 2012 ; Pedlar, Hornibrook et Haasen, 2001 ; Sumsion et Law, 2006 ; Taylor, 2008). En effet, selon Black (2005), les ergothérapeutes doivent avoir d'excellentes habiletés de communication afin d'offrir des services centrés sur la personne efficaces.

### **6.3. Les obstacles à l'application des principes et des conditions de l'approche centrée sur la personne**

Les résultats de l'étude, tel que démontré dans les paragraphes précédents, suggèrent que les ergothérapeutes mettent en pratique, ou du moins, ont le souci de mettre en pratique les principes de l'approche centrée sur la personne. Or, une différence importante entre la facilité à mettre en pratique et l'importance qu'accordent les répondants aux différents éléments de l'approche centrée sur la personne met en évidence qu'il n'est pas toujours possible de mettre en pratique les principes et les conditions de cette approche tel que souhaité. De nombreux obstacles à l'application de cette approche, identifiés par les répondants, peuvent ainsi expliquer ces différences. Toutefois, il est à noter que les obstacles identifiés par les répondants ne sont pas liés directement aux différents éléments de l'approche centrée sur la personne. Ainsi, les prochains paragraphes tenteront d'expliquer le lien entre ces différences, les obstacles à l'approche centrée sur la personne et les causes potentielles.

Tout d'abord, 98,8 % des répondants considèrent qu'il est important d'établir conjointement les objectifs d'intervention avec la personne recevant les services. Or, seulement 79,6 % des répondants jugent cet élément facile à mettre en pratique. Dans le même ordre d'idées, 89,7 % des répondants estiment qu'il est important que la personne établisse seule ses objectifs, mais seulement 31,9% de ceux-ci considèrent cela facile à mettre en pratique. Parallèlement, 83,7 % des répondants considèrent qu'il est important de négocier les objectifs, contrairement à 58,1 % qui estiment cela facile. Pourquoi est-ce plus difficile à mettre en pratique ? Il existe de nombreuses raisons pouvant expliquer pourquoi il est difficile d'impliquer

la personne dans la prise de décisions. D'une part, la présence de troubles cognitifs chez la personne, l'état émotionnel de la personne, le refus de la personne à participer à son projet de soin, le désir de la personne d'être un acteur passif dans la thérapie, la vision du thérapeute de ce qui est bien pour la personne et les différences entre les objectifs de la personne et ceux de l'ergothérapeute sont des obstacles identifiés par les répondants qui peuvent expliquer pourquoi il est difficile, en réalité, d'établir des objectifs conjointement avec ou par la personne recevant les services. D'ailleurs, ces obstacles ont été identifiés par différents auteurs (Doig et coll., 2009 ; Goulet, Rousseau et Fortier, 2007 ; Kjellberg, Kahlinn, Haglund et Taylor, 201 ; Maitra et Erway, 2006 ; Moats, 2007 ; Sumsion et Smyth, 2000 ; Wilkins, Pollock, Rochon et Law, 2001).

En effet, la vision de l'ergothérapeute de ce qui est bien pour la personne, engendrant ainsi son refus ou son hésitation à travailler sur l'objectif souhaité par la personne, est un des principaux obstacles à l'établissement d'objectifs de manière conjointe recensé dans la littérature. La vision de l'ergothérapeute de ce qui est bien pour la personne est teintée par ses valeurs et ses croyances (Goulet, Rousseau et Fortier, 2007). Ceci rejoint ce que Restall, Ripat et Stern (2003) avait suggéré aux ergothérapeutes, soit d'entamer une réflexion personnelle afin de mieux comprendre comment leurs connaissances, leurs valeurs, leurs croyances et leurs expériences influencent leur pratique par l'entremise de leurs réactions, leurs résistances, leurs suppositions et leurs comportements. Un autre obstacle pouvant expliquer ces différences, n'ayant pas été identifié par les répondants, mais reconnu dans la littérature, est l'ambiguïté de l'ergothérapeute à travailler sur un objectif particulier, lorsque celui-ci juge que cet objectif n'est pas sécuritaire (Clemens, Wetle, Feltes, Crabtree et Dubitzky, 1994 ; Moats, 2007 ; Townsend et coll., 2013).

De plus, une différence importante a été notée au niveau de la participation active de la personne dans la thérapie. Plus précisément, 96,5 % des répondants considèrent qu'il est important que la personne ait un rôle actif, mais seulement 67,4 % considèrent cela facile à mettre en pratique. Un obstacle important, identifié par les répondants et recensé dans la littérature, permettant d'expliquer cette différence, est le refus ou l'ambivalence de la personne à prendre un rôle actif dans la thérapie, et donc à déterminer ses objectifs et ses priorités (Doig et coll., 2009 ; Maitra et Erway, 2006 ; Sumsion, 2006 ; Sumsion et Smyth, 2000 ; Townsend et coll., 2013). Selon Sumsion (2006), certaines personnes manquent de connaissances pour

comprendre le raisonnement derrière l'approche centrée sur la personne ou de confiance pour occuper un rôle actif. Il est du devoir de l'ergothérapeute de leur fournir des explications à ce sujet et des occasions pour qu'elles posent des questions ainsi que d'explicitier ce qui est attendu d'eux. Il est possible qu'une raison derrière cet obstacle, identifié dans la littérature, soit la culture de la personne. La culture d'une personne peut l'encourager à maintenir un rôle de malade et ainsi, ne pas accepter le pouvoir de prendre des décisions (Sumsion, 2006 ; Townsend et coll., 2013). Or, il est possible qu'il soit difficile que la personne ait un rôle actif, car certaines personnes perçoivent le professionnel comme étant l'expert et s'attendent à ce que ce dernier prenne les décisions et dirige les interventions, d'autant plus dans un environnement où le modèle biomédical est prôné et où les autres professionnels de l'équipe de soins sont plus directifs (Sumsion, 2006), tel que les répondants ont souligné. Finalement, l'âge, la fatigue et l'évolution de la maladie sont d'autres facteurs, identifiés par les répondants et constatés par différents auteurs, qui limitent la participation de la personne dans la thérapie (Sumsion, 2006, Townsend, Beagan et coll., 2013). Or, pour faciliter le processus et l'engagement de la personne, Restall, Ripat et Stern (2003) suggèrent l'utilisation d'outil tels que le *Goal Attainment Scaling* de Kiresuk et Sherman (1968) et la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel de Law et coll. (2005).

Par ailleurs, 90,5 % des répondants considèrent important d'adopter une perspective écologique de la personne, tandis que 64,4 % évaluent cela facile à mettre en pratique en réalité. Ainsi, il est possible de constater une différence non négligeable entre la facilité à mettre en pratique et l'importance accordée à cet élément. Tels qu'identifiés par les participants, l'impression des ergothérapeutes de ne pas avoir suffisamment de temps pour réaliser des évaluations et des interventions écologiques, le manque de ressources matérielles, humaines ou financières nécessaires ainsi que la vision de l'établissement de soins qui diffère de la vision occupationnelle des ergothérapeutes peuvent être des obstacles à l'application de cet élément de l'approche centrée sur la personne. Selon l'étude de Wilkins et coll. (2001), le temps est l'obstacle le plus important à l'approche centrée sur la personne. Plusieurs autres obstacles identifiés par les répondants peuvent en être la cause : le temps consacré à la tenue de dossier limitant le nombre d'heures d'interventions directes, la pression ressentie étant donné le niveau de productivité attendue, un trop grand nombre de patients en même temps et des séances de plus en plus courtes.

En ce qui concerne le fait que l'établissement de soins ne partage pas toujours la vision occupationnelle des ergothérapeutes, de nombreux répondants rapportent que leur établissement de soins est axé sur la récupération des déficits plutôt que sur le fonctionnement de la personne et que les membres de l'équipe de soins manquent de connaissances au sujet de cette approche. Ces propos rejoignent ceux de Sumsion (2006) qu'il est difficile pour les ergothérapeutes d'utiliser une approche centrée sur la personne lorsque les membres de l'équipe de soins utilisent une approche plus traditionnelle et biomédicale.

Finalement, 86,0 % des répondants considèrent qu'il est important d'impliquer les proches de la personne dans le processus ergothérapique, mais uniquement 49,5 % de ceux-ci trouvent qu'il s'agit d'un élément de l'approche centrée sur la personne facile à mettre en pratique. Les répondants révèlent qu'il peut être difficile d'impliquer les familles, puisque celles-ci sont parfois surinvesties, sous-investies, indécises quant aux projets de soins ou parce que les membres de la famille ne sont pas d'accord entre eux. De plus, les attentes des familles surpassent parfois les capacités et les volontés de la personne. Les ergothérapeutes ont également parfois tendance à écouter les volontés de la famille au détriment de celles de la personne, particulièrement lorsque cette dernière présente des troubles cognitifs (Moats, 2007). Il est important que les ergothérapeutes soient au courant de ce possible enjeu et qu'ils revendiquent les souhaits et les objectifs de la personne.

#### **6.4. Forces et limites de l'étude**

Cette étude présente des forces et des limites. En premier lieu, la présente étude présente trois principales forces. D'abord, malgré que le taux de participation n'a pu être estimé en raison de la méthode d'échantillonnage utilisé, le nombre de répondants (n=130) est considéré comme acceptable, d'autant plus que 66,7 % des questionnaires (n=88) ont été remplis en intégralité. De plus, le fait qu'il y ait eu des données aberrantes de la part d'un seul répondant, et ce, uniquement à une question augmente la validité des réponses obtenues.

Une autre force concerne le type de devis. En effet, le fait qu'il s'agit d'un devis mixte augmente la validité des analyses réalisées à partir des différents résultats obtenus. En effet, les résultats des questions qualitatives complètent les résultats des questions de nature quantitative.

Finalement, une autre force de cette étude concerne la représentativité de l'échantillon de la population de l'étude. En effet, les caractéristiques des répondants de cette étude sont similaires aux résultats de l'enquête démographique réalisée par Koch et Trouvé (2015) auprès de 3759 ergothérapeutes exerçant en France, à l'exception de la patientèle principale. Cette étude a été effectuée dans le but de compléter les données du répertoire ADELI. Les caractéristiques de l'échantillon de la présente étude et les résultats de l'étude de Koch et Trouvé (2015) sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 6.  
*Comparaison entre les caractéristiques des répondants de cette étude et les données démographiques obtenues suite à l'enquête réalisée par Koch et Trouvé (2015)*

Caractéristiques	Échantillon de cette étude	Enquête démographique de Koch et Trouvé
Sexe	Femme : 84,6 % Homme : 15,3 %	Femme : 89,5 % Homme : 10,5%
Âge	Moyenne : 37,6 ans Moins de 30 ans : 25,6 % Moins de 40 ans : 61,3 % 60 ans et plus : 2,3 %	Moyenne : 34,5 ans Moins de 30 ans : 39,3 % Moins de 40 ans : 72,6 % 60 ans et plus : 1,3 %
Nombre d'années d'expérience	0 – 9 ans : 38,0 % 10 – 19 ans : 31,8 % 20 – 29 ans : 15,5 % 30 – 39 ans : 4,8 % 40 – 49 ans : 0 %	0 – 9 ans : 51,9 % 10 – 19 ans : 28,8 % 20 – 29 ans : 13,2 % 30 – 39 ans : 7,8 % 40 – 49 ans : 0,3 %
Lieu d'obtention du diplôme	France : 92 % Belgique : 7 % Ailleurs : 0,8 %	France : 88 % Dans l'Union Européenne : 11,8 % Hors de l'Union Européenne : 0,5 %
Emploi	Salarié ou titulaire de la fonction publique : 87,8% Libéral : 9,8 %	Salarié : 84 % Libéral : 16 %
Patientèle principale	< 3 ans : 3,5 % 3 – 13 ans : 17,0 % 13 – 20 ans : 14,9 % 20 – 60 ans : 35,8 % > 60 ans : 26,6 % N/A : 2,2 %	< 3 ans : 13 % 3 – 13 ans : 42 % 13 – 20 ans : 42 % 20 – 60 ans : 67 % > 60 ans : 82 % N/A : 5 %

Toutefois, cette étude comprend quelques limites. D'abord, une limite concerne l'outil de collecte de données utilisé. Le questionnaire utilisé dans le cadre de cette étude a été conçu à partir de la recension des écrits et bâti pour l'étude. Malgré qu'il a été révisé par un

ergothérapeute français concernant l'utilisation de la terminologie adéquate, il n'a pas fait l'objet d'une validation formelle. De plus, certaines questions ont été omises, par exemple, quels sont les outils d'évaluations utilisés en clinique. Ces questions auraient permis de bonifier les résultats de la présente étude. Ainsi, cette étude porte sur les résultats d'un questionnaire ayant été utilisé pour la première fois en ergothérapie. Il est donc possible que le questionnaire en soi ait été une source de biais. De plus, l'ordre d'importance des niveaux des dispositifs de type *Likert* était l'inverse de ce qu'on retrouve généralement dans les questionnaires. En effet, les échelles s'étalaient de 1 « extrêmement important » à 7 « extrêmement pas important, » alors que le niveau « 7 » représente habituellement l'élément le plus important ou favorable à la question.

Une autre limite concerne la méthode d'échantillonnage. En effet, une méthode d'échantillonnage par convenance et par réseau ont été utilisées. Il est donc possible que l'échantillon soit biaisé par ceux qui étaient favorables à l'approche centrée sur la personne. En ce sens, il est possible que les résultats ont été biaisés positivement. Il nécessite alors d'être prudent en ce qui concerne la généralisation des résultats.

Finalement, une limite est reliée au fait qu'il s'agit d'une étude de perception d'un phénomène. Les résultats permettent d'affirmer que les répondants français valorisent des principes de l'approche centrée sur la personne, toutefois, le font-ils en réalité ? L'étude ne le dit pas.

## 7. CONCLUSION

La présente étude fait valoir des résultats inédits sur la perception de la mise en pratique des principes et des conditions de l'approche centrée sur la personne par des ergothérapeutes français. Le fait qu'aucune autre étude ne documente comment cette approche est appliquée en pratique clinique démontre la singularité de cette étude. Parallèlement, la mise en pratique des principes et des conditions de cette approche ne semble pas être affirmée dans les écrits scientifiques français.

Or, les résultats obtenus mettent en évidence que les répondants français ont une perception positive quant à la mise en pratique de cette approche, qu'ils affirment avoir une pratique centrée sur la personne (81,8%, n=90) et qu'ils appliquent plusieurs principes de cette approche dans leur pratique clinique. Plus précisément, plus de 90 % des répondants estiment qu'il est extrêmement, très ou assez important d'établir conjointement les objectifs avec la personne, de prendre en considération les activités significatives de cette dernière dans l'établissement du plan d'intervention, de l'écouter activement, d'établir une alliance thérapeutique, de supporter et encourager l'engagement de la personne pendant tout le processus ergothérapique et, enfin, que cette dernière occupe un rôle actif dans la thérapie et les interventions.

Toutefois, il est important de souligner que les résultats font valoir que, bien que les répondants ont le souci de mettre en pratique les principes de l'approche centrée sur la personne, qu'il ne semble pas être aussi facile de les appliquer en pratique clinique. En effet, bien que 98,9 % des répondants considèrent qu'il est important d'établir les objectifs d'interventions avec la personne, seulement 79,6 % jugent que cet élément est facile à mettre en pratique. 89,7 % des répondants estiment important que la personne recevant les services détermine ses objectifs d'interventions, mais seulement 31,9 % considèrent cela facile à mettre en pratique. Cela va dans le même sens en ce qui concerne négocier les objectifs (83,7 % comparativement à 58,1 %), adopter une perspective écologique de la personne (90,5 % versus 64,4 %), la participation active de la personne (96,5 % versus 67,4 %) et, finalement, l'implication des proches de la personne dans le processus ergothérapique (86,0 % versus 49,5 %). De nombreux facteurs, identifiés par les répondants, peuvent expliquer pourquoi il est difficile de mettre en pratique les principes et les conditions de cette approche en milieu clinique. De tels facteurs sont l'organisation des soins

basée sur la récupération de déficit, le manque de ressources financières, humaines et matérielles, le manque de temps ressenti pour réaliser des évaluations et des interventions écologiques, ainsi que les approches des autres membres de l'équipe de soins qui diffèrent de celle de l'ergothérapeute.

Cependant, tout ergothérapeute est en mesure de mettre en pratique des moyens pour surmonter ces obstacles. D'ailleurs, Sumsion (2006) prône que la pratique centrée sur la personne s'harmonise avec les autres modèles et les autres approches, dont la Classification internationale du fonctionnement [CIF] (Organisation mondiale de la Santé, 2001). De plus, Restall et coll. (2003) encouragent les ergothérapeutes à incorporer la perspective des personnes recevant les services, particulièrement en ce qui concerne leur satisfaction, dans la planification et l'évaluation des programmes d'ergothérapie afin de faire valoir les bienfaits de cette approche auprès des décideurs. Aussi, ils encouragent les ergothérapeutes à discuter avec les membres de l'équipe de soins afin de faire valoir les impacts et les raisonnements derrière l'approche centrée sur la personne. Cela pourrait permettre d'avoir une meilleure cohésion au sein de l'équipe.

En conclusion, d'un point de vue de la recherche, il serait pertinent de poursuivre l'étude du phénomène. Tout d'abord, il serait bénéfique de valider le questionnaire auprès d'un groupe d'experts français, par l'entremise de groupes de discussion focalisée. De plus, une étude future devrait décrire plus en profondeur comment les ergothérapeutes parviennent à intégrer les principes de l'approche dans leur pratique quotidienne. Cela permettrait de construire une modélisation. Il serait intéressant, par la suite, de poursuivre avec la création et la validation d'un tel modèle à l'intention des ergothérapeutes cliniciens. Ensuite, une telle étude, à ma connaissance, n'a jamais été réalisée au Québec. La reproduction d'une étude similaire, ailleurs dans le monde, permettrait de comparer les pratiques et de déterminer s'il y a des différences au niveau de la conceptualisation et de l'application de cette approche qui demeure un principe fondamental de la pratique ergothérapique. Pour terminer, par l'entremise de la présente étude, il est souhaité que les lecteurs aient une réflexion critique quant à leur propre pratique clinique et qu'ils se positionnent afin de déterminer si celle-ci est effectivement centrée sur la personne et sur les occupations.

## RÉFÉRENCES

- Association canadienne des ergothérapeutes. (1991). *Occupational therapy guidelines for client-centred practice*. Toronto : CAOT Publications ACE.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (1997). *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada*. Ottawa : CAOT Publications ACE.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2002). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa : CAOT Publications ACE.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Ottawa : CAOT Publications ACE.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2016). *What is occupational therapy?* Repéré à <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=3024>
- Arbesman, M., et Mosley, L. J. (2012). Systematic review of occupation- and activity-based health management and maintenance interventions for community-dwelling older adults. *American Journal of Occupational Therapy*. 66(3), 277-283. doi: 10.5014/ajot.2012.003327
- Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy (4)*, 317.
- Black, R. M. (2005). Intersections of care : An analysis of culturally competent care, client centered care, and the feminist ethic of care. *Work*, 24(4), 409-422.
- British Association of Occupational Therapists and College of Occupational Therapist. (2011). *What is occupational therapy ?* Repéré à <https://www.cot.co.uk/ot-helps-you/what-occupational-therapy>
- Brown, T. et Chien, C.-W. (2010). Top-down or bottom-up occupational therapy assessment : which way do we go ? *British Journal of Occupational Therapy*, 73(3), 95.
- Chapman, L., et Nelson, D. (2014). Person-centered, community-based occupational therapy for a man with Parkinson's disease: A case study. *Activities, Adaptation et Aging*, 38(2), 94-112. doi: 10.1080/01924788.2014.901045
- Christiansen, C. (2005). The Complexity of Human Occupation. Dans C. Christiansen, C. Baum, et J. Bass-Haugen. (Eds). *Occupational therapy performance, participation and well-being*. (pp.3-24). Thorofare, NJ : SLACK.

- Clemens, E., Wetle, T., Feltes, M., Crabtree, B. et Dubitzky, D. (1994) Contradictions in case management : client-centered theory and directive practice with frail elderly. *Journal of Aging and Health*, 6(1), 70–88.
- Cohen, M. E., et Schemm, R. L. (2007). Client-Centered Occupational Therapy for Individuals with Spinal Cord Injury. *Occupational Therapy in Health Care*, 21(3), 1-15. doi: 10.1080/J003v21n03\_01
- Colaizzi, P.F. (1978). Psychological research as phenomenologist views it. Dans R.S. Valle et M. King. (Eds.). *Existential phenomenological alternatives for psychology*. New York : Oxford University Press.
- Cott, C. (2004) Client-centred rehabilitation: client perspectives, *Disability and Rehabilitation*, 26 (24), 1411-1422. doi: 10.1080/09638280400000237
- Corbière, M. et Larivière, N. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Craik, J., Davis, J. et Polatajko, H.J. (2013). Présenter le Modèle canadien du processus de pratique (MCP) : déployer le contexte. Dans E.A. Townsend et H.J. Polatajko. (Eds). *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. (2<sup>e</sup> ed., version française N. Cantin, pp. 269-). Ottawa : CAOT Publications ACE.
- Creek, J. (2010). The ENOTHE Terminology Project. Dans *The core concepts of occupational therapy a dynamic framework for practice* (pp.17-31). London, Philadelphie : Jessica Kingsley.
- Custer, M. G., Huebner, R. A., Freudenberger, L., et Nichols, L. R. (2013). Client-Chosen Goals in Occupational Therapy: Strategy and Instrument Pilot. *Occupational Therapy in Health Care*, 27(1), 58-70. doi: 10.3109/07380577.2012.747120
- D'Cruz, K., Howie, L., et Lentin, P. (2016). Client-centred practice: Perspectives of persons with a traumatic brain injury. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(1), 30-38. doi: 10.3109/11038128.2015.1057521
- Détraz, M.-C., Morel-Bracq, M-C. et Caire, J.-M. (2008). La méthodologie professionnelle. Dans J.-M. Caire (Ed). *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités* (pp.135-156) Marseille: Solal.
- Doig, E., Fleming, J., Cornwell, P. L., et Kuipers, P. (2009). Qualitative exploration of a client-centered, goal-directed approach to community-based occupational therapy for adults with traumatic brain injury. *American Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 559-568.

- ENOTHE. (2000). *Occupational therapy education in Europe : an exploration*. Amsterdam: ENOTHE.
- Eyssen, I. C. J. M., Steultjens, M. P. M., De Groot, V., Steultjens, E. M. J., Knol, D. L., Polman, C. H., et Dekker, J. (2013). A cluster randomised controlled trial on the efficacy of client-centred occupational therapy in multiple sclerosis: good process, poor outcome. *Disability and Rehabilitation*, 35(19), 1636-1646. doi: 10.3109/09638288.2012.748845
- Fearing, V.G. et Clark, J. (2000). *Individuals in context: a practical guide to client centered practice*. Thorofare, NJ : SLACK.
- Fisher, A. G. (1998). Uniting practice and theory in an occupational framework. 1998 Eleanor Clarke Slagle Lecture. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(7), 509.
- Fisher, A. G. (2009). *Occupational therapy intervention process model : a model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions*. Colorado, USA: Three Star Press Inc.
- Fisher, A. G. (2014). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused : Same, same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(3), 162-173.
- Fisher, A. G. et Short-DeGraff, M. (1993). Nationally speaking : Improving functional assessment in occupational therapy : Recommendations and philosophy for change. *American Journal of Occupational Therapy*, 47(3), 199-201.
- Fisher, A. G. et Jones, B. K. (2010). *Assessment of Motor and Process Skills. Vol. 1: Development, standardization, and administration manual (7<sup>e</sup> ed.)* Fort Collins, CO: Three Star Press.
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives (2<sup>e</sup> ed.)*. Montréal: Chenelière-éducation.
- Fransen, H., Pollard, N., Kantartzis, S., et Viana-Moldes, I. (2015). Participatory citizenship: Critical perspectives on client-centred occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22(4), 260-266. doi: 10.3109/11038128.2015.1020338
- Gillen, G. (2013). A fork in the road : An occupational hazard ? 2013 Eleanor Clarke Slagle Lecture. *American Journal of Occupational Therapy*, 67, 641-652.
- Goulet, C., Rousseau, J., et Fortier, P. (2007). A literature review on perception of the providers and clients regarding the use of the client centered approach in psychiatry. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(3), 1-11.

- Graybar, S. et Leonard, L. (2005). In defense of listening. *American Journal of Psychotherapy*, 59(1), 1-18.
- Guidetti, S., Andersson, K., Andersson, M., Tham, K., et Koch, L. V. (2010). Client-centred self-care intervention after stroke: A feasibility study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17(4), 276-285. doi: 10.3109/11038120903281169
- Gupta, J. et Taff, S. D. (2015). The illusion of client-centred practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22(4), 244-251. doi: 10.3109/11038128.2015.1020866
- Hagedorn, R. (2000). *Tools for practice in occupational therapy: a structured approach to core skills and processes*. Edinburgh : Churchill Livingstone.
- Hammell, K.W. (2001). Using qualitative research to inform the client-centred evidence-based practice of occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 64(5), 228–234.
- Hammell, K. W. (2013). Client-centred occupational therapy in Canada: Refocusing on core values / Recentrer l'ergothérapie au Canada sur les valeurs fondamentales de la pratique centrée sur le client. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 80(3), 141-149. doi: 10.1177/0008417413497906
- Hedberg-Kristensson E, Dahlin Ivanoff S, Iwarsson S. (2006). Participation in the prescription process of mobility devices: Experience among older patients. *British Journal of Occupational Therapy*, 69 (8), 169–76.
- Janssen, B.M. et Sixma, H.J. (2003). *QUOTE-EEE kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van gebruikers van enkelvoudige extramurale ergotherapeutische zorg*. Pays-Bas: NIVEL.
- Kiresuk, T. J., & Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4, 443-453.
- Kjellberg, A., Kåhlin, I., Haglund, L. et Taylor, R.R. (2012). The myth of participation in occupational therapy : reconceptualizing a client-centred approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19, 421-427.
- Koch, L. et Trouvé, E. (2015) Démographie et activité des ergothérapeutes au 1<sup>er</sup> janvier 2015 en France : enquête nationale ANFE-CATEL. Dans M.H. Izard (Eds.). *Expériences en ergothérapie : vingt-huitième série* (pp. 25-46). Montpellier : Sauramps médical.
- Laver Fawcett, A. J. (2007). *Principles of assessment and outcome measurement for occupational therapists and physiotherapists*. Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons.

- Law, M. (1998). *Client centered occupational therapy*. Thorofare, N.J.: SLACK.
- Law, M., Baptiste, S. et Mills, J. (1995). Client-centred practice : What does it mean and does it make a difference ? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 62, 220-257.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H. et Pollock, N. (2005). *La mesure canadienne du rendement occupationnel*. Repéré à <http://www.caot.ca/copm/indexfr.htm>
- Law, M. et Mills, J. (1998). Client-centred occupational therapy. In M. Law. (Ed.). *Client-centred occupational therapy*. Thorofare, NJ : SLACK Incorporated.
- Lepège, A., Gzil, F., Cammelli, M., Lefève, C., Pachoud, B., et Ville, I. (2007). Person-centredness: Conceptual and historical perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 29(20-21), 1555–1565.
- Maitra, K. K., et Erway, F. (2006). Perception of client-centered practice in occupational therapists and their clients. *American Journal of Occupational Therapy*, 60(3), 298-310.
- Mckinnon, A. L. (2000). Client Values and Satisfaction with Occupational Therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7(3), 99-106. doi:10.1080/110381200300006041
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. Paris: De Boeck.
- Ministère de la santé et des sports. (2010). Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute. Récupéré de <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022447668&categorieLien=id>
- Moats, G. (2007). Discharge decision-making, enabling occupations, and client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(2), 91-101.
- Mulligan, S., Prudhomme White, B., et Arthanat, S. (2014). An examination of occupation-based, client-centered, evidence-based occupational therapy practices in New Hampshire. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 34(2), 106-116. doi: 10.3928/15394492-20140226-01.
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J. et Tobin, S. S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16, 134-143.
- Office québécois de la langue française. (2012). *Fiche terminologique*. Repéré à [http://www.granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id\\_Fiche=10890723](http://www.granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=10890723)

- Organisation mondiale de la Santé. (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Palmadottir, G. (2006). Client-Therapist Relationships: Experiences of Occupational Therapy Clients in Rehabilitation. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(9), 394-401.
- Parker, D. M. (2012). *An exploration of client-centred practice in occupational therapy : perspectives and impact*. (Doctor of Philosophy Ph.D.), University of Birmingham.
- Pedlar, A., Hornibrook, T. et Haasen, B. (2001) Patient focused care: theory and practice. *Therapeutic Recreation Journal*, 35(1), 15–30.
- Polatajko, H.J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L. et Zimmerman, D. (2013). Préciser le domaine primordial d'intérêt : l'occupation comme centralité. Dans E.A. Townsend et H.J. Polatajko. (Eds.). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2<sup>e</sup> ed., version française N. Cantin, pp.103-158). Ottawa : CAOT Publications ACE.
- Rebeiro, K. L. (2001). Client-centered practice: body, mind and spirit resurrected. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(2), 65-69.
- Restall, G., Ripat, J. et Stern, M. (2003) Framework of strategies for client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 70(2), 103–112.
- Restall, G., Stern, M. et Ripat, J (2000). The client-centred process evaluation (Appendix C). Dans V.G. Fearing et J. Clark. (Eds.). *Individuals in context: a practical guide to client centered practice* (pp. 165-177). Thorofare, NJ: Slack Incorporated.
- Richard, C., Colvez, A et Blanchard, N. (2012). État des lieux de l'ergothérapie et du métier d'ergothérapeutes en France. Analyse des représentations socioprofessionnelles des ergothérapeutes et réflexion pour l'avenir du métier. *ErgOTHérapie*, 48, 37-46.
- Sarno, J., Sarno, M. et Levita, E. (1973). The functional life scale. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 54(5), 214-220.
- Sumsion, T. (1999). *Client-centered practice in occupational therapy : A guide to implementation*. New York : Churchill Livingstone.
- Sumsion, T. (2000). A revised occupational therapy definition of Client-Centred Practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(7), 304-309.
- Sumsion, T. (2006). *Client-centred practice in occupational therapy*.(2<sup>e</sup> ed.). Philadelphie : Elsevier.

- Sumsion, T. et Law, M. (2006). A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(3), 153-162.
- Sumsion, T. et Smyth, G. (2000). Barriers to client-centeredness and their resolution. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67(1), 15-21.
- Taylor, R. R. (2008). *The intentional relationship : Occupational therapy and use of self*. Philadelphie : F.A. Davis Company.
- Tickle-Degnen, L. (2002). Client-centered practice, therapeutic relationship and the use of research evidence. *Evidenced-Based Practice Forum*, 56(4), 470–474.
- Townsend, E.A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., Stewart D. et Brown, J. (2013). Habilitier : la compétence primordiale en ergothérapie. Dans E.A. Townsend et H.J. Polatajko. (Eds.). *Habilitier à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2<sup>e</sup> ed., version française N. Cantin, pp.103-158). Ottawa : CAOT Publications ACE.
- Townsend, E.A., Stanton, S., Law, M., Polatajko, H.J. et Baptiste, S. (2002). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*. (Version française). Ottawa : CAOT Publications ACE.
- Truvé, É., Offenstein, É. et Agati, N. (2015). L'ergothérapeute de demain en France. *ErgOTHérapie*, 59, 5-11.
- World Federation of Occupational Therapy. (2010). *Position statement : client-centredness in occupational therapy*. Repéré à [www.wfot.org](http://www.wfot.org)
- Wilcock, A. A. (2006). *An occupational perspective on health* (2e éd.). Thorofare, NJ: SLACK.
- Wilkins, S., Pollock, N., Rochon, S. et Law, M. (2001) Implementing client-centred practice: why is it so difficult to do? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(2), 70–79.
- Yerxa, E., Burnett-Beaulieu, S., Stocking, S. et Azen, S. (1988). Development of the satisfaction with performance scales questionnaire. *American Journal of Occupational Therapy*, 42(4), 215-221.

**ANNEXE A**  
**QUESTIONNAIRE**

**Questionnaire – Perception de l’approche centrée sur la personne par des ergothérapeutes français**

**SECTION 1 – QUESTIONS DÉMOGRAPHIQUES**

1. Quel est votre sexe ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Homme</li> <li>➤ Femme</li> </ul>
2. Quel âge avez-vous ?	
3. Depuis combien d’années exercez-vous le métier d’ergothérapeute ?	
4. Dans quel pays avez-vous obtenu votre diplôme d’ergothérapeute ?	
5. Dans quel institut de formation en ergothérapie (IFE) avez-vous obtenu votre diplôme ?	
6. Actuellement, vous :	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Exercez la fonction d’ergothérapeute salarié</li> <li>➤ Exercez la fonction d’ergothérapeute en libéral</li> <li>➤ Êtes de la fonction publique</li> <li>➤ Êtes sans emploi</li> <li>➤ Êtes à la retraite</li> <li>➤ Autre (Spécifiez)</li> </ul>
7. Exercez-vous la profession d’ergothérapeute en France ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Oui</li> <li>➤ Non</li> </ul>
8. Dans quelle région exercez-vous ?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine</li> <li>2. Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes</li> <li>3. Auvergne-Rhône-Alpes</li> <li>4. Bourgogne-Franche-Comté</li> <li>5. Bretagne</li> <li>6. Centre-Val de Loire</li> <li>7. Corse</li> <li>8. Île-de-France</li> <li>9. Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées</li> <li>10. Nord-Pas-de-Calais-Picardie</li> <li>11. Normandie</li> </ol>

	12. Pays de la Loire 13. Provence-Alpes-Côte d'Azur
10. Auprès de quelle population exercez-vous majoritairement	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Petite enfance (&lt; 3 ans)</li> <li>➤ pédiatrie(entre 3 et 13 ans)</li> <li>➤ Adolescents (entre 13 et 20 ans)</li> <li>➤ Adultes (entre 20 et 60 ans)</li> <li>➤ Personnes âgées (plus de 60 ans)</li> <li>➤ Autre : ...</li> </ul>

## SECTION 2 : L'approche centrée sur la personne

### 11. Que signifie pour vous avoir une préoccupation centrée sur la personne?

---



---



---

### 12. Considérez-vous que votre pratique actuelle est centrée sur la personne ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

*(suite)* Expliquez votre choix.

---



---



---

### Votre perception de l'approche centrée sur la personne

### 13. Donnez des exemples, tirés de vos expériences dans votre milieu de travail, qui démontrent qu'il a été possible d'être centré sur la personne.

---



---



---

**14. En vous servant de l'échelle de cotation suivante, évaluez de 1 à 7 la facilité à actualiser les propositions énumérées ci-dessous pour votre pratique.**

1 extrêmement facile	2 très facile	3 assez facile	4 neutre	5 assez difficile	6 très difficile	7 extrêmement difficile
----------------------------	------------------	-------------------	-------------	-------------------------	------------------------	-------------------------------

- a) Établir des objectifs conjointement avec le patient
- b) Que le patient établisse ses propres objectifs
- c) Négocier les objectifs avec le patient
- d) Prendre en considération les activités significatives et signifiantes du patient dans l'établissement du plan d'intervention
- e) Prendre en considération les activités significatives du patient lors du choix des modalités thérapeutiques
- f) Avoir une perspective écologique
- g) Que le patient ait un rôle actif dans la thérapie et les interventions
- h) Respecter les valeurs du patient
- i) Écouter activement le patient
- j) Établir une relation d'autorité avec le patient
- k) Établir une alliance thérapeutique avec le patient
- l) Reconnaître le patient comme étant l'expert de sa propre condition
- m) Questionner le patient quant à ses expériences antérieures, ses rêves et ses espoirs
- n) Supporter et encourager l'engagement du patient pendant tout le processus ergothérapeutique
- o) Impliquer les proches du patient pendant tout le processus

#### **Les obstacles quant à l'actualisation de l'approche centrée sur la personne**

**15. Qu'est-ce qui limite, dans votre travail, votre capacité à actualiser l'approche centrée sur la personne ?**

---



---

**16. Classez en ordre les éléments que vous considérez lorsque vous choisissez un outil d'évaluation (1 : très important, 3 : moins important)**

- Capacité de l'outil à fournir des informations quant aux capacités ou aux déficits du patient
- Capacité de l'outil à fournir des informations quant à la manière que la personne réalise ses activités
- La familiarité, le confort et la facilité à utiliser un outil

**17. Considérez-vous établir les objectifs de manière indépendante du patient (sans ce dernier), interdépendante (conjointement) ou dépendante (patient seul) ?**

- Interdépendante
- Dépendante
- Indépendante

**18. En vous servant de l'échelle de cotation suivante, évaluez de 1 à 7 l'importance que vous accordez aux propositions énumérées ci-dessous pour l'établissement des objectifs d'intervention.**

1 extrêmement important	2 très important	3 assez important	4 neutre	5 peu important	6 très peu important	7 pas du tout important
-------------------------------	------------------------	-------------------------	-------------	-----------------------	----------------------------	-------------------------------

- Les objectifs doivent présenter les capacités ou les déficits du patient
- Les objectifs doivent présenter les activités que la personne peut ou pourra réaliser
- Les objectifs doivent présenter les préférences et les projets du patient

**19. Classez en ordre les facteurs que vous considérez dans la sélection des activités thérapeutiques (1 : plus important, 6 : moins important)**

- L'activité permet d'améliorer la manière que le patient réalise une activité désirée
- L'activité permet d'améliorer une fonction ou une capacité précise.
- Il s'agit d'une activité significative ou plaisante pour le patient
- Le patient est capable de réaliser l'activité et vivre du succès
- Les évidences scientifiques suggèrent cette activité
- Le coût et la disponibilité des équipements nécessaires

**20. En vous servant de l'échelle de cotation suivante, évaluez de 1 à 7 l'importance des propositions énumérées ci-dessous pour votre pratique.**

1 extrêmement important	2 très important	3 assez important	4 neutre	5 peu important	6 très peu important	7 pas du tout important
-------------------------------	------------------------	-------------------------	-------------	-----------------------	----------------------------	-------------------------------

1. Établir des objectifs conjointement avec le patient
2. Que le patient établisse ses propres objectifs
3. Négocier les objectifs avec le patient
4. Établir vous-mêmes les objectifs
5. Prendre en considération les activités significatives et signifiantes du patient dans l'établissement du plan d'intervention

6. Prendre en considération les activités significatives et signifiantes du patient lors du choix des modalités thérapeutiques
7. Avoir une perspective écologique
8. Que le patient ait un rôle actif dans la thérapie et les interventions
9. Respecter les valeurs du patient
10. Écouter activement le patient
11. Établir une relation d'autorité avec le patient
12. Établir une alliance thérapeutique avec le patient
13. Reconnaître le patient comme étant l'expert de sa propre condition
14. Questionner le patient quant à ses expériences antérieures, ses rêves et ses espoirs
15. Supporter et encourager l'engagement du patient pendant tout le processus ergothérapeutique
16. Impliquer les proches du patient pendant tout le processus en ergothérapie

**Merci beaucoup pour votre temps et votre participation**