

Essai présenté à l'Université du Québec à Trois-Rivières

Comme exigence partielle  
de la maîtrise en ergothérapie (M.Sc.)

Par  
Jade Baillargeon Desjardins

Les ergothérapeutes européens francophones ont-ils une pratique fondée sur les  
occupations ?

Décembre 2017

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 maîtrise en ergothérapie a été une étape importante dans le développement de mes compétences professionnelles. La réalisation de cet essai, au cours de ma maîtrise, a été un projet de grande importance pour moi. Il va sans dire qu'il n'aurait pu prendre le jour avec autant d'envergure, de réflexion et de passion sans le soutien et l'accompagnement de ma directrice d'essai, Mme Martine Brousseau, professeure au département d'ergothérapie de l'UQTR.

Je tiens donc à remercier sincèrement Mme Martine Brousseau pour le cheminement que nous avons effectué ensemble. Par son enthousiasme, sa vision positive, sa disponibilité et son ouverture elle a su maintenir chez moi une grande motivation et fierté face au travail accompli. Sa pédagogie hors pair et ses rétroactions ont enrichi mes connaissances et mon sens critique. Je la remercie aussi pour son aide à la diffusion de cette étude qui est pour moi une finalité importante à ce projet. Enfin, de par sa personne, Mme Martine Brousseau me permet de terminer cet essai, avec non seulement une grande fierté, un amour de l'ergothérapie et des ailes pour débiter mon parcours professionnel.

Je tiens aussi à remercier tous les participants de cette étude. Le temps accordé et la qualité des réponses ont permis de faire ressortir des résultats riches permettant ainsi de soutenir les meilleures pratiques en ergothérapie.

Je tiens 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, qui a permis d'améliorer la qualité de cet essai par ses rétroactions constructives. Je le remercie pour ses commentaires et recommandations qui ont permis d'approfondir ma réflexion dans ce projet.

Enfin je remercie aussi ma famille et mes amis qui ont été un soutien important tout au long de ce projet. Leur présence et encouragements dans mon parcours universitaire sont inoubliables.

## TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux.....	iv
Liste des abréviations.....	v
Résumé.....	vi
Abstract.....	vii
1. Introduction.....	1
2. Problématique.....	3
2.1. Mise en contexte.....	3
2.2. La nouvelle place des occupations.....	4
2.3. Identité professionnelle.....	6
2.4. Efficacité de la pratique fondée sur les occupations.....	9
2.5. Bienfaits de la pratique fondée sur les occupations.....	9
2.6. L'intérêt des ergothérapeutes européens à la pratique fondée sur les occupations.....	10
2.7. Solutions proposées par les ergothérapeutes européens.....	11
2.8. La pratique fondée sur les occupations ailleurs dans le monde.....	12
2.9. Constats de l'étude.....	21
2.10. Objectif de l'étude.....	22
3. Cadre conceptuel.....	23
3.1. Centré sur l'occupation.....	23
3.2. Basé sur l'occupation.....	23
3.3. Portée vers l'occupation.....	24
3.4. OTIPM.....	25
3.5. Fondée sur l'occupation.....	26
4. Méthode.....	27
4.1. Devis.....	27
4.2. Échantillonnage.....	27
4.3. Méthode de collecte de données.....	27
4.4. Analyse des données.....	29
4.5. Considérations éthiques.....	29

5. Résultats.....	30
5.1. Description des répondants.....	30
5.2. Les éléments reliés à la pratique fondée sur les occupations.....	31
5.2.1. Sources d'inspiration pour adopter une pratique fondée sur les occupations.....	31
5.2.2. Les réalisations.....	32
5.2.3. Les éléments facilitants et les obstacles.....	36
5.2.4. Les actions pour surmonter les obstacles.....	38
5.2.5. Perception de la réussite à parvenir à instaurer une pratique fondée sur les occupations.....	40
5.2.6. Le niveau de satisfaction.....	41
5.2.7. Justification donnée pour la satisfaction des réalisations d'une pratique fondée sur les occupations.....	42
5.3. La pratique en générale.....	43
5.3.1. Perception d'une pratique fondée sur les occupations.....	43
5.3.2. Distinction entre les ergothérapeutes et les autres professionnels.....	45
5.3.3. L'utilisation des modèles conceptuels.....	46
6. Discussion.....	49
6.1. Les sources d'inspiration.....	49
6.2. Les réalisations d'une pratique fondée sur les occupations.....	49
6.3. Les éléments facilitants la mise en application de la pratique fondée sur les occupations.....	51
6.4. Les obstacles à la mise en application d'une pratique fondée sur les occupations.....	52
6.5. Surmonter les obstacles.....	55
6.6. Perception et satisfaction de la pratique.....	59
6.7. Perception d'une pratique fondée sur les occupations d'une pratique qui ne l'est pas.....	59
6.8. Distinction entre les ergothérapeutes et les autres professionnels.....	61
6.9. L'utilisation des modèles conceptuels.....	61
6.10. Forces et limites.....	62
7. Conclusion.....	63
Références.....	64
Annexe a.....	70

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Données sociodémographiques.....	30
Tableau 2.	Les sources d'inspiration.....	32
Tableau 3.	Les réalisations concrètes d'une pratique fondée sur les occupations avec un comparatif entre les énoncés basés et portés vers les occupations.....	33
Tableau 4.	Les éléments facilitants et les obstacles .....	37
Tableau 5.	Les actions pour surmonter les obstacles et les verbatims associés.....	38
Tableau 6.	Le niveau d'accord sur la réussite à appliquer une pratique fondée sur les occupations.....	41
Tableau 7.	Le niveau de satisfaction en lien avec la pratique fondée sur les occupations.....	41
Tableau 8.	Justification du niveau de satisfaction et les verbatims associés.....	42
Tableau 9.	Perception d'une pratique fondée sur les occupations .....	43
Tableau 10.	Perception d'une pratique non fondée sur les occupations.....	45
Tableau 11.	Les réponses fournis concernant les modèles conceptuels utilisés.....	46
Tableau 12.	Les modèles ergothérapeutiques identifiés .....	47

## **LISTE DES ABBRÉVIATIONS**

AE	Association des ergothérapeutes en Belgique
ANFE	Association nationale française des ergothérapeutes
AMPS	Assessment of motor and process skills
ASE	Association suisse des ergothérapeutes
MCRO	la Mesure canadienne du rendement occupationnel
OTIPM	Occupational Therapy Intervention Process Model
COTE	Council of the Occupational Therapists for the European Countries
WFOT	World Federation of Occupational Therapy

## RÉSUMÉ

**Problématique :** La pratique fondée sur les occupations fait partie des meilleures pratiques en ergothérapie. L'efficacité de celle-ci auprès de diverses clientèles a été documentée dans plusieurs études. Cependant, peu d'études ont abordé comment les ergothérapeutes arrivent à avoir une pratique fondée sur les occupations. Quelques-unes se sont intéressées aux éléments facilitants et aux obstacles. Une minorité d'études ont proposé des moyens pour surmonter les obstacles rencontrés. Jusqu'à ce jour, aucune sur le sujet n'a été réalisée auprès d'ergothérapeutes européens francophones. **Objectif :** L'objectif de cette étude est de décrire comment des ergothérapeutes européens francophones appliquent la pratique fondée sur les occupations. **Cadre conceptuel :** Les concepts théoriques, être basé sur les occupations (*occupation-based*) et porté vers l'occupation (*occupation-focused*) sont ceux de Fisher (2013); le premier étant la mise en action, voire mise en situation, dans les occupations et l'autre étant le lien explicite que donne l'ergothérapeute avec les occupations de la personne. **Méthode :** L'étude a eu recours à un devis mixte de type descriptif de type sondage électronique. L'échantillonnage est non probabiliste par réseau et de convenance. Les données quantitatives ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives simples, tels des pourcentages. Par ailleurs, les données qualitatives ont fait l'objet d'analyse de contenu. **Résultats :** 50 ergothérapeutes européens ont répondu au questionnaire. 67% ont une pratique basée sur les occupations et 33% une pratique portée vers les occupations. Cette pratique s'illustre principalement par le recours à des entrevues occupationnelles et à une activité particulière, faire la cuisine. Les principaux éléments facilitants sont le patient et les ressources matérielles au travail, alors que les obstacles sont aussi le patient, ainsi que le cadre et l'organisation de travail. Les ergothérapeutes surmontent les obstacles, entre autres, en adaptant et graduant l'activité, ainsi qu'en plaidant et collaborant avec les autres professionnels. **Discussion :** L'étude fait valoir des résultats inédits. Les ergothérapeutes européens francophones utilisent en particulier des interventions basées sur les occupations par la mise en action du patient dans une occupation, telle que la cuisine. Le patient représente parfois un obstacle, par ses limites et difficultés. Il ressort de cette étude que le modèle biomédical n'est pas un obstacle majeur (5%) comparativement à ce que des éditoriaux en ergothérapie argumentent. Enfin, les ergothérapeutes se perçoivent outillés pour surmonter les obstacles à la pratique fondée sur les occupations par l'utilisation de leur expertise en gradation et adaptation d'activités. Une des limites de l'étude est le recours à un questionnaire électronique. Un groupe de discussion aurait permis d'aller davantage en profondeur. **Conclusion :** Les ergothérapeutes européens francophones perçoivent utiliser des interventions et évaluations fondées sur les occupations malgré les obstacles rencontrés. Des recherches futures sont nécessaires pour explorer le phénomène en profondeur.

**Mots-clés :** pratique fondée sur les occupations, ergothérapeutes francophones européens, ergothérapie, obstacles, facilitants



## ABSTRACT

**Issue:** Occupation-based practice appears to be a token of best practice in occupational therapy. Its effectiveness with several populations has been documented in many studies. However, few studies have addressed how occupational therapists manage to sustain an occupation-based practice. Some have shown a few facilitating elements and obstacles to this practice. Only a few studies bring information into strategies to overcome obstacles. So far, to our knowledge, the francophone European occupational therapists' perception of occupation-based practice perception has not been studied yet. **Objective:** Describe how French-speaking occupational therapists in Europe apply occupation-centered practice. **Conceptual Framework:** Fisher's (2013) notions of occupation-centered include occupation-based and occupation-focused practice. Occupation-based relates to having the person in action while occupation-focused refers to the fact the occupational therapist would explain the link of therapy with occupations. **Method:** The study used a mixed descriptive methodology with a convenience sampling for an electronic survey. Content analysis was performed with qualitative data. Simple descriptive statistics, such as percentages, were used for quantitative data. **Results:** 50 francophone European occupational therapists filled out the questionnaire. 67% perceive having an occupation-based practice and 33% an occupation-focused practice. Occupational therapists report using occupational interviews and having the person involved in a particular occupation, cooking. The main facilitators are the patient and the work material resources while the patient is also an obstacle, as well as the work setting organization. Occupational therapists overcome obstacles by adapting and graduating the activity, as well as advocating and collaborating with other professionals. **Discussion:** The study shows that French-speaking occupational therapists in Europe use occupation-based interventions by involving the patient into an occupation, such as cooking. Patient with his limits and difficulties could also be an obstacle to occupation-based practice. This study shows that the biomedical model is not a major obstacle (5%) as was postulated many writings in occupational therapy. Finally, occupational therapists express having resources, such as activity analysis, for overcoming barriers for occupation-based practice. One study limit is the use of an electronic questionnaire; it would have been more useful to use focus group discussion in order to get in-depth information. **Conclusion:** Francophone European occupational therapists use occupation-based interventions and assessments despite many obstacles encountered. Future research would be useful for getting in-depth information. **Key-words:** francophone European occupational therapists, occupation-based, occupation-focused, occupational therapy, obstacles, facilitators.

# 1. INTRODUCTION

L'ergothérapie en Europe est en pleine évolution plaçant les occupations de plus en plus au cœur de la pratique :

Dans les conceptions modernes de l'ergothérapie – celles du paradigme contemporain – le concept d'engagement revient au goût du jour parce que l'ergothérapie n'est plus tant la thérapie par l'activité qu'un ensemble d'interventions en vue de la promotion des occupations des personnes ou des groupes pour leur permettre une meilleure participation sociale. (Meyer, 2013)

Mon intérêt pour la pratique fondée sur les occupations chez les ergothérapeutes européens francophones provient d'une curiosité personnelle suite à un stage en Europe. Mon expérience personnelle ne m'a pas permis d'avoir une vision objective de ce phénomène, suscitant le désir d'en savoir plus sur le sujet et d'en faire une étude empirique. Plusieurs éléments peuvent avoir un impact sur la mise en application de celle-ci. Ayant été confronté à cette difficulté lors de mon stage et étant donné le peu d'écrits scientifiques sur le sujet, il me semblait pertinent de m'y intéresser et de partager mes découvertes auprès des ergothérapeutes.

De plus, l'étude de De Haerne et Brousseau (2017) chez les ergothérapeutes français a éveillé mon intérêt. En ce sens la pratique fondée sur les occupations inclut nécessairement l'approche centrée sur la personne (Townsend et coll., 2013). Ainsi, malgré les difficultés rencontrées les ergothérapeutes réussissent à avoir dans leur pratique une approche centrée sur la personne (De Haerne et Brousseau, 2017), mais qu'en est-il d'une approche fondée sur les occupations? L'ergothérapie montre son identité unique par l'utilisation des occupations, mais comment sont-elles utilisées dans la pratique ? Mais qu'en est-il dans divers pays à travers le monde ? Mais qu'en est-il des ergothérapeutes européens francophones ?

Il me semble donc intéressant de porter un regard scientifique à la pratique fondée sur les occupations des ergothérapeutes européens francophones. Ce texte aborde l'essence de cette pratique. Dans un premier temps, la problématique présente la recension des écrits scientifiques sur le sujet portant sur la nouvelle place des occupations, l'identité professionnelle, l'efficacité des interventions fondées sur les occupations et les obstacles et éléments facilitants à cette pratique. Ensuite, le cadre conceptuel aborde les principaux concepts concernant la pratique fondée sur les occupations, tel que décrit par Fisher (2009, 2013), soit la pratique centrée, basée et portée vers les occupations. La méthode utilisée pour la collecte et l'analyse des données sont

présentées en exposant le type de devis, l'échantillonnage, ainsi que le questionnaire utilisé. Les résultats obtenus sont ensuite présentés selon les réalisations, les éléments facilitants, les obstacles et les actions pour surmonter les obstacles. Ceux-ci sont enfin discutés en lien avec les écrits scientifiques.

## **2. PROBLÉMATIQUE**

### **2.1. Mise en contexte**

La profession d'ergothérapeute a pour fondement théorique les occupations et met celles-ci au cœur de sa pratique. Elle est définie par la Fédération mondiale des ergothérapeutes (WFOT) (2012) comme une profession de la santé qui est centrée sur le client et qui utilise les occupations pour promouvoir la santé et le bien-être. L'ergothérapie a pour but l'engagement de la personne dans ses occupations (Fédération mondiale des ergothérapeutes, 2012). Toutefois la place des occupations a été en continuel changement depuis le début de la profession. En effet, elle a évolué dans le temps passant des activités récréatives et de travail vers une habilitation aux occupations (Polatajko, 2001).

L'ergothérapie a vécu plusieurs paradigmes et les occupations n'ont pas toujours été aussi omniprésentes dans la profession (Bauerschmidt et Nelson, 2011). Ces changements de paradigmes ont eu un impact important sur l'identité et le développement de la profession (Kielhofner, 2009). En effet, dans les débuts de l'ergothérapie, vers les années 1920, le terme occupation était très utilisé (Bauerschmidt et Nelson, 2011), coïncidant avec le premier paradigme de la profession, celui de l'occupation (Kielhofner, 2009). À ce moment, les principaux concepts sont que l'occupation permet d'être en santé, en ce sens qu'un engagement occupationnel du corps et de l'esprit amène un bien-être. L'occupation est vue comme une façon de vivre, de penser et d'agir permettant un équilibre de vie. Enfin, le manque d'occupation crée des incapacités au corps et à l'esprit et l'occupation peut être utilisée pour améliorer les fonctions (Kielhofner, 2009).

Dans les années 1930 à 1960, celui-ci a été remplacé principalement par le terme activité. Par la suite, ces deux termes ont été peu utilisés pendant plusieurs décennies (1970 à 2000), voyant la nature de la profession changer (Bauerschmidt et Nelson, 2011). En effet, le second paradigme, celui mécanique (1940 à 1960) est marqué par la recherche d'une reconnaissance et d'un respect de la part du domaine médical. Cela fait tourner la profession vers une technicité ciblant les systèmes intrapsychiques, biomécaniques (musculo-squelettiques) et neurologiques (neuromoteur). L'intérêt est alors porté vers les incapacités et la restauration des fonctions

internes, ne considérant plus les occupations. Ces changements importants dans la profession ont provoqué une perte d'identité chez les ergothérapeutes (Kielhofner, 2009).

C'est vers les années 2000 qu'il y a eu un retour à la source et à l'aspect unique de l'ergothérapie, soit l'occupation (Bauerschmidt et Nelson, 2011). Selon Kielhofner (2009), ce retour à l'occupation débute vers la fin des années 1960, marquant le commencement du paradigme contemporain. Ce paradigme ramène à trois grands principes, celui que l'occupation est importante pour la santé et le bien-être, qu'il faut reconnaître les problèmes et défis occupationnels et qu'il faut avoir une pratique basée sur les occupations. Ces principes invitent les ergothérapeutes à évaluer la performance occupationnelle tout en considérant le contexte dans lequel se déroule celle-ci, l'impact des obstacles environnementaux et les modifications possibles pour faciliter la participation (Kielhofner, 2009).

Ainsi, les paradigmes de Kielhofner (2009) et l'étude de Bauerschmidt et Nelson (2011) font valoir un écart important entre l'exposition d'idées de grands auteurs et le début de publications scientifiques en lien avec ces idées. Cela laisse croire que le retour aux occupations dans la pratique, serait d'actualité depuis environ deux décennies.

## **2.2. La nouvelle place des occupations**

Le début des années 2000 est donc un tournant important de la profession. La participation de la personne dans ses occupations représente maintenant un concept de premier plan qui inclut plusieurs éléments, soit les rôles, les intérêts, les environnements et la culture de la personne (Kristensen et Petersen, 2016). Les occupations ont donc un sens personnel, elle se rattache à la culture de la personne et à son expérience. La compréhension et l'utilisation de celles-ci est le domaine d'expertise de l'ergothérapie. « L'occupation humaine est très complexe et idiosyncrasique avec de multiples possibilités qui déterminent des solutions pour l'habilitation. Elle nécessite donc un processus de raisonnement pour en aborder la complexité, processus qui peut être éclairé par les clients, les modèles de pratiques et les théories, de même que par l'analyse de données factuelles. » (Polatajko, Davis, Cantin, Dubouloz-Wilner et Trentham, 2013).

De plus, être fondée sur les occupations signifie aussi être centré sur la personne. En effet, Hammell (2013) fait valoir qu'en ergothérapie l'accent est mis à comprendre comment les occupations permettent le bien-être de la personne. Aussi, l'ergothérapeute se centre sur les habiletés et ressources du client, les barrières aux opportunités occupationnelles et ses besoins occupationnels. Cela est possible par le respect des habiletés, des forces, des expériences et des connaissances du client dans la relation thérapeutique, ainsi que de son droit de faire des choix (Hammell, 2013).

Établir une relation thérapeutique fournit le fondement pour la relation collaborative avec notre client. Cela veut dire que nous portons notre attention à comprendre le client, le contexte de la performance occupationnelle du client et l'habileté du client à performer dans sa vie quotidienne les tâches qu'il veut, a besoin et/ou souhaite performer dans celles-ci afin de pouvoir remplir ses rôles avec compétence et satisfaction. [Traduction libre] (Fisher, 2009)

De plus, selon Fisher (2013) l'humain est un être occupationnel et l'occupation est un agent thérapeutique. En ce sens, afin de comprendre l'être occupationnel unique qu'est chaque client, il faut nécessairement avoir une approche centrée sur la personne, s'illustrant par le respect, l'écoute active, l'humilité culturelle et la relation de soutien (Hammell, 2013). Cela met en valeur la nécessité d'être centré sur la personne pour avoir une pratique fondée sur les occupations, puisque les occupations doivent avoir un sens et un but pour le client (Fisher, 2009). Enfin, l'ergothérapie d'aujourd'hui consiste à ce que les occupations soient choisies en fonction de chaque client et en collaboration avec celui-ci, selon ses besoins et ses objectifs (Fisher, 2009; Fisher, 2013; Kristensen et Petersen, 2016).

Malgré que les occupations soient de nouveau le centre d'intérêt depuis deux décennies (Bauerschmidt et Nelson, 2011; Criquillon-Ruiz et Morel-Bracq, 2016) le vocabulaire en lien avec les occupations est peu utilisé par les ergothérapeutes (Brousseau, Désormeaux-Moreau et St-Pierre, 2013). En effet, cette dernière étude auprès de 56 ergothérapeutes québécois présente les représentations de la compétence d'expert en habilitation des occupations, se rattachant au profil de la pratique en ergothérapie au Canada, auprès d'ergothérapeutes québécois (n=56). À partir de groupes de discussion, les synonymes d'occupation répertoriés ont été « activités de la vie quotidienne », « activités de la vie domestique », « activités de travail et de loisirs », « habitudes de vie », « activités significatives », « activités de la vie courante », « activités usuelles

», « activités qui donnent un sens à la vie », « activités de repos » et « activités de soutien civique ».

Ainsi, deux compétences sont particulièrement intéressantes en lien avec les occupations. Les participants se représentent la compétence 1 «Travailler efficacement à titre d'expert centré sur le client, l'occupation, le rendement occupationnel et la participation occupationnelle» comme étant le fait de se présenter en tant qu'ergothérapeute et d'expliquer son rôle (64,3%), de discuter avec le client afin de connaître ses objectifs et les difficultés et capacités de celui-ci (60,7%), que le client décrive une journée type (30,2%), de vérifier si la référence médicale correspond aux attentes et besoins du client (17,9%) et obtenir le consentement (17,9%). La compétence 6 est la deuxième s'intéressant particulièrement aux occupations, celle-ci est « Faire preuve d'une utilisation compétente et sélective de l'occupation et des interventions en vue de faciliter l'occupation ». Les ergothérapeutes de l'étude se le sont représenté par « Faire de l'entraînement avec le client, comme l'utilisation des aides techniques » (28,6%), « Faire de l'enseignement auprès de ses clients et de ses aidants » (17,9 %) et « Réévaluer le client » (14,3%).

Les représentations de la compétence clé semblent montrer une pratique fondée sur les occupations. En effet, il en ressort une sensibilité à avoir une pratique dont l'occupation est centrale, par exemple par l'utilisation de mises en situation, d'outils élaborés à partir de modèles conceptuels, de considérer le lien entre la personne, l'occupation et l'environnement, ainsi que de relever les forces et difficultés du client. Ces représentations font valoir une connaissance et une mise en application d'une pratique fondée sur les occupations.

L'évolution de la place centrale des occupations dans la profession soulève que cette pratique devrait être quotidienne chez les ergothérapeutes. Il semble donc pertinent de s'intéresser à la pratique fondée sur les occupations chez les ergothérapeutes.

### **2.3. Identité professionnelle**

Plusieurs ergothérapeutes rapportent qu'avoir une pratique basée sur les occupations permet d'exprimer son identité professionnelle (Estes et Pierce, 2012). Toutefois, des auteurs en ergothérapie de diverses provenances soulèvent que la pratique fondée sur les occupations est affectée par des difficultés d'identité professionnelle (Gillen et Greber, 2014; Gray, 1998;

Williams et Richards, 2010). Selon eux les ergothérapeutes font face à une problématique d'identité professionnelle, de reconnaissance par les autres professionnels de la santé et ils ont de la difficulté à se différencier des autres professions. Ils soutiennent aussi qu'il faut une bonne confiance en soi pour arriver à appliquer une pratique centrée sur les occupations. Dans le même sens, Drolet (2014) fait valoir qu'une forte identité occupationnelle permettrait d'être davantage centré sur le client et de faciliter la collaboration interdisciplinaire.

Une étude Britannique (Turner et Knight, 2015) récente appuie la problématique d'identité occupationnelle des ergothérapeutes. En effet, ceux-ci ont fait une revue critique des écrits (12 articles) concernant les causes et conséquences des problèmes d'identité des ergothérapeutes. Trois principales causes sont ressorties, soit la dominance du modèle médical et social créant des tensions entre ces modèles et la perspective occupationnelle de la santé. Cela est exacerbé par la minorité d'ergothérapeutes dans les milieux de pratique. La seconde cause est celle de la difficulté qu'ont les ergothérapeutes à décrire leur profession et le rationnel de leur pratique fondée sur les occupations. La dernière cause est celle du manque de reconnaissance de la part du grand public. Ainsi, la conséquence fait que les ergothérapeutes sont influencés par les autres professions dans leur raisonnement et leur pratique créant une confusion dans leur identité. Ils perdent alors leur unicité professionnelle qu'est l'occupation (Turner et Knight, 2015).

De plus, Ashby, Ryan, Gray et James (2013) soulèvent qu'il y a une interaction dynamique entre la résilience professionnelle, l'identité professionnelle et la pratique basée sur les occupations. En effet, ils soutiennent que le maintien de l'identité est possible par une forte croyance en l'efficacité des occupations pour améliorer le bien-être et la qualité de vie. Cette étude qualitative présente plusieurs stratégies pour faciliter la résilience lors de difficultés rencontrées dans la pratique. Ces stratégies sont d'utiliser des modèles occupationnels qui permettent de mieux conceptualiser la complexité des occupations. Ils offrent aussi un langage permettant de faire valoir les difficultés et objectifs occupationnels aux clients et aux autres professionnels. D'autres stratégies sont de trouver un équilibre entre les habiletés, connaissances et techniques qui sont portées vers les occupations et celles en provenance d'autres types de thérapies. Enfin, créer un réseau de socialisation entre ergothérapeutes et demander de la



supervision sont aussi des stratégies aidant à conserver son identité professionnelle et par le fait même les occupations dans sa pratique.

En ce sens, sans avoir étudié la pratique fondée sur les occupations, Richard, Colvez et Blanchard (2012) soutenaient que les ergothérapeutes ont de la difficulté à définir leur métier. Ceux-ci se définissent majoritairement selon leur milieu de pratique. Cette étude effectuée à partir d'entretiens de groupes auprès d'ergothérapeutes (n=13 et n=11) ainsi qu'un questionnaire électronique distribué à 50 ergothérapeutes ont soulevé plusieurs éléments. En effet, lors des entretiens aucun des deux groupes n'est parvenu à une description commune de l'ergothérapie. Cependant, 57% s'accordent à ce que l'adaptabilité est un concept fort de l'ergothérapie, c'est-à-dire s'adapter au patient, à l'environnement, à la situation et à l'institution. Aussi, l'étude souligne que les ergothérapeutes ont tendance à se comparer aux autres professionnels et tentent de se définir selon les différences avec ceux-ci. 92% d'entre eux expliquent cette difficulté d'identité professionnelle par la « multiplicité des situations » dans leur métier. Ils considèrent aussi ne pas être reconnus par les autres professionnels, ce qui rend difficile leur pratique (Richard, Colvez et Blanchard, 2012). De plus, Meyer (2016) et Sorita (2016) mettent de l'avant que les ergothérapeutes européens francophones n'utilisent pas suffisamment le terme occupation dans leur pratique, alors que celui-ci permet de refléter l'identité de l'ergothérapie.

L'identité professionnelle est fondée sur les valeurs et les bases théoriques de la profession (Drolet, 2014 ; Kielhofner, 2009). Selon Kielhofner (2009) les principales valeurs de l'ergothérapie sont que l'occupation permet le bien-être et une qualité de vie, l'importance de supporter le client dans sa participation occupationnelle, que la signification et l'investissement dans l'occupation détermine l'efficacité de la thérapie et l'importance de la relation thérapeutique.

Il y a déjà plus de dix ans Pierce (2003) publiait un éditorial concernant le renforcement du recours aux occupations en ergothérapie. Elle évoque l'importance et le besoin de créer des programmes basés et fondés sur les occupations afin de faire valoir cette pratique (Pierce, 2003). D'ailleurs Polatajko et Davis (2012) invitaient, dans leur éditorial, les ergothérapeutes à faire de la recherche permettant le développement de la pratique fondée sur les occupations.

## **2.4. Efficacité de la pratique fondée sur les occupations**

L'intérêt des ergothérapeutes à développer une pratique fondée sur les occupations répond non seulement à l'identité de la profession, du fait des répercussions qu'ont pour les personnes concernées de ne plus pouvoir participer à leurs occupations, mais elle répond aussi à une pratique basée sur les résultats probants. En effet, les recherches scientifiques en ergothérapie et en sciences de l'occupation montrent l'efficacité de plusieurs évaluations et interventions fondées sur les occupations. Les études montrent des niveaux de preuves modérées à élevées de l'efficacité des interventions de celle-ci auprès des personnes âgées vivant à domicile (Arbesman et Mosley, 2012; Dawson et coll., 2014; Orellano, Colón et Arbesman, 2012), les personnes âgées vivant dans une maison de retraite (Nielsen et coll., 2016) et chez les personnes en thérapie de la main (Che Daud, Yau, Barnett, Judd et coll., 2016). Ces interventions ont produit des effets positifs sur la performance occupationnelle de cette clientèle. De plus, les interventions fondées sur les occupations ont aussi amélioré les symptômes dépressifs de personnes âgées (Chippendale et Bear-Lehman, 2012; Mountain, Mozley, Craig et Ball, 2008) et chez les adultes ayant une problématique de santé mentale (Chen et coll., 2015). L'efficacité de cette pratique fait valoir la pertinence de l'utiliser afin d'offrir des services de qualité en ergothérapie.

## **2.5. Bienfaits de la pratique fondée sur les occupations**

L'étude de Colianni et Provident (2010) auprès de 105 ergothérapeutes a relevé plusieurs bienfaits à l'utilisation de la pratique fondée sur les occupations. En effet, 97% des participants ont relevé qu'il y a des bénéfices à l'utilisation de cette pratique. Les résultats ont fait valoir que les occupations permettent de faciliter des expériences thérapeutiques significantes (66%), de faciliter les activités fonctionnelles (46%) et de faciliter l'holisme (16%). Faciliter des expériences thérapeutiques comprend que les patients sont plus motivés et experts de leur thérapie (36%) et que la thérapie est plus significative faisant qu'ils s'engagent dans celle-ci (27%). Aussi cela rend la thérapie plus pertinente en ce sens qu'il est plus facile pour les patients de faire des liens avec les activités de la vie quotidienne [AVQ] (14%). Les patients sont également plus satisfaits (8%). Faciliter les activités fonctionnelles comprend d'avoir des objectifs fonctionnels et non biomécaniques (19%), que les patients transposent leurs acquis dans leur AVQ (14%), que les mouvements sont plus automatisés par l'engagement dans l'occupation

(12%) et de meilleures évaluations de la fonction (9%). Pour ce qui est de faciliter l'holisme cela comprend de considérer les éléments psychologiques des clients, telles que la peur et la douleur (10%), d'être en accord avec les bases théoriques de l'ergothérapie (3 %) et d'offrir des thérapies individualisées (2%).

Aussi, l'étude de Berro et Deshais (2016) effectuées au Centre de réadaptation National Rancho Los Amigos a fait valoir une amélioration significative de la performance et de la satisfaction des clients par l'utilisation d'une pratique fondée sur les occupations. En effet, l'analyse de résultats de l'évaluation à la Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) de 1097 clients (2007 à 2010) a fait valoir une amélioration de 3,43 à la performance et de 3,71 pour la satisfaction. Les résultats sont donc significatifs sachant qu'il faut une amélioration de deux points pré-, post-intervention à la MCRO pour qu'ils le soient. De plus, aucune différence significative n'a été observée selon le type de diagnostic, l'âge, le genre, la langue et l'origine ethnique.

## **2.6. L'intérêt des ergothérapeutes européens à la pratique fondée sur les occupations**

Il apparaît pertinent de s'intéresser de plus près à la pratique des ergothérapeutes dans les pays européens francophones compte tenu de l'intérêt suscité par les troisièmes assises nationales de l'ergothérapie en France dont le thème était *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* (Morel-Bracq et coll., 2015), et aussi par le premier symposium des sciences de l'occupation qui a eu lieu à Lausanne en mai 2017.

De plus, comme le font valoir plusieurs éditoriaux et textes d'opinions, la pratique fondée sur les occupations est une préoccupation d'actualité chez les ergothérapeutes français en raison de plusieurs obstacles rencontrés pour la mettre en pratique (Billiaux, 2016; Criquillon-Ruiz et Morel-Bracq, 2016; Marchalot, 2016; Meyer, 2016; Sorita, 2016 ; Trouvé, Offenstein et Agati, 2015). Biliaux (2016), Criquillon-Ruiz et Morel-Bracq (2016) et Marchalot (2016) soulèvent la dominance du modèle biomédical dans les établissements de santé comme un obstacle majeur à cette pratique : « L'ergothérapeute a eu, et a parfois encore en France, le statut d'expert du membre supérieur (dimension physique), d'évaluateur de la négligence spatiale unilatérale (NSU) ou des troubles praxiques (dimension cognitive). ». D'autres obstacles relevés sont que l'utilisation des modèles conceptuels dans la pratique est peu mise de l'avant (Biliaux, 2016),

que l'ergothérapie est peu reconnue par la société française (Trouvé, Offenstein et Agati, 2015) et que l'évaluation de la déficience est préconisée à celle de la performance occupationnelle (Criquillon-Ruiz et Morel-Bracq, 2016).

Malgré les obstacles reconcentrés, depuis 2012 les ergothérapeutes prennent davantage leur place. En effet, l'étude démographique de (Koch et Trouvé, 2015) relève que 59% des ergothérapeutes français interviennent dans les lieux de vie des patients. La pratique de l'ergothérapie est donc en mutation. Elle est aussi en expansion selon les statistiques du *Council of the Occupational Therapists for the European Countries* (COTE) (2015). En effet, le nombre d'ergothérapeutes a grandement augmenté depuis les années 2000 passant de 4238 ergothérapeutes à 9746 en France, de 5120 à 9000 en Belgique et de 1433 à 2181 en Suisse.

## **2.7. Solutions proposées par les ergothérapeutes européens**

En lien avec les obstacles soulevés plusieurs ergothérapeutes ont proposé des solutions à celles-ci. En effet, Criquillon-Ruiz et Morel-Bracq (2016) argumentent que la pratique centrée sur le client et fondée sur les occupations débute par des évaluations permettant de mettre en application celle-ci. Elles soutiennent que cela permet d'être axé sur l'impact de la pathologie et non sur la pathologie en elle-même. Dans cet éditorial, elles proposent un processus d'évaluation fonctionnelle cognitive fondée sur les occupations prenant en compte cette idée. Elles font valoir trois étapes principalement importantes et permettent de soutenir la pratique voulue, c'est-à-dire l'analyse des situations de handicap avant celle de la déficience. Ces trois étapes sont le profil occupationnel et la conscience de soi, l'impact fonctionnel dans les occupations et l'évaluation environnementale (Criquillon-Ruiz et Morel-Bracq, 2016). Dans une même idée, Sorita (2016) propose dans son éditorial la traduction française du *Assessment of Motor and Process Skills* (AMPS) considérant le peu d'évaluations françaises validées de la performance occupationnelle. En effet, celui-ci relève le besoin dans les milieux médico-sociaux de voir plus loin que la pathologie issue du modèle biomédical en s'intéressant à l'environnement de vie des patients, ainsi qu'à l'amélioration de la participation à leurs occupations. Il invite les ergothérapeutes à utiliser leur expertise de l'activité et leur compétence d'analyse pour prendre cette nouvelle visée.

De plus, des ergothérapeutes français mettent de l'avant le fait que les modèles ergothérapeutiques facilitent la mise en application de la pratique centrée sur les occupations et le client (Billiaux, 2016). Ils accordent aussi de l'importance à la mise en place d'une approche *top-down* celle-ci permettant d'améliorer l'autonomie, l'engagement et la participation sociale par l'application d'intervention directe sur les occupations (Trouvé et coll., 2015). De plus, ces auteurs sont optimistes quant à l'évolution de l'ergothérapie en France. Ils remarquent que de manière graduelle ceux-ci placent l'activité « comme but ultime de leur action » éliminant tranquillement la pratique basée sur les déficits. Un ouvrage récent de Morel-Bracq (2017) mettant à contribution plusieurs auteurs distingue les modèles généraux en ergothérapie et les modèles interprofessionnels. Dans l'introduction elle invite à utiliser les modèles ergothérapeutiques afin que les ergothérapeutes puissent intervenir selon leur domaine de compétence, les occupations.

L'intérêt pour la pratique fondée sur les occupations est palpable chez les ergothérapeutes européens français. En effet, les réflexions et la mise en relief d'obstacles et de solutions soulèvent une volonté d'arriver à une pratique qui met les occupations en avant plan. Toutefois, à ma connaissance, aucune étude scientifique n'a fait l'objet de cette pratique auprès des ergothérapeutes européens francophones.

## **2.8. La pratique fondée sur les occupations ailleurs dans le monde**

À ce jour, seulement quelques études empiriques ont abordé les éléments facilitants et les obstacles à la mise en application de la pratique fondée sur les occupations. Elles sont listées dans les paragraphes qui suivent.

En effet, l'étude récente de Di Tommaso, Isbel, Scarvell et Wicks (2016) auprès d'ergothérapeutes nouvellement gradués montre que les occupations ne sont pas encore au centre de la pratique malgré les nouveaux standards en éducation de la Fédération mondiale des ergothérapeutes. En ce sens, cette étude phénoménologique auprès de huit ergothérapeutes gradués depuis moins de six ans a relevé à partir de deux *focus group* 3 principaux thèmes.

Le premier thème est celui de la rhétorique vs la réalité. Cette thématique relève que les nouveaux ergothérapeutes trouvent important d'intégrer les occupations dans leur pratique.

Toutefois, ils font aussi valoir qu'ils éprouvent de la difficulté à montrer comment ils les utilisent en réalité. Ils disent aussi ne pas pouvoir utiliser les occupations comme interventions comme ils le souhaiteraient. De plus, ils soulèvent qu'ils n'arrivent pas à utiliser les occupations qui ont du sens (*Occupation as Means*) pour le client dans leur pratique quotidienne. Certains pensent qu'il est possible d'intégrer les occupations seulement une fois que la thérapie basée sur les déficiences est complétée. Enfin ceux-ci ressentent qu'il n'est pas possible d'appliquer une pratique basée sur les occupations et qu'il est plus important d'être centré sur les clients.

Le second thème est d'obtenir la permission de mettre en place une pratique basée sur les occupations. Le statut de nouveaux gradués rend difficile d'appliquer cette pratique. Aussi, le milieu de pratique a un grand impact. Les participants disent s'adapter aux exigences du milieu, qu'ils auraient besoin du support des ergothérapeutes expérimentés et de la direction pour appliquer cette pratique et que les références en ergothérapie ne sont pas adaptées vu la méconnaissance de la profession par l'équipe de travail.

Finalement, le troisième thème est l'éducation à l'occupation. Les participants relèvent que les professeurs définissent peu le concept de l'occupation ce qui diminue leur sentiment de confiance à l'utiliser et à l'implanter dans leur pratique. Les jeunes gradués ne se sentent pas préparés et habiletés à avoir une pratique basée sur les occupations à la sortie de l'université. Les connaissances et les habiletés d'analyse et de gradation d'activité ne sont pas suffisamment mises de l'avant dans le cursus scolaire.

Ashby, Gray, Ryan et James (2015) ont fait des entrevues auprès de neuf ergothérapeutes australiens travaillant en santé mentale. Ils ont questionné ceux-ci au sujet de leur cursus professionnel, des valeurs et des théories qu'ils utilisent dans leur pratique et les facteurs influençant le choix de ceux-ci. De cette étude est ressortie que la dominance du modèle biomédical a des conséquences sur les ergothérapeutes. En effet, elle affecte l'identité professionnelle et diminue le sentiment de confiance à appliquer une pratique basée sur les occupations. Les ergothérapeutes ont aussi souligné qu'étant donné que les interventions médicales sont priorisées dans les milieux cela dévalue et marginalise les services d'ergothérapie. Cela entraîne une diminution de l'utilisation des connaissances spécifiques à

l'ergothérapie. Ils font aussi valoir que l'environnement des cliniques est peu adapté pour permettre une pratique centrée sur les occupations.

Une étude plus récente des mêmes auteurs (Asby, Gray, Ryan et James, 2017) fait valoir que les ergothérapeutes en santé mentale rencontrent plusieurs difficultés à avoir une pratique basée sur les occupations. Les entrevues auprès de neuf ergothérapeutes expérimentés ont fait ressortir comme barrière à l'application de cette pratique, les milieux qui encouragent l'utilisation de cadre de référence psychologique plutôt qu'occupationnel. Certains ont fait valoir qu'utiliser le Modèle de l'occupation humaine est un guide par excellence dans leur pratique. Or, ils se sentent dévalorisés et non experts face aux collègues et gestionnaires. En ce sens, la dominance des modèles psychologiques est une barrière importante à la pratique fondée sur les occupations.

La seconde difficulté est celle de recevoir de la pression à adopter des modèles psychologiques non seulement par les collègues d'autres professions, mais aussi d'ergothérapeutes. De plus, ils relèvent aussi une pression qu'ils se doivent de connaître ces modèles et de les appliquer. Cependant, certains disent faire des liens implicites avec les occupations lorsqu'un modèle leur est imposé afin de conserver un lien avec les occupations. Ils ajoutent avoir fait de la socialisation formelle et informelle avec d'autres ergothérapeutes afin de les aider à maintenir une vision occupationnelle dans leur pratique.

La dernière difficulté est celle que la pratique basée sur les occupations est mise sous l'ombre par les modèles psychologiques. Les participants de l'étude ont fait valoir qu'il est important de trouver un équilibre entre la psychologie et les occupations, mais aussi que la force des ergothérapeutes est celle de mettre en pratique (*in vivo*). Ils disent utiliser la réflexion critique afin de trouver cet équilibre et d'adapter les modèles psychologiques avec une visée sur le fonctionnement occupationnel.

Finalement, les participants font valoir que la réflexion et l'autonomie décisionnelle en tant que professionnel sont importantes. Les modèles psychologiques peuvent faire partie de leur répertoire, mais doivent être utilisés avec flexibilité et avec une vision occupationnelle. Ils utilisent des objectifs occupationnels et selon l'atteinte du client ils offrent un service porté vers les occupations ou basé sur les occupations pour offrir des occasions de s'engager. Les services

basés sur les occupations permettent, selon eux, de distraire, d'exprimer des émotions et/ou de développer des habiletés en lien avec les activités de la vie quotidienne.

De plus, Sumsion et Lencucha (2007) amènent un élément de plus que seulement les obstacles. Ils ont fait une étude phénoménologique auprès de 12 ergothérapeutes canadiens afin de déterminer les facilitateurs et barrières à la pratique centrée sur le client en santé mentale. Les entrevues semi-structurées ont montré que la collaboration avec le client est facilitée par le thérapeute lorsqu'il engage le client (lui permettre de faire des choix sans le juger), a une vision holistique du client, deviennent des partenaires (partage des responsabilités), a une relation de respect, d'écoute et de confiance, met en action le client (par la priorisation des objectifs à court terme, informer/communiquer les droits et choix, être persévérant et patient) et prend le temps de connaître le client (établir une relation). De même, la collaboration est facilitée par le client lorsque celui-ci a le sentiment d'être habilité à prendre des décisions (le client a les informations) et que ses forces sont mises en avant plan. Les barrières soulevées en lien avec le thérapeute sont l'acceptation des différences, le dilemme entre le bien-être et la sécurité, la sécurité du thérapeute et les clients deviennent dépendants au système. Par rapport au client les ergothérapeutes ont nommé l'*insight* du client (psychose et paranoïa), la différence d'objectif entre le thérapeute et le client, la confiance, les symptômes, la peur, la sécurité, la dépendance au système et la culture (Sumsion et Lencucha, 2007).

D'autre part, l'étude de Colianni et Provident (2010) auprès d'ergothérapeutes travaillant en thérapie de la main s'est intéressée aux bénéfices et défis de la pratique fondée sur les occupations dans ce domaine. 105 ergothérapeutes États-Uniens ont répondu au questionnaire électronique contenant des questions ouvertes et fermées. Les résultats ont fait valoir que les participants utilisent les exercices thérapeutiques avec 61% à 90% des patients, alors que les occupations représentent uniquement 41% à 51%. Pour une même séance les exercices prennent 41% à 50% du temps et seulement 21% à 30% du temps pour les occupations.

Quatre principaux défis à la pratique fondée sur les occupations sont ressortis de cette étude. La logistique (51%) comprenant le manque de temps (28%) en lien avec le fait de devoir voir plusieurs clients en même temps et le nombre de rencontre limitées par les assurances. La logistique comprend aussi le manque d'espace ou des espaces inappropriés pour ce type de



pratique (27%), le manque de matériels vu la variété d'occupations dans lesquelles les clients sont engagés ainsi que la gêne de demander aux clients d'amener leurs objets personnels en thérapie (16%). Le second défi est le remboursement par les assurances (29%). 24% concernent le fait que les assurances ne remboursent pas pour ce type de thérapie et 6% pour la difficulté à documenter et expliquer le contexte. Le troisième défi est la crédibilité des traitements fondée sur les occupations (22%). Celui-ci fait valoir que 15% sont en lien avec les croyances du thérapeute face à cette pratique en thérapie de la main (trop difficile et frustrant pour le client, manque d'évidences scientifiques, les occupations ne sont pas nécessaires et que celles-ci ne permettent pas de rencontrer les objectifs visés en thérapie de la main), 8% sont l'incompréhension des clients de ce type de thérapie et 2% le manque de respect de la part des autres professionnels. Le dernier défi est en lien avec les protocoles de traitement et le stade de guérison du client ne permettant pas toujours d'utiliser les occupations (21%).

Aussi, une étude Delphi auprès de 15 ergothérapeutes malaisiens a fait valoir cinq types de facteurs affectant l'implantation d'interventions basées sur les occupations dans la pratique : le client, le thérapeute, le contexte, les modalités de traitement et la logistique (Che Daud, Judd, Yau et Barnett, 2016). Trois obstacles soulevés ont eu un accord de tous les ergothérapeutes (100%), soit les représentations du client du processus de réadaptation, la bureaucratie (obéir aux demandes du médecin) et le fait d'avoir accès à un environnement et contexte similaire à celui où le client fait ses occupations. 27 facteurs ont eu un accord de plus de 70% des ergothérapeutes comme étant un obstacle. Ces facteurs sont en lien avec le client, c'est-à-dire qu'il ne comprend pas le but de l'intervention basée sur les occupations. Les facteurs influencés par le thérapeute sont le manque d'habiletés, de connaissances et de créativité concernant la pratique basée sur les occupations et l'analyse d'activités. Le contexte est mis en cause par la présence du modèle biomédical, mais aussi une méconnaissance du rôle de l'ergothérapeute par l'équipe multidisciplinaire. Dans les modalités de traitement, ils relèvent la difficulté de faire des objectifs occupationnels observables et mesurables. Finalement, il y a des obstacles dans la logistique concernant le manque de temps, d'équipements et de ressources, la surcharge de travail et le manque de guide de pratique.

L'étude de (Mahani, Mehraban, Kamali et Parvizy, 2015) a abordé les éléments facilitants et les obstacles à la pratique basée sur les occupations chez 14 ergothérapeutes Iraniens. Deux thèmes ressortis des entrevues se rattachant au contexte et aux thérapeutes. Leur étude qualitative fait ressortir que certains éléments du contexte freinent la pratique basée sur les occupations. Ces éléments sont le contexte de formation qui n'insistent pas suffisamment sur les fondements théoriques reliés aux occupations autant que le nombre d'heures consacrés à l'analyse d'activité. De plus, le fait que les milieux cliniques connaissent peu cette pratique devient limitant. Lorsque ceux-ci le connaissent, cela devient alors facilitant. Aussi, un environnement clinique compatible avec la pratique est facilitant. Par ailleurs, les chercheurs soulèvent aussi des éléments reliés aux thérapeutes. Les facteurs facilitants se rattachent au fait qu'informer le client de cette pratique, qu'informer du type de services et qu'expliquer les objectifs thérapeutiques favorisent l'approche fondée sur les occupations. L'attitude positive pour mettre l'accent sur cette pratique aide à convaincre (Mahani et coll., 2015).

Sans avoir étudié en tant que telle l'approche fondée sur les occupations, une recherche récente auprès d'ergothérapeutes français a soulevé des pistes intéressantes. Celle-ci a été faite auprès de 130 ergothérapeutes et a révélé via un questionnaire que 82% (n=90) des ergothérapeutes considèrent avoir une pratique centrée sur le client. Cela se reflète par l'établissement des objectifs, des attentes, des priorités et des plans d'intervention conjointement avec le client (De Haerne et Brousseau, 2017). Cependant, ils rencontrent plusieurs barrières à la mise en application de celle-ci, tels que les soins de santé encore basés sur la déficience et la récupération des fonctions, mais aussi des déficits en main-d'œuvre, financier et matériel, le manque de temps et la surcharge de client.

De plus, De Haerne et Brousseau (2017) ont comparé le niveau d'importance et la facilité à actualiser la pratique centrée sur la personne. Les résultats montrent que trois éléments sont ressortis à la fois importants et faciles à mettre en application, soit d'écouter activement la personne, de supporter et d'encourager l'engagement de la personne tout au long du processus ergothérapique et de créer une relation thérapeutique avec le patient. Cependant, cinq éléments sont ressortis comme importants, mais difficiles à mettre en application. Ceux-ci sont d'établir des objectifs par la personne seule, l'implication des proches de la personne tout au long du

processus ergothérapeutique, que le patient ait un rôle actif dans la thérapie et les interventions, avoir une perspective écologique du patient et de négocier les objectifs avec la personne.

Des écrits rapportent des projets et expériences cliniques mis en place afin d'actualiser la pratique centrée sur la personne et fondée sur les occupations. Celui de Berro et Deshais (2016) effectué au Centre de réadaptation National Rancho Los Amigos par des groupes de discussion d'ergothérapeutes a permis aux auteurs de faire ressortir plusieurs stratégies pour aider les ergothérapeutes à avoir une pratique centrée sur le client et fondée sur les occupations. Les suggestions au sujet de l'évaluation sont d'utiliser des questions et évaluations sur les occupations, tels que la Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO), le profil occupationnel et la description d'un jour type. Le client doit être un collaborateur dans le processus dès le départ, c'est-à-dire être engagé dans la sélection et la priorisation des objectifs le concernant. En ce qui a trait à la planification du traitement, l'utilisation de la MCRO permet de faciliter le choix des objectifs. Il est aussi suggéré de discuter des objectifs occupationnels avec toute l'équipe de soins, afin de prendre sa place et de les conscientiser. Au sujet des stratégies de traitement, il est suggéré que les clients apportent leurs objets personnels en lien avec les occupations travaillées dans la thérapie. Il est aussi proposé de réaménager l'environnement de manière à ce que ce soit moins médical et plus occupationnel (cuisine, salon, chambre, ...) et de créer des boîtes d'activités, c'est-à-dire mettre dans une boîte les objets en lien avec une occupation. Concernant la formation des ergothérapeutes il est recommandé d'offrir de la formation et du mentorat, de faire l'analyse d'études de cas en équipe, de créer un club de lecture, d'impliquer les étudiants stagiaires (analyser/résumer des articles scientifiques et des évaluations occupationnelles) et offrir des encouragements (Berro et Deshais, 2016).

D'ailleurs, Colaianni, Provident, DiBartola et Wheeler (2015) décrivent dans une étude phénoménologique l'expérience vécue par les ergothérapeutes à mettre en pratique l'approche fondée sur les occupations en thérapie de la main (n=10). Les résultats font valoir quatre principales thématiques concernant cette approche. Celles-ci sont les influences, les bénéfices psychosociaux, les éléments procéduraux et les défis.

Dans la première thématique, les résultats ont fait ressortir que les participants sont influencés par l'approche basée sur les occupations lorsqu'ils sont alertes aux principes de base

de la profession, qu'ils ont une expérience professionnelle, une éducation avancée et qu'ils exercent dans un milieu inspirant. Les bénéfices psychosociaux se rattachent au fait que le client est davantage motivé, que les objectifs sont significatifs et qu'il est plus facile de considérer le client dans sa globalité. Les éléments procéduraux, se rapportent à considérer les occupations comme finalité dans les objectifs, mais aussi comme processus thérapeutique. Le choix des évaluations, telle que l'utilisation du MCRO peut faciliter l'utilisation des occupations dans le processus de thérapie. Lorsque l'utilisation des occupations n'est pas possible (par exemple guérison des tissus) les ergothérapeutes disent discuter avec le client des occupations sans les mettre en action. Ils utilisent aussi la simulation des occupations lorsque celle-ci ne peut pas être faite concrètement.

Enfin, en lien avec les défis rencontrés, il semble que la dominance du modèle médical demande un plus grand effort à mettre en place une pratique basée sur les occupations. Ceux-ci rencontrent plusieurs difficultés, telles que le manque de temps, le remboursement par les assurances et l'environnement. Ils soulèvent aussi la crainte que l'équipe de soins basée sur le modèle médical ne comprenne pas l'approche basée sur les occupations. Cependant, ils mentionnent aussi qu'avoir cette approche amène l'équipe à penser plus positivement de l'ergothérapie. L'environnement et les équipements sont souvent inappropriés pour mettre en place la pratique, les ergothérapeutes suggèrent de demander aux clients d'amener leur propre objet ou encore certains des thérapeutes en ramènent de chez eux. Pour terminer, les auteurs concluent que l'utilisation de l'approche basée sur les occupations permet aux ergothérapeutes de se distinguer auprès des autres professionnels et clients, ainsi que développer une identité professionnelle (Colaianni, Provident, DiBartola et Wheeler, 2015).

De plus, une étude plus récente s'est aussi intéressée à l'expérience vécue d'ergothérapeutes à offrir une pratique basée sur les occupations. Des entrevues auprès de 16 ergothérapeutes malaisiens travaillant en thérapie de la main ont fait valoir quatre principaux thèmes concernant cette pratique, soit « l'occupation comme moyen », « l'occupation comme finalité », « récompensé, mais encore difficile » et « faire de l'intervention basée sur l'occupation une réalité » (Che Daud, Yau, Barnett et Judd, 2016).

Ainsi, quatre sous-thèmes sont ressortis de la thématique « l'occupation comme moyen » : les modalités de traitement (choix d'occupations significatives et utiliser le profil occupationnel du client), les bénéfices thérapeutiques (analyse de la tâche et gradation d'activités permettant de faire vivre des réussites aux clients), la thérapie de la main basée à domicile (encourager le client à faire certaines occupations à la maison et lui demander d'apporter des objets en lien avec les occupations travaillées en clinique) et l'évaluation de la fonction de la main (l'utilisation des occupations pour réduire les dysfonctions et monitorer la progression).

Concernant « l'occupation comme finalité », quatre sous-thèmes ont aussi été soulevés, soit l'évaluation de la performance occupationnelle en utilisant des évaluations basées sur les occupations et en ayant une approche *top-down*. Mais aussi établir en collaboration avec le client les objectifs thérapeutiques, ses priorités et ses besoins. La performance occupationnelle peut être un entraînement appliqué directement (stratégies, adaptations et modifications de l'environnement, mais aussi utiliser les habiletés et forces du client) ou être utilisée dans un continuum de traitement (utiliser plusieurs types d'intervention dans l'objectif final d'améliorer la performance occupationnelle).

Le thème « récompensé, mais encore difficile » souligne les bénéfices de l'utilisation d'intervention basée sur les occupations, soit une expérience de réadaptation agréable, un double bénéfice (amélioration de la performance et de la fonction), appuie l'identité occupationnelle, le coût efficacité et la satisfaction du client. Cependant, les difficultés rencontrées sont au niveau de plusieurs facteurs : le thérapeute (manque de créativité, de connaissances et d'entraînement à utiliser ce type d'intervention), le client (préoccupé par les symptômes et fonctions, préfère la technologie et les exercices thérapeutiques) et la logistique (temps, charge de travail, l'environnement et les ressources).

Finalement, pour « faire de l'intervention basée sur l'occupation une réalité » les participants ont suggéré qu'il devrait avoir une éducation auprès des ergothérapeutes (séminaire et formation continue), mais aussi des membres de l'équipe de soins, de considérer le profil occupationnel du client, encourager la crédibilité de l'ergothérapie et la pratique réflexive (Che Daud, Yau, Barnett et Judd, 2016).

Une autre étude récente portant sur l'utilisation d'évaluations et d'interventions basée sur les occupations en thérapie de la main a fait ressortir plusieurs obstacles. En effet, Grice (2015) a fait un sondage électronique auprès de 594 thérapeutes (91% d'ergothérapeutes et 9% de physiothérapeutes). Les participants ont fait valoir qu'ils n'utilisent pas les évaluations basées sur les occupations autant qu'il le voudrait pour les raisons suivantes : le temps (56%), la méconnaissance des évaluations (24%), l'indisponibilité des évaluations (19%), les difficultés de remboursement (8%) et autres raisons (30%) (le client en raison de ses difficultés, le coût des évaluations et les préférences du thérapeute). Concernant les interventions basées sur les occupations, les raisons sont le manque de temps, le manque d'espace et de matériels, les difficultés de remboursement et l'absence d'un environnement naturel.

## 2.9. Constats de l'étude

Ainsi, à la lumière de la recension des écrits, il est possible de constater que :

- Il apparaît pertinent d'un point de vue professionnel et scientifique de s'attarder à l'étude de la pratique fondée sur les occupations compte tenu que celles-ci sont fondamentales à l'ergothérapie (Fédération mondiale des ergothérapeutes, 2012; Fisher, 2009; Fisher, 2013; Kielhofner, 2009 ; Kristensen et Petersen, 2016; Polatajko, Davis, Cantin et coll., 2013) ;
- Il y a des évidences scientifiques élevées pour l'effet des interventions fondées sur les occupations pour les personnes concernées telles que documentées par des revues systématiques (Arbesman et Mosley, 2012; Che Daud, Yau, Barnett, Judd et coll., 2016; Chen et coll., 2015; Chippendale et Bear-Lehman, 2012; Dawson et coll., 2014; Mountain, Mozley, Craig et Ball, 2008; Nielsen et coll., 2016; Orellano, Colón et Arbesman, 2012);
- Des éditoriaux soutiennent qu'il y a des obstacles à la mise en application d'une pratique fondée sur les occupations (Billiaux, 2016; Criquillon-Ruiz et Morel-Bracq, 2016; Gillen et Greber, 2014; Gray, 1998; Marchalot, 2016; Meyer, 2016; Sorita, 2016; Trouvé, Offenstein et Agati, 2015; Williams et Richards, 2010) et que seulement quelques études empiriques en traitent (Ashby, Gray, Ryan et James, 2015; Ashby, Gray, Ryan et James, 2017; Che Daud, Judd, Yau et Barnett, 2016; Che Daud, Yau, Barnett et Judd, 2016; Colaianni, Provident, DiBartola et Wheeler, 2015; De Haerne et Brousseau, 2017; Sumsion et Lencucha, 2007);
- Seulement quelques études empiriques traitent des éléments facilitants à une pratique fondée sur les occupations (Colaianni et Provident, 2010; Colaianni et coll., 2015; Mahani et coll., 2015; Sumsion et Lencucha, 2007) ;
- Peu d'études traitent des moyens concrets pour mettre en place une pratique fondée sur les occupations (Berro et Deshais, 2016; Colaianni et coll., 2015)
- Les études recensées sont pour la plupart dans des pays non européens (Australie, Canada, États-Unis, Iran et Malaisie principalement) ;

- Aucune étude, à ce jour, ne documente la pratique fondée sur les occupations ces quatre aspects (les réalisations concrètes, les facteurs facilitants, les obstacles, ainsi que les moyens développés pour y parvenir) auprès des ergothérapeutes européens francophones.

### **2.10. Objectif de l'étude**

Décrire comment les ergothérapeutes européens francophones appliquent la pratique fondée sur les occupations. Les sous-objectifs sont les suivants :

- Répertorier des projets cliniques particuliers et comment ils ont été implantés;
- Décrire les barrières et les éléments facilitant la mise sur pied de ces projets;
- Décrire les actions pour contrecarrer les obstacles;

### **3. CADRE CONCEPTUEL**

La section suivante présente les éléments théoriques de la pratique fondée sur les occupations. Afin d'orienter la démarche scientifique de cette recherche, il importe de définir les concepts centraux de la pratique fondée sur les occupations et les éléments majeurs de celle-ci.

Selon Fisher (2013) les occupations sont centrales à l'ergothérapie et permettent d'en refléter la pratique unique. Les occupations représentent les activités dans lesquelles s'engagent une personne (Fisher, 2009). Ainsi, elles ont un sens personnel et le but de celles-ci diffèrent d'une personne à l'autre pour une même occupation. Fisher (2013) propose trois représentations de l'utilisation des occupations pour la pratique en ergothérapie, soit être centré sur l'occupation, basé sur l'occupation et portée vers l'occupation (*occupation focus*) ce qui représentent une pratique fondée sur les occupations.

#### **3.1. Centré sur l'occupation**

Le terme centré sur l'occupation est l'élément spécifique à la profession, c'est-à-dire la base et l'origine de l'ergothérapie. En ce sens, l'humain est considéré comme un être occupationnel et l'occupation comme un agent thérapeutique. En effet, le raisonnement clinique des ergothérapeutes devrait être centré sur l'occupation, afin de faire valoir l'unicité de la profession, ainsi que sa pertinence d'être. Cela se reflète par l'utilisation de plusieurs modèles, savoirs et habiletés empruntés à d'autres sciences, telles que l'anatomie et la psychologie que les ergothérapeutes recadrent et mettent en relation avec les occupations (Fisher, 2013). Être centré sur l'occupation est donc de mettre l'occupation au cœur de sa pratique, cela démontre la perspective et l'expertise unique de l'ergothérapie. La pratique basée et portée vers les occupations se construisent donc à partir de ce pilier qu'est la pratique centrée sur l'occupation.

#### **3.2. Basé sur l'occupation**

La pratique basée sur l'occupation est le fondement de la profession. Cette pratique consiste à engager le client dans une occupation signifiante, c'est-à-dire de le mettre en action dans celle-ci (Fisher, 2013; Fisher 2009). Cette participation de la personne peut être passive ou active (active dans la pratique basée sur l'occupation). L'engagement dans l'occupation contient quatre éléments essentiels, soit d'être prêt au changement, de vivre une expérience qui a un but et un



sens, de participer et d'avoir un intérêt, ainsi que de la motivation. L'engagement occupationnel optimal est lorsque le client transfère les habiletés acquises en thérapie dans sa vie quotidienne. L'engagement est donc plus que la simple participation, mais elle a un sens personnel pour le client (Kennedy et Davis, 2017).

Il est possible d'être basé sur l'occupation autant dans l'évaluation que l'intervention, c'est-à-dire par l'engagement du client dans une occupation. En effet, lors de l'évaluation cela est principalement fait par l'analyse de la performance occupationnelle et de la tâche. La performance occupationnelle consiste à analyser les diverses composantes qui influencent le client lors de son engagement dans une occupation. Ces composantes sont les demandes de la tâche, les facteurs de la personne et ses fonctions corporelles, ainsi que les demandes environnementales. Cette analyse est faite à partir d'observations et d'entrevues, considérant les influences sociales et culturelles. L'analyse prend en compte le résultat final, mais surtout l'influence de chacune de ces composantes sur ce résultat (Fisher, 2009 ; Fisher, 2013).

L'intervention est dans le faire significatif dont le but est d'amener un changement dans la performance occupationnelle du client (Fisher, 2009; Fisher, 2013). Par contre, l'occupation n'est pas seulement l'objectif final de la thérapie, mais aussi un moyen thérapeutique (Fisher, 2009; Fisher, 2013; Trombly, 1995) Il importe que ce changement souhaité soit en lien avec les objectifs personnels du client et que ces interventions se déroulent dans un contexte approprié, donc le milieu naturel (écologique) du client est à prioriser (Chisholm, Dolhi et Schreiber, 2004; Fisher, 2009; Pierce, 1998).

### **3.3. Portée vers l'occupation**

En ce qui concerne, être portée vers l'occupation il s'agit de diriger son attention sur l'occupation dans le moment présent. Cela est souvent observé lors des entrevues avec le client (Fisher, 2013). Être portée vers l'occupation est une manière d'engager le client dans l'occupation de façon passive, permettant de le connaître, de développer une relation thérapeutique, mais aussi de conserver l'occupation au centre de la thérapie. En effet, il est à la fois important de questionner le client pour connaître ses intérêts et motivations.

Il est aussi parfois possible que le client ne puisse pas se mettre directement en action dans l'occupation en elle-même (Fisher, 2013; Kennedy et Davis, 2017). L'approche doit alors parfois être *bottom-up*, c'est-à-dire de travailler les fonctions avant de pouvoir travailler directement les occupations. En ce sens, des exercices permettant de restaurer des fonctions peuvent être utilisés de façon à acquérir les habiletés nécessaires pour faire l'occupation (Fisher, 2009). Cependant, afin d'être portée vers les occupations le lien entre la fonction travaillée et l'occupation visée doit être concret et explicitée à la personne par l'ergothérapeute.

Un programme éducatif peut aussi être une intervention portée vers les occupations. En ce sens l'ergothérapeute enseigne diverses stratégies pour améliorer la performance occupationnelle des clients sans pour autant les mettre en action dans celle-ci. Celui-ci peut partager des connaissances ou encore susciter des discussions de groupe permettant de cibler des moyens pour améliorer la performance occupationnelle et par le fait même le bien-être et la qualité de vie (Fisher, 2009).

Comprendre l'engagement occupationnel du client va plus loin que seulement les loisirs, la productivité et les soins personnels, il s'agit de comprendre comment la personne vit (Twinley et Morris, 2014).

### **3.4. OTIPM**

Fisher (2013, 2009) propose l'utilisation du *Occupational Therapy Intervention Process Model* (OTIPM) afin d'appuyer les ergothérapeutes dans une offre de services basés et portés vers l'occupation. Ce modèle consiste à soutenir un processus ergothérapique ayant une perspective centrée sur l'occupation. En effet, il permet d'avoir une pratique *top-down*, centrée sur le client et des interventions basées sur les occupations. Le OTIPM débute par le développement d'une relation thérapeutique et de collaboration entre le client et le thérapeute. Il s'agit d'arriver à comprendre le contexte de vie de la personne, ainsi que les multiples occupations et rôles de celle-ci. La perception de la performance, la satisfaction, les besoins et les attentes sont donc au cœur de l'établissement de la relation. Avoir une perspective centrée sur l'occupation, permet de créer un lien, comprendre le client (en tant qu'être occupationnel) et connaître les facilitateurs et barrières.

Par la suite, dans la phase d'évaluation et de mise en place des objectifs il s'agit d'identifier et de prioriser les occupations, analyser ensuite la performance occupationnelle ou dans la tâche et définir les forces et faiblesses en lien avec cette analyse. Ainsi, les objectifs sont déterminés en collaboration entre le client et le thérapeute. Cette méthode d'évaluation permet de mettre de l'avant les besoins occupationnels et non les déficits et causes en premier lieu. Suite à la phase d'évaluation, l'ergothérapeute choisit un ou des modèles pertinents aux besoins du client. Fisher (2009) présente quatre types de modèles, soit compensatoire par l'adaptation d'occupation, d'acquisition par l'acquisition de l'occupation, de restauration par le développement d'habiletés occupationnelles et d'éducation par un programme d'éducation basée sur l'occupation.

### **3.5. Fondée sur l'occupation**

Fisher (2013) et Meyer (2013) soulèvent la problématique d'un manque de taxonomie en ergothérapie. En effet, plusieurs auteurs ont une définition différente des termes occupationnels fréquemment utilisés en ergothérapie. Dans le cadre de cette recherche la pratique fondée sur l'occupation comprend les termes basée et portée vers l'occupation, c'est-à-dire les éléments concrets dans la pratique en lien avec l'occupation. La pratique centrée sur l'occupation étant par le fait même l'origine de ces deux types de pratique (Fisher, 2013). En effet, Criquillon-Ruiz et Morel-Bracq (2016) définissent la pratique fondée sur l'occupation comme la mise en application du processus d'ergothérapie. L'intérêt principal de l'ergothérapie étant la participation du client dans sa vie quotidienne. Ainsi, la pratique fondée sur les occupations est présente tout au long du processus ergothérapique, autant dans l'évaluation que l'intervention. Celle-ci doit permettre l'engagement occupationnel tout au long de la thérapie. L'occupation étant autant l'objectif principal que le moyen thérapeutique.

## **4. MÉTHODE**

Cette section se rapporte à la méthode retenue pour la présente étude qui vise à décrire comment les ergothérapeutes européens francophones appliquent la pratique fondée sur les occupations. Ainsi le devis de recherche sera présenté, suivi de l'échantillonnage, de la méthode de collecte de donnée, le plan d'analyse de données et finalement les considérations éthiques.

### **4.1. Devis**

Le devis de recherche retenu pour cette étude est de type sondage à partir de questions ouvertes. Le questionnaire électronique élaboré à partir de la recension des écrits permet de recueillir des données qualitatives visant à décrire l'expérience vécue des participants. Il s'agit de décrire un phénomène (Fortin et Gagnon, 2016). Des données descriptives quantitatives ont aussi été recueillies afin de décrire la population.

### **4.2. Échantillonnage**

L'échantillonnage utilisé dans cette étude est non probabiliste de type par réseau. Le recrutement des participants a été réalisé par l'envoi d'un courriel contenant une lettre d'information et le lien vers le questionnaire électronique. De plus, la lettre sollicitait les participants à transmettre le courriel à d'autres ergothérapeutes européens francophones afin de le diffuser. Le seul critère d'inclusion est celui d'être ergothérapeute européen francophone. Il n'y avait aucun critère d'exclusion.

Le recrutement a été fait à partir de listes de courriels publique d'ergothérapeutes publié sur le site web de l'Association nationale française des ergothérapeutes [ANFE], de l'Association des ergothérapeutes [AE] en Belgique, de l'Association suisse des ergothérapeutes [ASE] et des instituts de formation en ergothérapie en France, Belgique et Suisse. Le courriel était acheminé à des ergothérapeutes du réseau d'ergothérapeutes fréquentant les activités professionnelles européennes.

### **4.3. Méthode de collecte de données**

La méthode de collecte de données utilisée est celle d'un questionnaire autoadministré. Celui-ci a été déposé sur la plateforme électronique *Evalandgo* qui est sécurisée permettant aux

participants d'y répondre de manière anonyme et à partir du milieu de leur choix. Le lien vers la plateforme électronique a été envoyé par courriel. Il s'agit d'un moyen rapide et abordable d'obtenir des données auprès d'un grand nombre de personnes.

Le questionnaire a été élaboré pour cette étude à la suite de la recension des écrits (Berro et Deshais, 2016; Brousseau, Désormeaux-Moreau et St-Pierre, 2013; Che Daud, Judd, Yau et Barnett, 2016; Colaianni, Provident, DiBartola et Wheeler, 2015; Mahani, Mehraban, Kamali et Parvizy, 2015). Il a été pré-testé auprès de trois étudiants français au doctorat en psychologie afin de valider si les termes utilisés correspondent à la réalité européenne francophone. De plus, cette étape a permis de valider la compréhension des questions. Suite aux commentaires des améliorations ont été faites. Le questionnaire final se trouve dans l'annexe A.

Le questionnaire comprend neuf questions comprenant trois sections. La première concerne les informations démographiques, la deuxième la pratique fondée sur les occupations et la troisième la pratique en générale. Ainsi, les questions à propose des informations démographiques portaient sur : (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) le pays où la personne exerce et (8) la population principale auprès de laquelle elle exerce principalement.

La deuxième section comprend deux questions et dix sous-questions. La première question est type quantitative et est «Qu'est-ce qui vous a inspiré/encouragé à avoir une pratique fondée sur les occupations ? ». Celle-ci contient sept choix de réponses dont la septième est «Autres» permettant aux participants d'ajouter des éléments au besoin. La seconde question est de nature qualitative et est «Décrivez une ou quelques réalisations dans votre milieu attestant que votre pratique est fondée sur les occupations (exemple concret) : ». Une fois la description de la réalisation écrite trois sous-questions de nature qualitatives est posées : «Pour cette réalisation, les facilitateurs (par exemple, le patient, le thérapeute, le contexte, les modalités de traitement, la logistique ou autres) ont été : », «Pour cette réalisation, les obstacles (par exemple, le patient, le thérapeute, le contexte, les modalités de traitement, la logistique ou autres) ont été : » et «Qu'avez-vous fait pour surmonter ces obstacles ?». Celles-ci sont suivies de 2 sous-questions quantitatives avec des échelles de *Likert* à cinq niveaux. En premier allant de Fortement en

accord à Totalelement en désaccord la question est « J'ai réussi à avoir une pratique fondée sur les occupations :» puis de Extrêmement satisfait à Totalelement insatisfait la question est « Mon niveau de satisfaction est : ». Enfin, il était demandé de justifier le niveau de satisfaction. La deuxième question et ses sous-questions étaient posées une seconde fois dans le cas que les participants avaient d'autres réalisations à décrire.

La troisième section porte sur la pratique en générale. Elle comporte 3 questions de nature qualitative. La première est « Comment différenciez-vous une pratique fondée sur les occupations d'une pratique qui ne l'est pas ? » (Colaianni et coll., 2015) et la seconde est « Qu'est-ce qui selon-vous, distingue l'ergothérapeute des autres professions/disciplines ? » (Berro et Deshais, 2016). La troisième est « Y a-t-il des obstacles à l'utilisation des modèles conceptuels en ergothérapie ? » (Colaianni et coll., 2015) suivi de deux sous-questions « Si oui, nommez-les : » et « Identifiez les modèles utilisés : ». Enfin le questionnaire se termine par une place pour les commentaires.

#### **4.4. Analyse des données**

L'analyse des données qualitatives a fait l'objet d'une analyse de contenu alors que les données quantitatives ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives simples, telles que : des moyennes et la distribution de fréquence (Fortin, et Gagnon, 2016).

L'analyse de contenu a été faite à partir d'un codage des données de manière manuelle. Le codage débute par une segmentation des données en unité analytique (énoncés). Par la suite, une analyse des énoncés est effectuée afin de les regrouper selon la fréquence d'apparition en thèmes mutuellement exclusifs. Une fois chaque énoncé classé dans un thème, les pourcentages ont été calculés pour chaque thème (Fortin, et Gagnon, 2016). Les résultats se rapportant aux réalisations dans le milieu ont été compilés de sorte à regrouper les réalisations 1 et 2.

#### **4.5. Considérations éthiques**

La présente étude a obtenu une certification éthique. Elle porte le numéro CER-17-232-07.08 et a été émis par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

## 5. RÉSULTATS

Le présent chapitre expose les résultats pour répondre à l'objectif de recherche qui est de décrire comment les ergothérapeutes européens francophones appliquent la pratique fondée sur les occupations. Il comprend trois sections. Dans un premier temps des informations sur les participants sont données. Dans un deuxième temps, les éléments reliés à la pratique fondée sur les occupations qui comprend les sources d'inspiration pour adopter une pratique fondée sur les occupations, la description des réalisations rapportées par les participants, les éléments facilitants et les obstacles s'y rattachant, les actions pour surmonter les obstacles, ainsi que la perception de la réussite à parvenir à une pratique fondée sur les occupations, ainsi que la justification donnée sont exposés. Dans un troisième temps, les éléments de la pratique en générale qui comprend la distinction entre une pratique fondée sur les occupations et une qui ne l'est pas, la distinction entre les ergothérapeutes et les autres professionnels et l'utilisation des cadres conceptuel.

### 5.1. Description des répondants

Malgré que 210 personnes ont commencé à répondre au questionnaire électronique 50 répondants sont retenus car ils ont fourni des informations relatives à la pratique fondée sur les occupations. Le tableau suivant détaille les données sociodémographiques de ceux-ci.

Tableau 1.  
*Données sociodémographiques*

<b>Données sociodémographiques</b>	<b>%</b>	<b>n</b>
<b>Sexe</b>		
Femme	88%	44
Homme	12%	6
<b>Âge</b>		
20 à 29 ans	24%	12
30 à 39 ans	30%	15
40 à 49 ans	22%	11
50 à 59 ans	20%	10
60 à 69 ans	4%	2
<b>Années d'expérience</b>		
1 à 5 ans	24%	12

6 à 10 ans	24%	12
11 à 15 ans	8%	4
16 à 20 ans	12%	6
21 à 25 ans	10%	5
26 à 30 ans	12%	6
31 ans et plus	10%	5
<b>Pays d'obtention du diplôme*</b>		
France	67%	33
Belgique	22%	11
Suisse	10%	5
<b>Type d'exercice</b>		
Salarié	42%	21
Libéral	16%	8
Publique	4%	2
Formateur	6%	3
Sans emploi	2%	1
Plus d'un type d'exercice	30%	15
<b>Pays d'exercice*</b>		
France	65%	32
Belgique	22%	11
Suisse	12%	6
<b>Type de population**</b>		
Enfants (0-13ans)	19%	16
Adolescents (14-20 ans)	13%	11
Adultes (21-60 ans)	30%	26
Personnes âgées (60 ans et plus)	33%	28
Étudiants en ergothérapie	6%	5

**\*Pour cette question, 49 participants y ont répondu**

**\*\*Pour cette question, 86 réponses ont été fournis par 49 participants**

## **5.2. Les éléments reliés à la pratique fondée sur les occupations**

### **5.2.1. Sources d'inspiration pour adopter une pratique fondée sur les occupations**

49 participants ont répondu à la question concernant leurs sources d'inspiration à mettre en application une pratique fondée sur les occupations. Plusieurs ont eu une plus d'une source générant ainsi un total de 91 réponses.



Tableau 2.  
*Les sources d'inspiration*

Sources d'inspiration	%	n
Avoir lu des articles ou documents sur le sujet	33%	30
Échanger avec des collègues	22%	20
Échanger avec le personnel d'une école d'ergothérapie	16%	15
Assister à une activité de formation continue	16%	15
Participer/assister à un congrès	7%	6
Échanger avec un stagiaire	5%	5

### 5.2.2. Les réalisations

À la question portant sur les réalisations concrètes attestant d'une pratique fondée sur les occupations, 81 réalisations ont été répertoriées. 148 énoncés ont été obtenus pour les deux réalisations identifiées par le questionnaire. Parmi ceux-ci sept énoncés ont été exclus car ils ne traitaient pas d'une réalisation concrète, cela donne un total final de 141 énoncés. De ces énoncés, 67% (n=94) illustrent des réalisations qui se rattachent à une pratique basée sur les occupations et 33% (n=47) illustrent que les réalisations sont plutôt portées vers les occupations (*occupation focus*) (l'occupation n'est pas réalisée de manière concrète mais le lien avec celle-ci est claire).

L'analyse de contenu des énoncés illustrant que les réalisations reflètent la pratique basée ou portée vers les occupations a fait ressortir 11 thèmes. Par ordre d'importance ces thèmes sont : réaliser une entrevue occupationnelle, cuisiner, réaliser des activités de la vie courante, faire des loisirs, réadapter professionnellement, faire sa toilette et s'habiller, se déplacer, faire des activités

d'écriture et de bricolage, adapter l'environnement, intervenir avec une approche *bottom-up* et socialiser. Ces thèmes sont décrits dans le tableau suivant.

Tableau 3.

*Les réalisations concrètes d'une pratique fondée sur les occupations avec un comparatif entre les énoncés basés et portés vers les occupations*

Thèmes abordés par les énoncés illustrant une pratique fondée sur les occupations	Énoncés totaux (n=142)	Énoncés basés sur les occupations	Verbatim tirés des énoncés
		Énoncés portés vers les occupations	
<b>Réaliser une entrevue occupationnelle</b>	15% (n=21)	0% (n=0)	
		15% (n=21)	<p>« Entretien en vue de connaître les besoins et les difficultés du patient sur ses activités de la vie quotidienne et activités instrumentales. »</p> <p>« Réalisation d'un Profil des AVQ. »</p> <p>« Réalisation de la Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) en pré admission. Évaluation des besoins de vie. Les problèmes de la MCRO deviennent nos indicateurs de notre démarche. »</p>
<b>Cuisiner</b>	15% (n=21)	15% (n=21)	<p>« Patient turc (hémiparésie G), à la retraite qui aime cuisiner. Il avait pour projet de pouvoir continuer à cuisiner pour sa famille et ses amis, des plats turcs. On a réalisé un "groupe cuisine", avec d'autres patients. Son objectif était de réaliser le plat qu'il avait choisi auparavant pour 6 personnes. »</p> <p>« Patiente de 60 ans, en séjour en soins de suite et de réadaptation pour une fracture ouverte de cheville. Cette patiente présente un tableau de polyarthrose et a plusieurs prothèses (hanches, genou). La rhizarthrose diagnostiquée au membre supérieur dominant gêne beaucoup la patiente lors des tâches nécessitant des gestes répétitifs et en force. Phase de reprise d'appui : proposition d'une activité cuisine</p>

			(signifiante et significative, cette patiente aimant recevoir ses enfants et petits-enfants lors de repas de famille) pour plusieurs objectifs : améliorer les capacités fonctionnelles (endurance station debout, déplacement en activité, transport d'ustensiles, transferts debout-assis ), aider la patiente à se projeter dans la phase de retour à domicile (se mesurer aux exigences de l'activité), proposer et tester des solutions facilitatrices, sans douleur lors les manipulations (éplucher, couper...). »
		0% (n=0)	
<b>Réaliser des activités de la vie courante</b>	14% (n=20)	12% (n=17)	« Mises en situation dans un appartement thérapeutique voire séjour dans le cadre d'une évaluation écologique. »  « Activités de ménage (balayer le sol, étendre le linge...). »  « Création groupale d'un jeu centré sur le retour à domicile, les représentations de l'espace intérieur de la maison, les occupations de vie quotidienne , pour des patients psychotiques, hospitalisés dans un secteur fermé. »
		2% (n=3)	« Il y a eu également du conseil ergo dans les activités de la vie quotidienne. »
<b>Faire des loisirs</b>	13% (n=18)	11% (n=15)	« Une sortie à vélo »  « Jardinage »  « Ateliers cheval »
		2% (n=3)	« Ateliers analytique permettant d'effectuer des gestes habituels pour hisser une voile, porter un radeau de survie, etc. »
<b>Réadapter professionnellement</b>	11% (n=15)	8% (n=11)	« Pousser un chariot de plateaux repas pour une patiente surveillante pénitentiaire et effectuer la gestuelle. »
		3% (n=4)	« Après la reprise du travail, un autre point était fait sur ce qui fonctionnait bien et ce

			qui fonctionnait moins bien afin de pouvoir adapter les préconisations. »
<b>Faire sa toilette et s'habiller</b>	9 % (n=13)	8% (n=12)	« Déshabillage, transfert baignoire, essuyage et rhabillage. »
			« Apprentissage des lacets pour un jeune écolier de 10 ans, en difficulté permanente, mais qui avait exprimé clairement son souhait de réussir à faire les lacets, car n'était pas satisfait d'être dépendant de son entourage familial et/ou peur de trébucher. »
		1% (n=1)	« Dans l'établissement pour personnes âgées dépendantes, j'ai mis en place des activités ludiques de 'gym douce' mettant en jeu différents enchainement de mouvements qui sont en fait les gestes nécessaires pour la toilette et l'habillage. »
<b>Se déplacer</b>	6% (n=9)	4% (n=6)	« Se déplacer avec transports publics. »
		2% (n=3)	« Renouvellement d'un fauteuil roulant électrique. »
<b>Faire des activités d'écriture et de bricolage</b>	6% (n=8)	6% (n=8)	« Coordination bimanuelle, découpe des lignes brisées sur une feuille A5 ... »
			« Rééducation de la prise du stylo et du geste graphique (par des jeux manuels, des activités papier-crayon) de l'enfant pour que son écriture réponde aux exigences scolaires en termes de lisibilité et de vitesse. »
		0% (n=0)	
<b>Adapter l'environnement</b>	6% (n=8)	1% (n=2)	« Accompagnement revalidation adulte hémiparésie gauche. Difficulté de mobilité, de planification. Travail réalisé par rapport à l'adaptation de l'environnement (ouvre-bocal, siège de douche, mise en place planning, agenda et to do list, réorganisation des espaces de rangement). »

		4% (n=6)	« Travail réalisé par rapport à l'adaptation de l'environnement (ouvre-bocal, siège de douche, mise en place <i>planning</i> , agenda et <i>to do list</i> , réorganisation des espaces de rangement). »
			« Réfection d'appartements »
<b>Intervenir avec une approche <i>bottom-up</i></b>	4% (n=6)	0% (n=0)	
		4% (n=6)	« Travail de la planification avec un patient ayant un début de démence. »
			« Même en thérapie de la main si on fait des exercices avec la pâte c'est comme si on travaille et ça les encourage à utiliser la main dans les ADL. »
<b>Socialiser</b>	1% (n=2)	1% (n=2)	« Établir un réseau dans le quartier. »
		0% (n=0)	

### 5.2.3. Les éléments facilitants et les obstacles

Concernant les éléments facilitants à une pratique fondée sur les occupations, 81 réponses ont été fournies contenant plusieurs énoncés. Il était possible de fournir plus d'une réponse. Au total 257 ont été répertoriés. L'analyse de contenu de ceux-ci ont conduit à faire émerger 12 thèmes différents : le patient, le cadre et l'organisation de travail, le thérapeute, la collaboration avec l'équipe/stagiaire, les ressources matérielles au travail, l'environnement social du patient, les méthodes/outils/évaluations, l'activité, la situation financière ou les assurances du patient, les attentes/objectifs, la formation en ergothérapie et l'environnement physique du patient.

À la question portant sur les obstacles liés aux réalisations, 78 réponses ont été obtenues. Plusieurs de ces réponses contenaient plus d'un énoncé. Le nombre total d'énoncés est de 139. L'analyse de contenu a fait ressortir 10 thèmes et ce par ordre d'importance : le patient, la logistique administrative, le temps, les collègues, le matériel, l'environnement, la dominance du modèle biomédical, le thérapeute, aucun obstacle et la formation en ergothérapie. Le tableau suivant illustre les thèmes des éléments facilitants et des obstacles.

Tableau 4.  
*Les éléments facilitants et les obstacles*

Éléments facilitants	n=257	Obstacles	n=139
<b>Le patient</b>	22% (n=56)	<b>Le patient</b>	32% (n=44)
<b>Les ressources matérielles au travail</b>	19% (n=49)	<b>Le cadre et l'organisation de travail</b>	16% (n=23)
<b>Le cadre et l'organisation de travail</b>	11% (n=28)	<b>Le temps</b>	15% (n=21)
<b>Le thérapeute</b>	10% (n=27)	<b>Les collègues</b>	11% (n=16)
<b>La collaboration avec l'équipe/stagiaire</b>	10% (n=26)	<b>Les ressources matérielles au travail</b>	10% (n=14)
<b>L'environnement social du patient</b>	8% (n=21)	<b>L'environnement</b>	8% (n=11)
<b>Les méthodes/outils/évaluations</b>	6% (n=15)	<b>La dominance du modèle biomédical</b>	5% (n=7)
<b>L'activité</b>	4% (n=11)	<b>Le thérapeute</b>	2% (n=3)
<b>La situation financière ou les assurances du patient</b>	3% (n=8)	<b>Aucun obstacle</b>	2% (n=3)
<b>Les attentes/objectifs</b>	3% (n=7)	La formation en ergothérapie	1% (n=1)
<b>La formation en ergothérapie</b>	2% (n=5)		
<b>L'environnement physique du patient</b>	2% (n=4)		

Les verbatims en lien avec le patient sont différents entre les éléments facilitants et les obstacles. Dans le premier on retrouve principalement des énoncés par rapport à la motivation, tels que «Motivation du patient pour cette activité» et «l'engouement des patients». Sinon les participants ont seulement répondu «le patient» sans décrire en quoi celui-ci est un élément facilitant. Pour ce qui est des obstacles il s'agit surtout d'énoncés qui relèvent les déficits et limitations du patient, tels que «Le retard intellectuel de l'enfant et donc ses difficultés de compréhension.» et «Anosognosie».

#### 5.2.4. Les actions pour surmonter les obstacles

Pour la question « Qu'avez-vous fait pour surmonter ces obstacles ? » il y a eu 76 réponses donnant 143 énoncés. De ces énoncés 13 thèmes en sont ressortis à partir de l'analyse de contenu. Ceux-ci sont : adapter et graduer l'activité, plaider et collaborer avec les autres professionnels, communiquer avec le patient, organiser et planifier, aménager l'environnement, utiliser ses qualités en tant qu'ergothérapeute, collaborer avec les proches, choisir et rendre accessible le matériel, avoir un intérêt pour le sujet, utiliser un modèle ou une méthode, utiliser des photos ou vidéos, aucun obstacle à surmonter et utiliser plusieurs méthodes dans la formation en ergothérapie.

Tableau 5.  
*Les actions pour surmonter les obstacles et les verbatims associés*

Thèmes	n=143	Verbatims
<b>Adapter et graduer l'activité</b>	27% (n=38)	<p>« Mise en situation au sein du cabinet avec la secrétaire, des physio puis avec d'autres patients. Ensuite mise en situation dans les villes alentour et enfin mise en situation dans le village où habite la personne. »</p> <p>« Nous commençons par cette activité en début de séance. Nous avons accentué sur la gestion de la frustration, en faisant en sorte qu'elle demande de l'aide lorsqu'elle se trouvait en difficulté, qu'elle me demande de lui remonter. Cela fonctionne bien. Nous lassions le manteau ensemble à la fin de la séance en répétant les étapes pour lasser le manteau. Puis elle, un jour elle a réussi d'elle-même et le fait désormais seule, à chaque fin de séance. »</p>

		« Je passe du temps à expliquer ce que je fais (aux collègues, patients...) et à expliquer mon expertise. »
<b>Plaidoyer et collaborer avec les autres professionnels</b>	16% (n=23)	« J'en ai discuté avec mes collègues et ai commencé à le mettre en place avec plusieurs patients pour lesquels cela me semblait indispensable. Plus je le mettais en pratique, plus j'étais motivée à le mettre en place avec tous les patients et c'est ce que j'ai fait. J'ai même pu remarquer que mes collègues demandaient aux patients s'il rencontrait des difficultés liées à ses occupations. »
<b>Communiquer avec le patient</b>	14% (n=20)	« Échange pour rassurer la patiente sur l'amélioration à venir de ses capacités qui lui permettra une meilleure performance (obstacles de l'activité, au vu de la douleur/fatigabilité, perçus et exprimés par la patiente). »  « Donner davantage d'explications sur le sens de la mise en situation si le patient n'était pas très preneur au moment même. »
<b>Organiser et planifier sa pratique</b>	10% (n=15)	« Briefer la stagiaire pour qu'elle s'occupe d'un second patient pendant que je vais en sortie vélo avec le patient en question. »  « Installation du matériel et rangement réalisés avant l'arrivée et après le départ du patient. »
<b>Aménager l'environnement</b>	7% (n=10)	« Recréer des décors de vie et surtout suppression totale des cônes et des tables réglables en hauteur... »  « Je me suis organisé avec les kinésithérapeutes pour pouvoir faire mes ateliers dans leur salle en leur absence. »
<b>Utiliser ses qualités en tant qu'ergothérapeute</b>	6% (n=9)	« De la patience, pour permettre aux patients de décider par eux-mêmes de participer à ces séances. »  « Apprentissage de la gestion de l'espace exigü des locaux. »
<b>Collaborer avec les proches</b>	6% (n=9)	« L'échange avec la famille pour mettre en place des stratégies a été bénéfique. »



		« Je mets en route les apprentissages et je demande que l'aide apporté ne soit pas porté à ce qu'il sait déjà faire un peu. »
<b>Choisir et rendre accessible le matériel</b>	5% (n=7)	« Des démarches auprès des sociétés ont été faites pour nous prêter du matériel à tester avec les patients, mais seulement une a abouti. »  «Réserve de matériel nécessaire à proximité. »
<b>Avoir un intérêt pour le sujet</b>	3% (n=4)	« Lectures, recherches sur internet. »  « Demande de formation... congrès...»
<b>Utiliser des photos et vidéos</b>	1% (n=2)	« J'ai alors demandé de filmer, de prendre des photos pour pouvoir analyser l'utilisation des adaptations avec le patient. »
<b>Absence d'obstacle à surmonter</b>	1% (n=2)	
<b>Utiliser plusieurs méthodes dans la formation en ergothérapie</b>	1% (n=1)	« le support MCRO»

### 5.2.5. Perception de la réussite à parvenir à instaurer une pratique fondée sur les occupations

À la question sur la perception d'avoir réussi à instaurer une pratique fondée sur les occupations, 85 réponses ont été fournies. Les réponses ont été regroupées à partir du niveau d'accord donné. Le tableau suivant donne la répartition des réponses.

Tableau 6.  
*Le niveau d'accord sur la réussite à appliquer une pratique fondée sur les occupations*

Échelle	Réalisation 1 (50 réponses)	Réalisation 2 (35 réponses)
<b>Fortement en accord</b>	30% (n=15)	31% (n=11)
<b>En accord</b>	24% (n=48)	54% (n=19)
<b>Ni en accord, ni en désaccord</b>	12% (n=6)	11% (n=4)
<b>En désaccord</b>	6% (n=3)	3% (n=1)
<b>Fortement en désaccord</b>	4% (n=2)	0% (n=0)

### 5.2.6. Le niveau de satisfaction

À la question sur le niveau de satisfaction à avoir une pratique fondée sur les occupations, 85 réponses ont été fournies. Le tableau suivant donne la répartition des réponses.

Tableau 7.  
*Le niveau de satisfaction en lien avec la pratique fondée sur les occupations*

Échelle	Réalisation 1 (50 réponses)	Réalisation 2 (35 réponses)
<b>Extrêmement satisfait</b>	22% (n=11)	31% (n=11)
<b>Très satisfait</b>	56% (n=28)	40% (n=14)
<b>Moyennement satisfait</b>	16% (n=8)	23% (n=8)
<b>Un peu satisfait</b>	4% (n=2)	6% (n=2)
<b>Insatisfait</b>	2% (n=1)	0% (n=0)

### 5.2.7. Justification donnée pour la satisfaction des réalisations d'une pratique fondée sur les occupations

Il était demandé aux répondants de justifier leur niveau de satisfaction pour leurs réalisations. 74 réponses ont été fournies. L'analyse de ceux-ci a donné un nombre total de 103 énoncés qui ont été regroupés dans 6 thèmes. Les thèmes présentés par ordre d'importance sont l'effet sur le patient, la satisfaction du thérapeute, le contexte de pratique, l'atteinte de l'objectif, la possibilité d'amélioration et la connaissance du patient. Le tableau suivant présente la distribution des énoncés.

Tableau 8.  
*Justification du niveau de satisfaction et les verbatims associés*

Thèmes	n=103	Verbatims
<b>L'effet sur le patient</b>	33% (n=34)	«le jeune est ravi de sa réalisation» «L'approche par les occupations a permis à ce monsieur de se rendre compte de ces difficultés concrètes et donc de plus investir les thérapies.»
<b>La satisfaction du thérapeute</b>	18% (n=19)	« Mon niveau de satisfaction est plutôt bon, car le message sur l'importance des occupations est bien reçu par les ergothérapeutes. » « Réussite au-delà de mes espoirs et attentes initiales. »
<b>Le contexte de pratique</b>	17% (n=18)	« L'équipe ne met pas en place les préconisations, une adaptation sur deux.» «Les programmes de soins proposés aux patients sont assez figés et ritualisés» « L'enfant parvient seul à laisser son manteau. »
<b>L'atteinte de l'objectif</b>	15% (n=15)	«Retour à domicile et reprise des activités de la vie quotidienne.» « Elle conduit de manière indépendante et satisfaisante de son point de vue et celui de l'équipe. »
<b>La possibilité d'amélioration</b>	13% (n=13)	«Il aurait été possible de centrer beaucoup plus ma pratique sur les occupations de mes patients en passant à des mises en situations plus concrètes dans le lieu de vie de la personne.» «Le potentiel de ces rencontres n'a pas été exploité au mieux (trop d'obstacles)»

---

<b>La connaissance du patient</b>	4% (n=4)	«Reconnaissance du parcours singulier des personnes pour comprendre les leviers de changement pour eux»
-----------------------------------	-------------	---

---

### 5.3. La pratique en générale

#### 5.3.1. Perception d'une pratique fondée sur les occupations

Concernant la question sur la différence entre une pratique fondée sur les occupations et une qui ne l'est pas, 43 répondants ont donné une réponse. De ces réponses, un nombre total de 112 énoncés sont ressortis. 85% (n=95) des énoncés se rattachent à une pratique fondée sur les occupations, alors que 15% (n=17) concernent ce que n'est pas une pratique fondée sur les occupations. L'analyse de contenu des 95 énoncés a conduit à 10 thèmes : la réalisation d'occupations, les besoins et attentes, l'approche centrée sur la personne, les modèles et outils ergothérapeutiques, la collaboration avec le patient, l'environnement/contexte, les habitudes de vie, la fabrication d'un objet, l'histoire de vie et ne pas savoir.

Tableau 9.  
*Perception d'une pratique fondée sur les occupations*

Thèmes	n=95	Verbatim
<b>La réalisation d'occupations</b>	32% (n=30)	« Nous proposons aux patients des activités qui le concernent et le motivent. Cela peut aller des AVQ, à la reprise du travail voir aux loisirs selon les personnes. »  « Que l'activité est le moyen et le but de notre travail...toujours...oui on travaille cette fonction, mais pour faire quoi exactement dans la vie pour cette personne. Ex: la dissociation des doigts oui, mais pour quoi faire? Payer la boulangère avec ma monnaie sans donner une après l'autre les pièces, pouvoir ranger ma monnaie dans mon porte-monnaie sans que les pièces tombent! »
<b>Les besoins et attentes</b>	19% (n=18)	« La pratique fondée sur les occupations part des occupations propres de la vie de chacun des usagers : les buts de traitement seront ainsi définis selon ce que les personnes ont envie/besoin de réaliser/d'améliorer/d'adapter ou pas dans leur quotidien, au sein de leurs environnements. Elle doit avoir du sens pour eux. »

---

<b>L'approche centrée sur la personne</b>	16% (n=15)	« Une pratique fondée sur les occupations s'attache à correspondre le plus possible à ce que le patient veut faire, aimerait faire ou devrait faire et qu'il ne peut pas ou que partiellement faire. »  « La personne est au centre d'une pratique fondée sur les occupations : quelles sont les occupations importantes pour elle et qui ont du sens ? »
<b>Les modèles et outils ergothérapeutiques</b>	8% (n=8)	« Secondairement, dès lors que le diagnostic est écrit l'ergothérapeute met en place un processus d'intervention en lien avec le projet / le profil occupationnel et l'état occupationnel de la personne. Il interroge ainsi le potentiel thérapeutique de l'occupation. »
<b>La collaboration avec le patient</b>	6% (n=6)	« Les compétences du patient sur ses occupations, son environnement sont pris en compte d'emblée. Le patient est fier de son savoir et de l'aide qu'il apporte. »
<b>L'environnement/contexte</b>	6% (n=6)	« Pour moi le lieu de vie est essentiel pour un apprentissage qui se fait alors de manière contextuelle et non plaquée ; la présence des parents ou de l'enseignant est également un facteur de réussite. »
<b>Les habitudes de vie</b>	4% (n=4)	« Une pratique fondée sur les occupations prend en compte les habitudes de vie du patient. »
<b>La fabrication d'un objet</b>	3% (n=3)	« Soit il s'agit de médiations expressives, projectives, créatives, corporelles, musicales permettant une expression et une thérapie visant une transformation psychique. »
<b>L'histoire de vie</b>	3% (n=3)	« Nous intégrons l'histoire de vie. »
<b>Ne pas savoir</b>	2% (n=2)	« Je ne sais pas trop »

---

Tableau 10.  
*Perception d'une pratique non fondée sur les occupations*

	<b>Verbatim</b>
Pratique non fondée sur les occupations	« Dans une pratique patho centrée, le patient écoute les experts qui font un max pour lui qui n'y connaît rien. »
	« Dans l'autre on s'occupe désespérément des déficiences en espérant les supprimer puis le patient est mis dehors en indiquant que l'on a fait au mieux et le patient nous offre des chocolats en lien avec tout ce que nous avons fait pour lui...»
	«Une activité qui n'est pas fondée sur les occupations permet également une rééducation, mais n'a pas de lien significatif direct pour la personne en fonction de son mode de vie. »

### **5.3.2. Distinction entre les ergothérapeutes et les autres professionnels**

À la question sur quelle est la distinction entre les ergothérapeutes et les autres professionnels, 45 répondants ont fourni une réponse. 87 énoncés ont été répertoriés. L'analyse de contenu a fait émerger 8 thèmes par importance de leur perception : les occupations/activités, une approche globale/holistique, la relation personne-environnement-occupation, l'analyse d'activités, une approche centrée sur la personne, l'adaptation, l'autonomie/l'indépendance et aucune distinction.

Pour ce qui est du thème occupations/activités, celui-ci représente 29,9 % (n=26) des énoncés. Il s'agit de faire des mises en situation concrètes, de faire des liens entre les occupations significatives et les mettre en œuvre et que l'ergothérapeute est le spécialiste des occupations.

Ensuite, l'approche globale/holistique constitue 21,8% (n=19) des énoncés, c'est-à-dire de considérer le patient dans sa globalité ou encore d'avoir une approche bio-psycho-sociale. 18,4% (n=16) des énoncés sont dans le thème personne-environnement-occupation. Cela consiste à considérer ces trois aspects auprès du patient et la relation entre ceux-ci.

12,6% (n=11) sont dans l'analyse d'activités, c'est-à-dire analyser, observer et décortiquer l'activité. Être centré sur la personne représente 10,3% (n=9) des énoncés. Il s'agit de considérer le client et non sa pathologie ou ses incapacités.

Pour ce qui est du thème de l'adaptation, celle-ci constitue 3,4% (n=3) des énoncés. Cela signifie que le thérapeute adapte l'activité aux besoins du patient. L'autonomie / l'indépendance représente 3,4% (n=3) des énoncés qui sont la finalité visée par l'ergothérapeute. Finalement, 2,3% (n=2) ne font aucune distinction avec les autres professions.

### 5.3.3. L'utilisation des modèles conceptuels

47 répondants ont fourni une réponse à savoir s'ils rencontrent des obstacles à utiliser des modèles conceptuels dans leur pratique. 72% (n=34) ont répondu rencontrer des obstacles et 28% (n=13) n'en rencontrent pas. 39 répondants ont fourni une réponse sur les modèles conceptuels qu'ils utilisent dans leur pratique. 39% (n=56) des réponses ne correspondent pas à des modèles conceptuels ergothérapeutiques.

Tableau 11.  
*Les réponses fournis concernant les modèles conceptuels utilisés*

<b>n=143</b>	
Modèles conceptuels	60% (n=87)
Schémas de référence (modèle générique)	33% (n=47)
Ne connaît pas	3% (n=5)
Pas un modèle	2% (n=2)
Évaluations	2% (n=2)

Tableau 12.  
*Les modèles ergothérapeutiques identifiés*

<b>Modèles</b>	<b>n=87</b>
<b>MCRO</b>	30% (n=26)
<b>MOH</b>	18% (n=16)
<b>PPH</b>	16% (n=14)
<b>CIF</b>	11% (n=10)
<b>Kawa</b>	7% (n=6)
<b>Modèle ludique</b>	6% (n=5)
<b>OTIPM</b>	3% (n=3)
<b>PEO</b>	3% (n=3)
<b>ENOTHE</b>	3% (n=3)
<b>OPM :A</b>	1% (n=1)

À la question sur les obstacles à l'utilisation des cadres conceptuels 33 répondants ont fourni une réponse. De ces réponses un nombre total de 78 énoncés regroupés en 11 thèmes sont ressortis suite à l'analyse de contenu. Les thèmes sont le contexte de pratique, la connaissance des modèles, la présence du modèle biomédical, les habitudes des thérapeutes, le temps, le manque de formation, la formation initiale en ergothérapie et l'accessibilité à l'information.

23,1% (n=18) des énoncés sont dans le thème contexte de pratique. Celui-ci consiste au mode de fonctionnement de l'institution, l'ouverture des autres professionnels et le fait d'être le seul ergothérapeute dans la structure.

20,55% (n=16) des énoncés sont en lien avec la connaissance des modèles, c'est-à-dire qu'ils ne les connaissent ou ne maîtrisent pas suffisamment. La présence du modèle biomédical



compte 10,3% (n=8) des énoncés. La dominance de ce modèle dans les milieux de pratique fait obstacle aux modèles ergothérapeutiques.

10,3% (n=8) des énoncés sont dans la thématique des habitudes. Il y a une crainte à utiliser d'autres modèles, ainsi que l'habitude et l'utilisation inconsciente de ceux-ci. Le temps représente 7,7% (n=6) des énoncés. Celui-ci consiste principalement au manque de temps des thérapeutes pour les utiliser.

Le manque de formation représente 6,4% (n=5) des énoncés, c'est-à-dire l'accessibilité et la disponibilité des formations sur la pratique fondée sur les occupations. La formation initiale en ergothérapie joue aussi un rôle et constitue 6,4% (n=5) des énoncés. 5,1% (n=4) des énoncés sont dans le thème de l'accessibilité à l'information et 5,1% (n=4) identifient le patient comme obstacle. 2,6% (n=2) sont dans la difficulté à utiliser un seul modèle et 2,6% (n=2) dans l'identité professionnelle.

## **6. DISCUSSION**

La présente section discute les résultats obtenus à une étude pour décrire comment les ergothérapeutes européens francophones appliquent la pratique fondée sur les occupations. Cette étude présente des résultats inédits. En effet, les ergothérapeutes européens francophones arrivent à réaliser une pratique fondée sur les occupations malgré certains obstacles rencontrés. Ceux-ci ont recours à des éléments facilitants se retrouvant dans leur pratique et des stratégies diverses afin d'avoir une pratique fondée sur les occupations.

### **6.1. Les sources d'inspiration**

La principale source d'inspiration à appliquer une pratique fondée sur les occupations chez les participants est d'avoir lu des articles ou documents sur le sujet. Il y a lieu de croire que des éditoriaux francophones faisant l'éloge de la pratique fondée sur les occupations et invitant les ergothérapeutes européens à adopter telle pratique a porté fruit. Le phénomène est réel. Cela n'est pas surprenant vu la présence de plusieurs éditoriaux francophone sur le sujet (Billiaux, 2016; Criquillon-Ruiz et Morel-Bracq, 2016; Marchalot, 2016; Meyer, 2016; Sorita, 2016; Trouvé, Offenstein et Agati, 2015).

### **6.2. Les réalisations d'une pratique fondée sur les occupations**

La présente étude rapporte des réalisations concrètes d'ergothérapeutes ayant une pratique fondée sur les occupations. Les résultats font valoir une plus grande proportion d'une pratique basée sur les occupations qu'une pratique portée vers les occupations. Selon Fisher (2009, 2013) l'utilisation de l'un et de l'autre est tout aussi importante. Elles sont appliquées en fonction du contexte et des besoins du client et peuvent être utilisées autant comme évaluations, qu'interventions (Fisher, 2009 ; Fisher, 2013). Ainsi, les ergothérapeutes montrent qu'ils ont une capacité à avoir une visée occupationnelle avec les clients et ce de différentes façons. En effet, la diversité des réalisations concrètes décrites par ceux-ci laisse croire qu'ils ont une sensibilité à l'engagement occupationnel. En ce sens les occupations sont ciblées en fonction qu'elles ont un sens et un but pour le client (Kennedy et Davis, 2017 ; Fisher, 2009 ; Fisher, 2013), respectant ainsi le caractère idiosyncratique des celles-ci (Polatajko et coll., 2013).

Il ressort aussi de cette étude que les ergothérapeutes mettent principalement en action les clients dans l'occupation (basés sur les occupations). Cela va dans le même sens que l'étude de Brousseau et collaborateurs (2013) dont les participants ont fait ressortir que l'utilisation compétente des occupations se fait par l'entraînement avec le client. La mise en action du client dans ses occupations permet de rendre la thérapie plus signifiante et facilite la transposition des acquis dans le quotidien (Colianni et Provident, 2010). Ce résultat d'une dominance de la pratique basée sur les occupations est en cohérence avec le résultat de la perception de ce qu'est une pratique fondée sur les occupations par les répondants. En effet, selon ceux-ci cette pratique consiste en la réalisation d'occupations.

Lorsqu'ils sont portés vers les occupations, il s'agit de conseils donnés au patient ou la mise en place d'une aide compensatoire. Il s'agit aussi d'apprendre à connaître le client via l'entrevue occupationnelle. En effet, Fisher (2009, 2013) relève l'importance d'établir une relation thérapeutique et de comprendre le client en tant qu'être occupationnel. Dans l'OTIPM (Fisher, 2009) les interventions de type compensatoire et d'éducation sont proposées dans ce sens. Enfin, il apparaît que les ergothérapeutes arrivent à choisir le type d'intervention adéquat au besoin occupationnel du client.

Deux réalisations concrètes fort pertinentes ressorties de l'étude sont *Cuisiner* et *Réaliser une entrevue occupationnelle*. Dans la thématique *Cuisiner*, toutes les réalisations sont basées sur les occupations. En ce sens, les ergothérapeutes ont mis en action le client dans une activité cuisine. L'exemple du patient à la retraite qui tenait un restaurant est une bonne illustration d'une intervention basée sur les occupations. En effet, celui-ci fait valoir que cuisiner pour recevoir sa famille est important pour lui et donc un objectif dans sa thérapie. L'aspect signifiant de cuisiner permet à la fois d'améliorer la performance occupationnelle dans cette activité et par le fait même l'hémiplégie, celle-ci est à la fois un objectif final et un moyen thérapeutique (Fisher, 2009; Fisher, 2013; Trombly, 1995). L'Europe est reconnue pour sa gastronomie et l'importance de la cuisine dans la culture. Cela peut expliquer que *Cuisiner* soit ressortie comme l'occupation la plus utilisée par les participants.

Dans la seconde thématique *Réaliser une entrevue occupationnelle* la totalité des réalisations sont portées vers les occupations, c'est-à-dire que le client n'est pas mis en action concrètement

dans l'occupation, mais que celle-ci est au cœur de la conversation (Fisher, 2013; Kennedy et Davis, 2017). De plus, dans la même visée, Brousseau et collaborateurs (2013) ont fait ressortir l'entrevue occupationnelle comme une représentation importante de la compétence d'expert en habilitation de l'occupation.

Ainsi, pour ce qui est de *Faire sa toilette et s'habiller* certains verbatims montrent réellement l'engagement du patient dans l'occupation, par exemple le jeune garçon qui veut apprendre à faire ses lacets. En effet, ce verbatim met en évidence les quatre éléments essentiels d'un engagement occupationnel selon Kennedy et Davis (2017). En ce qui concerne être porté vers les occupations, l'unique réalisation identifiée est une activité groupale de *gym* douce où les personnes âgées reproduisent des mouvements effectués lors de la toilette.

La thématique *Se déplacer* pour les énoncés basés sur les occupations représente l'apprentissage de l'utilisation des transports publics, l'essai de fauteuil roulant ou encore simplement marcher. Ceux portés vers les occupations sont le renouvellement de fauteuil roulant.

### **6.3. Les éléments facilitants la mise en application de la pratique fondée sur les occupations**

Concernant les éléments facilitants la mise en application de la pratique fondée sur les occupations les résultats de cette étude ont soulevé le *Thérapeute* par sa formation professionnelle ou sa formation MOH ou MCRO. Il a aussi été relevé sa capacité d'adaptation montrant une sensibilité à cette pratique ainsi que sa considération du client dans la thérapie. Seulement trois études traitent concrètement des éléments facilitateurs à une pratique fondée sur les occupations, celle de Colianni et collaborateurs (2015), de Mahani et collaborateurs (2015) et de Sumsion et Lencucha (2007). Ces trois études font valoir que le thérapeute est le principal élément pouvant faciliter cette pratique. D'une part, il y a le fait que le thérapeute soit alerte à cette pratique, qu'il ait une expérience professionnelle et une éducation avancée (Colaianni et coll., 2015), qu'il ait une attitude positive face à cette pratique (Mahani et coll., 2015) et d'autre part d'engager le client dans la thérapie, de créer une relation de confiance et de partenariat, ainsi qu'avoir une vision holistique de celui-ci (Mahani et coll., 2015; Sumsion et Lencucha, 2007).

Malgré que le thérapeute soit relevé dans la littérature, celui-ci n'est pas le principal thème ressortis dans les éléments facilitants, le premier étant le *Patient*. En effet, celui-ci facilite la

pratique par sa motivation et sa participation dans la thérapie. Les niveaux de motivation et de participation peuvent être influencés par le thérapeute. En effet, Mahani et collaborateurs (2015) soulèvent que le patient doit comprendre ce qu'est l'ergothérapie et quel type de service il recevra. Ainsi, il est possible que la compréhension du patient soit modulé en fonction du type d'explication du thérapeute et par le fait même influencer sa motivation et participation dans la thérapie. Polatajko, Davis, Cantin et collaborateurs (2013) soulignent que l'occupation est complexe, le client permet donc d'apporter un regard important sur celle-ci. Ces mêmes auteurs font aussi valoir l'utilisation de modèles théoriques et de pratiques pour mieux comprendre l'occupation humaine. Cet élément n'est pas rapporté dans cette étude.

#### **6.4. Les obstacles à la mise en application d'une pratique fondée sur les occupations**

Les ergothérapeutes ont soulevé des obstacles à la mise en application de la pratique fondée sur les occupations. Parmi ceux-ci, la *Dominance du modèle biomédical* représente uniquement 5% des obstacles. Pourtant les éditoriaux soulignent souvent la dominance du modèle biomédical comme obstacle majeur à la pratique (Billiaux, 2016; Gillen et Greber, 2014; Marchalot, 2016). Cela met en valeur que la pratique de l'ergothérapie évolue et change en Europe. La dominance du modèle biomédical est certes un obstacle, mais n'est pas l'obstacle le plus important aussi rapportée dans des études internationales (Ashby et coll., 2015 ; Che Daud, Judd et coll., 2016 ; Che Daud, Yau et coll., 2016 ; Colianni et coll., 2015). Les ergothérapeutes interviennent de plus en plus directement dans le milieu de vie des clients (Koch et Trouvé, 2015) expliquant en partie l'impact réduit du modèle biomédical sur leur pratique. De plus, une majorité utilise des modèles conceptuels ergothérapeutiques permettant ainsi d'avoir une vision occupationnelle et de diminuer l'influence du modèle biomédical (Ashby, Ryan, Gray et James, 2013). Il semble donc qu'il y ait eu un jeu de réorganisation dans la pratique des ergothérapeutes européens francophones.

Tout comme dans la section des éléments facilitateurs, l'obstacle majeur est le patient. En effet, les participants soulèvent cet obstacle en lien avec les difficultés et les limites physique ou psychologique de celui-ci. Ce résultat va dans le même sens que les études de Che Daud, Yau et collaborateurs (2016) et Sumsion et Lencucha (2007). Toutefois, l'étude de Che Daud, Judd et collaborateurs (2016) faisait valoir les représentations du client envers la thérapie comme un obstacle. Cet élément est peu présent dans la présente étude. L'ergothérapie est fort

probablement de plus en plus connue vue le nombre grandissant d'ergothérapeutes en France, Belgique et Suisse (COTE, 2015). Le nombre ayant pratiquement doublé depuis les années 2000 et l'effervescence du retour des occupations dans la pratique depuis une décennie (Bauerschmidt et Nelson, 2011) sont des facteurs importants d'une meilleure représentation de l'ergothérapie dans les divers milieux.

Le second obstacle est la *Logistique administrative*. Celui-ci est aussi répertorié dans quatre études, celles de Colianni et Provident (2010) et Colaianni et collaborateurs (2015) qui relèvent la difficulté de remboursement par les assurances, celle de Che Daud, Judd et collaborateurs (2016) qui relève la bureaucratie et celle de De Haerne et Brousseau (2017) qui relève les déficits financiers et en main d'œuvre, ainsi que la difficulté à avoir une perspective du milieu écologique du patient. Ces éléments soulevés par les auteurs précédents sont cohérents avec ceux de cette étude, soit la bureaucratie, le budget et la possibilité de se rendre dans le milieu écologique de la personne.

Concernant les obstacles se rattachant au *Temps* les participants relèvent le manque de temps, la durée plus longue des séances et les congés qui sont donnés plus rapidement. La problématique du temps est aussi soulevée dans plusieurs études : Colianni et Provident (2010), Colaianni et collaborateurs (2015), Che Daud, Judd, et collaborateurs (2016), Che Daud, Yau, et collaborateurs (2016), De Haerne et Brousseau (2017) et Grice (2015). Toutefois, trois études (Che Daud, Judd et coll., 2016; Che Daud, Yau, Barnett et Judd, 2016; De Haerne et Brousseau, 2017) ont aussi soulevé comme obstacle la surcharge de travail. Or, dans la présente étude aucun énoncé ne concernait ce type d'obstacle. Le temps est un obstacle distinct de la charge de travail dans ces trois dernières études.

Les *Collègues de travail* sont des obstacles en lien avec un manque de collaboration avec l'équipe, un manque de confiance de l'équipe et la méconnaissance de l'ergothérapie par les autres professionnels. Les études de Che Daud, Judd et collaborateurs (2016), Di Tommaso et collaborateurs (2016) et Mahani et collaborateurs (2015) relèvent aussi le manque de connaissance du rôle de l'ergothérapeute par les autres professionnels. Par contre, l'étude de Richard et collaborateurs (2012) fait valoir que les ergothérapeutes trouvent que le manque de reconnaissance des autres professionnels rend difficile leur pratique. Gillen et Greber (2014)

discutent aussi de cette difficulté dans leur éditorial. De plus, l'étude de Di Tommaso et collaborateurs (2016) fait aussi valoir que les exigences du milieu et le fait de ne pas être supporté par la direction et les ergothérapeutes expérimentés les découragent à appliquer une pratique fondée sur les occupations.

Le *Matériel* qui n'est pas adapté à une pratique fondée sur les occupations ou tout simplement absent est un obstacle aussi important. En effet, l'équipement inadapté (Colianni et coll., 2015) et le manque de ressources matérielles (Che Daud, Judd, et coll., 2016; Che Daud, Yau, Barnett, et Judd, 2016; Colianni et Provident, 2010; De Haerne et Brousseau, 2017 ; Grice, 2015) sont des obstacles relevés dans plusieurs études. Dans le même sens l'*Environnement* qui n'est pas adapté est aussi un obstacle. Cela est cohérent avec les études de Ashby et collaborateurs (2015), de Che Daud, Yau et collaborateurs (2016), Colianni et Provident (2010), Colianni et collaborateurs (2015), Grice (2015) et Mahani, et collaborateurs (2015).

*Le thérapeute* en tant qu'obstacle a été peu soulevé dans cette étude. Or, plusieurs études relèvent des difficultés en lien avec celui-ci. En effet, Che Daud, Judd et collaborateurs (2016) et Che Daud, Yau et collaborateurs (2016) font valoir dans leurs études que le thérapeute est un obstacle à la pratique fondée sur les occupations en lien avec un manque de créativité, un manque de connaissances sur cette pratique et un manque d'habitude ou d'entraînement à mettre en application celle-ci. Les quelques énoncés de la présente étude vont dans le même sens que les études précédentes. Ceux-ci ont fait ressortir le manque de formation et de connaissances.

L'étude de Sumsion et Lencucha (2007), auprès d'ergothérapeutes travaillant en santé mentale, relève des obstacles en lien avec le thérapeute. Ces obstacles sont l'acceptation des différences, le dilemme entre le bien-être et la sécurité, ainsi que la dépendance du client au système. Ashby et collaborateurs (2015) soulèvent que la dominance du modèle biomédical a un impact sur le sentiment de confiance du thérapeute à mettre en application la pratique fondée sur les occupations et à utiliser ses connaissances en tant qu'expert des occupations. L'étude de Richard et collaborateurs (2012) et l'éditorial de Gillen et Greber (2014) mettent aussi en perspective la problématique d'identification professionnelle des ergothérapeutes. Toutefois ces obstacles n'ont pas été identifiés par les participants de cette étude.

Les ergothérapeutes européens francophones rencontrent plusieurs obstacles à la pratique fondée sur les occupations semblables à ceux d'autres pays, tels que les États-Unis, l'Australie et la Malaisie. Ces ressemblances font valoir que la pratique des ergothérapeutes en Europe, malgré la production de peu d'écrits scientifiques, vivent des enjeux semblables aux autres pays. Malgré les obstacles il semble possible de mettre en place des stratégies permettant d'arriver à avoir une pratique fondée sur les occupations.

### **6.5. Surmonter les obstacles**

Quelques études (Berro et Deshais, 2016; Che Daud, Yau, Barnett, et Judd, 2016; Colaianni et coll., 2015; Sumsion et Lencucha, 2007) ont fait valoir des stratégies ou moyens utilisés pour faciliter l'application d'une pratique fondée sur les occupations. La présente étude a permis de relever 12 thèmes relatifs aux moyens pour surmonter les obstacles à la pratique fondée sur les occupations.

Bien qu'*Adapter et graduer l'activité* ressortent comme moyen le plus cité dans cette étude, seule la recherche de Che Daud, Yau et collaborateurs (2016) fait valoir l'utilisation de ce moyen. Cependant, cette stratégie d'adapter et graduer l'activité comme principal moyen est cohérente avec le principal obstacle qui est le client. Ainsi, les ergothérapeutes arrivent à surmonter les principaux obstacles rencontrés dans leur pratique fondée sur les occupations. Aussi, l'étude de Di Tommaso et collaborateurs (2016) auprès de jeunes ergothérapeutes Australiens fait valoir que ceux-ci ressentent qu'ils n'ont pas les connaissances et les habiletés pour faire de l'analyse et de la gradation d'activités. L'étude de Mahani et collaborateurs (2015) auprès d'ergothérapeutes Iraniens va dans le même sens. Or, dans cette étude l'analyse et la gradation d'activités ressortent comme des forces chez les ergothérapeutes européens francophones.

*Plaidoyer et collaborer avec les autres professionnels* par l'explication de ce qu'est l'ergothérapie à l'équipe de travail ou encore de discuter avec les collègues des objectifs occupationnels de clients avec ceux-ci ressortent dans cette étude comme des moyens efficaces pour faciliter l'application d'une pratique fondée sur les occupations. Berro et Deshais (2016) proposent de discuter des objectifs occupationnels avec l'équipe de soins dans le but de prendre sa place en tant que professionnel et de conscientiser l'équipe au rôle de l'ergothérapeute. Che



Daud, Yau et collaborateurs (2016) proposent l'éducation de l'équipe de travail au rôle de l'ergothérapeute. En effet, les résultats de l'étude font valoir que de travailler en collaboration avec les autres professionnels, mais aussi entre ergothérapeutes, cela en réunion d'équipe ou encore dans la tenue de dossiers. Il semble que de faire valoir sa place au sein de l'équipe permet de démontrer le besoin et le rôle unique de l'ergothérapie et ainsi assumer et comprendre son identité professionnelle (Ashby, Gray, Ryan et James, 2015; Colaianni et coll., 2015; Gillen et Greber, 2014; Richard et coll., 2012).

Pour ce qui est de *Communiquer avec le patient*, il s'agit d'expliquer le processus et l'objectif de la thérapie allant dans le même sens que l'étude de Mahani et collaborateurs (2015). L'étude de Brousseau et collaborateurs (2013) soulève aussi de vérifier l'accord entre la référence médicale et les besoins et attentes du client. De plus, dans plusieurs études (Berro et Deshais, 2016; Che Daud, Yau, Barnett et Judd, 2016; Mahani et collaborateurs, 2015; Sumsion et Lencucha, 2007) les moyens proposés ou utilisés sont de collaborer avec le patient. Celles-ci font valoir que le client devrait être engagé dans la thérapie, c'est-à-dire faire des choix et prioriser les objectifs thérapeutiques en collaboration avec le thérapeute. Or, dans cette étude, cette stratégie à ce que le client puisse collaborer en faisant des choix n'est pas présente. Cela est cohérent avec l'étude de De Haerne et Brousseau (2017) auprès d'ergothérapeutes français qui a fait valoir que ceux-ci trouvent important, mais difficile à ce que le patient ait un rôle actif dans la thérapie et de négocier les objectifs avec celui-ci.

En ce qui concerne *Organiser et planifier sa pratique*, c'est-à-dire impliquer le stagiaire, préparer le matériel à l'avance ou encore prévoir plus de temps pour un client sont des stratégies utilisées. Berro et Deshais (2016) proposent aussi d'impliquer des stagiaires dans sa pratique, cela pouvant être par l'analyse d'articles scientifiques et effectuer des évaluations occupationnelles.

Pour ce qui est de la thématique *Aménager l'environnement* ergothérapeutes font valoir que de créer un environnement ressemblant à un milieu de vie plutôt que médical permet de faciliter la pratique fondée sur les occupations. Les études de Berro et Deshais (2016), ainsi que Che Daud, Yau, Barnett et Judd (2016) vont dans le même sens.

*Choisir et rendre accessible le matériel* représente seulement 5% des moyens utilisés pour surmonter les obstacles. Il est évident que les obstacles financiers rendent l'utilisation de ce moyen plus difficile. L'un des participants a tout de même fait des démarches afin que des sociétés lui prêtent des objets à tester (l'une d'elles a acceptée). Les études de Berro et Deshais (2016), de Che Daud, Yau, Barnett et Judd (2016) et de Colaianni et collaborateurs (2015) suggèrent aussi qu'il est pertinent que les clients amènent leurs objets personnels dans la thérapie. Cet élément n'a pas été soulevé dans cette étude. Il est possible que cela provienne de l'aspect culturel puisque l'étude a été faite chez les européens francophones. En ce sens que vu le manque de reconnaissance des autres professionnels et une identité professionnelle précaire (Richard et coll., 2012) il se peut que le fait de demander aux clients d'amener leurs propres objets puisse faire paraître moins professionnel. Enfin, utiliser les objets du client permet à la fois de réaliser l'occupation avec les objets réellement utilisés par le client et est sans dépense pour l'établissement. L'étude de Colaianni et collaborateurs (2015) soulevait aussi que des thérapeutes amenaient des objets dont il n'avait plus besoin sur leur milieu de travail ou faisait des achats dans des vides greniers afin que cela soit moins dispendieux.

En ce qui concerne, le fait *d'Utiliser ses qualités en tant qu'ergothérapeute* les résultats avancent qu'il faut avoir de la patience et une capacité d'adaptation. Sumsion et Lencucha (2007) relèvent aussi que les thérapeutes doivent être patients et persévérants.

En ce qui concerne *Collaborer avec les proches* il est possible que selon le type de clientèle ou l'objectif de la thérapie les proches aidants aient ou non un rôle à jouer. En ce sens, l'implication des parents pour un enfant est primordiale ou encore pour une personne ayant des troubles cognitifs ou autres il peut être pertinent et facilitant d'intégrer les proches. Ceux-ci connaissent souvent bien les besoins et difficultés, ils peuvent alors aider à prioriser et confirmer ce qui est à travailler en thérapie. Seule l'étude de Mahani et collaborateurs (2015) soulève la collaboration des proches par l'aspect que le thérapeute doit être centré sur le patient et sa famille.

*Avoir un intérêt pour le sujet* représente seulement 3% des énoncés. Les participants ont soulevé que de faire de la lecture sur le sujet ou aller en formation permet d'aider à avoir une pratique fondée sur les occupations. L'étude de Che Daud, Yau, Barnett et Judd (2016) propose

l'éducation des ergothérapeutes à cette pratique en passant particulièrement par la formation. Berro et Deshais (2016) proposent aussi la formation, mais aussi un club de lecture, des études de cas en équipe, ainsi que d'impliquer les stagiaires. Malgré que plusieurs ergothérapeutes (33%) disent avoir entendu parler de la pratique fondée sur les occupations via la lecture, seulement 3% l'utilisent comme moyen pour surmonter les obstacles à la mise en application de celle-ci. L'un des participants a aussi écrit que plusieurs articles discutent du concept de cette pratique, mais peu de comment elle s'actualise.

1% ont soulevé le moyen *d'Avoir une vision écologique de l'environnement* du patient ou de l'utilisation de l'environnement par le patient par la demande de prises de photos et de vidéos. En effet, plusieurs participants relèvent l'impossibilité de se rendre dans le milieu naturel du patient pour plusieurs raisons. Vu une utilisation grandissante de la technologie, il semble pertinent d'utiliser celle-ci afin d'avoir une vision plus grande des éléments influençant la performance ou l'engagement occupationnel des patients. La collaboration d'un proche aidant peut alors aussi être mise à contribution. Aucune étude répertoriée pour cette recherche n'a soulevé ce moyen.

Trois études (Berro et Deshais, 2016; Che Daud, Yau, Barnett et Judd, 2016; Colaianni et coll, 2015) ont soulevé que l'utilisation d'évaluations occupationnelles, tels que la MCRO, le profil occupationnel et une journée type comme moyens pour que la thérapie soit fondée sur les occupations. En effet, celles-ci permettent de cibler les difficultés et besoins occupationnels plutôt que se centrer sur la pathologie. Cependant, l'utilisation d'évaluations occupationnelles n'a pas été soulevée dans cette présente étude.

Ainsi, plusieurs stratégies peuvent être utilisées pour arriver à surmonter les obstacles à avoir une pratique fondée sur les occupations. Ces stratégies sont diversifiées et peuvent donc s'appliquer à plusieurs contextes et différents obstacles. En effet, il est possible en tant qu'ergothérapeute de développer des compétences, tel que de la créativité ou encore plaider auprès des gestionnaires afin d'avoir du matériel ou une plus grande autonomie dans la gestion de l'horaire.

## **6.6. Perception et satisfaction de la pratique**

Cette étude fait valoir que malgré les obstacles rencontrés, les participants sont principalement fortement en accord et en accord dans le fait d'avoir une pratique fondée sur les occupations. Ainsi, cette étude appuie les propos de Trouvé et collaborateurs (2015) qui mentionnent que l'ergothérapie sort tranquillement du domaine médical pour se centrer sur son domaine d'expertise, les occupations.

De plus, les ergothérapeutes retirent une satisfaction à appliquer une pratique fondée sur les occupations. En effet, la plupart sont extrêmement satisfaits à moyennement satisfaits de leur pratique. Ainsi, ils justifient principalement leur niveau de satisfaction par l'effet que cela a sur le patient. L'étude de Che Daud, Yau, Barnett et Judd (2016) va dans le même sens relevant que la pratique fondée sur les occupations permet une satisfaction du client, ainsi qu'un double bénéfice par l'amélioration de la performance et de la fonction. De plus, les réussites permettent une gratification du thérapeute lui-même. L'effet positif sur le patient ancre une motivation et une satisfaction aux thérapeutes à appliquer une pratique fondée sur les occupations. Cela est bien illustré par les deux verbatims suivant : « Je pratique depuis quinze l'approche client centrée et je vois les bénéfices dans l'engagement des personnes dans leurs évolutions.» et «J'en ai discuté avec mes collègues et ai commencé à le mettre en place avec plusieurs patients pour lesquels cela me semblait indispensable. Plus je le mettais en pratique, plus j'étais motivée à le mettre en place avec tous les patients et c'est ce que j'ai fait. J'ai même pu remarquer que mes collègues demandaient aux patients si il rencontrait des difficultés liées à ses occupations. » .

## **6.7. Perception d'une pratique fondée sur les occupations d'une pratique qui ne l'est pas**

*La réalisation d'occupations* est un élément majeur de la pratique fondée sur les occupations, car elle implique la participation active du client. Il s'agit de l'engagement du client dans une occupation (Fisher, 2009; Fisher, 2013). Les participants relèvent principalement dans cette thématique que les activités doivent être «signifiantes», «significatives», «motivantes», «chargées affectivement» et «de la vie quotidienne». Ces résultats vont dans le même sens que l'étude de Brousseau et collaborateurs (2013). Il est primordial que l'occupation choisie corresponde au client et non au thérapeute (Fisher, 2009).

La thématique *besoins et attentes* fait valoir que les objectifs ciblés pour la thérapie sont en lien avec ce que le client exprime comme besoins ou attentes envers celle-ci. Les occupations sont donc visées dès le départ tout comme le propose le OTIPM. Lorsque la relation thérapeutique est créée à partir d'une perspective portée vers les occupations, il est alors possible de cibler les besoins occupationnels. Une fois ceux-ci déterminés le processus va de pair, c'est-à-dire qu'une évaluation de la performance et de l'engagement occupationnelle est faite, puis des interventions visant l'occupation (Fisher, 2009; Fisher, 2013). Cela montre une pratique fondée sur les occupations, car celle-ci est présente tout au long du processus ergothérapeutique (Criquillon-Ruiz et Morel-Bracq, 2016; Fisher, 2009; Fisher, 2013).

Par la suite, l'*Approche centrée sur la personne* fait valoir dans cette étude l'intérêt du thérapeute à vouloir connaître le patient en tant qu'être occupationnel. En effet, les participants ont mis relief l'aspect qu'ils souhaitent connaître ce que le client aimerait faire ou les occupations importantes pour lui, ils sont donc portés vers les occupations. Tout comme la thématique précédente, celle-ci représente le début de l'OTIPM. En ce sens que le thérapeute tente de comprendre les occupations et rôles du patient dans son contexte de vie (Fisher, 2009; Fisher, 2013).

Bien que les deux thématiques précédentes soient d'apparences semblables celles-ci se différencient l'une de l'autre. En effet, pareillement à l'OTIPM il y a la phase relation thérapeutique et connaissance du patient, suivi par l'établissement des besoins et objectifs (Fisher, 2009; Fisher, 2013).

L'utilisation des modèles et outils ergothérapeutiques a été relevée par quelques participants. Ceux-ci ont soulevé la MCRO, le profil occupationnel, la journée type et l'utilisation du modèle PEO. En effet, des outils et modèles occupationnels permettent de mettre en premier plan les occupations et donc l'aspect unique de la profession.

*La collaboration avec le patient* est ressortie comme étant la considération de l'expertise du patient envers lui-même. En effet, le processus ergothérapeutique se doit de commencer par l'établissement d'une relation thérapeutique et une collaboration entre le patient et le thérapeute

(Fisher, 2009; Fisher, 2013). Il s'agit d'établir un engagement thérapeutique afin de tranquillement arriver à un engagement occupationnel (Kennedy et Davis, 2017).

Les énoncés contenus dans la thématique *La fabrication d'un objet* sont peu représentatifs d'une approche fondée sur les occupations. En ce sens, la fabrication d'un objet, est la réalisation d'une activité en soi, mais la signifiante de celle-ci pour les patients n'est pas présente (Fisher, 2009). Il est probable que ces activités soient portées vers les occupations, c'est-à-dire qu'un lien est fait entre l'activité faite et les occupations qui pourrait être l'expression de ses émotions.

Quelques participants ont spécifié (15%) ce que n'est pas une pratique fondée sur les occupations. Les principaux éléments soulevés sont le fait d'être centré sur la pathologie ou la déficience et d'utiliser des activités non significatives pour le client dans la thérapie. En effet, l'ergothérapie consiste à soulever les facilitateurs et barrières dans la réalisation des occupations importantes pour les clients pour ensuite réadapter à ces occupations ciblées (Fisher, 2009; Fisher, 2013). Enfin, la description de la pratique fondée sur les occupations par les participants de cette étude est cohérente avec la définition conceptuelle de cette recherche.

### **6.8. Distinction entre les ergothérapeutes et les autres professionnels**

Les participants font valoir qu'ils se distinguent des autres professions principalement par l'utilisation des occupations et activités dans leur pratique. Cela s'illustre par le fait qu'ils considèrent les occupations signifiantes pour chacun des clients et permettent la mise en action dans celle-ci. En tant qu'expert des occupations les participants ont bien ciblé le thème majeur de la profession qu'est l'ergothérapie. En effet, ils vont dans le même sens que plusieurs auteurs en mettant les occupations au centre de la pratique (Fédération mondiale des ergothérapeutes, 2012; Fisher, 2009; Fisher, 2013; Kristensen et Petersen, 2016). Ce résultat est inédit en soi, toutefois il ne peut être mis en lien avec d'autres études.

### **6.9. L'utilisation des modèles conceptuels**

Les participants font valoir qu'ils utilisent une variété de modèles conceptuels, mais qu'ils rencontrent plusieurs obstacles à les utiliser. Le contexte de pratique et le manque de connaissances sur les modèles sont les barrières majeures. L'utilisation de modèles conceptuels ergothérapeutiques permet d'assurer que le continuum de la thérapie soit toujours centré sur les

occupations tout comme l'OPTIM de Fisher (Fisher, 2009). Aucune étude ne traite des obstacles de l'utilisation des modèles conceptuels. Toutefois des études font valoir l'utilisation d'évaluations occupationnelles comme la Mesure canadienne du rendement occupationnel afin de faciliter la pratique fondée sur les occupations (Berro et Deshais, 2016; Colaianni et coll., 2015).

Aussi, il est possible de constater dans cette présente étude que les ergothérapeutes ne différencient pas nécessairement les modèles conceptuels généraux de ceux interprofessionnels. Cela n'est pas surprenant compte tenu que la classification des modèles a été quelque peu problématique jusqu'à ce jour. Toutefois, la classification récente proposée par Morel-Bracq (2017) est une ressource importante sur le sujet.

#### **6.10. Forces et limites**

La présente étude a des forces et certaines limites. La principale force se rattache au fait de fournir des données empiriques sur la pratique fondée sur les occupations par des ergothérapeutes. De plus, les éléments facilitants et les obstacles à la pratique fondée sur les occupations sont cohérents l'un avec l'autre. Cela démontre une validité de cette étude. Par exemple, le manque de ressources matérielles est un obstacle et l'accessibilité à du matériel est en même temps un élément facilitant.

Une des limites de l'étude se rattache à l'utilisation d'un questionnaire électronique. Répondre aux questions ouvertes a demandé du temps et une certaine réflexion pour répondre. Au départ 210 ergothérapeutes ont répondu à la section démographique et n'ont pas complété les questions faisant appel à leur pratique. Seulement 24% ont répondu à la section sur la pratique fondée sur les occupations, ce qui représente un faible taux. Par ailleurs, il est aussi possible que l'échantillon soit biaisé favorablement envers les participants ayant un intérêt particulier pour le sujet.

## 7. CONCLUSION

Pour conclure, les ergothérapeutes européens francophones arrivent à réaliser une pratique fondée sur les occupations malgré les obstacles rencontrés. En effet, ceux-ci utilisent des évaluations et interventions qui sont basées ou portées vers les occupations. En somme, plusieurs stratégies sont utilisées pour arriver à appliquer une pratique fondée sur les occupations et plusieurs éléments facilitants sont présents dans la pratique. Leur pratique s'éloigne du modèle médical.

Cette étude a plusieurs implications pour la pratique en ergothérapie. En effet, celle-ci permet d'illustrer des réalisations concrètes d'une pratique fondée sur les occupations montrant qu'il est possible d'appliquer celle-ci. De plus, la connaissance des stratégies mises pour surmonter les obstacles fournit des exemples pouvant outiller des ergothérapeutes désireux d'adopter telle pratique. La diversité des moyens soulevés permet de faire face à divers types d'obstacles pouvant varier d'un milieu de pratique à l'autre.

Malgré la présence de résultats prometteurs, il y a lieu de poursuivre les recherches sur le sujet. En effet, des *focus groups* devraient être faits afin d'obtenir une perception plus détaillée de cette pratique et une description plus approfondie des projets. La triangulation des données viendrait valider les données. Par ailleurs, devant le peu d'études empiriques sur la description de la pratique fondée sur les occupations, il apparaît pertinent de poursuivre dans divers contextes et pays dont auprès d'ergothérapeutes du Québec.



## RÉFÉRENCES

- Arbesman, M., & 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
- Ashby, S., & Chandler, B. (2010). An exploratory study of the occupation-focused models included in occupation therapy professional education programs. *British Journal of Occupational Therapy*, 60, 110-119. doi:10.4276/030802210X12918167234325
- Ashby, S., Gray, M., Ryan, S., & James, C. (2013). Factors that influence the professional resilience of occupational therapists in mental health practice. *Australian Journal of Occupational Therapy*, 78(7), 431-439. doi:10.1111/1440-1630.12012
- Ashby, S., Gray, M., Ryan, S., & James, C. (2015). Maintaining occupation-based practice in Australian mental health practice: A critical stance. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(7), 431-439. doi:10.1177/0308022614564168
- Ashby, S., Gray, M., Ryan, S., & James, C. (2017). An exploratory study into the application of psychological theories and therapies in Australian mental health occupational therapy practice: Challenges to occupation-based practice. *Australian Journal of Occupational Therapy*, 64, 24-32. doi:10.1111/1440-1630.12302
- Bauerschmidt, B., & Nelson, L. D. (2011). The terms Occupation and Activity over the history of official occupational therapy publications. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(3), 338-345. doi:10.5014/ajot.2011.000869
- Berro, M., & Deshais, L. (2016). L'amélioration de la pratique fondée sur l'occupation au Centre de Réadaptation National Rancho Los Amigos. In D. Pierce (Ed.), *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (version française M.C. Morel-Bracq, pp. 309-321). Louvain-la-Neuve : DeBoeck Supérieur.
- Billiaux, J. (2016). L'importance des modèles conceptuels pour comprendre notre (future) pratique ergothérapique. *ergOTHérapies*, 62, 5-10
- Brousseau, M., Désormeaux-Moreau, M., & St-Pierre, M.-J. (2013). Les représentations de l'expert en habilitation des occupations par des ergothérapeutes superviseurs de stage. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 80(1), 28-34. doi:10.1177/0008417412474220
- Che Daud, A. Z., Judd, J., Yau, M., & Barnett, F. (2016). Issue in applying occupation-based intervention in clinical practice: a Delphi study. *Procedia - Social and behavioral sciences*, 222(2016), 272-282. doi:10.1016/j.sbspro.2016.05.158

- Che Daud, A. Z., Yau, M., Barnett, F., Judd, J., Jones, R., & Muhammad, N. R. (2016). Integration of occupation based intervention in hand injury rehabilitation: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Hand Therapy*, 29(1), 30-40. doi:10.1016/j.jht.2015.09.004
- Che Daud, A. Z., Yau, M. K., Barnett, F., & Judd, J. (2016). Occupation-based intervention in hand injury rehabilitation: Experiences of occupational therapists in Malaysia. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(1), 57-66. doi:10.3109/11038128.2015.1062047
- Chen, Y.-L., Pan, A.-W., Hsiung, P.-C., Chung, L., Lai, J.-S., Shur-Fen, G. S., & Chen, T.-J. (2015). Life Adaptation Skills Training (LAST) for persons with depression: A randomized controlled study. *Journal of Affective Disorders*, 185(2015), 108-114. doi:10.1016/j.jad.2015.06.022
- Chippendale, T., & Bear-Lehman, J. (2012). Effect of life review writing on depressive symptoms in older adults: a randomized controlled trial. *American Journal of Occupational Therapy*, 66(4), 438-446. doi:10.5014/ajot.2012.004291
- Chisholm, D., Dolhi, C., & Schreiber, J. (2004). *Occupational therapy intervention resource manual : A guide for occupation-based practice*. États-Unis: Thompson : Delmar Learning.
- Colaiani, D. J. & Provident, I. (2010). The benefits of and challenges to the use of occupation in hand therapy. *Occupational Therapy in Health Care*, 24(2), 130-146. doi:10.3109/07380570903349378
- Colaiani, D. J., Provident, I., DiBartola, L. M., & Wheeler, S. (2015). A phenomenology of occupation-based hand therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(3), 177-186. doi:10.1111/1440-1630.12192
- Council of the Occupational Therapists for the European Countries. (2015). Statistics. Retrieved from <http://www.coteceurope.eu/directory/statistics/>
- Criquillon-Ruiz, J., & Morel-Bracq, M. (2016). Pour une démarche d'évaluation centrée sur le client et sur l'occupation. *ergOTHérapies*, 63, 23-29
- Dawson, D., Richardson, J., Troyer, A., Binns, M., Clark, A., Polatajko, H., . . . Bar, Y. (2014). An occupation-based strategy training approach to managing age-related executive changes: a pilot randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 28(2), 118-127. doi:10.1177/0269215513492541
- De Haerne, C. et Brousseau, M. (2017 a). Perception de l'approche centrée sur la personne d'ergothérapeutes français. Article soumis *ergOTHérapies*

- De Haerne, C. et Brousseau, M. (2017 b). Approche centrée sur la personne : résultats d'un sondage auprès d'ergothérapeutes français. Dans M.H. Izard (Ed) *Expériences en ergothérapie : trentième série* (pp. - ). Montpellier: Sauramps Medical
- Di Tommaso, A., Isbel, S., Scarvell, J., & Wicks, A. (2016). Occupational therapist' perceptions of occupation in practice: An exploratory study. *Australian occupational therapy journal*, 63, 206-213. doi:10.1111/1440-1630.12289
- Estes, J. & Pierce, E. D. (2012). Pediatric therapists' perspectives on occupation-based practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19, 17-25. doi : 10.3109/11038128.2010.547598
- Fédération mondiale des ergothérapeutes. (2012). Definition of occupational therapy. Retrieved from <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>
- 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. (2013). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20, 162-173. doi:10.3109/11038128.2012.754492
- Fortin, M., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière Éducation.
- Gillen, A., & Greber, C. (2014). Occupation-focused practice: challenges and choices. *British Journal of Occupational Therapy*, 77(1), 39-41. doi:10.4276/030802214X13887685335580
- Gray, M. (1998). Putting Occupation Into Practice: Occupation as Ends, Occupation as Means *American Journal of Occupational Therapy*, 52(5), 354-364.
- Hammell, WR. K. (2013). Client-centred occupational therapy in Canada: Refocusing on core values. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 80(3), 141-149. doi :10.1177/0008417413497906
- Kennedy, J., & Davis, J. A. (2017). Clarifying the Construct of Occupational Engagement for Occupational Therapy Practice. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 37(2), 98-108.
- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy practice*. Philadelphia, USA :F.A. Davis Company

- Koch, L., & Trouvé, E. (2015). Démographie et activités des ergothérapeutes au 1er janvier en France : enquête nationale ANFE-CATEL. In M-H. Izard (Ed.), *Expériences en ergothérapie : vingt-huitième série* (pp. 25-46). Montpellier: Sauramps Medical
- Kristensen, H. K., & Petersen, K. S. (2016). Occupational science: An important contributor to occupational therapists' clinical reasoning. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(3), 240-243. doi:10.3109/11038128.2015.1083054
- Mahani, M. K., Mehraban, A. H., Kamali, M., & Parvizy, S. (2015). Facilitators of implementing occupation based practice among Iranian occupational therapists: A qualitative study. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 29(307), 1-9.
- Marchalot, I. (2016). Stratégie d'intervention en ergothérapie et rendement occupationnel. *ergOTHérapies*, 62. 19-24
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. Belgique: ANFE.
- Meyer, S. (2016). Les mots, ces maux de l'ergothérapie en francophonie. Repéré à <https://www.hes-so.ch/fr/mots-maux-ergotherapie-francophonie-8009.html>
- Morel-Bracq, M-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. Louvain-la-Neuve: Deboeck Supérieur.
- Morel-Bracq, M., Trouvé, E., Offenstein, E., Quevillon, E., Riguet, K., Hernandez, H., . . . Gras, C. (2015). *L'activité humaine: un potentiel pour la santé?* Louvain-la-Neuve: Seboeck Supérieur.
- Mountain, G., Mozley, C., Craig, C., & Ball, L. (2008). Occupational therapy led health promotion for older people: Feasibility of the Lifestyle Matters Programme. *The British Journal of Occupational Therapy*, 71(10), 406-413. doi:10.1177/030802260807101002
- Nielsen, T. L., Petersen, K. S., Nielsen, C. V., Strom, J., Ehlers, M. M., & Bjerrum, M. (2016). What are the short-term and long-term effects of occupation-focused and occupation-based occupational therapy in the home on older adults occupational performance? A systematic review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 1-14. doi:10.1080/11038128.2016.1245357
- Orellano, E., Colón, W. I., & Arbesman, M. (2012). Effect of Occupation- and Activity-Based Interventions on Instrumental Activities of Daily Living Performance Among Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 66(3), 292-300. doi:10.5014/ajot.2012.003053
- Pierce, D. (1998). What Is the Source of Occupation's Treatment Power?. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(6), 490-491.

- Pierce, D. (2001). Untangling Occupation and Activity. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(2), 138–146.
- Pierce, D. (2003). How can occupation base of occupational therapy be strengthened? *American Journal of Occupational Therapy*, 50 (?) 1-2.
- Polatajko, H. (2001). L'évolution de notre perspective sur l'occupation : un périple passant de la thérapie récréative à l'utilisation thérapeutique de l'activité, jusqu'à la promotion de l'occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(4), 203-207.
- Polatajko, H., Davis, J., Cantin, N., Dubouloz-Wilner, C., & Trentham, B. (2013). Les éléments de la pratique fondée sur l'occupation. Dans E.A. Townsend & H.J. Polatajko (Eds). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2ed. version française Noémi Cantin, pp.239-268). Ottawa, Ont: CAOT Publications ACE.
- Polatajko, H., & Davis, J. (2012). L'avancement de la pratique fondée sur les occupations : interpréter la rhétorique. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79, 259-263. doi: 10.2182/cjot.2012.79.5.1
- Polatajko, H., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L., & Zimmerman, D. (2013). Préciser le domaine primordial d'intérêt : l'occupation comme centralité Dans E.A. Townsend & H.J. Polatajko (Eds). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2ed. version française Noémi Cantin, pp.15-44). Ottawa, Ont: CAOT Publications ACE.
- Richard, C., Colvez, A., & Blanchard, N. (2012). État des lieux de l'ergothérapie et du métier d'ergothérapeute en France. Analyse des représentations socioprofessionnelles des ergothérapeutes et réflexions pour l'avenir du métier. *ergOThérapies*, 48, 37-46.
- Sorita, E. (2016). Quel est l'intérêt pour les ergothérapeutes français d'introduire dans leurs pratiques des outils validés d'évaluation de mises en situation dans les activités de la vie quotidienne ? *ergOThérapies*, 63. 13-22
- Sumsion, T., & Lencucha, R. (2007). Balancing challenges and facilitating factors when implementig client-centred collaboration in a mental health setting. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(12), 513-520.
- Townsend, E. A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., Stewart, D. & Brown, J. (2013). Habiliter : la compétence primodiale en ergothérapie Dans E.A. Townsend & H.J. Polatajko (Eds). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2ed. version française Noémi Cantin, pp.103-158). Ottawa, Ont: CAOT Publications ACE.
- Trombly, A. C. (1995). Occupation: Purposefulness and meaningfulness as therapeutic mechanisms. *American Journal of Occupational Therapy*, 49(10), 960-972.

- Trouvé, E., Offenstein, E., & Agati, N. (2015). L'ergothérapeute de demain en France. *ergOThérapies*, 59. 5-11
- Turner, A., & Knight, J. (2015). A debate on the professional identity of occupational therapists. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(11), 664-673. doi:10.1177/0308022615601439
- Twinley, R., & Morris, K. (2014). Are we achieving occupation-focused practice? *British Journal of Occupational Therapy*, 77(6). doi:10.4276/030802214X14018723137922
- Williams, H., & Richards, G. (2010). How would you describe to a carer what you do as an occupational therapist? *British Journal of Occupational Therapy*, 73(1), 1. doi:10.4276/030802210X12629548272547

## ANNEXE A QUESTIONNAIRE

**Questionnaire** - Expérience de la pratique fondée sur les occupations par des ergothérapeutes français

### SECTION 1 – QUESTIONS DÉMOGRAPHIQUES

1. Quel est votre sexe ?	<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme
2. Quel âge avez-vous ?	<input type="radio"/> 20 à 29 ans <input type="radio"/> 30 à 39 ans <input type="radio"/> 40 à 49 ans <input type="radio"/> 50 à 59 ans <input type="radio"/> 60 ans et plus
3. Depuis combien d'années exercez-vous le métier d'ergothérapeute ?	<input type="radio"/> 1 à 5 ans <input type="radio"/> 6 à 10 ans <input type="radio"/> 11 à 15 ans <input type="radio"/> 16 à 20 ans <input type="radio"/> 21 à 25 ans <input type="radio"/> 26 à 30 ans <input type="radio"/> 31 ans et plus
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 :	<input type="radio"/> Exercez la fonction d'ergothérapeute salarié <input type="radio"/> Exercez la fonction d'ergothérapeute en libéral <input type="radio"/> Êtes de la fonction publique <input type="radio"/> Êtes sans emploi <input type="radio"/> Êtes à la retraite <input type="radio"/> Autre (Spécifiez)
7. Exercez-vous la profession d'ergothérapeute en France ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
8. Dans quelle région exercez-vous ?	<input type="radio"/> Belgique <input type="radio"/> Suisse <input type="radio"/> Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine <input type="radio"/> Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes <input type="radio"/> Auvergne-Rhône-Alpes <input type="radio"/> Bourgogne-Franche-Comté <input type="radio"/> Bretagne <input type="radio"/> Centre-Val de Loire <input type="radio"/> Corse <input type="radio"/> Île-de-France <input type="radio"/> Languedoc-Roussillon-Midi-

	Pyrénées <input type="radio"/> Nord-Pas-de-Calais-Picardie <input type="radio"/> Normandie <input type="radio"/> Pays de la Loire <input type="radio"/> Provence-Alpes-Côte d'Azur
9. Auprès de quelle population exercez-vous majoritairement	<input type="radio"/> Petite enfance (< 3 ans) <input type="radio"/> pédiatrie(entre 3 et 13 ans) <input type="radio"/> Adolescents (entre 13 et 20 ans) <input type="radio"/> Adultes (entre 20 et 60 ans) <input type="radio"/> Personnes âgées (plus de 60 ans) <input type="radio"/> Autre : ...

## SECTION 2 : LA PRATIQUE FONDÉE SUR LES OCCUPATIONS

1. . Qu'est-ce qui vous a inspiré/encouragé à avoir une pratique fondée sur les occupations ?

(Berro et Deshais, 2016)

Participer/assister à un congrès. Lequel/lesquels :

Assister à une activité de formation continue. Lequel/lesquels :

- Échanger avec un stagiaire.
- Échanger avec des collègues.
- Échanger avec le personnel d'une école d'ergothérapie.
- Avoir lu des articles ou documents sur le sujet.
- Autres :

2. Décrivez une ou quelques réalisations dans votre milieu attestant que votre pratique est fondée sur les occupations (exemple concret) : (Brousseau, Désormeaux-Moreau et St-Pierre, 2013; Mahani, Mehraban, Kamali et Parvizy, 2015)

2.1.1 Description de la réalisation 1 :

---



---



---

2.1.2 Pour cette réalisation, les facilitateurs (par exemple, le patient, le thérapeute, le contexte, les modalités de traitement, la logistique ou autres) ont été : (Che Daud Judd, Yau, et Barnett, 2016)

---



---



---



2.1.3 Pour cette réalisation, les obstacles (par exemple, le patient, le thérapeute, le contexte, les modalités de traitement, la logistique ou autres) ont été : (Che Daud et coll., 2016)

---



---



---

2.1.4 Qu'avez-vous fait pour surmonter ces obstacles ?

---



---



---

En lien avec la réalisation précédente répondez aux deux affirmations suivantes :

2.1.5 J'ai réussi à avoir une pratique fondée sur les occupations :

- Fortement en accord
- En accord
- Ni en accord, ni en désaccord
- En désaccord
- Fortement en désaccord

2.1.6 Mon niveau de satisfaction est :

- Extrêmement satisfait
- Très satisfait
- Moyennement satisfait
- Un peu satisfait
- Insatisfait

Justifiez :

---



---



---

2.2 Description de la réalisation 2 :

---



---



---

2.2.1 Pour cette réalisation, les facilitateurs (par exemple, le patient, le thérapeute, le contexte, les modalités de traitement, la logistique ou autres) ont été : (Che Daud et coll., 2016)

---

---



---

2.2.2 Pour cette réalisation, les obstacles (par exemple, le patient, le thérapeute, le contexte, les modalités de traitement, la logistique ou autres) ont été : (Che Daud et coll., 2016)

---



---



---

2.2.3 Qu'avez-vous fait pour surmonter ces obstacles ?

---



---



---

En lien avec la réalisation précédente répondez aux deux affirmations suivantes :

2.2.4 J'ai réussi à avoir une pratique fondée sur les occupations :

- Fortement en accord
- En accord
- Ni en accord, ni en désaccord
- En désaccord
- Fortement en désaccord

2.2.5 Mon niveau de satisfaction est :

- Extrêmement satisfait
- Très satisfait
- Moyennement satisfait
- Un peu satisfait
- Insatisfait

Justifiez :

---



---



---

3. Y a-t-il eu d'autres réalisations que vous voudriez décrire ? Si oui spécifiez.

---



---



---

4. Comment différenciez-vous une pratique fondée sur les occupations d'une pratique qui ne l'est pas ? (Colaïanni et coll., 2015)

---

---

---

5. Qu'est-ce qui selon-vous, distingue l'ergothérapeute des autres professions/disciplines ? (Berro et Deshais, 2016)

---

---

---

6. Y a-t-il des obstacles à l'utilisation des modèles conceptuels en ergothérapie ? (Colaïanni et coll., 2015)

6.1 Si oui, nommez-les :

---

---

---

6.2 Identifiez les modèles utilisés :

---

---

---

7. Commentaires :

---

---

---