

Utiliser une perspective occupationnelle dans les milieux cliniques en Suisse? Partie 1

↳ Morgan Gertsch

Isabel Margot-Cattin **Line Vionnet** **David Bellagamba** **Aurélie Sohier** Le thème de l'année 2018, décidé par l'association suisse des ergothérapeutes (ASE) est l'occupation. Dans le cadre du nouveau master ès sciences en Sciences de la Santé (MSc-SA), l'orientation ergothérapie propose un module de 5 crédits sur les théories de l'occupation.



Isabel Margot-Cattin,
MSc-OT, Ergothérapeute, PhD
Candidate at Karolinska Insti-
tutet, Professeure associée,
Filière ergothérapie
Haute Ecole Spécialisée de
Suisse Occidentale | HES-SO
Haute école de travail social et
de la santé | EESP, Lausanne
isabel.margo@eesp.ch

Dans ce module, les étudiants prennent conscience du développement des sciences de l'occupation, discutent les définitions de l'occupation, et de la manière dont elles sont catégorisées. Ils discutent de manière critique les liens entre l'occupation, la santé et la participation sociale, également sous l'angle de la justice occupationnelle.

Dans ce module, les étudiants sont amenés à proposer une application de la perspective occupationnelle sur une problématique clinique. Quatre étudiants ont accepté de présenter leurs essais, sous une forme abrégée. De prime abord, il semblerait que certains lieux de pratique se prêtent mieux que d'autres à l'utilisation d'une perspective occupationnelle. Or, les étudiants de la première volée du master vont vous démontrer qu'il n'en est rien et que la perspective occupationnelle a du sens dans diverses situations cliniques.

Le premier essai d'application d'une perspective occupationnelle qui est présenté ici, se passe aux soins intensifs avec un texte de Morgan Gertsch (numéro d'août 2018), qui visite l'occupation dans son interdépendance à autrui, la co-occupation; et pas seulement dans sa forme classique de soignant – soigné. Puis, Line Vionnet (numéro d'octobre 2018) questionne la participation sociale dans les services de soins palliatifs, en discutant des notions de disruption et de déprivation occupationnelles. D'ailleurs, la déprivation occupationnelle est récurrente dans les textes proposés. David Bellagamba (numéro d'octobre 2018) considère que l'arrêt de la conduite automobile pour les personnes âgées est une déprivation occupationnelle lorsque l'arrêt de conduite a lieu suite à un retrait forcé du permis de conduire. Pour finir, Aurélie Sohier (numéro de décembre 2018) s'intéresse à l'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap, mais sous l'angle de l'interdisciplinarité. Elle

propose d'imaginer que le manque de communication en interdisciplinarité remet en cause l'inclusion scolaire et par là-même crée une déprivation occupationnelle pour les enfants.

Exploration de l'occupation aux soins intensifs – Morgan Gertsch

Certains pourraient penser, à priori du moins, que le contexte de l'ergothérapie aux soins intensifs est quelque peu antinomique à une approche occupationnelle. Pourtant, je vous propose ici le développement d'une perspective occupationnelle utilisant le concept de co-occupation, afin de mieux comprendre le milieu des soins intensifs et de ce qui s'y déroule. Dans la littérature, les co-occupations sont définies de plusieurs manières, et parfois contradictoirement. L'Association américaine des ergothérapeutes utilise une définition assez simple impliquant deux personnes ou plus dans l'occupation (AOTA, 2014), l'activité de soins étant donnée comme un exemple de co-occupation. Par ailleurs, Pierce décrit la co-occupation comme «une danse entre les occupations d'un individu et d'un autre qui façonne séquentiellement les occupations des deux personnes» (Pierce, 2009, p.203). Elle précise que les co-occupations ne sont pas forcément partagées au niveau du lieu, du temps, de la signification, de l'affect et ou de l'intention. Elle souligne également que, tout comme les occupations, les co-occupations peuvent avoir des impacts négatifs. Quant à Pickens & Pizur-Barnekow (2009), ils évoquent la co-occupation comme le partage physique, émotionnel et intentionnel d'une occupation. Mais qu'en est-il aux soins intensifs, un milieu qui semble peu propice aux occupations?

Dans le contexte des soins intensifs, il semble intéressant en fonction des définitions d'analyser non seulement les personnes sujettes à participer à des co-occupations, mais également quels types d'interactions ces personnes vont avoir. Les acteurs en soins inten-

sifs sont multiples, de même que les types d'interactions.

L'une des co-occupations, sans doute celle à laquelle tout le monde pense en premier, est celle se déroulant entre le client et le soignant au sens large du terme. Il semblerait par ailleurs intéressant de remplacer ce dernier par «personnel travaillant aux soins intensifs» par exemple. En effet, les co-occupations réalisées avec le personnel médical et paramédical semblent «naturels» et évident, compte tenu du milieu, mais elles peuvent aussi se dérouler entre le client et un aumônier ou encore avec le personnel de nettoyage.

Une partie importante de la journée est consacrée aux soins, que cela soit en pédiatrie ou chez les adultes, formant ainsi l'une des co-occupation prépondérante. Une différence importante à laquelle il semble intéressant de réfléchir entre un service de soins intensifs de néonatalogie, source principale de la littérature abordant les soins intensifs et les co-occupations, et celui de médecine intensive adulte concerne le «besoin» de tiers pour réaliser certaines occupations. En effet, dans le cas de bébés, qu'ils soient aux soins intensifs ou à domicile, l'intervention d'un tiers pour répondre à leurs besoins est nécessaire, que cela soit au niveau de l'allaitement ou de la réalisation de la toilette par exemple. Ceci n'est généralement pas le cas pour des personnes adultes qui décrivent, lors d'une hospitalisation aux soins intensifs, «une perte de contrôle sur eux-mêmes et leur situation en raison de leur degré de dépendance physique» (Karlsson et al, 2011, p.13) et se sentir «aussi faibles et impuissants que les petits enfants» (Karlsson et al, 2011, p.9). Il est ainsi possible de relever une disruption occupationnelle (Durocher et al., 2014) pour les adultes avec l'apparition de co-occupations imposées et contraires à celles de la vie quotidienne avant l'hospitalisation. La littérature tend à souligner que lorsque les clients sont encouragés à participer à la réalisation de certaines activités de soins, considérés comme un membre de l'équipe, mais aussi lorsqu'ils développent un partenariat avec l'infirmière, ceux-ci se sentent mieux et leur récupération est ainsi favorisée (Karlsson, 2011). Cela permet de constater que les co-occupations, selon leur but, peuvent limiter l'indépendance du client (réalisation de la toilette p.ex) ou au contraire, la favoriser (participer aux prises de décision p.ex).

Par ailleurs, en néonatalogie, la prise en charge implique très souvent les parents dans les soins en plus des co-occupations telles que l'allaitement (Price & Miner Stephenson, 2009a; Pizur-Barnekow & Erickson, 2011). Cela apporte à explorer d'autres interactions: celles se déroulant entre le client et son entourage. Sans parler de réalisation de soins, plusieurs

études mettent en avant le besoin de la présence des proches, tant pour ces derniers (McKiernan & McCarthy, 2010; Hall, 2005) que pour les clients des soins intensifs (Strahan & Brown, 2004). Plusieurs auteurs parlent également du lien et de l'importance des co-occupations avec le développement et l'attachement (Estes & Pierce, 2012; Price & Miner Stephenson, 2009a; Price & Miner Stephenson 2009b; Scoggin 1999; Whitcomb, 2012). L'étude de cas de Pizur-Barnekow & Erickson (2011) met en lumière dans les co-occupations diverses situations d'évitement et de manque d'engagement d'une mère ayant développé un syndrome post-traumatique lié à l'expérience d'hospitalisation de son enfant aux soins intensifs, ce qui pourrait impacter la santé et le développement de l'enfant. A contrario, l'impact des co-occupations sur la santé est décrit comme positif et de soutien à la personne présentant une maladie ou une incapacité par Pizur-Barnekow & Erickson (2011).

Informer est crucial...

Les interactions entre le personnel soignant et l'entourage du client peuvent également être relevées comme des co-occupations se déroulant dans le contexte des soins intensifs. Il peut s'agir d'une rencontre avec la famille ou d'un colloque interdisciplinaire au sujet du client sans implication directe de celui-ci. Les co-occupations sont ainsi partagées entre l'entourage et les professionnels de la santé. Certaines co-occupations permettent de répondre à divers besoins des proches tels que d'obtenir des informations, donner du sens à ce qui se passe ou recevoir du soin et du soutien (McKiernan & McCarthy, 2010; Hall, 2005). Informer est crucial dans ce milieu d'où l'intérêt de l'envisager comme une co-occupation, car elle met en évidence le partage physique, émotionnel et intentionnel de ce moment, permettant ainsi de diminuer l'anxiété des parents d'enfants hospitalisés aux soins intensifs (Hollywood & Hollywood, 2010; Wigert & al., 2006). Avoir un proche aux soins intensifs implique l'émergence de nouvelles co-occupations ou la modification de certaines autres pour l'ensemble des personnes impliquées. En effet, répondre au besoin d'être proche de la personne hospitalisée implique de modifier ses propres occupations, qu'il s'agisse d'une personne seule ou d'une famille (McKiernan & McCarthy, 2010; Hall, 2005). Cardin (2015) évoque que les parents aient à réaliser leur propre agenda comme co-occupation en lien avec l'hospitalisation de leur enfant. Les familles ayant des enfants présentent de grandes difficultés à poursuivre les routines quotidiennes (McKiernan & McCarthy (2010). Il est dès lors possible de s'interroger sur les rôles de l'ergothérapie par rapport aux co-occupations dans un contexte de soins intensifs. La littérature traitant le sujet est limitée à une population pédiatrique. Selon Estes & Pierce (2012), les ergothéra-



Morgan Gertsch
BSc-OT.

Service de neuropsychologie
et de neuro-réhabilitation,
Centre Hospitalier Universitaire
Vaudois (CHUV).

peutes essayent au maximum d'utiliser des pratiques basées sur l'occupation car cela est plus satisfaisant et gratifiant pour eux. Ils remarquent que cela est plus motivant, compréhensible et bénéfique pour les clients et familles. Barbosa (2013), relate que les rôles de l'ergothérapie dans un milieu de soins intensifs de néonatalogie consistent en soutenir le développement des occupations de l'enfant et de la famille liées aux soins dans ce contexte, à accompagner les parents dans leurs rôles et leur engagement occupationnel avec l'enfant, mais également à permettre une transition des soins intensifs vers le domicile et la communauté. Faciliter la réalisation des co-occupations de soins de l'enfant, et donc aider les parents à assumer leur rôle «normal et attendu» de parent, permet notamment de limiter une source importante de stress (Obeidat, 2005). Price & Miner Stephenson (2009b) soulignent l'importance, au vu de l'environnement qui effraie souvent les parents, de faciliter leur expertise et de soutenir les co-occupations telles que l'allaitement, le bercement, la toilette, la communication, etc. qu'ils réalisent avec leur enfant ainsi que favoriser un environnement dans lequel ils se sentent à l'aise pour s'engager dans celles-ci.

La littérature sur les co-occupations et le rôle de l'ergothérapie dans le milieu des soins intensifs adultes étant manquante, il est possible de se questionner sur ce qui est ou pourrait être réalisé. En regard de la littérature en pédiatrie, il semble intéressant de favoriser la réalisation de co-occupations entre la personne hospitalisée et son entourage, et de créer un environnement dans lequel ils se sentent au mieux pour «être présent». Cela pourrait aller de co-occupations telle simplement être avec son proche à des co-occupations plus «complexes» telle que jouer aux cartes comme ils en avaient l'habitude tous les dimanches après-midi. En prenant en compte les co-occupations partagées par le client et les professionnels de la santé, l'un des rôles de l'ergothérapie observé est de favoriser la communication, mais également la participation aux occupations quotidiennes de l'unité, comme la réalisation de la toilette, la participation aux soins personnels et la communication. D'ailleurs, favoriser la communication permet notamment de limiter certaines expériences de désespoir et épuisement décrit par Karlsson & al. (2011).

Actuellement, très peu de recherches liées à l'occupation ont été menées dans un contexte de soins intensifs et encore moins en s'intéressant à un concept tel que la co-occupation. Les causes de cela sont très probablement multifactorielles. La relative jeunesse de la science de l'occupation, les modèles de pratique utilisés aux soins intensifs à priori antinomiques à une vision occupationnelle, pourraient expliquer le peu de littérature sur le sujet. Pourtant, appliquer une pers-

pective occupationnelle et évaluer ses effets sur le parcours de réadaptation des personnes hospitalisées semble cependant fort intéressant. Cela pourrait apporter une meilleure compréhension du vécu dans l'unité de soins intensifs, des besoins de chaque acteur (clients, entourage, professionnels) et laisserait entrevoir une possible amélioration de la prise en charge globale.

Références

- American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 68 (Suppl. 1), S1-S48.
- Barbosa, V. M. (2013). Teamwork in the Neonatal Intensive Care Unit. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 33(1), 5-26.
- Cardin, A. D. (2015). Parent and Infant Occupational Performance in the Neonatal Intensive Care Unit.
- Durocher E., Gibson B., & Rappolt S. (2014). Occupational Justice: A Conceptual Review. *Journal of Occupational Science*, 21(4), 418-430.
- Estes, J., & Pierce, D. E. (2012). Pediatric therapists' perspectives on occupation-based practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(1), 17-25.
- Hall, E. O. (2005). Being in an alien world: Danish parents' lived experiences when a newborn or small child is critically ill. *Scandinavian journal of caring sciences*, 19(3), 179-185.
- Hollywood, M., & Hollywood, E. (2011). The lived experiences of fathers of a premature baby on a neonatal intensive care unit. *Journal of Neonatal Nursing*, 17(1), 32-40.
- Karlsson, V., Bergbom, I., & Forsberg, A. (2012). The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: A phenomenological-hermeneutic study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(1), 6-15.
- McKiernan, M., & McCarthy, G. (2010). Family members' lived experience in the intensive care unit: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(5), 254-261.
- Obeidat, H. M., Bond, E. A., & Callister, L. C. (2009). The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit. *Journal of Perinatal Education*, 18(3), 23-29.
- Pickens N., & Pizur-Barnekow K. (2009). Co-occupation: Extending the dialogue. *Journal of Occupational Science*, 16(3), 151-156.
- Pierce D. (2009). Co-occupation: The challenges of defining concepts original to occupational science. *Journal of Occupational Science*, 16(3), 203-207.
- Pizur-Barnekow, K., & Erickson, S. (2011). Perinatal Posttraumatic Stress Disorder: Implications for Occupational Therapy in Early Intervention Practice. *Occupational Therapy in Mental Health*, 27(2), 126-139.
- Price, P., & Miner Stephenson, S. M. (2009a). Learning to promote occupational development through co-occupation. *Journal of Occupational Science*, 16(3), 180-186.
- Price, P., & Miner Stephenson, S. M. (2009b). Extraordinarily ordinary moments of co-occupation in a neonatal intensive care unit. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 29(2), 72-78.
- Scoggin, A. (1999). Caregiving as an occupation: Developmental intervention for a group of hospitalised Peruvian children. *Journal of Occupational Science*, 6(1), 34-41.
- Whitcomb, D. A. (2012). Attachment, Occupation, and Identity: Considerations in Infancy. *Journal of Occupational Science*, 19(3), 271-282.
- Wigert, H., Johansson, R., Berg, M., & Hellström, A. L. (2006). Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. *Scandinavian journal of caring sciences*, 20(1), 35-41.