

L'occupation en thérapie et la thérapie comme occupation

■ Occupation-based therapy and therapy as an occupation

Résumé:

L'intention de cet article est de montrer à travers une analyse de la littérature comment l'approche occupationnelle peut être élaborée dans les interventions, particulièrement celles qui extraient la personne de son cadre de vie habituel. Les propriétés de l'occupation sont inventoriées pour expliquer ce qui devrait être mis en œuvre dans une approche occupationnelle. Sont présentées l'efficacité et la fréquence des interventions reposant sur l'occupation ainsi que les obstacles rencontrés par les ergothérapeutes dans leur pratique. Il est montré que la thérapie emploie plutôt des activités que des occupations. En effet, les propriétés du concept d'occupation ne sont généralement pas satisfaites dans le contexte des thérapies. Enfin, il est constaté que les patients souffrent de privations occupationnelles dans les milieux de soins; en conséquence, les ergothérapeutes peuvent s'attacher à soutenir les occupations des personnes dans ces milieux et surtout à développer des pratiques véritablement fondées sur l'occupation en construisant la thérapie elle-même comme une occupation.

Mots clés:

- Occupation
- Thérapie
- Sens
- Milieu d'intervention

Summary:

The intention of this article is, through an analysis of the literature, to show how the occupational approach can be developed in interventions, particularly those that extract the client from his usual living environment. The characteristics of occupations are inventoried to explain what should be done in an occupational approach. The effectiveness and frequency of occupation-based interventions, and barriers encountered by occupational therapists in their practice are presented. It is shown that therapy uses activities rather than occupations because the properties of the concept are not satisfied in the context of therapies. Finally, it is noted that patients have occupations and endure occupational deprivation in healthcare settings and that, as a result, occupational therapists can focus on supporting the occupations of people in these environments and, above all, developing practices truly based on occupation by elaborating the therapy itself as an occupation.

Keywords:

- Occupation
- Therapy
- Meaning
- Healthcare setting



Sylvie MEYER

Ergothérapeute dipl., MSc SI.

Professeure associée
Haute école de travail social et
de la santé Lausanne
Abeille 14
1010 Lausanne

sylvie.meyer@hetsl.ch

INTRODUCTION

L'occupation est le concept central de l'ergothérapie et d'innombrables auteurs exhortent les ergothérapeutes à développer des approches occupationnelles. Par là, il faut entendre des interventions dont les indications sont des dysfonctions occupationnelles et non des diagnostics médicaux, dont les buts et les moyens sont des occupations. En définissant les occupations comme «l'ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification» (Townsend, 2002, p. 207), il est aisé de saisir pourquoi les interventions s'attachent aux dysfonctions occupationnelles et visent les occupations, mais il est ardu de les utiliser en thérapie, particulièrement à l'hôpital. En effet, l'hôpital n'est pas le lieu habituel de réalisation des occupations des patients. Notre propos est de développer, en s'appuyant sur la littérature professionnelle, une réflexion sur les occupations en thérapie et d'envisager cette dernière comme une occupation en se fondant sur divers travaux de recherche.

LES CARACTÉRISTIQUES DES OCCUPATIONS

Mettre en place des pratiques professionnelles incluant une approche occupationnelle nécessite de maîtriser ce concept dans une compréhension contemporaine et complexe – sans le confondre avec le concept d'activité. Les occupations sont ce que les gens font et la manière dont ils le font, rarement ou habituellement. Elles sont individuelles, partagées, interdépendantes ou collectives. Elles occupent du temps et changent au fil du temps. Elles existent dans l'environnement physique, social et culturel, et organisent la vie et contribuent à la société. Elles sont associées à des rôles, transmettent et fabriquent la culture (Johnson et Dickie, 2019). À travers elles, l'individu a une identité : *il est* ; il se construit un avenir : *il devient* ; et il appartient à son environnement social (Hitch, Pépin et Stagnitti, 2014). Les occupations assurent, renforcent, limitent ou empêchent la survie, le bien-être et la santé.

Plus spécifiquement, les occupations sont intentionnelles et mobilisent l'attention. Leur réalisation, comme leur organisation et leur évaluation exigent des habiletés et des fonctions corporelles, et en retour les renforcent. Par leurs performances occupationnelles, les individus modifient les divers aspects de leur environnement et, réciproquement, ceux-ci influencent leurs occupations et leurs performances. Enfin, toute occupation est située dans une succession d'occupations dans un contexte social, physique et intentionnel qui lui donne sens (Madsen et Josephsson, 2014). Ce sens est une propriété socialement construite qui émerge de la transaction entre l'environnement, les circonstances et les acteurs (Cole, 2016; Reed et Hocking, 2013).

L'APPROCHE OCCUPATIONNELLE EN ERGOTHÉRAPIE

Fischer (2013) dans un article renommé distingue, dans l'approche occupationnelle, trois visions de l'occupation en thérapie : des interventions centrées ou fondées sur l'occupation (*centered*), basées sur celle-ci (*based*) et ciblant (*focused*) l'occupation. La centration sur l'occupation est le concept supérieur qui place celle-ci au cœur de l'ergothérapie. Par là, il faut comprendre endosser le paradigme occupationnel qui va de pair avec une approche centrée sur la personne et ainsi toujours faire de l'occupation un point d'ancrage des décisions cliniques et des arguments auprès de tiers. Essentiellement, cette position s'oppose à une centration sur les fonctions corporelles telle qu'elle est présente dans le modèle biomédical et qui s'exprime par exemple dans la formule : «l'ergothérapie a pour but la réappropriation et le maintien des compétences motrices, cognitives et affectives».

La centration sur l'occupation consiste à comprendre les patients comme des êtres occupationnels, à s'intéresser à leurs difficultés occupationnelles dans leur vie de tous les jours et à concevoir le pouvoir de l'occupation comme agent de changement. Cette centration conduit à déployer des interventions qui habilite les patients à reprendre, modifier ou créer des occupations et qui leur donnent des moyens de contrôler leurs performances, leur engagement, leur participation ou leurs environnements. Par exemple, établir un profil ou un diagnostic occupationnel (Trouvé, 2018), tout comme organiser les espaces de thérapie de façon à permettre la réalisation d'activités de la vie de tous les jours (Marchalot, 2018), s'inscrit dans une telle démarche. La centration sur l'occupation peut en pratique se décliner de deux façons : cibler l'occupation et se baser sur l'occupation.

Cibler l'occupation signifie que l'ergothérapeute se donne comme tâche de développer des objectifs occupationnels non seulement comme fins à l'intervention mais aussi comme cibles durant l'intervention (Fisher, 2013). Se baser sur l'occupation signifie que l'occupation est l'ingrédient de base de l'intervention autant dans les évaluations que dans les traitements. L'occupation sort alors de la seule pensée de l'ergothérapeute pour se traduire dans des pratiques visibles par des tiers. Autrement dit, l'ergothérapeute engage le patient dans l'exercice d'occupations qui favorisent leur acquisition ou leur entraînement dans des conditions qui peuvent par ailleurs être modifiées, par exemple s'habiller au moyen d'une seule main. Ces occupations appartiennent à la vie de tous les jours de la personne. Elles ont donc le pouvoir de l'aider car elles vont à la rencontre de ses propres buts et rendent ainsi la thérapie facilement intelligible (Doig et Fleming, 2016).

Pierce (2016) souligne qu'il est nécessaire de considérer les occupations dans la perspective des

patients. Elles ne sont donc pas des activités artistiques ou artisanales, de jeu ou de loisirs en groupe, au prétexte qu'elles auraient en elles-mêmes du sens ou simplement que le patient peut y exercer des habiletés ou des fonctions qui lui font défaut et que l'ergothérapeute s'emploie à rééduquer, par exemple améliorer l'équilibre debout et l'endurance en faisant de la menuiserie. Les occupations respectent les souhaits ou les routines de la personne, par exemple se laver selon sa routine et non celle voulue par les thérapeutes. Elles sont, de plus, aussi réelles ou réalistes que possible et non pas simulées – par exemple reproduites sur un ordinateur.

Évidemment, on perçoit tout de suite les limites en thérapie parce que les occupations des gens sont souvent inaccessibles faute de pouvoir se rendre dans l'environnement adéquat ou parce qu'elles exigent des habiletés que la personne n'a présentement pas. L'ergothérapie est ainsi plus ou moins basée sur l'occupation selon les circonstances (Fischer 2009).

L'efficacité des approches basées sur l'occupation

L'efficacité des interventions est toujours un enjeu pour une profession qui doit afficher des preuves scientifiques. En ergothérapie celle-ci est toujours difficile à montrer, néanmoins les approches basées sur l'occupation sont plutôt prometteuses. C'est par exemple la conclusion de la revue systématique de Weinstock-Zlotnick et Mehta (2019) dans le domaine des thérapies de la main. De même, dans le domaine des conséquences des accidents vasculaires cérébraux (AVC), l'étude de portée de Wolf et de ses collègues (2015) montre que les thérapies basées sur l'occupation sont fondées pour les AVQ. Les preuves sont cependant plus disparates pour les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) et insuffisantes pour les thérapies basées sur les loisirs des personnes, faute d'un nombre suffisant d'études. Les preuves sont aussi bien réelles dans l'étude de Nielsen et collègues (2019) pour des personnes âgées à domicile, ou encore dans celle de Hardison et Roll (2017) qui concerne les troubles musculo-squelettiques associés au travail.

Divers auteurs estiment que les patients tirent profit des approches basées sur les occupations parce qu'ils les comprennent (Purcell *et al.*, 2019). Ils y trouvent du sens et leur confèrent de la valeur (Biguelius, Ecklung et Erlandsson, 2010). Les ergothérapeutes de leur côté perçoivent des bénéfices psychosociaux pour leurs patients associés aux interactions que cette approche génère parce qu'elle provoque une pratique centrée sur la personne (Colaianni *et al.*, 2015).

La fréquence des thérapies basées sur les occupations

Il est malaisé de savoir quelle est la fréquence des thérapies basées sur l'occupation dans l'ensemble

des thérapies. Lorsque les interventions ont lieu dans le milieu de vie ou de travail, à l'école ou dans l'espace public, l'exercice est facilité et devrait être fréquent parce que les occupations des personnes sont justement disponibles dans le milieu où elles sont habituellement mises en œuvre. Cependant, lorsque la personne est extraite de son milieu et se trouve dans un environnement spécialisé réservé aux divers traitements, l'exercice est plus délicat et peut-être plus rare. Marchalot (2018), qui critique les carences de l'équipement et de l'agencement des locaux d'ergothérapie pour la réalisation d'activités de la vie de tous les jours, assoit cette perception.

Plusieurs études ont mesuré l'étendue des pratiques basées sur l'occupation. En Australie, Di Tommaso et ses collègues (2016) montrent que les huit ergothérapeutes de leur étude qualitative ne voient pas toujours l'intérêt de se servir de l'occupation comme moyen de traitement, il suffit de l'avoir comme but et de parler avec la personne de ses occupations. Les mêmes auteurs, en 2019, dans une étude auprès de jeunes diplômés révèlent des interventions plutôt basées sur les déficiences à rééduquer. Aux États-Unis, Colaianni et Provident (2010), qui enquêtent par questionnaire auprès de 105 ergothérapeutes, découvrent qu'environ la moitié des patients de ces 105 ergothérapeutes ont l'occasion de réaliser diverses occupations dans les interventions. Mais celles-ci occupent moins du tiers du temps des séances. Dans le domaine de la main, l'étude de portée de Burley et de son équipe (2018) fait état de la faiblesse des thérapies basées sur l'occupation et plus généralement des interventions centrées sur l'occupation. Ashbi et ses collègues (2015), qui s'intéressent à 18 ergothérapeutes en santé mentale en Australie, découvrent une pratique plutôt marginalisée, même dans des interventions communautaires. De leur côté, Hess-April et ses étudiants (2017), en Afrique du Sud, explorent les pratiques de quatre ergothérapeutes et découvrent des interventions basées sur l'occupation. Enfin, Baillargeon-Desjardins (2019), en France, dans une enquête par questionnaire auprès de 50 ergothérapeutes, met en évidence plusieurs pratiques basées sur des occupations de soins personnels, de cuisine, de loisir.

Les difficultés des ergothérapeutes

Certains ergothérapeutes n'ont pas été socialisés à la centration sur l'occupation, ne se sont pas approprié le paradigme occupationnel et ne savent pas comment l'introduire dans les interventions. Les jeunes diplômés, pourtant formés, rencontrent également des problèmes et renoncent faute d'expérience (Di Tommaso *et al.*, 2019). Il leur manque les mots pour en faire état dans les échanges interprofessionnels et ainsi communiquer une identité professionnelle spécifique (Ashbi *et al.*, 2015; Gillen et

Gerber, 2014). Le concept est par ailleurs difficile à enseigner dans sa complexité (Howarth, Morris et Cox, 2018) et tout autant à acquérir, si bien que les étudiants n'y parviennent pas toujours (Fortune et Kennedy-Jones, 2016). Il est parfois éluif dans l'enseignement, même aux États-Unis (Krishnagiri *et al.*, 2017). Il n'est donc pas étonnant que, dans un contexte hostile comme peuvent l'être les milieux hospitaliers et dans un univers où l'accès à la littérature scientifique disciplinaire est laborieux, les ergothérapeutes rencontrent des difficultés, voire résistent.

Les ergothérapeutes peinent souvent à poser des objectifs occupationnels ou le font de manière vague (Margot-Cattin *et al.*, 2012). Leurs interventions n'ont alors pas de direction explicitement orientée vers des cibles occupationnelles. Les objectifs plus spécifiques, notamment SMART (Spécifiques, Mesurables, Agréés, Réalistes et Définis dans le temps) qui devraient permettre, au fil des séances, de grader l'intervention vers l'atteinte des occupations visées sont fréquemment absents (Plant et Tyson, 2018; Page *et al.*, 2015). Ce manque empêche d'énoncer explicitement comment dans une succession de tâches à réaliser, des progrès sont favorisés quant aux habiletés et aux performances. C'est pourtant l'unique moyen d'expliquer à des tiers, notamment les autres professionnels, la raison pour laquelle un enchaînement précis de tâches est proposé dans des environnements spécialement agencés.

Les éléments contextuels limitant la pratique basée sur l'occupation

Les éléments contextuels limitant la pratique basée sur l'occupation peuvent être mis en rapport avec des contraintes de gestion ou avec des effets de pouvoir associés aux modèles dominants. Ainsi, Di Tommaso et ses collègues (2019), dans le contexte australien, font état d'une pression à la rentabilité qui empêche le recours à l'occupation, laquelle apparaît comme un luxe parce que les patients doivent « d'abord dépasser leurs limitations avant de pouvoir participer à des occupations ». Or, lorsqu'ils sont en mesure de le faire, le temps imparti à la prestation est terminé... De même, Carrier et ses collègues (2016) montrent que des ergothérapeutes en santé communautaire au Canada sont empêchés d'avoir une pratique centrée sur l'occupation tant la pression à l'efficacité immédiate et les restrictions d'intervention sont fortes. En outre, pour des raisons administratives, les ergothérapeutes doivent documenter l'état des patients et de leur environnement en s'appuyant sur des instruments de mesure non basés sur les occupations et ces tâches professionnelles occupent presque tout leur temps avec une incitation forte à sortir rapidement les patients de l'établissement (Britton, Rosenwax et McNamar, 2016). En Afrique du Sud, Hess-April et ses étudiants (2017) font état de problèmes associés aux règles institutionnelles qui empêchent certaines occupations, notamment à l'extérieur de l'hôpital.

Les règles institutionnelles ne sont pas les seules responsables. Ashbi et ses collègues (2017), dans le domaine de la santé mentale et en Australie, soulignent que le modèle biomédical dominant ainsi que le cadre de référence psychologique éloignent les ergothérapeutes de leur propre discipline. Ils ne leur permettent guère de soutenir les occupations des patients par une centration sur l'occupation, y compris lorsque ces patients sont suivis à domicile. Toujours en Australie, mais en santé physique et en soins aigus, l'équipe de Britton (2016) montre la difficulté des ergothérapeutes à rester dans leur conception professionnelle propre dans un monde qui laisse peu de place à celle-ci. L'ergothérapie comme profession minoritaire et marginale n'a pas assez de pouvoir pour imposer sa vision de l'intérêt des patients. Hélas, des ergothérapeutes finissent par adopter le modèle dominant sans en avoir conscience lorsqu'ils déclarent par exemple qu'il faut d'abord s'attacher à remédier aux déficiences (Burley *et al.*, 2018; Di Tommaso *et al.*, 2019). Les ergothérapeutes peinent également à équiper leur service du matériel facilitant des interventions basées sur l'occupation faute d'accès à des ressources financières suffisantes (Britton *et al.*, 2016) mais aussi faute d'intérêt les conduisant à réclamer de tels équipements (Marchalot, 2018).

LA THÉRAPIE COMME OCCUPATION

Pratiquer l'ergothérapie avec des occupations comme base et pas seulement comme but ou comme objectif à court terme est difficile et rencontre des obstacles tant personnels que contextuels pour les ergothérapeutes. Les auteurs comme les thérapeutes qui ont participé aux diverses études ne sont par ailleurs pas toujours pointus sur les distinctions entre approche centrée et basée sur l'occupation. Plus étonnamment, personne ne se demande si les occupations utilisées en thérapie répondent bien au concept d'occupation. À notre sens, il s'agit bien plus souvent d'activités que d'occupations, y compris chez Fisher (2009, 2013), tout au moins si les caractéristiques conceptuelles des occupations évoquées dans le présent document doivent être satisfaites et si la définition d'activité est « une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations » (Meyer, 2013, p. 59).

Les activités en thérapie

Les ergothérapeutes qui se centrent sur le patient prennent du temps pour saisir ses dysfonctions occupationnelles et ses priorités puis pour négocier des objectifs pertinents et atteignables. Ils en prennent également pour proposer des moyens adaptés, notamment des tâches permettant la performance d'habiletés et d'activités dans un environnement adapté mais inhabituel, comme le sont les services d'ergothérapie. Ils cherchent à rendre l'environnement aussi écologique que possible lorsque la thérapie

tend à être à base occupationnelle, bien qu'elle ne se déroule pas dans l'environnement de vie de la personne (Boyt Schell et Gillen, 2019; Doig et Fleming, 2016; Fischer, 2009). En effet, les habiletés ou les tâches proposées et entraînées dans un milieu de soins visent à produire des effets dans la vie quotidienne de la personne et dans son propre environnement.

Ainsi, une intervention centrée sur l'occupation recourt à des activités – et non à des occupations, qui appartiennent au répertoire d'activités comprises dans les occupations de la personne. C'est d'ailleurs parce que le patient établit ce lien que la thérapie est motivante et intelligible (Almhdawi *et al.*, 2016; Colaianni, 2015; Purcell *et al.*, 2019). Ce qui est acquis dans les activités en thérapie sera alors transférable dans d'autres activités qui appartiennent aux occupations de la personne ou qui leur sont suffisamment similaires pour que le transfert soit efficace. Cette similitude porte sur la succession des étapes et les éléments déterminants de l'environnement qui ont des exigences proches : prendre une douche dans la douche du service ressemble au fait de prendre une douche chez soi, mais ne l'est pas tout à fait. L'écart entre les deux situations peut être vu comme un défaut d'approche écologique (Fischer, 2009), mais a aussi de l'intérêt parce que le patient ne se trouve pas exactement en face de ses difficultés. Émotionnellement, il y a un avantage par rapport à l'épreuve de l'échec chez soi qui favorise l'appropriation de la situation de handicap et la construction d'une nouvelle identité (Mattingly et Fleming, 1994). À condition cependant que l'ergothérapeute aide le patient à faire la relation (Techene, 2019)...

Soulignons que même lorsque la thérapie se déroule dans le lieu de vie du patient, les activités ou les occupations qui sont effectuées avec l'ergothérapeute ne sont pas celles de sa vie quotidienne, puisque justement un ergothérapeute s'y immisce et observe, agit ou communique durant leur réalisation. Ce point de vue est bien exprimé dans la définition de l'occupation de Pierce (2001, p. 13) comme « expérience personnelle, spécifique et non répétable ». Dès lors, les activités réalisées par le patient en thérapie contribuent sans doute à plusieurs occupations futures. Mais ces activités sont aussi enchâssées dans le contexte de la thérapie. Autrement dit, la thérapie ne met pas vraiment en œuvre les occupations habituelles du patient, mais elle en crée qui appartiennent à l'espace-temps de la thérapie et il est possible d'en tirer parti.

Les aspects occupationnels de la thérapie

La thérapie n'est pas cantonnée à la réalisation de tâches qui vont à la rencontre des occupations usuelles ou futures des patients. Elle est aussi développée par des interactions patient-ergothérapeute

qui vont soutenir les performances et les progrès en créant une relation interindividuelle dans laquelle la personne peut exprimer ses émotions, être reconnue, poser des questions, demander de l'aide, faire confiance. Ranner et ses collègues (2016) vont plus loin et montrent qu'il existe entre ergothérapeutes et patients le partage d'une compréhension de la situation initiale, celui d'expériences autour des occupations, des objectifs et des connaissances, et même un partage des difficultés, par exemple l'absence de solution pour un problème rencontré par le patient. À travers ces échanges, les ergothérapeutes permettent aux patients d'augmenter leur pouvoir d'agir pour contrôler leurs activités de la vie de tous les jours. Un tel engagement des ergothérapeutes est perçu par les patients qui le valorisent positivement alors qu'ils perçoivent et évaluent négativement le détachement (Palmadottir, 2006).

Ainsi, une activité banale de thérapie, par exemple s'entraîner à s'habiller est une occupation partagée entre l'ergothérapeute et son patient. Elle occupe du temps, se déroule dans l'environnement physique, social et culturel du service d'ergothérapie et dans des circonstances particulières. Elle change au fil du temps en raison des progrès, vise la santé et le bien-être, et permet à la personne de devenir. En fait, elle a les propriétés d'une occupation à condition de la considérer dans l'ensemble des dimensions du concept. Cette occupation va en outre prendre sens dans la transaction entre les personnes, les circonstances et les éléments environnementaux (Cole, 2016; Reed et Hocking, 2013). Elle est unique et contingente aux protagonistes de la thérapie, qui selon Price et Miner (2007) co-crèent des occupations sensées à travers le processus d'intervention. Les patients en réadaptation post-AVC rencontrés par Purcell et ses collègues (2019) vont jusqu'à dire que la thérapie, en lien avec leurs difficultés dans leurs activités, est leur occupation principale durant cette étape de leur vie. Finalement, rien n'empêche un ergothérapeute habile de transformer un ensemble d'activités, par exemple des exercices qui n'ont rien à voir avec la vie quotidienne antérieure et extérieure à l'hôpital ni avec la future vie de la personne, en une expérience occupationnelle, certes transitoire, mais intéressante, sensée et qui compte (Kuo, 2011).

Les occupations hospitalières

En sus de la thérapie comme occupation, les participants à l'étude de l'équipe de Purcell (2018) ont deux autres occupations : se reposer, car les thérapies sont épuisantes, et les activités récréatives, notamment jouer aux cartes entre patients. Durant les week-ends, lorsque les thérapies n'ont pas lieu, l'ennui domine. Plusieurs auteurs se sont intéressés à l'ennui durant les hospitalisations, souvent dans le domaine de la santé mentale et lorsque la personne

est soumise à des restrictions de liberté qui précisément se traduisent par de la privation occupationnelle qui va à l'encontre des objectifs d'intervention (Bowser *et al.*, 2018). Mais les autres domaines de l'ergothérapie ne sont pas en reste.

L'étude de portée de Kenah et de ces collègues (2018) indique que l'ennui est un phénomène courant chez les personnes hospitalisées en réadaptation consécutivement à des atteintes cérébrales. Le phénomène est mal connu et multifactoriel. L'environnement tant intérieur qu'extérieur qui manque d'espaces communs à vivre y contribue. De même, l'absence d'opportunité de réaliser des activités de la vie de tous les jours ou de loisir qui ne soient pas passives, comme regarder la télévision, limite les performances et les engagements occupationnels. L'organisation rigide des routines comme l'absence de contrôle sur celles-ci par les patients restreignent leur autonomie. Clarke, Stack et Martin (2018) observent que des personnes âgées hospitalisées passent leur temps à attendre sans aucune activité significative dans laquelle s'engager tout en souhaitant le faire. Le rôle de patient, passif et isolé, tel qu'il est produit par le modèle biomédical vient renforcer et légitimer l'absence d'engagement occupationnel (Steel et Linsley, 2015). Les ergothérapeutes ont donc beaucoup de raisons pour sortir de leurs services spécialisés et de leurs séances de thérapie pour défendre des opportunités occupationnelles dans les milieux de soins et ainsi pour faire bénéficier les personnes hospitalisées comme les autres professions de leurs compétences.

CONCLUSION

Quelques éléments clés doivent ici être retenus de l'analyse de la littérature traitant des pratiques centrées sur l'occupation. 1) De nombreux auteurs qui valorisent des pratiques basées sur l'occupation, confondent malheureusement occupation et activité. 2) En thérapie, les opportunités d'agir et les performances démontrées par les patients sont des activités qui prennent sens en rapport avec les occupations de la personne. 3) Les ergothérapeutes peuvent transformer les activités utilisées comme moyens de thérapie en occupations, mais à condition de les construire comme telles dans le contexte de la thérapie, de la réadaptation ou de l'hospitalisation en leur conférant des propriétés occupationnelles dépassant le «faire». 4) Lorsque les patients sont extraits de leur milieu de vie, les ergothérapeutes devraient davantage porter leur attention sur les occupations ou leur absence dans le milieu de soins pour en favoriser l'émergence et la diversité. 5) Les écoles d'ergothérapie ont intérêt, pour promouvoir les services de la profession aux patients, à mieux outiller les ergothérapeutes à une compréhension étendue de la centration sur l'occupation et à sa communication dans la collaboration interprofessionnelle comme à la perception de son écart avec le modèle biomédical.

Références bibliographiques

- Almhdawi, K. A., Mathiowetz, V. G., White, M., & del Mas, R. C. (2016). Efficacy of Occupational Therapy Task-oriented Approach in Upper Extremity Post-stroke Rehabilitation. *Occupational Therapy International*, 23 (4), 444-456.
- Asby, 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.
- Asby, 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 Occupational Therapy Journal*, 64 (1), 24-32.
- Baillargeon-Desjardins, J., & Brousseau, M. (2019). Les ergothérapeutes francophones européens parviennent-ils à avoir une pratique fondée sur les occupations? *Revue francophone de recherche en ergothérapie*, 5 (1), 81-101.
- Bigelius, U., Eklund, M., & Erlandsson, L. K. (2010). The value and meaning of an instrumental occupation performed in a clinical setting. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17 (1), 4-9.
- Bowser, A., Link, W., Dickson, M., Collier, L., & Donovan-Hall, M. K. (2018). A qualitative study exploring the causes of boredom for men with a psychosis in a forensic setting. *Occupational Therapy in Mental Health*, 34 (1), 32-48.
- Boyt-Schell, B., & Gillen G. (2019). *Willard and Spacksman's occupational therapy* (13^e éd.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwers.
- Britton, L., Rosenwax, L., & McNamara, B. (2016). Occupational therapy in Australian acute hospitals: A modified practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 63 (4), 257-265.
- Burley, S., Di Tommaso, A., Cox, R., & Molineux, M. (2018). An occupational perspective in hand therapy: A scoping review. *British Journal of Occupational Therapy*, 81 (6), 299-318.
- Carrier, A., Levasseur, M., Freeman, A., & Desrosiers, J. (2016). Reddition de compte et optimisation de la performance: impacts sur le choix des interventions ergothérapeutiques. *Santé publique*, 28 (6), 769-780.

- Clarke, C., Stack, C., & Martin, M. (2018). Lack of meaningful activity on acute physical hospital wards: Older people's experiences. *British Journal of Occupational Therapy*, 81 (1), 15-23.
- Colaïanni, D., & 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.
- Colaïanni, 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.
- Cole, M. (2016). Social reasoning in occupational therapy: integrating social theories. In M. Cole & J. Creek. *Global Perspectives in Professional Reasoning* (p. 145-164). Thorofare, NJ: Slack.
- Di Tommaso, A., Isbel, S., Scarvell, J., & Wicks, A. (2016). Occupational therapists' perceptions of occupation in practice: An exploratory study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 63 (3), 206-213.
- Di Tommaso, A., Wicks, A., Scarvell, J., & Isbel, S. (2019). Experiences of occupation-based practice: An Australian phenomenological study of recently graduated occupational therapists. *British Journal of Occupational Therapy*. En ligne: <https://doi.org/10.1177%2F0308022618823656>.
- Doig, E., & Fleming, J. (2016). Occupation-based, client-centred approach to goal planning and measurement. In R. Siegert & W. Levack (Eds.). *Rehabilitation Goal Setting: theory, practice and evidence* (p. 105-211). Boca: CRC Press.
- Fischer, A. (2009). *Occupational therapy intervention process model*. Fort Collins: three star press.
- Fisher, A. G. (2013). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? *Scandinavian journal of occupational therapy*, 20 (3), 162-173.
- Fortune, T., & Kennedy-Jones, M. (2014). Occupation and its relationship with health and wellbeing: The threshold concept for occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61 (5), 293-298.
- Gillen, A., & Greber, C. (2014). Occupation-focused practice: Challenges and choices. *British Journal of Occupational Therapy*, 77 (1), 39-41.
- Hardison, M. E., & Roll, S. C. (2017). Factors associated with success in an occupational rehabilitation program for work-related musculoskeletal disorders. *American Journal of Occupational Therapy*, 71(1), 7101190040p1-7101190040p8.
- Hess-April, L., Ganas, N., Phiri, L., Phoshoko, P., & Dennis, L. (2017). Occupation-based practice in a tertiary hospital setting: occupational therapists' perceptions and experiences. *South African Journal of Occupational Therapy*, 47 (3), 25-31.
- Hitch, D., Pépin, G., & Stagnitti, K. (2014). In the footsteps of Wilcock, part two: The interdependent nature of doing, being, becoming, and belonging. *Occupational Therapy in Health Care*, 28 (3), 247-263.
- Howarth, J. T., Morris, K., & Cox, D. L. (2018). Challenges of teaching occupation: Introduction of an occupation focused teaching tool. *Journal of Occupational Science*, 25 (1), 142-148.
- Johnson, K., & Dickie, V. (2019). What is occupation. In B. Boyt-Schell & G. Gillen. (Eds.). *Willard and Spacksman's Occupational Therapy* (13^e éd.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwers.
- Kenah, K., Bernhardt, J., Cumming, T., Spratt, N., Luker, J., & Janssen, H. (2018). Boredom in patients with acquired brain injuries during inpatient rehabilitation: a scoping review. *Disability and Rehabilitation*, 40 (22), 2713-2722.
- Krishnagiri, S., Hooper, B., Price, P., Taff, S. D., & Bilics, A. (2017). Explicit or hidden? Exploring how occupation is taught in occupational therapy curricula in the United States. *American Journal of Occupational Therapy*, 71 (2), 7102230020p1-7102230020p9.
- Kuo, A. (2011). A transactional view: Occupation as a means to create experiences that matter. *Journal of Occupational Science*, 18 (2), 131-138.
- Madsen, J., & Josephsson, S. (2017). Engagement in occupation as an inquiring process: Exploring the situatedness of occupation. *Journal of Occupational Science*, 24 (4), 412-424.
- Marchalot, I. (2018). Concevoir un environnement ergothérapeutique facilitant l'engagement dans l'occupation. In J.-M. Caire & A. Schabaille (éd.). *Engagement, occupation et santé* (p. 255-268). Paris: Association nationale française des ergothérapeutes.
- Margot-Cattin, I., Meyer, S., Demurger, M., Galli, C., Kuster, E., Moioli, S., ... Page, J. (2012). La rédaction des objectifs en ergothérapie: les résultats de l'analyse. In M.-H. Izard (éd.). *Expériences en ergothérapie, 25^e série* (p. 100-111). Montpellier: Sauramps Medical.
- Mattingly C. & Fleming, M. (1994). *Clinical reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice*. Philadelphia: FA Davis.
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. Bruxelles: De Boeck.

- Nielsen, T. L., Andersen, N. T., Petersen, K. S., Polatajko, H., & Nielsen, C. V. (2019). Intensive client-centred occupational therapy in the home improves older adults' occupational performance. Results from a Danish randomized controlled trial. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 26 (5), 325-342.
- Page, J., Roos, K., Bänziger, A., Margot-Cattin, I., Agustoni, S., Rossini, E., ... & Meyer, S. (2015). Formulating goals in occupational therapy: State of the art in Switzerland. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 22 (6), 403-415.
- Palmadottir, G. (2006). Client-therapist relationships: Experiences of occupational therapy clients in rehabilitation. *British Journal of Occupational Therapy*, 69 (9), 394-401.
- Pierce, D. (2001). Untangling occupation and activity. *American Journal of Occupational Therapy*, 55 (2), 138-146.
- Pierce, D. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. Louvain: De Boeck.
- Price, P., & Miner, S. (2007). Occupation emerges in the process of therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 61 (4), 441-450.
- Plant, S., & Tyson, S. F. (2018). A multicentre study of how goal-setting is practised during inpatient stroke rehabilitation. *Clinical rehabilitation*, 32 (2), 263-272.
- Purcell, S., Scott, P., Gustafsson, L., & Molineux, M. (2018). Stroke survivors' experiences of occupation in hospital-based stroke rehabilitation: a qualitative exploration. *Disability and Rehabilitation*, 1-6.
- Ranner, M., von Koch, L., Guidetti, S., & Tham, K. (2016). Client-centred ADL intervention after stroke: occupational therapists' experiences. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23 (2), 81-90.
- Reed, K., & Hocking, C. (2013). Resituating the meaning of occupation: A transactional perspective. In M. Cutchin & V. Dickie. *Transactional Perspectives on Occupation* (p. 39-49). Dordrecht: Springer.
- Steele, R., & Linsley, K. (2015). Relieving in-patient boredom in general hospitals: the evidence for intervention and practical ideas. *BJPsych Advances*, 21 (1), 63-70.
- Techene, S. (2019). *L'accompagnement de Patrick: récit d'un changement de pratique professionnelle par l'approche Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance*. Communication présentée à la 10^e Journée d'ergothérapie de Garches, France. Non publié.
- Townsend, E. (2002). *Promouvoir l'occupation: une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa: Association canadienne des ergothérapeutes.
- Trouvé, E. (2018). Diagnostic en ergothérapie: de la définition à l'usage. In Jean-Michel Caire & A. Schabaille (éd.). *Engagement, occupation et santé* (p. 61-82). Paris: Association nationale française des ergothérapeutes.
- Weinstock-Zlotnick, G., & Mehta, S. P. (2019). A systematic review of the benefits of occupation-based intervention for patients with upper extremity musculoskeletal disorders. *Journal of Hand Therapy*, 32 (2) 141-152. En ligne: <https://doi.org/10.1016/j.jht.2018.04.001>.
- Wolf, T. J., Chuh, A., Floyd, T., McInnis, K., & Williams, E. (2015). Effectiveness of occupation-based interventions to improve areas of occupation and social participation after stroke: An evidence-based review. *American Journal of Occupational Therapy*, 69 (1), 6901180060p1-6901180060p11.

Pour référencer cet article

Meyer, S. (2020). L'occupation en thérapie et la thérapie comme occupation, *ErgOTHérapies*, 77, p. 37-44.