
Institut de Formation en Ergothérapie

2014 - 2017

Activité analytique en rééducation :

Intérêts et limites dans le processus d'intervention
en ergothérapie

Sous la direction de : Marie LAVOCAT, ergothérapeute DE.

Amélie LASSALLE

**INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE
CENTRE HOSPITALIER DE LAVAL**

Activité analytique en rééducation :

Intérêts et limites dans le processus d'intervention
en ergothérapie

UE 5.04.S6

Mémoire présenté par Amélie LASSALLE en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'ergothérapeute.

Conformément au code de la propriété intellectuelle, toute reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur est illicite.

Remerciements

Je tiens sincèrement à remercier,

Madame Marie Lavocat, ma maître de mémoire, pour sa disponibilité, ses conseils et ses paroles encourageantes,

Tous les ergothérapeutes ayant pris le temps de répondre à mon enquête,

L'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Laval, pour leur accompagnement bienveillant durant ces trois années de formation,

Leslie, Pauline et Sarah, mes formidables tutrices de stage, pour leur soutien inconditionnel, leur aide précieuse et leurs conseils durant cette année,

Ma famille, mes amies, Valentin, pour avoir toujours cru en moi, pour leur présence dans les moments de doute, leurs encouragements et les relectures...

Liste des sigles utilisés

- **AIVQ** : Activité instrumentale de vie quotidienne
- **ANFE** : Association Nationale Française des Ergothérapeutes
- **AOTA** : American Occupational Therapy Association
- **AVC** : Accident vasculaire cérébral
- **AVQ** : Activité de vie quotidienne
- **CNRTL** : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales
- **ENOTHE** : European Network of Occupational Therapy in Higher Education
- **HDJ** : hospitalisation de jour
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **PEC** : Prise en charge
- **VAD** : Visite à domicile

Sommaire

Introduction	1
1. Problématisation.....	2
2. Conceptualisation	5
2.1. Le processus d'intervention en ergothérapie	5
2.1.1. Les différentes étapes	5
2.1.2. L'approche Top-down versus l'approche Bottom-up.....	9
2.1.3. Le modèle du processus d'intervention en ergothérapie de Anne FISHER	11
2.2. La rééducation en ergothérapie	13
2.2.1. Qu'est ce que la rééducation ?.....	13
2.2.2. Et en ergothérapie ?.....	15
2.2.3. Les différents moyens utilisés	15
2.3. Le potentiel thérapeutique de l'activité	19
2.3.1. Activité et santé.....	19
2.3.2. Le modèle théorique de Doris PIERCE	20
2.3.3. Les critères de FISHER et PIERCE	22
3. Recueil de données	23
3.1. Méthodologie	23
3.1.1. Outil de recueil de données	23
3.1.2. Population ciblée.....	24
3.2. Analyse des résultats	25
3.2.1. Processus d'intervention en ergothérapie	25
3.2.2. Potentiel thérapeutique de l'activité analytique.....	32
4. Discussion.....	39
4.1. Vérification des hypothèses.....	39
4.2. Axes de réflexion	42
4.3. Limites de l'étude	43
Conclusion.....	44
Bibliographie	
Liste des annexes	

Introduction

S'interroger sur la pratique professionnelle fait partie intégrante du rôle de l'ergothérapeute. En effet, en tant que professionnel, il est essentiel de pouvoir remettre en question sa propre pratique mais aussi la pratique en général, dans le but de la faire évoluer. Ceci permet d'améliorer constamment la prise en soin et l'accompagnement d'une personne. Ce travail de recherche a donc été construit à partir d'observations et de questionnements personnels.

Plusieurs expériences de stage m'ont amené à constater une pratique différente de celle que nous étudions en formation. Déjà, deux approches se font face : l'approche top-down, centrée sur la personne et l'occupation, et l'approche bottom-up, centrée sur la pathologie. Si l'ergothérapie actuelle fait la promotion des activités signifiantes et significatives s'incluant dans une approche top-down, les activités plus analytiques, inscrites quant à elle dans une approche bottom-up, restent tout de même utilisées. Contrairement à ces dernières, les activités signifiantes et significatives semblent plus pertinentes dans la prise en soin d'un patient, notamment grâce à l'adhésion qu'elles procurent. Les activités analytiques, elles, s'avèrent dénuées de sens pour la personne, et par conséquent, ne paraissent pas appropriées à un accompagnement efficace. Pourtant, si ces activités analytiques sont encore répandues dans la pratique, c'est que les ergothérapeutes les jugent utiles. Ainsi, possèdent-elles un potentiel thérapeutique ? À quel moment du processus d'intervention en ergothérapie sont-elles utilisées ? Vers quels objectifs ? Mais encore, leur utilisation peut-elle être compatible avec une approche top-down ? Pourquoi tendent-elles à être évincées de la pratique ? C'est à ces différents questionnements que ce travail de recherche va tenter d'apporter des réponses afin d'appréhender les intérêts et les limites de ces activités analytiques.

Alors, une première partie permettra d'exposer le cheminement de pensées ayant conduit à la problématique et aux hypothèses sur lesquelles va se centrer cette étude. Ensuite, une partie théorique présentera différents concepts en lien avec la problématique de manière à approfondir chaque notion de cette dernière. Cette partie théorique sera par la suite confrontée à une enquête de terrain dont l'objectif sera de vérifier les hypothèses de départ. Pour cela, un questionnaire a été proposé à différents ergothérapeutes pour recueillir leur avis concernant le sujet de ce travail de recherche. Enfin, les résultats obtenus à cette enquête seront analysés puis discutés en vue de vérifier la validité des hypothèses. Cela permettra également de dégager de nouveaux axes de réflexion ainsi que de mettre en évidence les limites auxquelles cette étude s'est heurtée.

1. Problématisation

Actuellement, la pratique en ergothérapie utilise une approche centrée sur la personne. Elle repose sur une hypothèse élaborée par Carl R. ROGERS selon laquelle « *l'être humain a en lui d'immenses ressources, qui lui permettent de se comprendre lui-même, comme de modifier sa propre image, ses attitudes et son comportement volontaire, et ces ressources peuvent être exploitées pour peu qu'on leur offre un climat caractérisé par des attitudes psychologiques facilitatrices.* »¹ Cette démarche vise donc à placer le patient au centre de sa prise en soin, il en devient l'acteur principal. En le considérant comme expert de sa situation, le patient peut se projeter dans une exploration et une découverte de soi, le conduisant vers un processus de changement. L'ergothérapeute a alors pour rôle d'accompagner la personne vers ce processus en lui offrant le climat favorable à une telle démarche, sans faire à sa place. Cette approche permet au patient de s'impliquer davantage dans sa rééducation et d'en être d'autant plus satisfait.

De plus, cette approche est appuyée par la loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, qui a pour objectif de rendre l'utilisateur acteur de son projet de vie. Une place centrale est donnée au patient, il possède ainsi plus de pouvoir dans sa prise en soin.

Aujourd'hui, une nouvelle approche centrée sur l'occupation, découlant de l'approche centrée sur la personne, se développe en ergothérapie. Il s'agit de l'approche « Top-down », dont l'objectif principal est l'engagement dans les occupations. Le but est l'optimisation de l'autonomie dans une ou plusieurs occupations. La performance résulte alors de l'interaction entre la personne, ses occupations et son environnement, ce que les ergothérapeutes appellent le « rendement occupationnel ». Ce modèle croise de nombreux concepts de base en ergothérapie, c'est pourquoi il paraît convaincant à l'heure actuelle dans la pratique.

En opposition à ce modèle top-down, l'approche « Bottom-up », quant à elle, se centre davantage sur les fonctions et structures du corps. L'objectif principal est l'acquisition d'habiletés menant à la performance occupationnelle. Pertinent dans certaines conditions, ce modèle n'est pourtant pas « tendance » face à son adversaire, plus congruent avec l'ergothérapie actuelle.

Il est vrai qu'étudier ces différents modèles lors de la formation d'ergothérapeute nous prépare à une pratique qui semble idéale, où le patient et ses besoins sont au centre de la démarche. Forte de ces enseignements, je m'attendais donc à retrouver cette pratique sur le terrain. Il s'agissait pour moi d'une évidence, voire même d'une vérité absolue ne pouvant être contestée.

¹ ROGERS, Carl R. *L'approche centrée sur la personne*. p. 166.

Pourtant, cela n'est pas la réalité que j'ai pu observer sur les différents lieux de stage en rééducation. En effet, l'approche bottom-up est beaucoup plus représentée dans la pratique concrète de l'ergothérapie.

Une situation de stage en particulier m'a permis de me remettre en question face à ces différentes pratiques. Il s'agissait d'un stage dans un cabinet libéral où la rééducation prenait une place importante ; notamment avec une dame, d'environ cinquante ans, ayant été victime d'un accident vasculaire cérébral. Elle était hémiplegique du côté droit mais une nette progression était évidente. Nous travaillions alors à réduire ses difficultés liées à sa pathologie.

Pour cela, le but était de retrouver la commande volontaire de chaque mouvement. Nous décomposions alors chaque geste afin de permettre au cerveau d'intégrer l'activation musculaire nécessaire à la réalisation du mouvement. Il s'agissait donc d'activités de rééducation purement analytiques, basées sur des principes biomécaniques et centrées sur la réparation du dysfonctionnement. Ainsi, ces activités avaient pour but de restaurer des fonctions déficitaires.

Les activités analytiques sont un moyen thérapeutique visant une rééducation élective de muscles déterminés. Il s'agit d'une méthode sélective où le travail musculaire est guidé et canalisé. Le but de l'exercice est d'obtenir une réponse motrice optimale pour un muscle ou un groupe musculaire ayant généralement une fonction commune. En ce sens, « *le thérapeute vérifie soigneusement l'apparition d'une contraction parasite par une observation ou une palpation rigoureuse des groupes musculaires susceptibles de se contracter* »².

Pourtant, cette méthode de rééducation m'a semblé totalement pertinente dans le contexte. L'ergothérapeute que j'accompagnais a justifié son choix d'utiliser cette pratique en m'expliquant qu'il était inutile de travailler en fonctionnel ou encore centré sur une activité tant que le mouvement volontaire était impossible.

Dans la situation exposée précédemment, la personne ne pouvait pas porter une cuillère à sa bouche puisqu'elle était incapable de maintenir son poignet en pronation. Il était alors trop précoce de travailler cette activité fonctionnelle sans avoir, au préalable, aider la personne à retrouver une prono-supination efficace. C'est donc ce que travaillaient ensemble la patiente et l'ergothérapeute. Une fois ce geste réintégré, la rééducation pourrait se centrer sur porter une cuillère à la bouche.

² GENOT C., NEIGER H., LEROY A. *et al. Kinésithérapie 1 : Principes*. p. 131.

Face à cette situation et explication totalement plausible et logique pour moi, je me suis questionnée d'abord sur ma propre pratique. Je l'ai confronté à ce que j'avais pu expérimenter lors de mes stages précédents ainsi qu'à ce que j'ai appris en formation. Je me suis donc rendu compte que, finalement, cette approche était encore utilisée et que, si c'était le cas, elle était peut être encore efficace et pertinente en rééducation.

J'ai alors élargi mon questionnement à la pratique générale en ergothérapie et un premier questionnement m'est apparu quant à ces activités analytiques : possèdent-elles un potentiel thérapeutique ? Si oui, pourquoi l'ergothérapie actuelle tend à les évincer face aux activités signifiantes et significatives ? Je me suis également demandé s'il n'existait pas un continuum dans le processus d'intervention en ergothérapie, allant de l'activité analytique jusqu'à l'activité signifiante et significative, en passant par l'activité fonctionnelle. Alors, à quel moment la rééducation analytique est-elle utilisée dans la prise en soin ? A quel étape du processus d'intervention est-elle la plus pertinente ?

Ces différents questionnements et les diverses lectures m'ont ainsi amené à la problématique suivante :

Dans quelle mesure les activités analytiques peuvent-elles être indispensables dans le processus d'intervention en ergothérapie en rééducation ?

Dans le but de répondre à cette question, les recherches vont se centrer sur trois hypothèses en particulier :

- **Les activités analytiques sont compatibles avec une approche top-down.**
- **Il existe un continuum dans le processus d'intervention allant de l'activité analytique jusqu'à l'activité signifiante et significative.**
- **Les activités analytiques ont un potentiel thérapeutique.**

2. Conceptualisation

2.1. Le processus d'intervention en ergothérapie

L'ANFE explique que « *l'ergothérapeute est un professionnel qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé* »³. « *L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement* »⁴. Ainsi, par son intervention, l'ergothérapeute vise l'autonomie et la pleine participation des personnes présentant une situation de handicap, dans leurs activités de vie quotidienne, de productivité ou de loisirs. Pour atteindre cet objectif, l'ergothérapeute dispose de moyens de traitement privilégiés qui sont « *l'activité intentionnelle et volontaire de l'utilisateur, ainsi que la modification et l'organisation des environnements matériels et sociaux dans lesquels lui et ses proches vivent, travaillent et réalisent des loisirs* »⁵. Tout ceci s'inscrit alors dans une démarche professionnelle spécifique que nous appelons « processus d'intervention en ergothérapie ». Ce dernier s'appuie sur un cadre conceptuel, décrit notamment par Anne FISHER et comporte plusieurs étapes.

2.1.1. Les différentes étapes

Le processus d'intervention en ergothérapie correspond à la démarche utilisée par l'ergothérapeute, « *depuis le moment où il reçoit une indication pour un usager jusqu'au moment où l'intervention se termine* »⁶. Ce processus est une succession d'opérations à réaliser selon une démarche de résolution de problèmes « *relevant des occupations de gens ou des groupes se trouvant dans des conditions de santé particulières* »⁷, ce qui rend cette démarche spécifique à l'ergothérapie. Il comprend des actions de collaboration avec la personne et son entourage, avec les autres professionnels, ou encore des activités plus administratives. Ceci permet à l'ergothérapeute de bien se situer « *dans une démarche validée par son corps professionnel* »⁸ mais aussi de pouvoir légitimer et argumenter sa pratique grâce à des bases structurées.

³ Disponible sur <http://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>

⁴ *Id.*

⁵ MEYER, Sylvie. *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. p. 14

⁶ *Ibid.* p. 52

⁷ *Loc. Cit.*

⁸ DETRAZ, Marie-Christine. *Le processus d'intervention en ergothérapie*. In : CAIRE, Jean-Michel. *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*. Bruxelles : De Boeck, 2013, p. 136. (Ergothérapies).

Il garantit également un accompagnement le plus complet possible et permet ainsi une prise en soin de qualité pour la personne, l'utilisateur, le client.

Le nombre d'étapes du processus d'intervention varie en fonction des auteurs. Sylvie MEYER (2010), elle, expose quatre étapes : l'évaluation formative, la planification de traitement, l'exécution du traitement et l'évaluation sommative.

Ce processus n'est pas figé dans le temps. Des évaluations intermédiaires permettent de vérifier si les hypothèses de départ sont toujours valables et si les objectifs établis sont atteints ou non. Ainsi, il est en permanence réévalué et ajusté en fonction des conclusions des évaluations. Sylvie MEYER (2010) ajoute également, qu'à la suite de ces évaluations, il est possible pour le thérapeute de stopper l'intervention ou de transmettre le cas à un autre professionnel.

❖ **L'évaluation formative**

Cette première étape a pour but d'obtenir toutes les informations pertinentes et utiles à l'intervention. Elle aboutira à l'élaboration d'un diagnostic ergothérapeutique. Ainsi, elle peut être divisée en plusieurs phases.

Premièrement, l'évaluation initiale permet de clarifier la demande et d'identifier les besoins et les attentes de la personne. Cela permet de mettre en évidence les difficultés qu'elle souhaite voir résoudre en priorité. Il s'agit alors d'un recueil de données basé sur différents outils : le dossier médical, un entretien du patient et de l'entourage si possible et si nécessaire, diverses observations ou encore plusieurs bilans quantitatifs ou qualitatifs. Ce recueil de données interroge ainsi les attentes de la personne, ses habitudes de vie, les motivations, les rôles sociaux et familiaux, les déficiences, les capacités et incapacités, les facteurs environnementaux, les situations de handicap. Toutefois, MEYER (2010) explique que cette étape n'est pas suffisante pour mettre en place une intervention satisfaisante ; *« elle doit être approfondie de manière à obtenir ce que l'Association américaine des ergothérapeutes nomme le profil occupationnel et l'état des performances occupationnelles »*⁹. MEYER (2010) a traduit la définition du profil occupationnel énoncée par l'AOTA et explique ainsi qu'il *« est défini comme l'information décrivant l'histoire et les expériences occupationnelles de l'utilisateur, son organisation de la vie quotidienne, ses intérêts, ses valeurs et ses besoins »*¹⁰. Il est établi en considérant le passé, le présent et l'avenir de la personne selon sa propre perception.

⁹ MEYER, Sylvie. *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. p. 60

¹⁰ *Ibid.* p. 62

Ensuite, selon ENOTHE¹¹ (cité par MEYER, 2010), « *les performances occupationnelles sont le choix, l'organisation et la réalisation d'occupations, d'activités ou de tâches en interaction avec l'environnement* »¹². C'est ce que nous appelons le rendement occupationnel. Il peut être évalué dans trois sphères différentes : les activités de vie quotidienne, de productivité et de loisirs. Pour cela, MEYER (2010) propose deux outils : l'observation et les instruments de mesure. Cette étape est essentielle afin de déterminer avec précisions des objectifs et des moyens de traitement en accord avec ce que désire le client.

Une fois ce recueil de données effectué, il s'agit d'analyser et d'interpréter les résultats obtenus grâce aux différents outils, puis d'en faire une synthèse. C'est ce qui donne toute la valeur à l'évaluation et permet de développer et d'affiner les hypothèses concernant les difficultés et les ressources de la personne, l'interaction entre l'environnement et les facteurs personnels et d'en faire le lien avec les attentes et les besoins de la personne. Cela doit permettre de poser ce que MEYER (2010) appelle des « problèmes » à résoudre correspondant à un diagnostic ergothérapeutique. Ce dernier s'appuie sur un modèle de référence et débouche sur des décisions d'intervention.

❖ **La planification de traitement**

Cette étape peut être décomposée en deux phases distinctes que MEYER (2010) nomme : « plan de traitement » correspondant à un ensemble d'objectifs, et « programme de traitement » évoquant un ensemble de moyens d'intervention.

Le plan de traitement est une phase de détermination des objectifs à atteindre. Il comprend une finalité de traitement, des buts et des objectifs. La finalité de traitement est un objectif global, souvent connu dès le début de la prise en soin. Elle correspond au devenir de la personne au terme de l'intervention et guide l'accompagnement en apportant une cohérence d'actions entre les différents acteurs. Il peut s'agir par exemple du retour à domicile ou du maintien dans l'emploi. Les buts, quant à eux, sont énoncés par l'utilisateur lui-même et conviennent de ses souhaits, ses besoins, ses priorités. Il s'agit de résultats attendus par la personne au cours ou à la fin de l'intervention. Cela peut être par exemple : jouer au basket-ball, faire la cuisine, être moins anxieux. Le thérapeute peut cependant aider la personne à formuler ses buts si cela lui pose difficulté. Ils peuvent également être issus d'une collaboration et d'une négociation entre le thérapeute et l'utilisateur afin de convenir de buts réalisables.

¹¹ ENOTHE est un organisme à but non lucratif, dont l'un des objectifs principaux est de s'assurer qu'il existe un système éducatif solide pour les ergothérapeutes européens.

¹² MEYER, Sylvie. *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. p. 66

Enfin, les objectifs sont plus précis et sont posés par l'ergothérapeute, riche de ses compétences et de ses connaissances. Ils correspondent également à des résultats attendus au cours ou au terme de l'intervention. Ils sont en relation avec les attentes de la personne et le diagnostic élaboré. Ces objectifs doivent être basés sur une occupation et respecter le principe SMART : spécifiques ou concrets, mesurables ou observables, acceptés ou négociés, réalistes ou atteignables, temporellement définis. Ils sont ordonnés par priorité et doivent être intelligibles.

Le programme de traitement est le choix de l'ensemble des moyens que l'ergothérapeute va mettre en œuvre dans le but de résoudre les problèmes et d'atteindre les objectifs définis au préalable. C'est pourquoi ces moyens sont impérativement en relation avec les objectifs. Généralement, ils sont discutés avec le client « *car sa participation augmente les chances de succès de l'intervention* »¹³. Il s'agit donc des différents actes réalisés (bilans et outils d'évaluation, activités thérapeutiques, mises en situation, conception ou préconisation d'aides techniques, aménagements de l'environnement, positionnement et installation, ...) mais aussi de la durée de l'intervention, de la durée et la fréquence des séances avec un échéancier. Il s'agit également du lieu de réalisation (salle d'ergothérapie, chambre de l'établissement, domicile, ...) ou encore du caractère individuel ou collectif des séances.

❖ **L'exécution du traitement**

L'exécution du traitement correspond à la mise en œuvre du programme de traitement précédemment élaboré et à son ajustement. Chaque intervention est spécifique à l'utilisateur, mais elles possèdent des éléments communs : « *une succession de séances organisées de manière à atteindre graduellement les buts et les objectifs, le développement de la relation de confiance entre le thérapeute et l'utilisateur, l'évaluation des progrès et la documentation du travail effectué* »¹⁴.

Il est essentiel pour l'ergothérapeute de pouvoir aménager les difficultés auxquelles l'utilisateur fait face par une graduation de l'activité et des séances. Afin d'avoir une progression, ces dernières doivent comporter un défi suffisant mais doivent éviter la mise en échec. Pour cela, les activités choisies seront de plus en plus complexes en fonction de l'évolution de la personne dans la réalisation de celles-ci. Chaque séance est donc organisée à l'avance par l'ergothérapeute. Cette organisation comprend la préparation de la séance, permettant de choisir les activités et la manière de les présenter, mais aussi d'anticiper les difficultés et les moyens d'adapter.

¹³ MEYER, Sylvie. *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. p. 88

¹⁴ *Ibid.* p. 90

Elle comprend également la réalisation de la séance correspondant à l'exécution des tâches proposées et au bilan effectué en fin de séance. Enfin, elle comporte une réflexion à posteriori de ce qui a été produit, permettant d'améliorer ou d'ajuster les séances suivantes.

C'est pourquoi une évaluation des progrès de l'utilisateur par l'ergothérapeute au cours des séances est primordiale afin d'ajuster et de graduer les activités en conséquence. Cette évaluation est souvent informelle et peut se fonder dans les séances et dans la relation thérapeutique avec la personne. Elle peut devenir plus concrète en mesurant les progrès objectivement par des outils. Ces progrès peuvent être explicités ou montrés à l'utilisateur afin d'accroître sa motivation et son engagement dans l'intervention, favorisant ainsi la réussite. Ils pourront être réutilisés lors de l'évaluation sommative.

❖ **L'évaluation sommative**

L'évaluation sommative est l'évaluation finale de la démarche menée dans le cadre du processus d'intervention. Il s'agit de mesurer les résultats attendus et les objectifs établis. Pour cela, une comparaison est effectuée entre les résultats obtenus à l'évaluation formative et l'évaluation des progrès. Ceci permet de mettre en lumière l'évolution du patient et de constater les résultats. Le degré de satisfaction de la personne et sa perception de son évolution permet également de mesurer et d'évaluer l'intervention. C'est ensuite la confrontation de ces résultats avec les objectifs recherchés qui oriente la suite : fin de l'intervention, poursuite de l'intervention avec les mêmes objectifs ou réajustement partielle ou totale de celle-ci.

2.1.2. L'approche Top-down versus l'approche Bottom-up

Le processus d'intervention en ergothérapie tel que décrit précédemment peut être conçu selon deux types d'approche : l'approche dite « bottom-up » et l'approche dite « top-down ».

L'approche bottom-up fait référence au modèle biomédical. Les évaluations, les objectifs et l'intervention sont centrés sur les habiletés, les capacités, les fonctions et les structures du corps ; autant d'éléments qui mènent à la performance occupationnelle. En effet, cette approche soutient que la restauration des fonctions endommagées entraîne obligatoirement une récupération de la performance. Toutefois, cela peut être dénué de sens pour la personne et l'intervention reste isolée du milieu écologique.

L'approche top-down a une vision plus globale de la personne et a pour objectif principal l'engagement et la participation dans les occupations.

L'intervention s'articule autour des activités et des rôles signifiants et valorisés par la personne, faisant partie de ses habitudes de vie. Les fonctions déficitaires seront observées, évaluées et restaurées dans la réalisation de ces activités, en milieu écologique. Cette approche top-down a été introduite en ergothérapie par Catherine TROMBLY (1993). Elle conseille alors aux ergothérapeutes d'utiliser cette approche afin d'interroger plus spécifiquement les difficultés de performance occupationnelle et leurs conséquences dans la vie quotidienne.

Anne FISHER (1998) propose ensuite des critères afin de mieux qualifier l'approche de l'intervention. Pour cela, elle s'interroge sur quatre dimensions (figure 1) :

- la pertinence écologique de l'intervention, c'est à dire le moment et l'endroit où l'occupation est effectuée : occupations naturelles ou exercices artificiels ?
- le sens de l'intervention : défini par le thérapeute ou par le client ?
- l'objectif de l'intervention : défini par le thérapeute ou par le client ?
- cible de l'intervention : amélioration de la performance occupationnelle ou amélioration de processus déficitaires ?

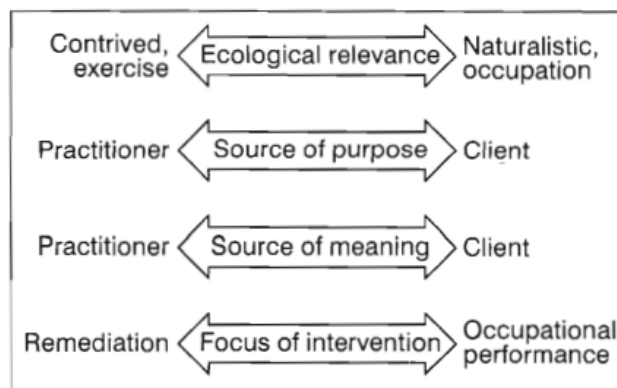


Figure 1 : Les quatre dimensions qualifiant l'intervention en ergothérapie (Anne FISHER, 1998)

Pour FISHER, plus les curseurs sont déplacés vers des occupations naturelles, le sens et l'objectif défini par le client et vers l'amélioration de la performance occupationnelle, plus l'intervention est centrée sur le client et l'occupation. Elle est donc qualifiée de top-down. Elle s'appuie sur les besoins et les attentes de la personne pour réaliser de façon autonome ses occupations privilégiées et assurer ses rôles sociaux de façon satisfaisante. Ainsi, une pleine participation sociale sera soutenue par cette approche.

A l'inverse, plus les curseurs sont déplacés vers des exercices artificiels et simulés, le sens et l'objectif définis par le thérapeute et vers l'amélioration des processus déficitaires, plus l'intervention est basée sur la pathologie. Elle est alors qualifiée de bottom-up. Elle s'appuie sur l'identification des causes entraînant des difficultés de réalisation des occupations et une limitation de participation. Le risque de cette approche est de ne pas prendre en compte les besoins réels et les attentes de la personne et ainsi de négliger la performance.

Chaque thérapeute a le choix d'utiliser une approche plutôt qu'une autre, mais il est important d'être conscient des objectifs de chacune d'elles et de les corrélérer avec les objectifs de l'intervention afin de proposer un accompagnement cohérent et pertinent.

2.1.3. Le modèle du processus d'intervention en ergothérapie de Anne FISHER

C'est alors en s'appuyant sur cette approche top-down centrée sur le client et l'occupation que Anne FISHER(1998) développe le modèle du processus d'intervention en ergothérapie : Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) (disponible en annexe I). Ce modèle est structuré en trois phases d'intervention : une phase d'évaluation et d'établissement des objectifs, une phase d'intervention, et une phase de réévaluation.

❖ Phase d'évaluation et d'établissement des objectifs

Dans ce modèle, l'évaluation est centrée sur la personne et ses occupations. Elle interroge tous les éléments susceptibles d'influencer la performance occupationnelle du client et de lui poser problème dans la réalisation de ses occupations.

Premièrement, établir le contexte de performance centré sur le client consiste en un recueil de données permettant à l'ergothérapeute d'avoir « *une représentation globale des caractéristiques personnelles et des facteurs externes au client en relation avec son engagement dans les activités de vie quotidienne* »¹⁵. « *Ces deux composantes considérées ensemble constituent le contexte de performance du client* »¹⁶. FISHER (1998) considère dix dimensions du contexte de performance qui interagissent entre eux (figure 2).

¹⁵ MOREL-BRACQ, Marie-Chantal. *Cadres conceptuels et modèles appliqués en ergothérapie*. In : Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux, 2^{ème} éd. Paris : De Boeck, 2017, p. 145. (Ergothérapies).

¹⁶ *Loc. Cit.*

Dimension environnementale	Dimension sociale
Dimension de rôle	Dimension sociétale
Dimension motivationnelle	Dimension fonctionnelle
Dimension de tâche	Dimension temporelle
Dimension culturelle	Dimension adaptative

Figure 2 : Dimensions du contexte de performance (Anne FISHER, 1998)

Pour réaliser cette étape, le thérapeute doit établir une relation thérapeutique et travailler en collaboration avec le client. L'expertise du client sur sa vie quotidienne sera mise en relation avec l'expertise de l'ergothérapeute afin de proposer une intervention adaptée aux besoins et attentes de la personne. En parallèle, le thérapeute doit identifier les ressources et les limitations dans le contexte de performance centré sur le client afin de clarifier ou d'interpréter par la suite les raisons pour lesquelles il existe des problèmes de performance occupationnelle.

Puis, il doit identifier et prioriser les points forts et les problèmes rapportés ou signalés par le client dans la performance occupationnelle. Cette étape consiste « à résumer ce qui est préservé dans la réalisation des tâches de la vie quotidienne et ce qui pose problème du point de vue du client »¹⁷.

Il s'agit ensuite d'observer la performance du client dans la tâche par des mises en situation et de mettre en œuvre l'analyse de la performance dans les activités qui posent problème. L'analyse se centre sur « la qualité et l'efficacité des actions observables et dirigées vers un but »¹⁸. Selon FISHER, il y a trois types d'actions dirigées vers un but : habiletés motrices, opératoires, et de communication.

Les résultats obtenus à l'étape précédente permettent de définir et de décrire les actions que le client fait ou ne fait pas efficacement permettant ainsi d'établir, finaliser ou redéfinir des objectifs centrés sur les objectifs du client.

Enfin, la dernière étape consiste à définir, clarifier ou interpréter la cause dans le but de proposer une intervention centrée vers l'amélioration de la qualité de la performance.

¹⁷MOREL-BRACQ, Marie-Chantal. *Cadres conceptuels et modèles appliqués en ergothérapie*. In : Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux, 2^{ème} éd. Paris : De Boeck, 2017, p. 146. (Ergothérapies).

¹⁸*Ibid.* p. 147

❖ Phase d'intervention

Cette phase se compose de différents modèles que le thérapeute peut choisir selon l'orientation qu'il souhaite pour son intervention. Deux d'entre eux sont centrés sur la récupération et la réduction des déficiences ou des limitations fonctionnelles ; ils sont « *soutenus par des approches analytiques visant la compréhension des processus pathologiques sous-jacent* »¹⁹. Il s'agit des modèles d'acquisition et de récupération. Deux autres ciblent davantage de nouveaux apprentissages afin d'améliorer le contexte de performance. L'un est éducatif et vise la compréhension, l'autre est réadaptatif et vise la compensation. Il n'existe pas de chronologie ou de hiérarchie dans le choix de ces modèles, ils peuvent être utilisés simultanément ou exclusivement ou se compléter.

❖ Phase de réévaluation

Cette phase permet de réévaluer l'amélioration effective de la performance occupationnelle et de voir si elle est devenue satisfaisante pour le client. Cela permet de réorienter l'intervention vers d'autres objectifs ou d'y mettre un terme.

Nous pouvons d'ores et déjà voir, qu'avec un modèle centré sur la personne et dont l'intervention est qualifiée de top-down, qu'il est possible d'axer son intervention sur la récupération et la restauration de fonctions endommagées par des approches analytiques, tant que cela reste dans le but principal d'améliorer la performance occupationnelle, il s'agit de la rééducation.

2.2. La rééducation en ergothérapie

2.2.1. Qu'est ce que la rééducation ?

De façon générale, le CNRTL définit la rééducation comme étant l' « *action de rétablir l'usage normal d'une fonction, d'un membre ou d'un organe après une blessure ou une affection, ou chez un sujet qui souffre d'une déficience ou d'une infirmité* »²⁰. Il précise également que la rééducation fonctionnelle ou motrice correspond à l'« *ensemble des méthodes de développement et de récupération du système locomoteur, visant à pallier une déficience motrice ou fonctionnelle* »²¹.

¹⁹ *Ibid.* p. 149

²⁰ Disponible sur <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/r%C3%A9%C3%A9ducation>

²¹ *Id.*

Il s'agit alors d'une restauration de fonctions déficitaires ou défaillantes par un ensemble de méthodes visant à retrouver l'usage antérieur de ces fonctions. Ces dernières sont définies par l'OMS (2001) comme étant « *les fonctions physiologiques des systèmes organiques* ». Sylvie MEYER (2013) précise qu'il s'agit « *de quelque chose qui appartient aux mécanismes internes du corps de l'individu* »²², par exemple les fonctions mentales, sensorielles et de l'appareil locomoteur.

Bénéficier d'une rééducation suppose d'admettre qu'une éducation antérieure a permis l'apprentissage des fonctions de l'organisme, mais aussi l'acquisition d'habiletés spécifiques. L'habileté est un « *schème d'action, souvent observable, orienté vers un but que l'individu emploie lorsqu'il agit* »²³. Contrairement aux fonctions, il ne s'agit pas d'une composante interne à l'individu mais d'une « *caractéristique de ce que la personne fait et non de ce qu'elle a* »²⁴. Ainsi, choisir, organiser, anticiper, marcher, parler, sont autant d'habiletés dont dispose une personne qui concourent à la performance occupationnelle. Certaines de ces fonctions et habiletés considérées comme positives peuvent être utilisées et renforcées pour aider la personne à s'adapter au mieux à la situation nouvelle.

Ainsi, la rééducation consiste à utiliser des éléments acquis au préalable en les renforçant ou en les améliorant. Lorsque l'éducation initiale n'a pas été suffisante ou n'est pas appropriée pour s'adapter à la situation nouvelle, la rééducation s'apparente à une situation de nouvelle éducation nécessitant obligatoirement le consentement et la participation active du patient.

La rééducation utilise différentes techniques, exercices ou moyens dont la clé de la réussite est la répétition. En effet, la répétition d'exercices permet de renforcer et de conditionner les fonctions ou habiletés visées. Elle peut alors être assimilée à un entraînement de sportif, où la répétition, l'effort et la persévérance sont de rigueur.

Alors, l'objectif principal de chaque rééducateur est de « *permettre au patient de recouvrer ses facultés antérieures le plus complètement possible* »²⁵. La rééducation a pour vocation « *la quête de la vie bonne de l'homme, vie suspendue dans le cas présent à un accident, traumatisme, handicap, et pour laquelle re-trouver des clés d'existence s'avère essentiel* »²⁶.

²² MEYER, Sylvie. De l'activité à la participation. p. 133

²³ *Ibid.* p. 134

²⁴ *Loc. Cit.*

²⁵ SAME, Martine. *Rééducation fonctionnelle et philosophie : une quête commune*. p. 31

²⁶ *Ibid.* p. 11

2.2.2. Et en ergothérapie ?

La rééducation en ergothérapie poursuit le même objectif principal que tous les autres rééducateurs. Elle s'applique dans divers secteurs tels que la traumatologie, la neurologie, les services de grands brûlés ou de personnes amputées par exemple. L'ergothérapeute possède les compétences pour rééduquer différentes fonctions et/ou habiletés d'un individu.

Tout d'abord, il peut accompagner la récupération de la motricité, que ce soit la motricité fine, la dextérité, la gestualité, les préhensions ou une motricité plus globale de l'ensemble de l'appareil locomoteur. Cette rééducation vise plus principalement le membre supérieur, mais l'ergothérapeute peut tout à fait mettre à profit ses compétences pour le membre inférieur. L'ergothérapeute peut être amené à rééduquer l'équilibre d'une personne, suite à des troubles vestibulaires ou des maladies dégénératives par exemple. Il peut également travailler sur les troubles de sensibilité (anesthésie, hyposensibilité, hypersensibilité, hyperalgie, ...). La fonction sensitive altérée peut être récupérée par différentes méthodes de rééducation afin de permettre à la personne de retrouver une sensibilité appropriée. Les troubles cognitifs sont aussi un vaste domaine où l'ergothérapeute peut intervenir pour restaurer ces fonctions.

Quoi qu'il en soit, il existe autant de possibilités de rééducation qu'il existe de fonctions et d'habiletés chez un individu. L'ergothérapeute doit avoir les compétences pour accompagner une personne vers la récupération ou l'amélioration de ces éléments.

Pour répondre à l'objectif principal de la rééducation, l'ergothérapeute dispose d'un large choix de moyens dont le plus spécifique et privilégié de l'ergothérapie est l'activité.

2.2.3. Les différents moyens utilisés

Bien qu'aujourd'hui le terme « occupation » soit davantage utilisé, l'« activité », dans sa définition globale, reste un concept central de l'ergothérapie. En effet, elle peut être utilisée comme objet d'expertise, comme médiateur ou encore comme but thérapeutique. L'activité sera ici définie en tant que moyen thérapeutique. Le dictionnaire en ligne Larousse définit l'activité comme un *« ensemble de phénomènes par lesquels se manifestent certaines formes de vie, un processus, un fonctionnement ; faculté, puissance d'agir »*²⁷.

²⁷ Disponible sur

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/activit%C3%A9/947?q=activit%C3%A9#941>

L'activité peut donc être perçue comme « *une capacité à réaliser une performance qui trouve sa source dans les fonctions physiques et mentales de la personne* »²⁸. TROMBLY (2008, cité par MEYER, 2010), définit l'activité comme étant « *une chaîne de séquences d'actions formant un tout et orientée vers un but* »²⁹. Elle est alors temporellement définie, objectivable et facilement descriptible par ses propriétés : ses étapes, sa durée, le matériel requis, l'environnement physique et social. Selon KIELHOFNER (2009, cité par MEYER, 2010), les activités ont pour rôle de rééduquer les différentes fonctions d'une personne (physiques, cognitives, émotionnelles) afin d'améliorer l'indépendance dans la réalisation des activités de vie quotidienne.

Il existe alors différents types d'activités qui peuvent être choisies comme médiateur thérapeutique, répondant à la technique de rééducation la plus appropriée. Bien souvent, ces activités ne sont pas en opposition mais sont, au contraire, complémentaires.

Premièrement, **les activités analytiques**, tel que la mobilisation d'objets, sont le moyen d'une rééducation sélective dont la cible est précise : un muscle ou un groupe musculaire ayant généralement la même fonction. L'objectif de ces activités est d'obtenir une réponse motrice optimale. Pour cela, le thérapeute doit faire attention à l'apparition de contractions parasites par une observation ou une palpation rigoureuse du muscle. « *Ces contractions parasites doivent être évitées grâce à l'exécution d'un mouvement bien déterminé* »³⁰ où les positions de départ et d'arrivée sont précisément définies. Par exemple, le rééducateur cherche à améliorer la flexion de l'avant-bras sur le bras : ce mouvement met en jeu les muscles fléchisseurs (biceps brachial, brachial antérieur et long supinateur). Il recherche alors une contraction spécifique de ces muscles. Ces activités analytiques peuvent également servir à une technique un peu plus globale, où la contraction est moins localisée et se situe sur tous les muscles d'une chaîne cinétique motrice. « *Cette chaîne motrice fait intervenir des muscles qui, en combinant leur actions, réalisent un geste finalisé* »³¹. Souvent, ces activités demandent un mouvement polyarticulaire.

Ces activités analytiques possèdent des limites car d'une part, la contraction sollicitée est bien souvent éloignée du geste physiologique faisant intervenir d'autres groupes musculaires même antagonistes. D'autre part, ces activités doivent demander des mouvements simples afin que la personne puisse comprendre et se souvenir du schéma moteur à déclencher pour réaliser le geste.

²⁸ MEYER, Sylvie. De l'activité à la participation. p. 51

²⁹ *Ibid.* p. 57

³⁰ GENOT C., NEIGER H., LEROY A. *et al.* Kinésithérapie 1 : Principes. p. 131.

³¹ *Ibid.* p. 133

Enfin, selon GOLLEDGE (1998, cité par MOREL-BRACQ, 2006), bien que ces activités puissent répondre à des objectifs de rééducation, elles restent réductionnistes. En effet, elles ne semblent ni avoir de sens pour la personne ni de pertinence dans sa vie et ne correspondent pas à des habitudes de vie. Toutefois, ces activités restent pertinentes afin de développer des prérequis essentiels à la réalisation d'activités davantage écologiques. La personne peut y trouver du sens en fonction de ses objectifs de rééducation et des motifs de la mise en place d'une telle activité.

Les **activités fonctionnelles**, quant à elles, « *se proposent de rendre au patient ses capacités réellement fonctionnelles : c'est-à-dire posséder une activité gestuelle précise, harmonieuse, économique et adaptée.* »³². Pour cela, la coordination de l'ensemble des éléments nécessaires au geste est indispensable.

Cette coordination permet la production d'un geste harmonieux dont le coût énergétique est le plus bas possible. Cela implique une bonne connaissance corporelle afin de pouvoir utiliser « *les actions synergiques des muscles efficaces et à éliminer l'activité des antagonistes lorsqu'elle n'est pas nécessaire* »³³. Ces activités doivent permettre l'apprentissage du geste souhaité et sa répétition jusqu'à obtenir une performance acceptable, si ce n'est optimale. Cela permet d'intégrer des activités plus habituelles et familières pour la personne, tel que porter une cuillère à la bouche ou se coiffer par exemple, tout en améliorant l'indépendance dans les activités de vie quotidienne.

Les **mises en situation écologiques** sont des simulations de situations précises réalisées dans le contexte et l'environnement naturel de la personne ou le plus proche possible. Il s'agit de reconstituer une réalité afin d'évaluer l'impact des différents troubles sur les activités habituelles et importantes pour la personne et de prévoir la rééducation ou réadaptation nécessaire. Cela permet d'apporter davantage de sens à l'activité puisqu'elle fait référence à des habitudes de vie, des rôles sociaux et familiaux, un contexte spatio-temporel naturel. Toutefois, cela peut entraîner un sentiment d'échec plus important. Ces mises en situation présentent donc des limites, notamment lorsque la rééducation est pratiquée en centre. Le cadre institutionnel et de pratique ne permet pas toujours d'effectuer des visites à domicile ou d'aménager un espace pouvant servir à ces mises en situation. L'environnement écologique est donc parfois difficile à reconstituer.

Enfin, les **activités signifiantes et significatives** sont des activités revêtant un sens particulier pour la personne et son environnement. En effet, le fondateur de la théorie de l'activité, LEONTIEV (1981, cité par Patrice VENTURINI, 2012), prend en compte la nature collective de l'activité.

³² *Ibid.* p. 136

³³ *Ibid.* p. 137

Il distingue alors deux composantes étroitement liées: la signification et le sens. La signification est « *ce qui se découvre objectivement dans un système de relations, d'interactions ou de rapports objectifs* »³⁴. Elle exprime donc le rapport social à l'activité. Cette notion peut être apparentée au concept d' « activité significative », défini par MOREL-BRACQ (2006) comme des activités ayant du sens pour l'environnement social. Le sens, quant à lui, apparaît comme « *ce qui reflète directement et porte en soi les propres rapports vivants* »³⁵ de l'Homme. Cette notion s'attache donc au rapport individuel, au rapport du motif déterminant l'action. Il dépend notamment de la culture et du contexte dans lequel évolue la personne. Ce concept, quant à lui, peut être apparenté à celui d' « activité signifiante » définie par MOREL-BRACQ (2006) comme correspondant aux activités ayant un sens particulier pour la personne. Ces activités porteuses de sens, utilisées en rééducation, sont en relation avec les intérêts de l'utilisateur permettant ainsi un engagement optimal dans l'activité.

Ces activités signifiantes et significatives se heurtent aussi à différentes limites. En effet, pour certaines personnes, utiliser ces activités sans rééducation analytique ou fonctionnelle préalable peut les confronter à la réalité trop brutalement et provoquer un sentiment d'échec. Les éventuels dysfonctionnements du corps peuvent être un obstacle à la réalisation de ces activités dans leur globalité. Il existe donc un risque de blessure, d'échec, de dévalorisation, voire même de désinvestissement dans le processus de soin. Aussi, le cadre institutionnel et de pratique peut également être un frein à la mise en place de ces activités : le matériel ne suffit pas toujours ou n'est pas adapté, les déplacements hors de la structure ne sont pas toujours autorisés, ou encore les activités ayant du sens pour la personne ne sont pas réalisables en centre (saut en parachute par exemple).

Cette réflexion autour de l'activité en tant que moyen thérapeutique met en évidence l'importance de ce médiateur. Si ce dernier est autant utilisé dans la pratique c'est qu'il possède un pouvoir thérapeutique particulier et agit sur la santé des personnes concernées. Il s'agit du potentiel thérapeutique de l'activité.

³⁴ BROSSERON, Francis. Conscience, signification, sens, signifiante : quelques pistes entre Leontiev et Guillaume. *Psycholinguistics on the threshold of the year 2000*. p. 736

³⁵ *Loc. Cit.*

2.3. Le potentiel thérapeutique de l'activité

2.3.1. Activité et santé

Les vertus de l'activité sur la santé sont connues depuis longtemps. En effet, les Chinois ou encore les Egyptiens avaient déjà identifié l'inactivité comme une source de maladie. Ils préconisaient alors des activités physiques ou des jeux pour améliorer le bien-être.

Selon WILCOCK (1998, cité par MOREL-BRACQ, 2001), l'engagement dans des activités est un besoin inné pour l'être humain. Cela lui permet de maintenir et de développer des capacités physiques, intellectuelles, de communication, d'interactions en société. Tout ceci favorise sa santé. L'OMS définit la santé comme étant « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »³⁶. Ainsi, la pratique d'activité stimule l'utilisation de différentes capacités qui selon WILCOCK (1998, cité par MOREL-BRACQ, 2001) permettent à l'organisme d'atteindre son potentiel (être créatif, exprimer ses pensées, ...).

De plus, ce besoin pour l'être humain de s'engager dans des activités dépend du sens qu'il donne à sa vie, des valeurs et des rôles qui le motivent, de l'environnement qui l'entoure et des possibilités qu'il lui offre. L'ensemble de ces éléments ainsi que les capacités sollicitées pour la réalisation d'activités concourent alors à une meilleure santé.

Autrefois, l'activité était essentiellement dédiée à la survie de l'Homme (se nourrir, se reposer, se soigner, se reproduire). Puis elle s'est diversifiée et complexifiée avec le temps. Aujourd'hui, plusieurs sphères de l'activité sont considérées : les loisirs, la productivité et les soins personnels. Afin de maintenir ou améliorer la santé, il est important de favoriser et respecter un équilibre entre ces différentes sphères. Un déséquilibre entre ces activités est source de mal-être et peut alors devenir un facteur de risque pour la santé.

Par sa théorie du « Flow », CSIKZENTMIHALYI met en évidence le lien entre l'engagement dans des activités et la santé. Cette théorie porte sur l'expérience particulière qu'apporte l'engagement dans certaines activités. En effet, selon lui, une activité proposant un défi important et sollicitant le maximum de capacités entraîne un état particulier de conscience qu'il nomme « expérience optimale » ou « flow ». Cette expérience se traduit par un sentiment d'implication et d'immersion dans l'activité en cours où l'attention se concentre sur un objectif clairement défini.

³⁶ Disponible sur <http://www.who.int/suggestions/faq/fr/>

Cet objectif sera préférentiellement établi par la personne elle-même afin d'expérimenter davantage de « flow ». Cet état de conscience se traduit également par une sensation de contrôle de nos actions, notre vie et une altération de la perception du temps (ralenti ou accéléré). Ainsi, pour qu'une activité procure du « flow », elle doit avoir du sens pour la personne, viser un objectif important pour elle et répondre à certaines conditions. Tout d'abord, elle doit mettre au défi les capacités de la personne de façon adaptée : ni trop simple car elle amènerait de l'ennui, ni trop difficile car elle entraînerait de l'anxiété. Enfin, elle doit procurer un feed-back immédiat sur la réussite de l'action, l'appréciation du résultat doit donc être claire et suffisamment rapide.

Ces différentes approches théoriques montrent déjà l'importance de l'engagement et de la réalisation d'une activité pour favoriser la santé. C'est pourquoi le potentiel thérapeutique d'une activité n'est plus à prouver.

2.3.2. Le modèle théorique de Doris PIERCE

Selon le cadre théorique proposé par Doris PIERCE (2001), trois domaines sont à prendre en compte afin de développer le potentiel thérapeutique d'une activité : l'attrait de l'activité (dimensions subjectives), sa réalité écologique (dimensions contextuelles) et sa pertinence.

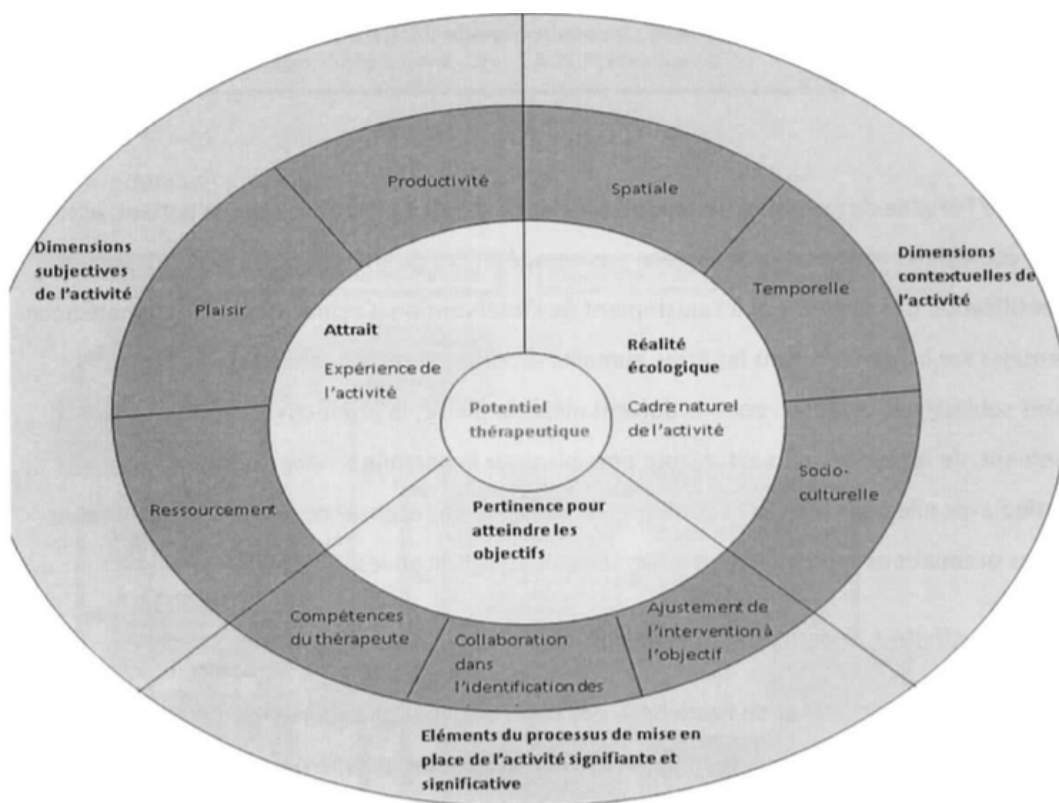


Figure 3 : Modèle théorique du potentiel thérapeutique, PIERCE (2001)

L'attrait de l'activité correspond au degré de désir expérimenté lors d'une activité en termes de niveau de productivité, de plaisir et de ressourcement. Ces trois éléments existent simultanément dans une activité, sans pouvoir en choisir un préférentiellement. Alors, ils doivent être combinés et équilibrés dans une activité afin de la rendre la plus attrayante possible pour la personne. La notion de **productivité** s'étend au-delà du travail et inclut une dimension centrée sur le but de l'activité. Elle renvoie au résultat de cette dernière. C'est donc ce qui initie l'engagement dans l'activité et justifie l'effort déployé. Cette notion est centrale dans les sociétés actuelles puisqu'elle fait partie de la nature humaine et contribue à l'élaboration de notre identité. La notion de **plaisir** est la clé de l'engagement. Il s'agit du degré de satisfaction expérimenté lors de la réalisation d'une activité. Cela détermine donc le niveau d'engagement dans l'activité et d'efficacité de l'action. Ajouter du plaisir à une activité a des effets bénéfiques sur l'humeur, la santé et le rétablissement. Enfin, le **ressourcement** correspond à la possibilité qu'offre une activité de restaurer notre niveau d'énergie et la capacité à poursuivre nos engagements dans la vie quotidienne. Il comprend le sommeil mais aussi des activités éveillées tel que manger et boire. Il existe de nombreuses façons de se ressourcer par le biais d'activités éveillées, comme écouter de la musique, être dans la nature, profiter du silence ou de la solitude... cela dépend des personnes.

La **réalité écologique** de l'activité correspond au degré d'adéquation de l'activité thérapeutique avec les contextes spatial, temporel et socioculturel habituels. Le **contexte spatial** renvoie au corps de la personne, aux objets et à l'environnement dans lequel la personne vit ou travaille. Ce dernier comprend la lumière, les sons, les odeurs, les espaces, le sentiment de sécurité ou de menace. Le contexte spatial est signifiant pour la personne. Le **contexte temporel** fait référence à la structuration temporelle de l'activité (rythme, durée, étapes, calendrier) et le moment de la journée pendant lequel l'activité est réalisée, dans le respect du rythme circadien. Ce dernier évolue avec l'âge, les saisons, les cultures. Enfin, le **contexte socioculturel** reflète les interactions dans l'activité, les habitudes de vie, les rôles sociaux.

La **pertinence**, quant à elle, correspond au degré d'adéquation des moyens mis en place pour atteindre les objectifs établis avec efficacité, en tenant compte des capacités de la personne et du contexte. La pertinence dépend alors des compétences de l'ergothérapeute (analyse des problèmes, mise en place d'activités, évaluation), de sa collaboration avec la personne et de la précision d'ajustement de l'intervention en fonction des objectifs.

Ainsi, PIERCE (2001) place l'origine du potentiel thérapeutique dans l'attrait de l'activité associé à sa réalité écologique et sa pertinence. L'activité doit mêler productivité, plaisir et ressourcement afin d'être la plus attrayante possible. L'ergothérapeute doit alors faire une évaluation précise de la personne, de ses habitudes de vie et de son environnement. Le travail en collaboration avec la personne permet de définir des objectifs précis et de favoriser l'engagement dans des activités thérapeutiques adaptées.

2.3.3. Les critères de FISHER et PIERCE

Afin de mieux cibler et qualifier l'intervention, comme exposé précédemment (cf. 2.1.2), FISHER propose quatre critères : la pertinence écologique de l'intervention, le sens de l'intervention, l'objectif de l'intervention et la cible de l'intervention. Ces critères peuvent également servir à évaluer le potentiel thérapeutique d'une activité. Alors, en associant ces critères à ceux de PIERCE (2001), FISHER (2008) propose un outil d'évaluation du potentiel thérapeutique (figure 4).

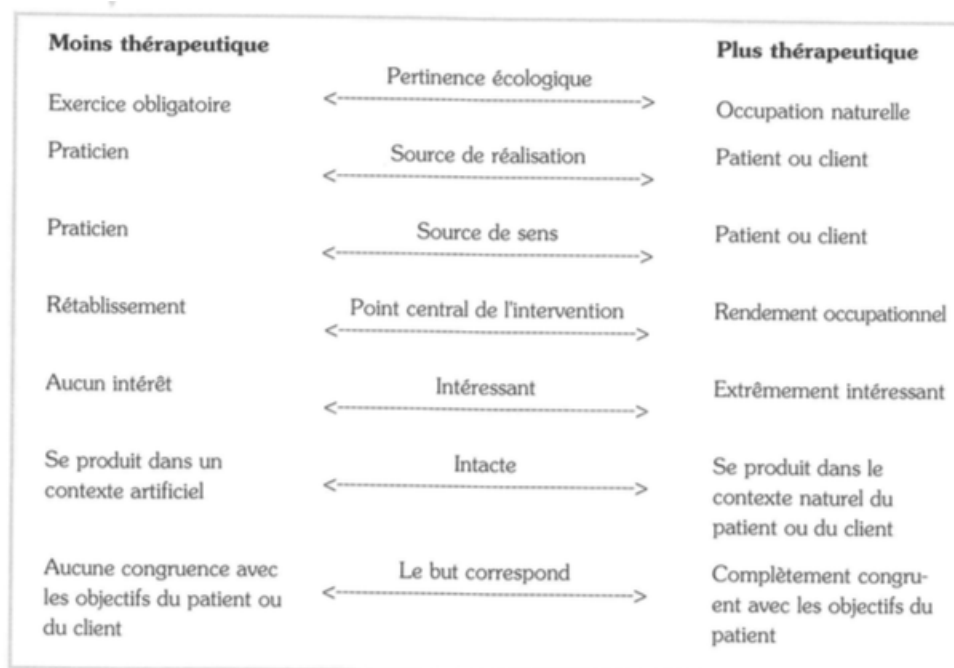


Figure 4 : Outil d'évaluation du potentiel thérapeutique, FISHER (2008)

Cet outil permet d'évaluer différents critères sur un continuum. Selon FISHER (2008), pour qu'une activité soit « plus thérapeutique », l'occupation doit être naturelle, c'est-à-dire être réalisée au moment et dans l'environnement habituel de la personne. Le but de l'activité doit être déterminé par la personne, ce qui fait d'elle la source de réalisation. Cette activité doit être davantage significative pour la personne et non pour le thérapeute.

L'objectif de l'activité doit permettre d'améliorer le rendement occupationnel et non seulement de récupérer une fonction. Elle doit également être intéressante pour la personne afin de procurer de l'attrait et ainsi un certain engagement. Elle doit être réalisée dans l'environnement écologique de la personne afin d'être la plus réaliste possible. Enfin, le but de l'activité doit être complètement congruent avec les objectifs de la personne.

Si tout ces critères sont réunis dans une même activité, alors celle-ci sera la plus thérapeutique possible. À l'extrême opposé, l'activité sera donc moins thérapeutique. Toutefois, chaque critère étant indépendant, il est possible de leur attribuer une cote différente. Cela peut s'expliquer notamment par les différentes contraintes (institutionnelles, capacités de la personne, ...). En ce sens, l'activité peut être plus ou moins thérapeutique.

3. Recueil de données

Afin de répondre à la problématique de ce travail de recherche qui est : « dans quelle mesure les activités analytiques peuvent-elles être indispensables dans le processus d'intervention en ergothérapie en rééducation ? », il convient à présent de confronter le cadre théorique à la réalité du terrain. L'objectif principal est donc de vérifier les hypothèses de départ :

- Les activités analytiques sont compatibles avec une approche top-down.
- Il existe un continuum dans le processus d'intervention allant de l'activité analytique jusqu'à l'activité signifiante et significative.
- Les activités analytiques ont un potentiel thérapeutique.

3.1. Méthodologie

3.1.1. Outil de recueil de données

Pour répondre à cet objectif, le choix de l'outil de recueil de données est primordial. Il s'agit ici de réunir un maximum de réponses afin d'obtenir des résultats relativement significatifs au regard de cette initiation à la recherche. Alors, l'outil le plus approprié est le **questionnaire** (disponible en totalité dans l'annexe II). En effet, il permet un recueil de données quantitatives auprès d'un nombre important de personnes. Ceci permet donc d'obtenir des témoignages à plus grande échelle, tout en s'adaptant à l'emploi du temps des professionnels. Ce questionnaire vise donc la vérification des hypothèses émises.

Il a été élaboré à partir de l’approfondissement théorique, notamment à partir du modèle du processus d’intervention en ergothérapie de FISHER ainsi que celui du potentiel thérapeutique de PIERCE mais aussi à partir des critères d’évaluation du potentiel thérapeutique proposés par FISHER.

Il est alors composé de quatre parties. La première partie vise à présenter le contexte de la recherche. La deuxième partie a pour objectif de recenser les différents interviewés. La deuxième partie propose quelques définitions afin d’assurer un langage commun. Elle se centre ensuite sur le processus d’intervention en ergothérapie et sur la place des différentes activités dans celui-ci. Enfin, la dernière partie s’intéresse exclusivement au potentiel thérapeutique de l’activité analytique.

Il comporte donc 21 questions hors recensement socio-professionnel. Certaines questions sont ouvertes, d’autres fermées. Les questions fermées peuvent être à choix multiples ou à choix unique en fonction de l’objectif de la question.

3.1.2. Population ciblée

Ce questionnaire s’est adressé aux ergothérapeutes exerçant ou ayant exercé en rééducation. En effet, la question de recherche s’intéressant au processus d’intervention en ergothérapie en rééducation ainsi qu’au potentiel thérapeutique de l’activité analytique, il s’agit ici d’interroger la pratique professionnelle, c’est pourquoi ils étaient les plus à même à répondre aux différentes questions. Il a donc été envoyé par mail à différentes structures (SSR, MPR, CH), essentiellement en Pays-de-la-Loire mais aussi partout en France. Il a également été posté sur un réseau social regroupant de nombreux ergothérapeutes. Ceci a notamment permis d’obtenir des réponses provenant d’ergothérapeutes Belges ou ayant fait leurs études en Belgique.

Les renseignements socio-professionnels demandés au début du questionnaire ont permis de recenser le nombre d’ergothérapeutes ayant répondu en fonction de leur année d’obtention de diplôme et de leur institut de formation en ergothérapie (tableau 1).

Année d'obtention du diplôme	Avant 2005	Entre 2005 et 2010	Après 2010	TOTAL
Institut de formation				
Adère Paris			1	1
Berck	1	1	2	4
Belgique		3	1	4
Créteil	1	1	3	5
Laval			1	1
Lyon		1		1
Meulan			1	1
Montpellier	1	2		3
Nancy			2	2
Rennes	2		2	4
TOTAL	5	8	13	26

À travers ce tableau, il apparaît que la moitié des ergothérapeutes interrogés ont obtenu leur diplôme après 2010, après la mise en place du nouveau référentiel des ergothérapeutes³⁷, ce qui laisse imaginer une pratique plutôt moderne. En revanche, cinq ergothérapeutes interrogés ont obtenu leur diplôme avant 2005 et donc avant la loi du 11 Février 2005³⁸ et les changements importants dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Cela laisse imaginer une pratique plus ancienne. Aussi, huit ergothérapeutes interrogés ont obtenu leur diplôme entre 2005 et 2010, ce qui, dans ce cas, laisse imaginer une pratique intermédiaire entre ancienne et moderne. De plus, ce tableau montre bien que les ergothérapeutes interviewés viennent d'horizons différents : toute la France ainsi que la Belgique.

Enfin, ces mêmes renseignements ont également permis de recenser les différents secteurs de rééducation. Parmi les ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire, 84,6% exerce en neurologie, 61,5% exerce en traumatologie et 19,2% exerce dans un autre secteur (gériatrie, pédiatrie). Il est important de noter que 65,1% des ergothérapeutes interrogés exercent à la fois en neurologie et en traumatologie.

Il sera donc intéressant de voir par la suite si l'année d'obtention du diplôme, l'institut de formation ou encore le secteur de rééducation ont une influence sur les réponses au questionnaire et ainsi sur la pratique.

Finalement, ce questionnaire a permis d'obtenir 26 réponses de différents ergothérapeutes, dont les résultats (disponible en annexe III) vont maintenant faire l'objet d'une analyse minutieuse afin de vérifier les hypothèses de départ.

3.2. Analyse des résultats

3.2.1. Processus d'intervention en ergothérapie

❖ **Approche de l'intervention**

À la première question « comment qualifieriez-vous votre intervention ? », 65,4% des ergothérapeutes interrogés qualifient leur intervention de top-down.

³⁷ Arrêté du 5 Juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute

³⁸ La loi du 11 Février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées apporte des évolutions fondamentales pour répondre aux attentes des personnes handicapées. Elle rappelle les droits fondamentaux de ces personnes et donne une définition du handicap.

Cela montre l'importance de cette approche et le fait que l'ergothérapie actuelle tend de plus en plus vers une approche centrée sur l'occupation. Toutefois, environ un tiers (34,6%) des ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire qualifie leur intervention de bottom-up. Alors, cette approche centrée sur la pathologie reste tout de même bien présente dans la pratique.

De plus, les résultats obtenus permettent d'observer que sur les 17 ergothérapeutes interrogés ayant qualifié leur intervention de top-down, 9 ont obtenu leur diplôme après 2010, 4 entre 2005 et 2010 et 4 avant 2005. Cela peut donc laisser penser que le nouveau référentiel a davantage orienté les études d'ergothérapie vers une approche centrée sur l'occupation. En revanche, parmi les ergothérapeutes ayant qualifié leur intervention de bottom-up, une seule personne a obtenu son diplôme avant 2005, 4 entre 2005 et 2010 et 4 après 2010. Alors, aucun véritable lien ne peut être établi entre l'année d'obtention du diplôme et le choix de l'approche de l'intervention si ce n'est que des études récentes entraînent peut-être une pratique davantage centrée sur l'occupation.

Il peut également être intéressant de croiser les résultats à cette première question avec les différents instituts de formation des ergothérapeutes interrogés. Voici le résultat :

	Bottom up	Top down	TOTAL
Adère Paris	1		1
Berck		4	4
Belgique	1	3	4
Créteil	2	3	5
Laval		1	1
Lyon		1	1
Meulan	1		1
Montpellier	3		3
Nancy	1	1	2
Rennes		4	4
TOTAL	9	17	26

Tableau 2 : Synthèse des réponses à la première question en fonction de l'institut de formation

Bien qu'il ne soit pas possible d'établir un lien direct entre l'institut de formation et l'approche choisie, il semble tout de même que l'école et les enseignements fournis puissent avoir une influence sur le choix de la pratique. En effet, les 4 ergothérapeutes ayant fait leurs études à Berck ont choisi une approche top-down, tout comme ceux de Rennes. Au contraire, les 3 personnes de Montpellier ont choisi une approche bottom-up.

Les ergothérapeutes venant d'autres écoles telles que Créteil, Nancy ou la Belgique ont choisi les deux types d'approches. C'est pourquoi il est impossible de confirmer le lien.

❖ **Modèle du processus d'intervention en ergothérapie**

À la question (où plusieurs choix étaient possibles) : « D'après le modèle du processus d'intervention en ergothérapie (OTIPM, Fisher, 2009), une fois votre phase d'évaluation et d'élaboration des objectifs effectuée, vous orientez votre phase d'intervention plutôt vers : », 84,6% des réponses sont « un modèle de récupération », 65,4% « un modèle de compensation », 61,5% « un modèle d'acquisition » et 42,3% « un modèle d'éducation ».

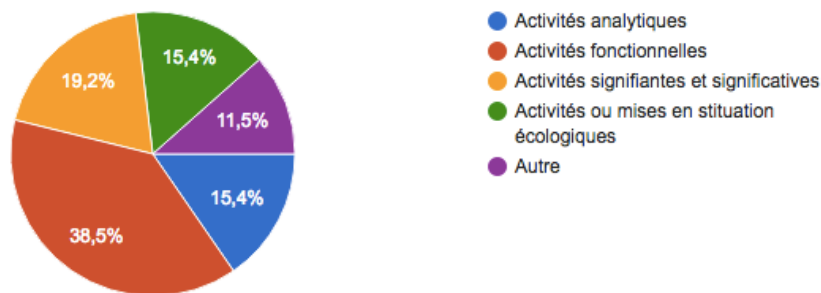
Parmi les combinaisons de réponses, environ un quart (23%) des ergothérapeutes ont choisi les modèles de compensation, d'acquisition et de récupération. Aussi, 19,2% des personnes ont choisi tous les modèles comme possible orientation de leur intervention. Enfin, le modèle de récupération obtient à lui seul 11,5% des voix. Le modèle d'acquisition a également été choisi seul (une voix). En revanche, les modèles de compensation et d'éducation n'ont été choisis qu'en association avec un autre.

Ainsi, il est possible de remarquer que le modèle de récupération est en tête des choix. Les modèles de compensation et d'acquisition sont également largement choisis. D'après la théorie, les modèles de récupération et d'acquisition sont soutenus par des approches analytiques dans le but de réduire des incapacités. Aussi, ce modèle du processus d'intervention s'appuie sur l'approche top-down. Ces résultats permettent donc de dire qu'il est déjà répandu dans la pratique de choisir des activités analytiques en lien avec une approche top-down.

À la question suivante, « Si vous utilisez plusieurs des modèles proposés ci-dessus, pouvez-vous préciser dans quel ordre vous les choisissez ? », la majorité des personnes interrogées explique qu'ils utilisent en premier lieu le modèle de récupération et/ou acquisition puis le modèle de compensation. D'après les réponses, le modèle d'éducation vient souvent après. L'idée générale qui ressort de cette question est que le choix du modèle d'intervention est orienté en fonction de l'évolution du patient et de sa situation.

❖ **Processus d'intervention et activités**

À la question « Pour répondre à vos objectifs et votre modèle d'intervention, quel type d'activités utilisez-vous **majoritairement** lors de votre prise en soin en rééducation ? », les résultats suivants ont été obtenus :



Graphique 1 : Activités utilisées majoritairement dans la prise en soin en rééducation

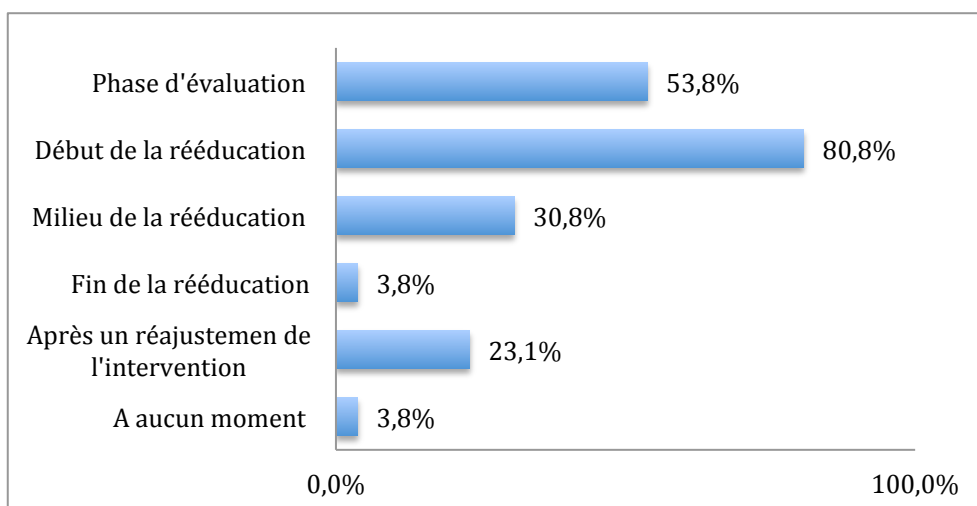
Les activités les plus utilisées en rééducation par les ergothérapeutes interrogés semblent donc être les activités fonctionnelles, avec plus d'un tiers des voix. Les activités significantes et significatives arrivent en deuxième position (19,2%). Les activités analytiques et les mises en situation écologiques obtiennent chacune 15,4% des voix, il est donc impossible de dire lesquelles sont choisies préférentiellement. Toutefois, 11,5% des personnes interrogées ont choisi de cocher l'option « Autre ». Alors, dans les commentaires, ces personnes expliquent leur choix par le fait qu'ils utilisent en général tous ces types d'activités, ou une association de plusieurs de ces types (analytique, fonctionnelle et écologique ou encore analytique et signifiante). Ainsi, les activités analytiques s'avèrent être davantage utilisées que le laissent paraître ces résultats.

En s'intéressant aux buts et aux objectifs de ces activités dans le processus d'intervention en ergothérapie, il apparaît que ceux des activités analytiques et des activités fonctionnelles sont assez similaires. En effet, le terme de « récupération » revient souvent pour ces deux activités (« *récupération d'une fonction motrice* », « *récupérer les amplitudes articulaires* », « *récupération des gestes fonctionnels* »). Toutefois, d'après les commentaires, il semble que les objectifs des activités fonctionnelles soient mieux compris par les patients (« *l'analytique reste très flou pour un grand nombre (en neurologie centrale), alors qu'avec le fonctionnel, le patient comprend vite où on veut en venir* »). Cette meilleure compréhension permet au patient de s'investir dans l'activité et de mieux adhérer à la prise en soin (« *ils me disent souvent aussi que c'est "moins ennuyeux"* »). Ensuite, les ergothérapeutes interrogés sont unanimes quant aux buts et aux objectifs des activités significantes et significatives : celles-ci permettent un meilleur investissement du patient. D'après les commentaires, ces activités ont plus de sens pour la personne. Elles sont plus intéressantes et ceci permet au patient de mieux s'engager, tout en comprenant les objectifs de sa prise en soin. Ces propos sont donc cohérents avec la théorie exposée précédemment.

Enfin, les ergothérapeutes ayant choisi les mises en situation écologiques pour leur intervention expliquent leur choix par le fait que ces activités ont pour objectif de se rapprocher au plus près des habitudes de vie et du quotidien de la personne. Cela permet d'évaluer les besoins et les compensations à mettre en place. D'après les réponses, ces activités écologiques ont davantage de sens pour le patient, ce qui lui permet de mieux adhérer à sa prise en soin.

De plus, d'après les commentaires, il est possible de voir apparaître un premier continuum dans le choix des activités. En effet, la plupart des ergothérapeutes interrogés sont d'accord pour dire que les activités analytiques arrivent en premier lieu, « *comme prérequis pour préparer la phase de moyen et long terme en rééducation* ». Les activités fonctionnelles semblent arriver dans un second temps (« *Je suis sur un secteur d'HDJ, donc les activités analytiques ont souvent été proposées durant la phase d'hospitalisation complète* », « *Durée de séjour court dans ma structure donc je réalise de l'analytique 2/3 du temps de séjour de la personne. En HDJ, je suis plus sur des activités fonctionnelles* »). Comme expliqué précédemment, ces deux premières activités permettent de récupérer une motricité. Puis, en dernier lieu arrivent les activités signifiantes et significatives ou les mises en situation écologiques qui permettent d'affiner la récupération par un meilleur investissement du patient dans ces activités plus intéressantes pour lui (« *les activités analytiques en début de rééducation pour renforcer un mouvement adapté. Puis des activités fonctionnelles pour acquérir un mouvement adapté et enfin des activités écologiques pour finaliser l'acquisition et gérer les habitudes* », « *pour arriver à une activité significative en post AVC quand la personne n'a aucune motricité il faut d'abord passer par une activité analytique ou fonctionnelle* »).

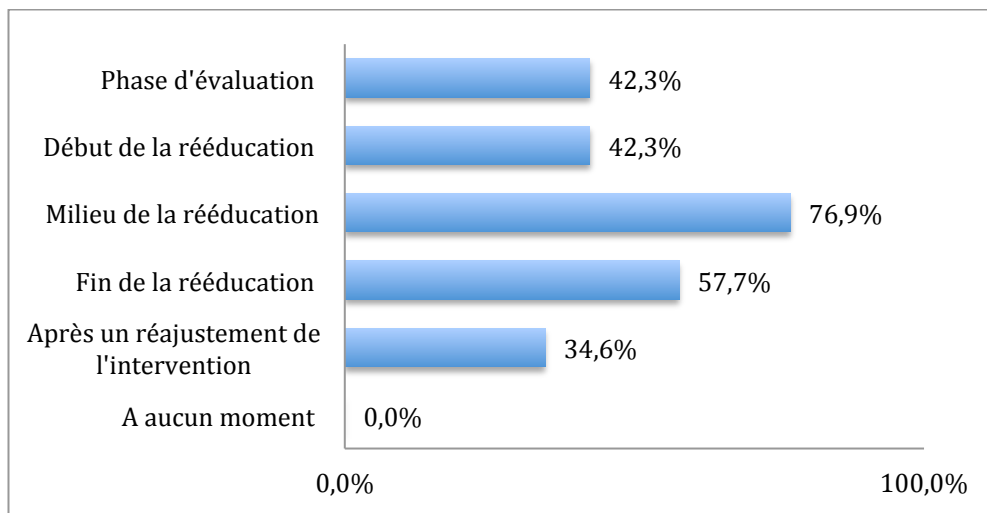
Ces propos sont confirmés par les réponses aux prochaines questions. En effet, à la question « À quel moment du processus d'intervention en ergothérapie utilisez-vous davantage les **activités analytiques** ? », les résultats suivants ont été obtenus :



Graphique 2 : Moments de l'intervention où les activités analytiques sont privilégiées

Il apparaît donc que les activités analytiques sont majoritairement utilisées en **début de rééducation**. Elles semblent également être davantage utilisées en phase d'évaluation. Toutefois, il est possible de remarquer une utilisation en milieu de rééducation et après un réajustement de l'intervention, bien que les résultats restent faibles.

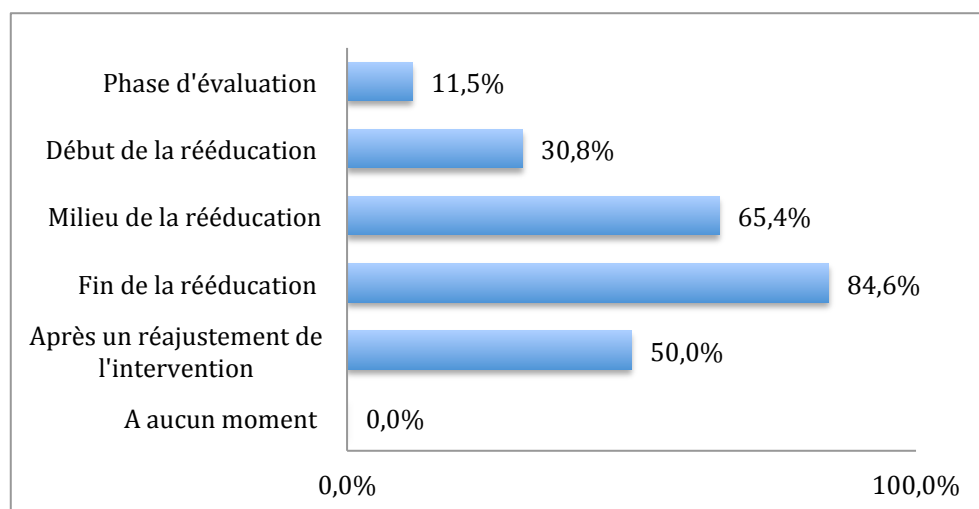
Ensuite, à la question « À quel moment du processus d'intervention en ergothérapie utilisez-vous davantage les **activités fonctionnelles** ? », les résultats suivants ont été obtenus :



Graphique 3 : Moments de l'intervention où les activités fonctionnelles sont privilégiées

D'après ce graphique, les activités fonctionnelles sont alors majoritairement utilisées en **milieu de rééducation**. Cependant, elles semblent également être utilisées durant toutes les autres phases et notamment en fin de rééducation.

Enfin, à la question « À quel moment du processus d'intervention en ergothérapie utilisez-vous davantage les **activités significantes et significatives** ? », les résultats suivants ont été obtenus :



Graphique 4 : Moments de l'intervention où les activités significantes et significatives sont privilégiées

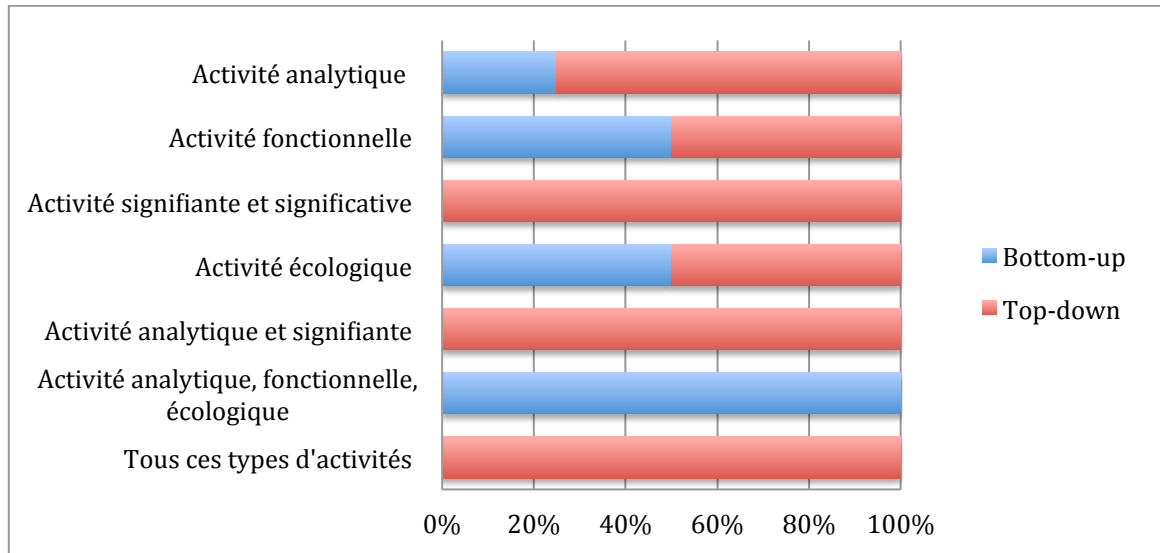
Dans ce cas là, les activités signifiantes et significatives sont majoritairement utilisées en **fin de rééducation**. Les résultats montrent également une utilisation de ces activités en milieu de rééducation mais aussi après un réajustement de l'intervention.

Ainsi, ces résultats confirment l'idée d'un continuum dans le choix des activités émis par certains ergothérapeutes dans les commentaires analysés précédemment. Cependant, chaque type d'activités semble être tout de même plus ou moins utilisés à chaque phase du processus d'intervention en ergothérapie.

L'avis quant à ce continuum a alors été demandé aux ergothérapeutes par la question « Pensez-vous qu'il existe une hiérarchie/gradation entre activités analytiques, fonctionnelles et signifiantes et significatives ? Si oui, laquelle ? ». Il a été obtenu environ 38,5% de réponses positives, 34,6% de réponses négatives et 26,9% de réponses autres. Parmi les réponses positives, les ergothérapeutes ayant fait ce choix exposent unanimement la hiérarchie suivante : les activités analytiques dans un premier temps, puis les activités fonctionnelles (*« l'analytique est une base, afin de récupérer les fonctions quand il en est encore temps. Les activités fonctionnelles, souvent proposées en 2e partie de séance, servent à étayer l'analytique et à gagner en mouvement global »*) et enfin les activités signifiantes et significatives. Pour certains ergothérapeutes, cette hiérarchie d'activités dépend de la récupération et de l'évolution du patient ainsi que de son acceptation. En revanche, malgré cette conviction, plusieurs personnes ayant répondu positivement expliquent que ces activités peuvent se juxtaposer et être utilisées en complémentarité (*« pour moi les trois dernières catégories peuvent se regrouper et arrivent plus en même temps qu'à la suite »*). Ensuite, les ergothérapeutes ayant répondu négativement expliquent que le choix de ces activités dépend de la personne, de sa situation, ses capacités et ses besoins, mais aussi des possibilités du centre ou du cadre institutionnel. Parmi les réponses autres, considérées comme ni positives ni négatives, l'accent est mis sur le fait qu'il n'existe pas forcément de hiérarchie chronologique entre ces activités mais plutôt qu'elles sont choisies en fonction de l'évaluation initiale du patient dans le but d'être pertinentes et adaptées. Toutefois, l'activité analytique arrive toujours en premier lieu et le côté signifiant et significatif doit être prioritaire dans le choix de l'activité à proposer. D'après ces réponses, une activité fonctionnelle pourrait donc être signifiante, c'est pourquoi la notion de hiérarchie ou de continuum ne paraît pas évidente pour les ergothérapeutes dont l'avis est partagé.

Ces résultats sont donc plutôt contradictoires avec les réponses obtenues aux précédentes questions. Bien qu'un lien semble exister entre la phase du processus d'intervention et le choix de l'activité à proposer, cela dépend également de la personne, de ses besoins et de ses objectifs mais aussi de l'ergothérapeute et de ses possibilités.

Afin d’être en mesure de vérifier toutes les hypothèses de départ, il paraît pertinent de s’intéresser aux activités choisies comme moyen majoritairement utilisé dans la prise en soin en fonction de l’approche de l’intervention. Ainsi, les résultats suivants ont été obtenus :



Graphique 5 : Activités choisies en fonction de l'approche de l'intervention

Il apparaît alors que dans 75% des cas, l’activité analytique s’inclut dans une intervention qualifiée de top-down, donc centrée sur la personne et l’occupation. Elle est utilisée dans une intervention qualifiée de bottom-up dans seulement 25% des cas. De plus, choisie en association avec d’autres types d’activités, l’activité analytique reste dans 2 cas sur 3 utilisée dans une intervention top-down. Ces résultats confirment ceux précédemment analysés : l’activité analytique peut être choisie comme moyen d’une intervention qualifiée de top-down, cela est même déjà le cas dans la pratique comme le prouve ce graphique. Les activités fonctionnelles, quant à elle, sont utilisées de façon égale entre une intervention top-down et une intervention bottom-up, tout comme les activités écologiques. Enfin, les activités signifiantes et significatives s’incluent dans une intervention qualifiée de top-down dans 100% des cas.

3.2.2. Potentiel thérapeutique de l’activité analytique

❖ Critères de FISHER et PIERCE

Les réponses aux questions suivantes sont exclusivement liées à la réalisation d’une activité analytique en rééducation. Elles ont pour objectif d’évaluer le potentiel thérapeutique d’une telle activité, à l’aide des critères de FISHER et PIERCE développés dans la partie théorique (cf. figure 4). Il est également important de préciser que les réponses à ces questions restent subjectives.

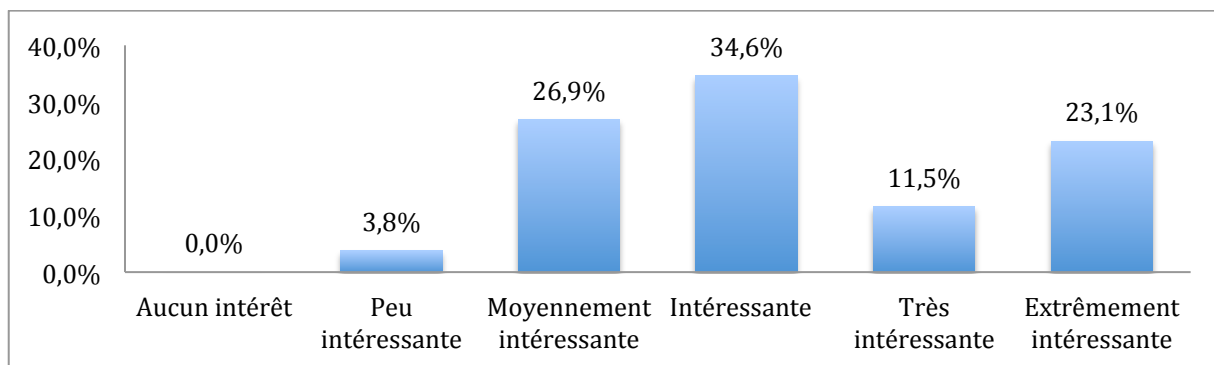
En effet, il a été demandé une appréciation de la part des professionnels du ressenti du patient.

À la question « Concernant la pertinence écologique, c'est-à-dire le moment et l'endroit où l'occupation est effectuée, s'agit-il », 53,8% des ergothérapeutes interrogés optent pour une occupation naturelle, 46,2% pensent au contraire qu'il s'agit d'un exercice obligatoire. Ainsi, il est impossible de trancher concernant la pertinence écologique, les avis sont trop partagés.

Concernant la source de réalisation, la question suivante a été posée « Qui en est à l'origine ? ». Alors, 61,5% des personnes interrogées pensent que c'est l'ergothérapeute qui est à l'origine de cette activité. 38,5% estiment qu'il s'agit d'une collaboration entre l'ergothérapeute et le patient. Aucune personne interrogée ne pense que le patient seul en est à l'origine. En ce sens, l'ergothérapeute semble être l'initiateur d'une activité analytique, bien qu'une collaboration soit possible avec le patient afin de corréliser les objectifs à ce moyen.

Ensuite, à la question « Selon vous, pour qui cette activité a-t-elle davantage de sens ? », 61,5% des personnes interrogées pensent que l'activité analytique a plus de sens pour l'ergothérapeute. D'après les commentaires, ces ergothérapeutes expliquent que cela permet de mieux cibler leur intervention. Ils notent également une limite contextuelle qui fait que certaines activités sont plus ou moins réalisables. Ceci ne permet donc pas toujours la réalisation d'activité ayant du sens pour le patient. Alors, un(e) ergothérapeute signale qu'il est primordial d'expliquer la démarche au patient afin de lui apporter le sens nécessaire à une meilleure adhésion à sa prise en soin. À cette même question, 38,5% des ergothérapeutes interrogés pensent que l'activité analytique a davantage de sens pour le patient. Un(e) ergothérapeute explique que « *les commentaires de patients font remarquer que les exercices analytiques sont davantage compris que les exercices fonctionnels sur lequel il est plus difficile de repérer l'intérêt de l'activité par le patient sans information du thérapeute* ». Toutefois, il est important de souligner que ce commentaire contredit un commentaire précédent (« *l'analytique reste très flou pour un grand nombre (en neurologie centrale), alors qu'avec le fonctionnel, le patient comprend vite où on veut en venir* »). Ainsi, il est possible de voir que les avis sont très partagés concernant ce sujet.

Afin de connaître l'intérêt du patient pour une activité analytique, la question suivante a été posée : « Selon vous, l'activité est-elle intéressante pour le patient ? ». Les ergothérapeutes interrogés devaient répondre selon une échelle allant de 0 = aucun intérêt à 5 = extrêmement intéressante. Alors, les résultats suivants ont été obtenus :



Graphique 6 : Intérêt de l'activité analytique pour le patient

D'après ce graphique, 34,6% des personnes interrogées considèrent que l'activité analytique est intéressante pour le patient, 26,9% pensent qu'elle est moyennement intéressante et 23,1% estiment qu'elle est extrêmement intéressante. Ainsi, les avis divergent quant à cet intérêt du patient pour ce type d'activité mais il peut être déduit de ces résultats que cette activité est tout de même relativement intéressante. Dans les commentaires, un(e) ergothérapeute indique que ce type d'activité permet au patient de repérer ces déficits et ainsi de s'investir davantage afin de récupérer. Alors, l'activité est intéressante par ce qu'elle révèle au patient, lui permettant de mieux s'engager dans sa rééducation.

À la question suivante, les personnes interrogées devaient préciser si l'objectif de l'activité analytique était le rétablissement d'une fonction, d'un état ou bien s'il visait le rendement occupationnel. 69,2% des ergothérapeutes ont opté pour le rétablissement d'une fonction contre 30,8% qui ont choisi le rendement occupationnel. Selon ces résultats, le point central d'une intervention utilisant des activités analytiques semble davantage être le rétablissement et la récupération de fonctions déficitaires et moins l'amélioration d'une performance occupationnelle.

La prochaine question cherche alors à savoir si la mise en place d'une activité analytique correspond bien aux objectifs du patient et permet de les atteindre. 80,8% des ergothérapeutes interrogés estiment que le but d'une telle activité est complètement congruent avec les objectifs du patient. 19,2% d'entre eux jugent que le but de cette activité ne possède aucune congruence avec les objectifs du patient. La majorité des personnes interrogées estiment donc que la mise en place et la réalisation d'une activité analytique dans la prise en soin du patient peut être totalement congruent avec ses objectifs et approprié à l'accompagnement.

Enfin, concernant l'environnement dans lequel est réalisé l'activité analytique, 65,4% des ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire supposent qu'il s'agit d'un contexte artificiel.

En effet, ces activités sont souvent utilisées en structure de rééducation, lors de séance d'ergothérapie. En ce sens, l'environnement ne paraît pas écologique pour la personne. Toutefois, environ un tiers (34,6%) des personnes interrogées pense que l'activité se déroule dans un contexte naturel pour le patient. Peut-être s'agit-il d'une pratique libérale, sur un lieu de vie ou une structure permettant ainsi à la personne de réaliser une activité analytique dans son environnement écologique.

Ainsi, il est possible de constater que les avis sont partagés concernant le potentiel thérapeutique de l'activité analytique. Afin d'avoir une meilleure lisibilité de ses résultats, l'ensemble des réponses a été reporté sur l'outil d'évaluation du potentiel thérapeutique élaboré par FISHER (2008). Il a été obtenu la figure suivante :

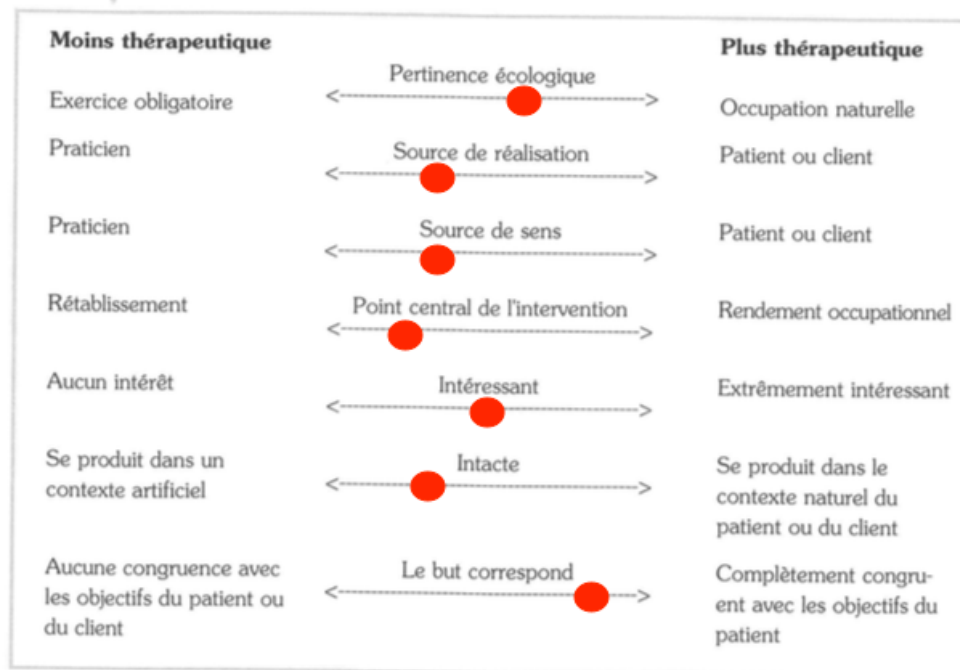


Figure 5 : Synthèses des résultats selon l'outil d'évaluation du potentiel thérapeutique de l'activité (FISHER, 2008)

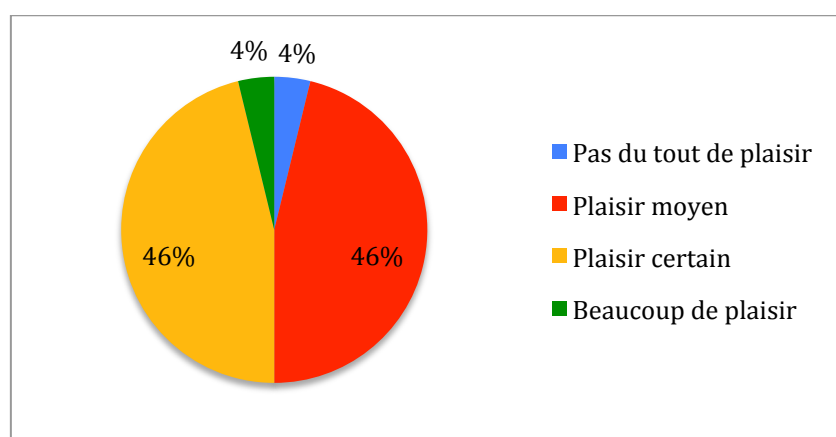
Cette figure montre que les différents critères sont davantage dirigés vers le côté « moins thérapeutique ». Alors, il peut être déduit de ces résultats que le potentiel thérapeutique d'une activité analytique s'avère moindre mais dépend cependant de nombreux facteurs : le patient, ses objectifs, ses capacités, mais aussi l'ergothérapeute, sa personnalité, ses possibilités.

Les critères de FISHER et PIERCE n'étant peut être pas suffisant pour évaluer entièrement le potentiel thérapeutique de l'activité analytique, des informations complémentaires ont été demandées afin d'approfondir cette évaluation.

❖ Informations complémentaires

Certaines de ces informations complémentaires demandées s'appuient sur le cadre théorique du potentiel thérapeutique de PIERCE (2001) développé dans la partie théorique (cf. figure 3). Il s'agit alors d'interroger le plaisir et le ressourcement expérimentés lors de la réalisation d'une activité analytique.

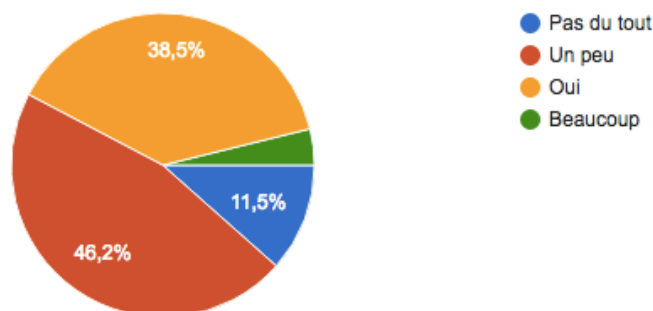
Tout d'abord, la question suivante a été posée aux ergothérapeutes afin d'étudier le plaisir ressenti par le patient : « Selon vous, la personne ressent-elle du plaisir lors de la réalisation de cette activité ? ». Les personnes interrogées devaient répondre selon une échelle allant de 0 = pas du tout de plaisir à 5 = beaucoup de plaisir. Les résultats suivants ont été obtenus :



Graphique 7 : Plaisir ressenti par le patient lors de la réalisation d'une activité analytique

Ce graphique montre alors un avis très partagé entre les différents ergothérapeutes interrogés : 46% jugent que le patient ressent moyennement du plaisir ; 46% également estiment que le patient ressent un plaisir certain. Enfin, 3,8% considèrent que le patient ne ressent pas du tout de plaisir, contre 3,8% qui estiment au contraire que le patient ressent beaucoup de plaisir. Ainsi, il est possible d'observer que la majorité des personnes interrogées s'accordent à dire que le patient ressent tout de même du plaisir lorsqu'il réalise une activité analytique, bien qu'il ne soit pas réellement marqué.

À la question « Pensez-vous que cette activité apporte un ressourcement, une énergie à la personne ? », les résultats suivants ont été obtenus : (beaucoup = 3,8%)

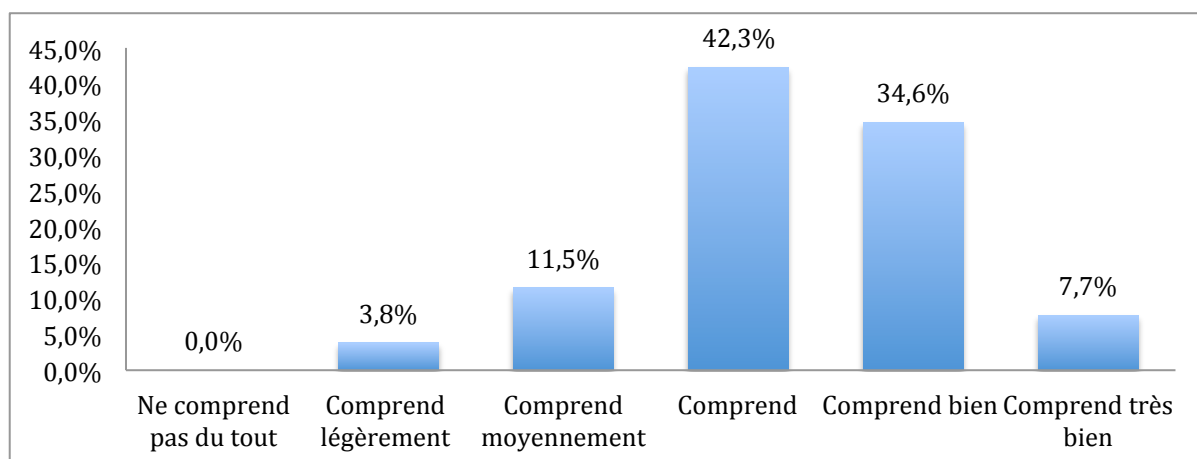


Graphique 8 : Ressourcement procuré par la réalisation d'une activité analytique

Alors, 46,2% des ergothérapeutes interrogés pensent que l'activité analytique apporte un peu de ressourcement au patient. 38,5% pensent qu'elle apporte un ressourcement certain, 3,8% pensent même qu'elle en apporte beaucoup. En revanche, 11,5% des personnes ayant répondu au questionnaire estiment que l'activité analytique ne permet pas de ressourcer le patient lorsqu'il la réalise. De ce fait, l'activité analytique semble apporter un réel ressourcement au patient qui peut être plus ou moins important. D'après les commentaires, ce ressourcement dépend de la récupération du patient et de la valorisation que peut procurer ce type d'activité.

D'autres informations supplémentaires ont été demandées afin d'appuyer davantage les propos et d'être en mesure d'avoir toutes les informations nécessaires à la vérification des hypothèses. Il s'agit maintenant de se renseigner sur la compréhension, la satisfaction et l'engagement du patient lorsqu'il réalise une activité analytique.

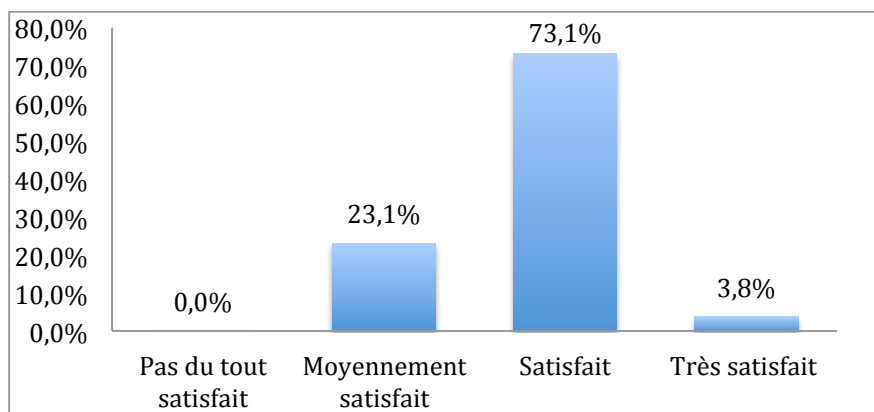
Dans le but de savoir si le patient comprend l'intérêt d'une activité analytique, il a été demandé aux ergothérapeutes la question suivante : « Pensez-vous que la personne comprenne le but de l'activité ? ». Ils devaient alors répondre selon une échelle allant de 0 = ne comprend pas du tout à 5 = comprend parfaitement. Les résultats suivants ont été obtenus :



Graphique 9 : Compréhension du but de l'activité analytique par le patient

Ce graphique montre alors que, d'après les ergothérapeutes interrogés, le patient semble plutôt bien comprendre le but d'une telle activité. En effet, 42,3% des personnes ayant répondu au questionnaire estiment que le patient comprend le but de l'activité, 34,6% pensent même qu'il comprend bien l'intérêt. Toutefois, il est important de noter que, d'après les commentaires, cette compréhension dépend d'une explication préalable par l'ergothérapeute, mais aussi du niveau social du patient ou encore de l'impact de ses troubles cognitifs.

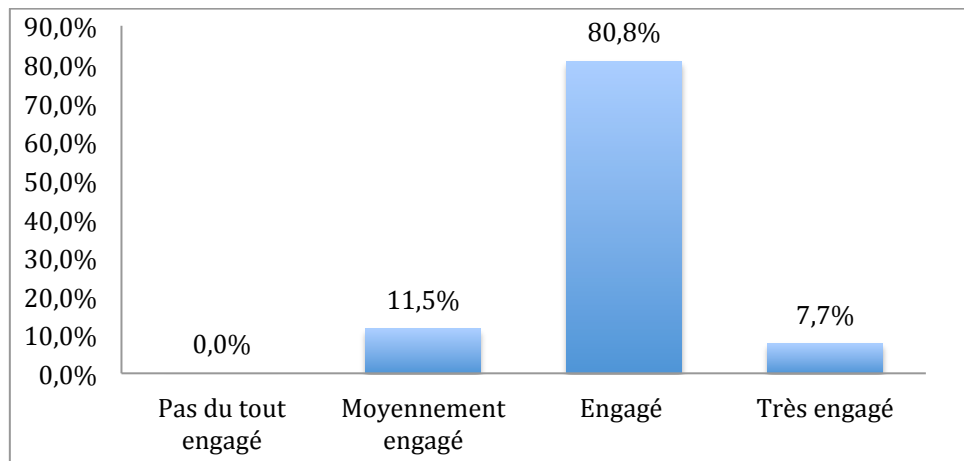
Dans le but d'apprécier la satisfaction du patient lorsqu'il réalise une activité analytique, la question suivante a été posée : « Selon vous, la personne semble-t-elle satisfaite lors de la réalisation de cette activité ? ». Il leur a été demandé, cette fois encore, de répondre selon une échelle allant de 0 = pas du tout satisfait à 5 = très satisfait. Les résultats suivants ont été obtenus :



Graphique 10 : Satisfaction du patient lors de la réalisation d'une activité analytique

D'après ce graphique, la majorité (73,1%) des ergothérapeutes interrogés considère que le patient est satisfait lors de la réalisation d'une telle activité. 3,8% pensent même qu'il est extrêmement satisfait. 23,1% estiment que le patient est moyennement satisfait. Alors, il est possible de dire que, de manière générale, le patient semble tout de même satisfait lorsqu'il réalise une activité analytique. D'après les commentaires, cette satisfaction va dépendre notamment de la réussite ou de l'échec face à cette activité.

Enfin, pour interroger l'engagement du patient lors d'une activité analytique, la question suivante a été posée : « Comment évalueriez-vous l'engagement de la personne dans cette activité ? ». Ils devaient également répondre selon une échelle allant de 0 = pas du tout engagé à 5 = très engagé. Les résultats suivants ont été obtenus :



Graphique 11 : Engagement du patient lors de la réalisation d'une activité analytique

Les résultats montrent alors une réponse presque unanime : 80,8% des ergothérapeutes interrogés pensent que le patient est tout à fait engagé dans l'activité, 7,7% estiment même qu'il est très engagé lors de la réalisation d'une activité de ce type. Ainsi, il est cohérent de dire que le patient semble engagé dans une activité analytique. Bien évidemment, cet engagement dépend lui aussi de nombreux facteurs : le patient lui-même, ses capacités, son état thymique, le moment.

L'analyse des résultats a permis de mettre en lumière plusieurs éléments intéressants et nécessaires à la vérification des hypothèses. Dans cet objectif, cette analyse va maintenant faire l'objet d'une discussion.

4. Discussion

Les résultats du questionnaire précédemment analysés vont à présent être discutés afin de vérifier la validité des hypothèses émises au départ. Cette discussion va également permettre de dégager de nouveaux axes de réflexion mais aussi de faire émerger les limites de cette étude.

4.1. Vérification des hypothèses

Tout d'abord, les résultats ont montré que l'approche top-down était finalement largement utilisée dans la pratique. De plus, comme il a été expliqué dans la partie théorique, le modèle du processus d'intervention en ergothérapie de FISHER (2009) s'appuie sur cette approche centrée sur l'occupation pour proposer un accompagnement de qualité. Dans ce cadre conceptuel, il est possible de choisir différents modèles pour orienter sa phase d'intervention.

Deux modèles en particulier retiennent l'attention par les moyens thérapeutiques leur correspondant : le modèle de récupération et le modèle d'acquisition. D'après la théorie, ces deux modèles visent la réduction des déficiences par le biais d'approches analytiques. Alors, les résultats montrent que le modèle de récupération est choisi dans 84,6% des cas et le modèle d'acquisition dans 61,5% des cas. Aussi, parmi les combinaisons de choix possibles, le modèle de récupération a été choisi seul dans 11,5% des cas et le modèle d'acquisition a été choisi seul une fois. Cela témoigne du fait que ces deux modèles sont considérablement choisis et utilisés dans la pratique. Ce premier résultat prouve donc qu'il est possible d'utiliser des activités analytiques dans l'objectif d'une intervention qualifiée de top-down et que ceci est déjà répandu dans la pratique.

Par ailleurs, un autre résultat vient appuyer ces propos. L'analyse a montré que les activités analytiques ont été choisies comme moyen majoritairement utilisé dans une intervention qualifiée de top-down dans 75% des cas. Cela confirme donc l'idée qu'il est possible de choisir les activités analytiques comme moyen d'une intervention s'appuyant sur l'approche top-down.

Ainsi, la première hypothèse « **Les activités analytiques sont compatibles avec une approche top-down** » est vérifiée.

Ensuite, les résultats de l'analyse ne sont pas suffisants pour vérifier la deuxième hypothèse « **Il existe un continuum dans le processus d'intervention allant de l'activité analytique jusqu'à l'activité signifiante et significative** ». En effet, bien que certaines réponses aillent en ce sens, d'autres viennent contredire cette idée.

Premièrement, lorsqu'il a été demandé aux ergothérapeutes interrogés de préciser à quel moment du processus d'intervention ils utilisent majoritairement chaque type d'activité, les résultats sont très parlants et montrent clairement la présence d'un continuum : les activités analytiques sont utilisées en début de rééducation dans 80,8% des cas, les activités fonctionnelles sont utilisées en milieu de rééducation dans 76,9% des cas et les activités signifiantes et significatives sont utilisées en fin de rééducation dans 84,6% des cas. Cela confirme les dires de certains ergothérapeutes ayant expliqué en commentaire l'intérêt de chaque activité en fonction du moment de l'intervention.

Pourtant, lorsque leur avis à ce sujet leur a été demandé, les ergothérapeutes interrogés expriment des points de vue très partagés. Certains sont d'accord pour dire qu'il existe bien une hiérarchie dans le choix de ces activités : l'activité analytique arrive en premier lieu, puis les activités fonctionnelles dans un second temps et enfin les activités signifiantes et significatives. D'autres pensent, au contraire, qu'il n'existe pas de hiérarchie car cela dépend beaucoup du patient et de sa situation mais aussi du cadre institutionnel et des possibilités de l'ergothérapeute.

D'autres encore estiment qu'il n'existe pas vraiment de hiérarchie chronologique ; bien que les activités analytiques semblent préalables aux autres, le côté signifiant d'une activité doit être prioritaire. Ainsi, d'après les commentaires, une activité analytique ou fonctionnelle peut être signifiante.

Alors, un continuum entre ces différentes activités semble tout de même se dessiner dans la pratique. Les activités analytiques servent au début de la rééducation dans l'intérêt de récupérer une motricité. Puis les activités fonctionnelles sont utilisées pour parfaire un geste harmonieux et adapté. Cela est ensuite transposé dans des activités signifiantes et significatives, permettant au patient d'être pleinement engagé dans sa prise en soin. Néanmoins, cela dépend de nombreux facteurs et il n'est pas toujours judicieux de suivre cette hiérarchie. L'évaluation initiale de la personne, ses besoins, ses objectifs, son évolution mais aussi les possibilités de l'ergothérapeute ou de la structure, sont autant d'éléments qui vont orienter le choix de l'activité à proposer.

Enfin, l'outil d'évaluation du potentiel thérapeutique élaboré par FISHER (2008) a été utilisé pour interroger celui de l'activité analytique. Les critères composant cet outil ont ensuite été analysés et reportés sur l'outil. Les résultats ont montré que les différents critères étaient dirigés vers le côté « moins thérapeutique », hormis le but de l'activité qui semble congruent avec les objectifs du patient. Alors, cet outil d'évaluation a permis de montrer que l'activité analytique possède certes un potentiel thérapeutique mais qui reste faible comparé à d'autres activités. Les informations complémentaires demandées ont montré que le patient ressent du plaisir lors de la réalisation d'une activité analytique mais aussi que celle-ci lui apporte un certain ressourcement. D'après PIERCE (2001), ces deux éléments concourent à la dimension thérapeutique d'une activité. Alors, ces deux notions confirment le fait que l'activité analytique possède un potentiel thérapeutique. Finalement, les derniers résultats montrent que le patient est satisfait et engagé dans cette activité mais aussi qu'il en comprend plutôt bien le but.

Ainsi, la dernière hypothèse « **Les activités analytiques ont un potentiel thérapeutique** » peut être validée, mais il est nécessaire d'admettre que le potentiel thérapeutique d'une telle activité est moindre.

La vérification de ces hypothèses a permis de mettre en évidence les intérêts et les limites des activités analytiques. En effet, il est tout à fait possible de les mettre en œuvre dans une intervention top-down, centrée sur l'occupation, dont l'ergothérapie actuelle fait la promotion. De plus, elle semble posséder un certain potentiel thérapeutique, notamment pour la phase de récupération motrice en début de rééducation.

Cependant, elles se heurtent à des limites : elles ne sont pas toujours signifiantes pour la personne, ce qui réduit l'engagement et l'adhésion dans la prise en soin. Elles ne permettent pas à elles seules un accompagnement vers une meilleure récupération et autonomie, il est donc nécessaire d'utiliser d'autres activités en complémentarité.

4.2. Axes de réflexion

Les résultats ont montré que l'activité analytique était davantage utilisée en début de rééducation. Beaucoup d'ergothérapeutes sont d'accord pour dire qu'elles sont nécessaires à une première récupération motrice. Mais certains professionnels parlent dans les commentaires de valorisation et de mise en échec. Ainsi, il est possible de s'interroger sur l'impact d'une telle activité sur la valorisation de la personne dès le début de la rééducation. L'activité analytique peut alors mettre la personne directement face à ses difficultés, cela peut donc lui permettre de prendre conscience de ses capacités et de s'investir davantage dans sa rééducation s'il a une motivation suffisante. Mais cette prise de conscience trop rapide peut également le mettre en échec. Néanmoins, proposer une activité signifiante dès le début de la prise en soin rencontre les mêmes inconvénients : confronter la personne à ses difficultés dans des activités ayant du sens pour elle trop précocement peut le mettre en échec et la dévaloriser, voire la décourager. Au contraire, cela peut lui apporter la motivation nécessaire à sa rééducation et ainsi valoriser son accompagnement. Cette réflexion nécessiterait d'être approfondie afin de prendre en compte cette dimension dans le choix des activités les plus appropriées en fonction du moment du processus d'intervention.

Une autre notion importante est souvent revenue dans les commentaires des ergothérapeutes interrogés : la complémentarité des activités. En effet, beaucoup d'entre eux ont eu du mal à choisir un type d'activité en particulier car ils estimaient qu'elles pouvaient se juxtaposer. D'après certains d'entre eux, une activité analytique ou fonctionnelle peut être signifiante. Alors dans quelle mesure une activité analytique peut-elle être signifiante ? Il paraît évident que cela va notamment dépendre d'une explication préalable du thérapeute afin d'exposer précisément le but et les objectifs de la mise en place d'une telle activité et la corrélation avec les objectifs de la personne. Le plus important semble être de donner du sens à cette activité pour le patient afin qu'il comprenne clairement ce que cette activité va lui apporter. En ce sens, son engagement et sa satisfaction se verront améliorer. La réflexion s'ouvre donc quant à la façon dont le thérapeute va apporter du sens au patient et ainsi, l'aider à mieux adhérer à son accompagnement tout en respectant ses besoins.

4.3. Limites de l'étude

L'analyse des résultats a montré différentes limites. Tout d'abord, il est vrai qu'un tel questionnaire permet un recueil de données d'un nombre important de personnes. Pour autant, le taux de réponses ne permet pas de généraliser la validité ou invalidité des hypothèses. En effet, l'échantillon obtenu empêche de réaliser une étude réellement quantitative, et une extrapolation des résultats à l'ensemble des ergothérapeutes de France et de Belgique est difficilement envisageable. Davantage de réponses aurait peut-être entraîné des résultats différents, c'est pourquoi il est essentiel de prendre du recul par rapport aux conclusions de l'enquête.

De plus, il a été remarqué que plusieurs questions du questionnaire avaient été mal comprises par certains ergothérapeutes. En effet, la théorie utilisée dans ce questionnaire était relativement récente, et peut-être parfois peu parlante. Cela a entraîné une complexité entre des termes théoriques et pratiques. Cela a alors sûrement conduit à des biais dans les réponses obtenues.

Enfin, concernant l'évaluation du potentiel thérapeutique de l'activité analytique, il a été précisé qu'il s'agissait d'avis subjectifs de la part des professionnels. Il leur a souvent été demandé d'apprécier un ressenti du patient. Alors, afin de recueillir des réponses plus objectives, il aurait été pertinent d'interroger un ou plusieurs patients. Aussi, c'est lui qui va utiliser ces activités dans ses intérêts, par conséquent, il aurait été le plus à même à juger des atouts et des limites de ces activités pour lui. Finalement, pour rester dans une approche top-down, centrée sur l'occupation et la personne, prendre en compte son avis et ses besoins aurait été très intéressant.

Conclusion

L'objectif de ce travail de recherche était d'interroger la place de l'activité analytique dans le processus d'intervention en ergothérapie. Ce questionnement quant à ces activités a émané de plusieurs expériences de stage m'ayant conduit à remettre en question ma propre pratique mais aussi la pratique générale en ergothérapie. Il existe une différence marquée entre les enseignements délivrés en formation et la pratique sur le terrain. En effet, l'approche top-down et les activités signifiantes et significatives sont largement promues actuellement. Pourtant, les activités analytiques sont toujours utilisées. A travers cette étude, je souhaitais comprendre pourquoi ce type d'activité tendait à être évincée en faveur d'activité ayant plus de sens pour la personne mais aussi pourquoi et dans quelle mesure elles étaient encore utilisées en rééducation.

Alors, une première partie a permis d'exposer le cheminement de pensées ayant conduit à la problématique et aux hypothèses. Puis une partie théorique a défini les différents concepts de la problématique, conduisant ainsi à un outil de recueil de données. Un questionnaire a donc été élaboré afin d'obtenir l'avis d'ergothérapeutes exerçant en rééducation concernant ce sujet. Enfin, les résultats ont été analysés dans l'objectif de vérifier les hypothèses de départ. Ainsi, la première hypothèse a pu être validée, les activités analytiques sont compatibles avec une approche top-down. La deuxième reste en suspend car les opinions étaient trop partagées, il est donc impossible de confirmer l'existence d'un continuum dans le choix des activités en fonction du moment du processus d'intervention. Enfin, la troisième hypothèse est relativement vérifiée : l'activité analytique possède bien un potentiel thérapeutique mais moindre. Finalement, de nouveaux axes de réflexion, tel que la complémentarité des activités, ont pu émerger suite à cette analyse. Les limites de l'étude ont également pu être dégagées.

Ainsi, ce travail de recherche a pu mettre en évidence les intérêts et les limites des activités analytiques dans le processus d'intervention en ergothérapie en rééducation. Beaucoup d'ergothérapeutes interrogés ont expliqué que de nombreux facteurs intervenaient dans le choix des activités : le patient, ses capacités, ses besoins, ses objectifs, les possibilités de l'ergothérapeute et de la structure. Alors, l'approche adoptée est-elle toujours la même ? Ou dépend-t-elle du patient ou d'autres facteurs ? À quel moment cela se met-il en place ? De plus, il a été mis en évidence l'importance du sens donné aux activités, c'est pourquoi il peut-être intéressant de s'interroger sur le rôle de l'ergothérapeute : est-ce à lui d'apporter du sens à l'activité pour le patient ? Ou est-ce au patient lui-même de trouver et de mettre du sens dans l'activité ? Autant de questions qui ouvrent la réflexion quant à la pratique professionnelle.

Bibliographie

➤ **Articles**

BROSSERON, Francis. Conscience, signification, sens, signifiante : quelques pistes entre Leontiev et Guillaume. *Psycholinguistics on the threshold of the year 2000*. p. 735-739

BROWN Ted, CHIEN Chi-Wen. Top-down or bottom-up occupational therapy assessment : which way do we go ? *British Journal of Occupational Therapy*, 2010, vol. 73, n°3, p. 95.

FISHER, Anne. Uniting practice and theory in an occupational framework. *American Journal of Occupational Therapy*, 1998, vol. 52, n°7, p. 509-521.

MOREL-BRACQ, Marie-Chantal. Activité et qualité de vie, la théorie du Flow. *Ergothérapies*, décembre 2001, n°4. p. 19-26.

ORSONNEAU, Céline. Potentiel thérapeutique d'activités signifiantes et significatives et réalité virtuelle. *Ergothérapies*, juin 2009, n°34 HS. p. 5-28

PIERCE, Doris. Occupation by Design : Dimensions, Therapeutic Power, and Creative Process. *The American Journal of Occupational Therapy*, 2001, n°55. p. 249-259.

➤ **Chapitres d'ouvrages**

DETRAZ, Marie-Christine. *Le processus d'intervention en ergothérapie*. In : CAIRE, Jean-Michel. Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités. Bruxelles : De Boeck, 2013, p. 136-142. (Ergothérapies).

MOREL-BRACQ, Marie-Chantal. *Cadres conceptuels et modèles appliqués en ergothérapie*. In : Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux, 2^{ème} éd. Paris : De Boeck, 2017, p. 141-150. (Ergothérapies).

➤ **Documents non publiés**

MOREL-BRACQ, Marie-Chantal. *Analyse d'activité et problématisation en ergothérapie : Quelle place peut prendre la problématisation et en particulier la construction du problème dans la formation à l'analyse d'activité en ergothérapie, en relation avec l'analyse de pratique ?* Mémoire de recherche, master CPFE. Bordeaux : Université Victor Segalen Bordeaux 2, UFR des Sciences de l'Homme, Département des sciences de l'éducation, 2006. 55 p.

➤ **Ouvrages**

EGAN Mary, GREEN Mary Clark, GAUDET-AMIGO Gisele. *Découvrir l'occupation : Guide d'apprentissage*. 1^{ère} éd. Ottawa : CAOT Publications ACE, 2005. 86 p.

GENOT C., NEIGER H., LEROY A. *et al.* *Kinésithérapie 1. Principes : bilans, techniques passives et actives de l'appareil locomoteur*. 8^{ème} éd. Paris : Editions Lavoisier, 2009. 153 p.

MEYER, Sylvie. *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. 2^{ème} éd. Lausanne : Editions EESP, 2010. 220 p.

MEYER, Sylvie. *De l'activité à la participation*. 1^{ère} éd. Paris : De Boeck – Solal, 2013. 274 p.

ROGERS, Carl R. *L'approche centrée sur la personne : anthologie de textes présentés par Howard Kirschenbaum et Valérie Land Henderson*. 1^{ère} éd. Genève : Editions Ambre, 2013. 544 p.

SAME, Martine. *Rééducation fonctionnelle et philosophie : une quête commune*. 1^{ère} éd. Saint-Denis : Connaissances et Savoirs, 2016. 107 p.

➤ **Sites internet**

ANFE. *La profession* [en ligne] [référence du 15/03/2017]. Disponible sur : <http://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>

CNRTL. *Définition rééducation* [en ligne] [référence du 04/04/2017]. Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/r%C3%A9%C3%A9ducation>

ENOTHE. *What is ENOTHE* [en ligne] [référence du 01/05/2017]. Disponible sur : <http://enothe.eu/enothe/what-is-enothe-2/>

GONNET, Romane. *De l'intérêt thérapeutique au potentiel thérapeutique : l'adaptation en ergothérapie pour l'application de thérapies protocolisées auprès d'enfant* [en ligne] [référence du 16/05/2017]. Disponible sur : http://ifpek.centredoc.org/opac/doc_num.php?explnum_id=1365

LAROUSSE. *Dictionnaire de français* [en ligne] [référence du 02/05/2017]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

MDPH, le portail dédié aux Maisons Départementales des Personnes Handicapées. *La loi du 11 février 2005* [en ligne] [référence du 08/05/2017]. Disponible sur : http://www.mdpf.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=105:la-loi-du-11-fevrier-2005&catid=49:que-dit-la-loi-&Itemid=74

OMS. *Vos questions les plus fréquentes : comment l'OMS définit-elle la santé ?* [en ligne] [référence du 02/05/2017]. Disponible sur : <http://www.who.int/suggestions/faq/fr/>

VENTURINI, Patrice. *Action, activité, « agir » conjoints en didactique : discussion théorique ».Éducation et didactique* [en ligne] [référence du 02/05/2017]. Disponible sur : <http://educationdidactique.revues.org/1348>

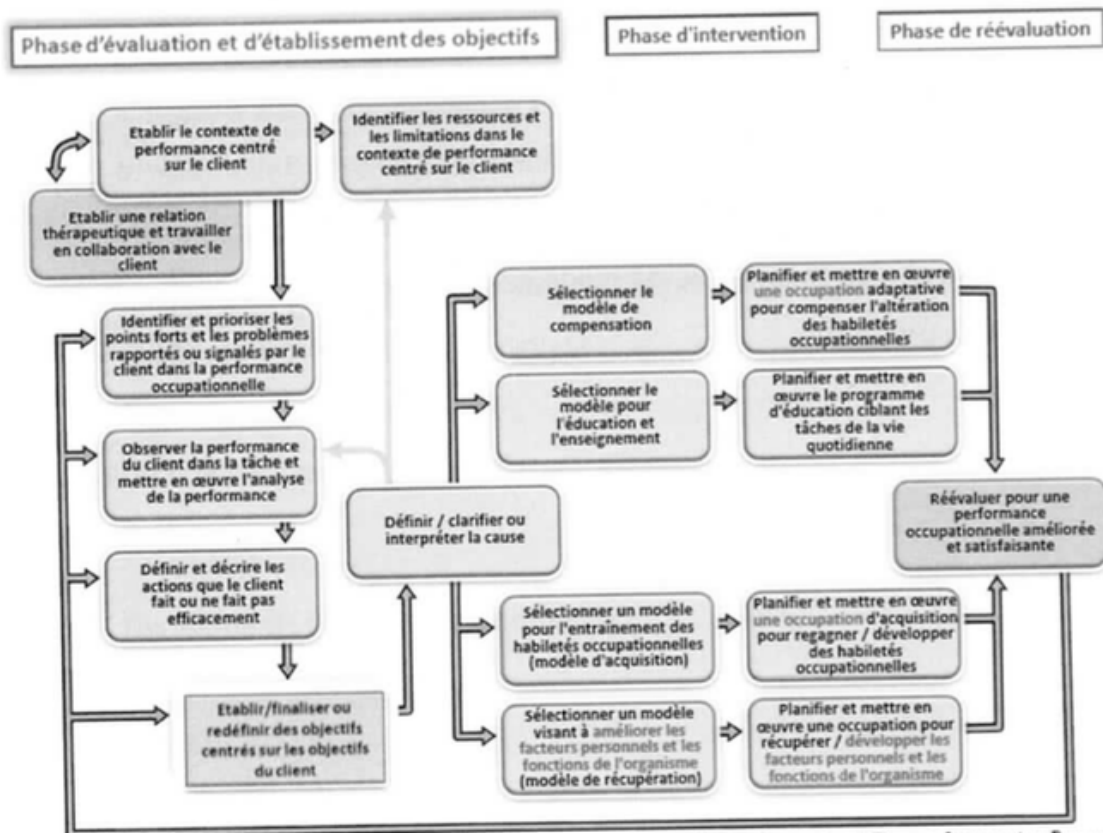
Liste des annexes

Annexe I : Modèle du processus d'intervention en ergothérapie, FISHER (2009)

Annexe II : Questionnaire version complète

Annexe III : Résultats des réponses au questionnaire

Annexe I : Modèle du processus d'intervention en ergothérapie, FISHER (2009)



Modèle du processus d'intervention en ergothérapie. Adapté de A. G. Fisher (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model: A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions*. Ft. Collins CO: Three Star Press.

Annexe II : Questionnaire version complète

Bonjour,

Je suis étudiante en 3ème année d'ergothérapie à l'IFE de Laval. Dans le cadre de mon travail de recherche, je m'intéresse aux activités analytiques et leur utilisation en rééducation en ergothérapie. Je souhaite explorer le potentiel thérapeutique d'une telle activité et sa place dans le processus d'intervention.

Ce questionnaire s'adresse aux ergothérapeutes exerçant ou ayant exercé en rééducation fonctionnelle. Merci de bien vouloir y répondre avant le 7 mai afin que je puisse analyser toutes les réponses. Elles seront traitées de manière strictement anonyme et confidentielle.

Je vous remercie par avance du temps que vous allez accorder à ce questionnaire et ainsi, à mon travail de recherche.

Amélie Lassalle

Renseignements socio-professionnels :

Dans quelle école avez-vous fait vos études ?

En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?

- Avant 2005
- Entre 2005 et 2010
- Après 2010

Dans quel secteur de rééducation pratiquez-vous (*plusieurs réponses possibles*) ?

- Neurologie
- Traumatologie
- Grands brûlés
- Autres

Processus d'intervention et activités analytiques :

1. Comment qualifieriez-vous votre intervention ?

- Top-down (centrée sur la personne et l'occupation)
- Bottom-up (centrée sur le dysfonctionnement/la pathologie)

2. D'après le modèle du processus d'intervention en ergothérapie (OTIPM, Fisher, 2009), une fois votre phase d'évaluation et d'élaboration des objectifs effectuée, vous orientez votre phase d'intervention plutôt vers (*un seul ou plusieurs choix possibles*) :

- Un **modèle de compensation** : planifier et mettre en œuvre une occupation adaptative pour compenser l'altération des habiletés occupationnelles
- Un **modèle d'éducation** : planifier et mettre en œuvre le programme d'éducation ciblant les tâches de la vie quotidienne
- Un **modèle d'acquisition** : planifier et mettre en œuvre une occupation d'acquisition pour regagner/développer des habiletés occupationnelles
- Un **modèle de récupération** : planifier et mettre en œuvre une occupation pour récupérer/développer les facteurs personnels et les fonctions de l'organisme.

3. Si vous utilisez plusieurs des modèles proposés ci-dessus, pouvez-vous préciser dans quel ordre vous les choisissez (exemples : lequel en premier ? lequel en dernier ? lequel après réajustement de l'intervention ?).

Voici quelques définitions pouvant vous guider pour la suite du questionnaire :

- activités analytiques : moyen de rééducation sélective dont la cible est précise : un muscle ou un groupe musculaire ayant généralement la même fonction. L'objectif de ces activités est d'obtenir une réponse motrice optimale.
- activités fonctionnelles : ces activités se proposent de rendre au patient ses capacités réellement fonctionnelles : c'est-à-dire posséder une activité gestuelle précise, harmonieuse, économique et adaptée.
- activités signifiantes et significatives : ce sont des activités qui ont de l'intérêt et de l'importance dans la vie de la personne, elles ont du sens pour elle. Elles ont un lien avec les habitudes de vie, les rôles sociaux et l'environnement de la personne.
- activités écologiques : ce sont des activités habituelles pour la personne et réalisées dans son environnement écologique.

Ces activités comme précédemment définies sont utilisées comme **moyen** de rééducation.

4.1 Pour répondre à vos objectifs et votre modèle d'intervention, quel type d'activités utilisez-vous **majoritairement** lors de votre prise en soin en rééducation ? (*Une seule réponse possible*)

- Activités analytiques
- Activités fonctionnelles
- Activités signifiantes et significatives
- Activités ou mises en situation écologiques
- Autres

4.2. Pouvez-vous préciser dans quel but et pour quels objectifs utilisez-vous plutôt ce type d'activité ?

4.3. Pouvez-vous donner deux exemples d'activités de ce type que vous utilisez ? *(Pas obligatoire)*

5. À quel moment du processus d'intervention en ergothérapie utilisez-vous davantage les **activités analytiques** ? *(Plusieurs choix possibles)*

- Phase d'évaluation
- Début de la rééducation
- Milieu de rééducation
- Fin de rééducation
- Après un réajustement de l'intervention
- A aucun moment

6. À quel moment du processus d'intervention en ergothérapie utilisez-vous davantage les **activités fonctionnelles** ? *(Plusieurs choix possibles)*

- Phase d'évaluation
- Début de la rééducation
- Milieu de rééducation
- Fin de rééducation
- Après un réajustement de l'intervention
- A aucun moment

7. À quel moment du processus d'intervention en ergothérapie utilisez-vous davantage les **activités signifiantes et significatives** ? *(Plusieurs choix possibles)*

- Phase d'évaluation
- Début de la rééducation
- Milieu de rééducation
- Fin de rééducation
- Après un réajustement de l'intervention
- A aucun moment

8. Pensez-vous qu'il existe une hiérarchie/gradation entre activités analytiques, fonctionnelles et signifiantes et significatives ? Si oui, laquelle ?

Commentaires : *pas obligatoire*

Potentiel thérapeutique de l'activité analytique :

Afin d'évaluer le potentiel thérapeutique d'une activité analytique, je vais m'appuyer sur les critères élaborés par Anne Fisher (2008).

Lorsque votre patient réalise une activité analytique, quelle qu'elle soit, pour sa rééducation :

9. Concernant la pertinence écologique, c'est-à-dire le moment et l'endroit où l'occupation est effectuée, s'agit-il :

- d'un exercice obligatoire (environnement artificiel, moment imposé, outils et matériels non familiers)
- d'une occupation naturelle (environnement écologique, moment habituel, outils et matériels normalement à disposition du patient)

10. Qui en est à l'origine ?

- L'ergothérapeute
- Le patient
- Les deux en collaboration

11. Selon vous, pour qui cette activité a-t-elle davantage de sens ?

- Pour l'ergothérapeute
- Pour le patient

Commentaires : *pas obligatoire*

12. Selon vous, l'activité est-elle intéressante pour le patient (0 aucun intérêt – 5 extrêmement intéressante) :

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Commentaires : *pas obligatoire*

13. L'objectif de cette activité est :

- le rétablissement d'une fonction, d'un état
- le rendement occupationnel

14. Le but de réaliser cette activité est :

- non congruent avec les objectifs du patient
- complètement congruent avec les objectifs du patient

15. Concernant l'environnement de cette activité, elle est réalisée :

- dans un contexte artificiel
- dans un contexte naturel pour le patient

Consciente que les réponses aux prochaines questions sont largement subjectives et varient d'un patient à l'autre, je vous remercie de bien vouloir donner en guise de réponse une appréciation de votre ressenti ou de votre vision de la situation et ainsi une réponse approximative.

16. Pensez-vous que la personne comprenne le but de l'activité ? (0 ne comprend pas du tout – 5 comprend parfaitement)

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Commentaires : *pas obligatoire*

17. Selon vous, la personne ressent-elle du plaisir lors de la réalisation de cette activité ? (0 pas du tout de plaisir – 5 beaucoup de plaisir)

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Commentaires : *pas obligatoire*

18. Selon vous, la personne semble-t-elle satisfaite lors de la réalisation de cette activité ? (0 pas du tout satisfait – 5 très satisfait)

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Commentaires : *pas obligatoire*

19. Comment évalueriez-vous l'engagement de la personne dans cette activité ? (0 pas du tout engagée – 5 très engagée)

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Commentaires : *pas obligatoire*

20. Pensez-vous que cette activité apporte un ressourcement, une énergie à la personne ?

- Pas du tout
- Un peu
- Oui
- Beaucoup

Commentaires : *pas obligatoire*

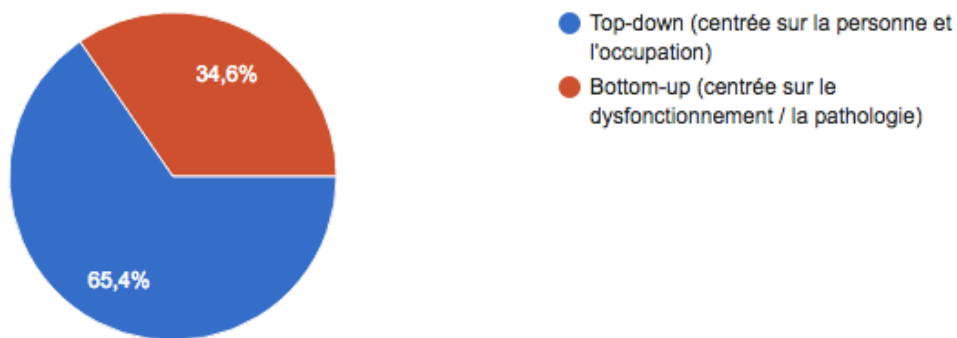
21. Avez-vous des commentaires, des interrogations, des suggestions ou des propositions d'amélioration concernant ce questionnaire ou les activités analytiques en général ?

Merci de votre participation et de votre contribution à mon travail de recherche.

Annexe III : Résultats des réponses au questionnaire

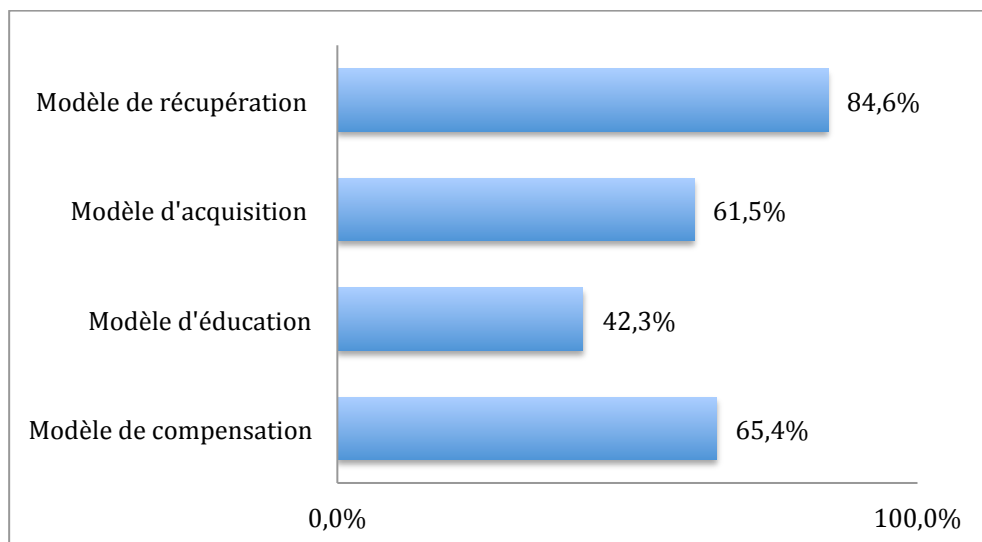
Processus d'intervention et activités analytiques :

1. Comment qualifieriez-vous votre intervention ?



Graphique 1 : Approche de l'intervention

2. D'après le modèle du processus d'intervention en ergothérapie (OTIPM, Fisher, 2009), une fois votre phase d'évaluation et d'élaboration des objectifs effectuée, vous orientez votre phase d'intervention plutôt vers :

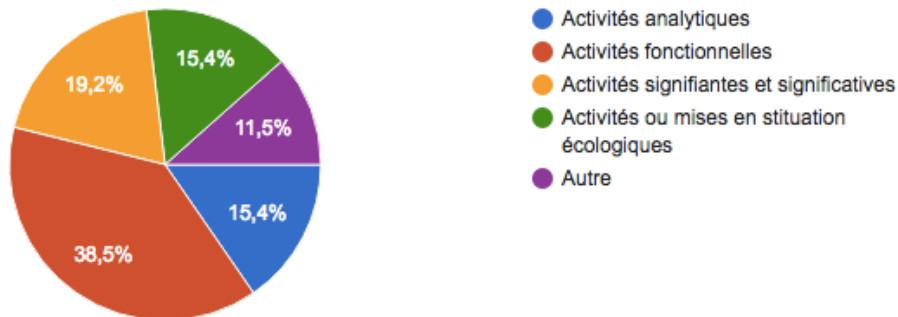


Graphique 2 : Synthèse des choix des modèles orientant la phase d'intervention

3. Si vous utilisez plusieurs des modèles proposés ci-dessus, pouvez-vous préciser dans quel ordre vous les choisissez (exemples : lequel en premier ? lequel en dernier ? lequel après réajustement de l'intervention ?).

- 1) On essaye de récupérer avant de compenser ;
- 2) Modèle de récupération et d'acquisition dans un 1er temps puis modèle de compensation en lien avec l'évolution globale du patient ;
- 3) Premier : modèle d'éducation ;
- 4) Acquisition ;
- 5) 4 : surtout pour la population Alzheimer, 1 : en cours et moyen terme de rééducation fonctionnelle, 2 : moyen terme et long terme de rééducation fonctionnelle ;
- 6) Récupération - acquisition - compensation ;
- 7) Cela dépend de la personne concernée et de sa situation ;
- 8) 1- Acquisition, 2 - Education ;
- 9) Acquisition, éducation puis compensation ;
- 10) Récupération puis compensation ;
- 11) En premier : modèle de récupération (moteur), modèle de compensation et d'éducation (soit dans un deuxième temps au point de vu moteur si absence de récupération ou presque plus de récupération observée), au niveau cognitif, je suis tout de suite en modèle de compensation généralement ;
- 12) Récupération, acquisition, compensation, éducation ;
- 13) Modèle d'acquisition puis compensation ;
- 14) Modèle de récupération et d'acquisition selon les objectifs de la personne et modèle de compensation si il ne peut pas récupérer ;
- 15) Je les utilise le plus souvent en parallèle dans les pathologies neurologiques mais en traumatologie je commence plus souvent avec le modèle de récupération et je passe au modèle d'éducation dès que la récupération le permet ;
- 16) Modèle de récupération en premier et puis de compensation, et d'éducation chez les adultes. Chez les enfants, modèle de récupération ou d'acquisition et puis de compensation et d'éducation ;
- 17) 1, 2, 3, 4 ;
- 18) 1 : récupération, 2 : éducation, 3 : compensation ;
- 19) Ça dépend de la personne et de ses besoins ;
- 20) Cela dépend de la pathologie et des attentes du patient. Si il souhaite un gain précis et un objectif précis ce sera plutôt le 2ème. Si il a des souhaits plus globaux et surtout un désir de qualité de vie ce sera le 1^{er} ;
- 21) 1 : Récupération/acquisition, 2 : Compensation ;
- 22) le premier en premier car on récupère et ensuite on compense.

4.1 Pour répondre à vos objectifs et votre modèle d'intervention, quel type d'activités utilisez-vous majoritairement lors de votre prise en soin en rééducation ?



Graphique 3 : Synthèse du type d'activités majoritairement utilisées lors de la prise en soin en rééducation

4.2. Pouvez-vous préciser dans quel but et pour quels objectifs utilisez-vous plutôt ce type d'activité ?

- Activités analytiques :

- 1) Récupération d'une fonction motrice ;
- 2) Comme prérequis pour préparer la phase de moyen et long terme en rééducation. Durée de séjour court dans ma structure donc je réalise de l'analytique 2/3 du temps de séjour de la personne. En HDJ, je suis plus sur des activités fonctionnelles ;
- 3) Stimulation neuro-motrice ;
- 4) Manque de temps et de moyens.

- Activités fonctionnelles :

- 1) Prise de conscience des capacités ;
- 2) Récupérer les amplitudes articulaires pour travailler l'ensemble du geste dans des mouvements aisément transposables dans la vie quotidienne ;
- 3) On a plus facilement l'adhésion du patient ainsi ! L'analytique reste très flou pour un grand nombre (en neurologie centrale), alors qu'avec le fonctionnel, le patient comprend vite où on veut en venir. Ils me disent souvent aussi que c'est "moins ennuyeux" ;
- 4) Je suis sur un secteur d'HDJ, donc les activités analytiques ont souvent été proposées durant la phase d'hospitalisation complète ;
- 5) LI (?) ;
- 6) Récupération ;

- 7) Favoriser la fonctionnalité des membres supérieurs dans un but de gain d'autonomie ;
- 8) Pour moi c'est difficile de n'en choisir qu'une, elles découlent les unes des autres, pour arriver à une activité significative en post AVC quand la personne n'a aucune motricité il faut d'abord passer par une activité analytique ou fonctionnelle donc selon l'évolution de mon patient je peux toutes les utiliser ;
- 9) Récupération des gestes fonctionnels ;
- 10) C'est entre l'analytique et le significatif.

- Activités signifiantes et significatives :

- 1) J'utilise plutôt ces activités car elles permettent au patient de mieux adhérer à sa prise en charge et de mieux comprendre les objectifs de l'ergothérapeute ;
- 2) Plus pertinent dans la prise en soin globale du patient et plus intéressant et parlant pour ce dernier ;
- 3) Pour pouvoir répondre au projet du patient (quand c'est possible!) ;
- 4) Pour à peu près tous les objectifs, nous tentons de trouver une activité signifiante pour la personne afin qu'elle s'investisse et qu'elle soit motivée dans sa rééducation et nous aménageons l'activité de manière à ce que l'exercice est un intérêt fonctionnel pour qu'une fois la fonctionnalité du geste retrouvée nous puissions mettre en place des activités écologiques ;
- 5) Je n'utilise jamais uniquement ce type d'activité mais en complément car il permet adhésion du patient, transfert des acquis.

- Activités ou mises en situation écologiques :

- 1) Evaluation écologique des besoins, des compensations à mettre en place. Ce type d'activité permet d'être au plus juste des habitudes de la personne ;
- 2) Maintien des capacités restantes ;
- 3) S'approcher au maximum du quotidien du patient et lui permettre de participer puis d'agir de façon autonome dans les AVQ. Les AIVQ et activités significatives et signifiantes viendront à mon sens en second lieu ;
- 4) Plus signifiant pour la personne.

- Autres :

- 1) Tout ces types d'activités : en fonction du moment de la prise en charge et des objectifs ;
- 2) Activités écologiques, activités fonctionnelles, activités analytiques : les activités analytiques en début de rééducation pour renforcer un mouvement adapté.

Puis des activités fonctionnelles pour acquérir un mouvement adapté et enfin des activités écologiques pour finaliser l'acquisition et gérer les habitudes ;

3) Activités analytiques et signifiantes : dans le but de retrouver une indépendance fonctionnelle.

4.3. Pouvez-vous donner deux exemples d'activités de ce type que vous utilisez ?

- Activités analytiques :

- 1) Déplacements d'objets, préhension de tout type ;
- 2) Mikado et solitaire pour les prises pulpo-pulpaire ;
- 3) Déplacer des cônes, des anneaux.

- Activités fonctionnelles :

- 1) Jeux de société, cuisine ;
- 2) Jeu de solitaire agrandi, arbre à épingles ;
- 3) Travail du graphisme, utilisation de jeux de société ;
- 4) Jeux de société, menuiserie ;
- 5) Exercice de préhension d'objets moyens ou fins, à déplacer et positionner, un exercice de coordination bimanuelle pour solliciter le membre lésé en complément du membre sain (chez l'hémiplégique en cours de récupération) comme un mécano grossier ou un exercice de construction ;
- 6) Faire une tour de KAPLA pour gagner au niveau de l'opposition du pouce et des doigts longs, utiliser la WII notamment WII fit pour le travail de l'équilibre ;
- 7) Prendre des grains dans un bacs avec verre d'eau et les verser dans un autre bac (travail de préhension (prise du verre), travail d'orientation du geste), couper boudin de pâte thérapeutique avec couteau/fourchette et mimer l'approche à la bouche (travail de la prise directionnelle, du mouvements de découpe, direction du geste) ;
- 8) Cela dépend trop des patients.

- Activités signifiantes et significatives :

- 1) Activité jardin pour une personne qui avait cette activité auparavant et souhaite la reprendre. Travail du transfert fauteuil roulant/WC car c'est la demande principale du patient au niveau de son gain d'autonomie ;
- 2) Activité manuelle pour une patiente qui veut reprendre cette activité, activité sur l'ordinateur pour pouvoir reprendre son travail ;

3) Tout dépend de ce qui attrait à la personne concernée, on s'adapte ;

4) Loisirs (patients ramènent leur matériel : point de croix etc.), cuisine/menuiserie/etc. en fonction des habitudes.

- Activités ou mises en situation écologiques :

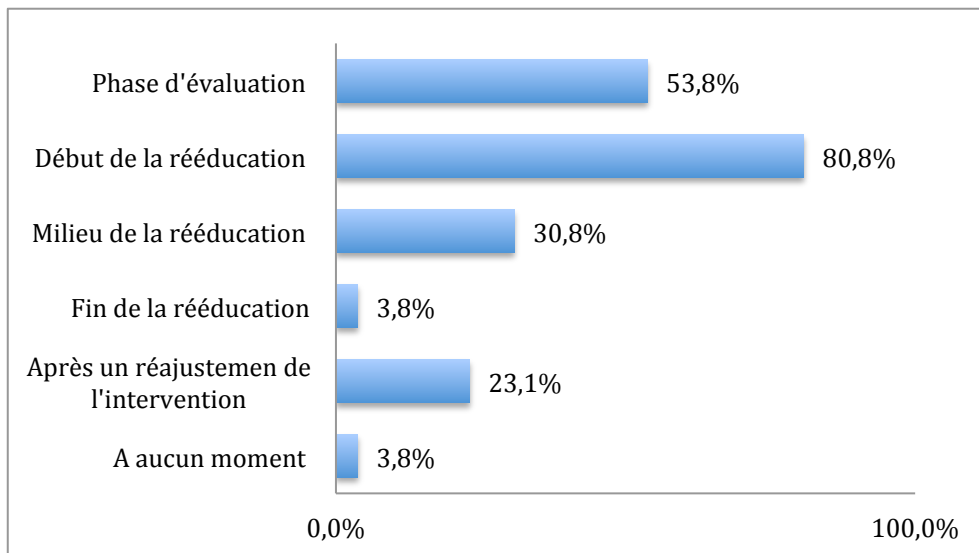
1) Conduite, courses, préparation repas ;

2) Atelier cuisine, atelier décoration ;

3) Cuisine thérapeutique, autonomie à la toilette ;

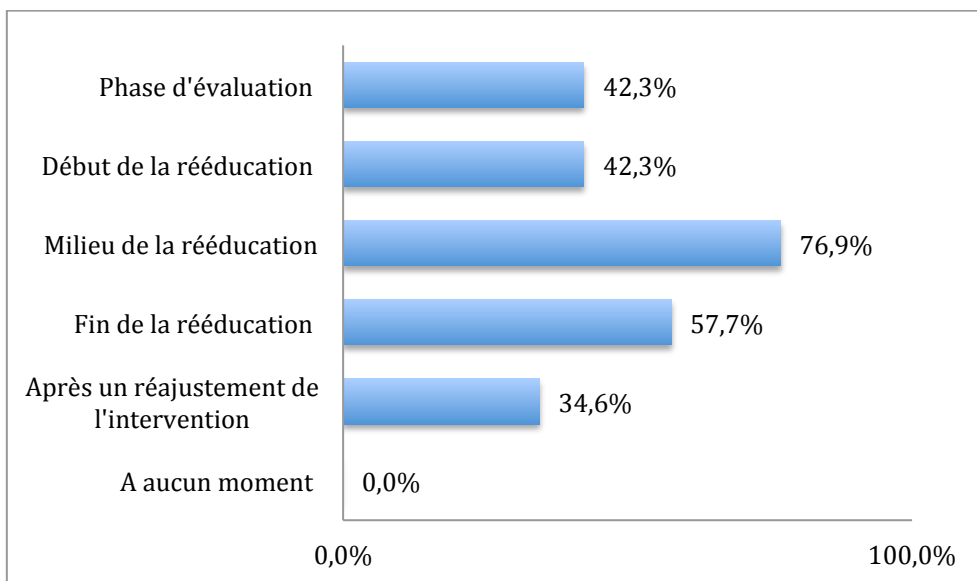
4) Mise en situation cuisine, déplacement en ville, mise en situation en appartement témoin.

5. À quel moment du processus d'intervention en ergothérapie utilisez-vous davantage les activités analytiques ?



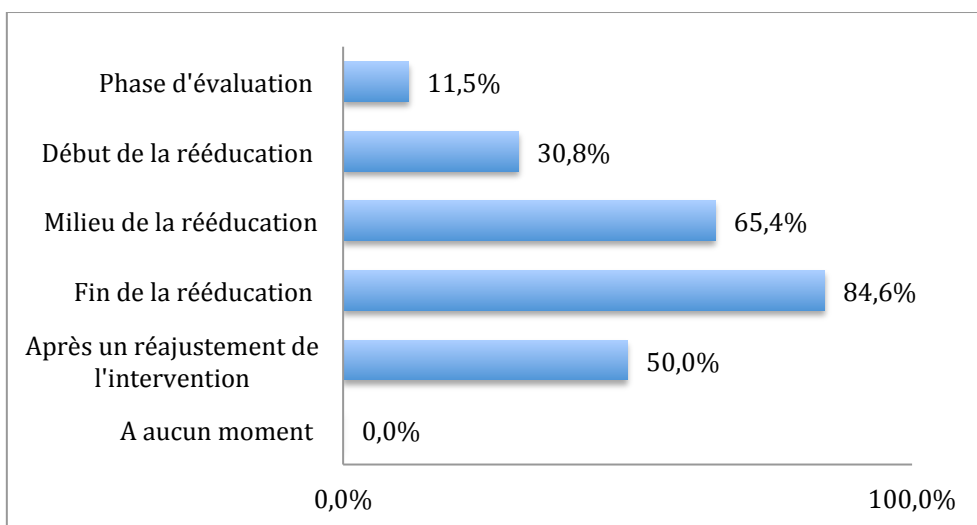
Graphique 4 : Moments de l'intervention où les activités analytiques sont privilégiées

6. À quel moment du processus d'intervention en ergothérapie utilisez-vous davantage les activités fonctionnelles ?



Graphique 5 : Moments de l'intervention où les activités fonctionnelles sont privilégiées

7. À quel moment du processus d'intervention en ergothérapie utilisez-vous davantage les activités signifiantes et significatives ?



Graphique 6 : Moments de l'intervention où les activités signifiantes et significatives sont privilégiées

8. Pensez-vous qu'il existe une hiérarchie/gradation entre activités analytiques, fonctionnelles et signifiantes et significatives ? Si oui, laquelle ?

Réponses positives	Réponses négatives	Réponses partagées
Oui (x4)	Non (x3)	Un peu oui mais j'imagine qu'il doit y avoir plusieurs écoles. L'activité analytique arrive en premier lieu. Il est question de cibler le déficit moteur au travers d'une activité qui me servira ici d'évaluation. Pas forcément de hiérarchie chronologique dans une PEC entre activité fonctionnelle et signifiante et significative, bien que cette dernière a bien plus de sens pour le patient et donc sera choisie en premier lieu si le contexte d'hospitalisation (état physique et moral du patient - moyens matériels dans la structure) le permet.
Les activités significatives (hors AVQ élémentaires) viennent souvent dans un second temps.	Non, pas forcément, c'est en fonction du parcours de chaque patient que j'utilise l'une ou l'autre de ces activités.	En début de rééducation, je stimule au maximum la récupération neuro-motrice (neuro-motrice, attention, praxies...), plus une évaluation de la réalisation des transferts, prise de repas, réalisation soins personnels... En parallèle, s'il y a une récupération suffisante je peux proposer une activité artisanale mosaïque vannerie menuiserie ... VAD en milieu de séjour pour évaluer les possibilités de weekend thérapeutique.
L'analytique est une base, afin de récupérer les fonctions quand il en est encore temps. Les activités fonctionnelles, souvent proposées en 2e partie de séance, servent à étayer l'analytique et à gagner en mouvement global.	Non tout dépend des besoins du patient et du réajustement lors de la prise en soin.	Je pense que l'activité analytique sert surtout à parfaire un mouvement très précis mais ne permet pas à elle seule d'accompagner la personne dans un retour à la vie quotidienne.

<p>Oui, analytique, fonctionnelle et signifiante bien qu'elles puissent se juxtaposer.</p>	<p>Non pas spécialement. Leur utilisation dépend beaucoup du type de pathologie, mais aussi du patient. Aussi, à mon sens, une activité fonctionnelle peut aussi être signifiante. Un classement semble donc complexe.</p>	<p>Selon l'évaluation initiale de la personne (déficiences, incapacités/capacités), le choix sera porté sur le type d'activités le plus adapté et pertinent pour la personne à un moment donné. Selon l'évolution au cours de la rééducation, des activités fonctionnelles pourront être davantage mises en œuvre pour optimiser l'autonomie de la personne dans son quotidien. Dans la mesure du possible, un intérêt est porté pour proposer des activités fonctionnelles qui soient signifiantes et/ou significatives pour la personne, afin de stimuler également sa motivation et favoriser sa congruence dans le processus de rééducation, malheureusement certaines activités signifiantes ne sont pas réalisables (contraintes matérielles, ou temporelles comme la durée de séjour) ou ne peuvent être mises en place dans l'institution (contraintes organisationnelles de la structure) pour accompagner la personne dans ce type d'activités.</p>
<p>Analytique si besoin mais pas toujours. Puis fonctionnelle puis significative et écologique. Bien que pour moi les trois dernières catégories peuvent se regrouper et arrivent plus en même temps qu'à la suite.</p>	<p>Non, tout dépend de la personne, de ses activités, des possibilités du centre de rééducation.</p>	<p>Du mieux au moins bien : 1 écologique, 2 signifiante, 3 fonctionnelle et significative, 4 analytique.</p>
<p>Oui, suivant l'évolution et la récupération du patient.</p>	<p>Non, ça va dépendre de la pathologie, et surtout du potentiel de récupération.</p>	<p>Je ne comprends pas le sens de la question.</p>

Oui selon l'acceptation du patient et son lien avec la récupération.	Non dépend du patient et des besoins.	Récupération.
--	---------------------------------------	---------------

Tableau 1 : Synthèse des réponses à la question n°8

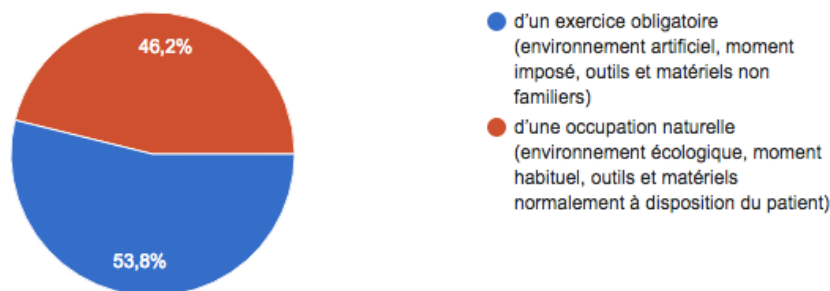
Commentaires :

- 1) Tout dépend de la récupération initiale lors de l'arrivée du patient ;
- 2) Dans le même ordre que donné dans ta question. Après, cela peut être nuancé par les objectifs de la personne ainsi que son projet de vie ;
- 3) Dans la pratique, les activités significatives sont davantage proposées à la fin de la prise en soin, afin si besoin de les réadapter, et d'évaluer la coordination de la personne ;
- 4) Le choix des activités dépend beaucoup de la personnalité de l'ergothérapeute et de la demande du patient ;
- 5) Les différents types d'activités dépendent des objectifs de la personne et de ses désirs ;
- 6) D'abord travailler l'analytique, pour pouvoir travailler le fonctionnel et transposer dans la vie de tous les jours avec les activités signifiantes ;
- 7) Je l'ai expliqué précédemment.

Potentiel thérapeutique de l'activité analytique :

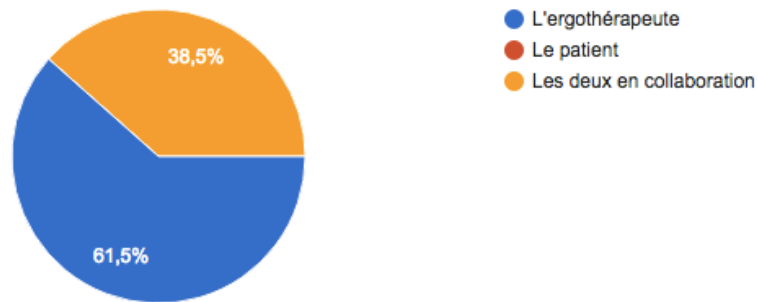
Lorsque votre patient réalise une activité analytique, quelle qu'elle soit, pour sa rééducation :

9. Concernant la pertinence écologique, c'est-à-dire le moment et l'endroit où l'occupation est effectuée, s'agit-il :



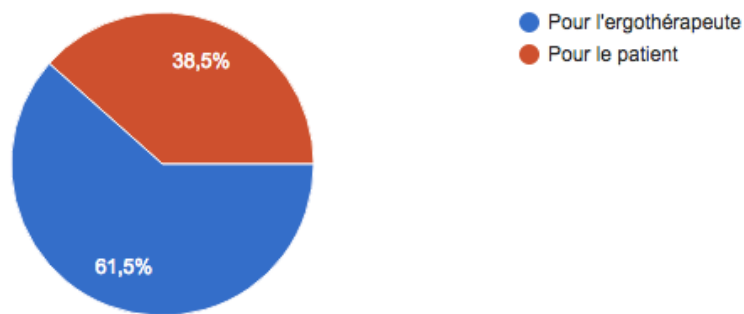
Graphique 7 : Pertinence écologique de l'activité analytique

10. Qui en est à l'origine ?



Graphique 8 : Personne à l'origine de l'activité analytique

11. Selon vous, pour qui cette activité a-t-elle davantage de sens ?



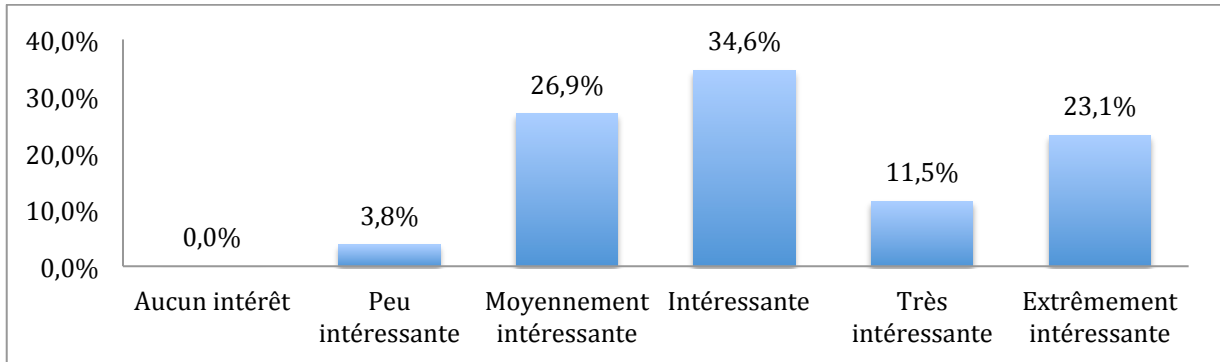
Graphique 9 : Personne pour laquelle l'activité analytique a davantage de sens

Commentaires :

- 1) Cela permet de cibler notre intervention ;
- 2) J'aurais préféré répondre en milieu écologique et que l'activité a du sens pour le patient et non pour moi. Mais on arrive vite à une limite contextuelle. Suivant la structure dans laquelle vous exercez, les moyens différents et les activités sont plus ou moins réalisables ;
- 3) Pas toujours évident d'en faire une occupation naturelle. C'est l'idéal pour avoir un sens pour le patient (si pas d'anosognosie) ;
- 4) Il est nécessaire d'expliquer la démarche afin de favoriser l'adhésion du patient à l'exercice ;
- 5) Les commentaires de patients font remarquer que les exercices analytiques sont davantage compris que les exercices fonctionnels (ex. renforcement des extenseurs du poignet par série de mouvements répétés, contre déplacements d'objets en gardant l'extension de poignet), sur lequel il est plus difficile de repérer l'intérêt de l'activité par le patient sans information du thérapeute ;

- 6) Je ne sais plus si nous parlons d'activité analytique/écologique ou un mix des deux... ;
- 7) Ca dépend des cas ;
- 8) 1^{ère} question mal posée car je ne comprend pas le sens ni la suite car je ne sais pas de quoi on parle.

12. Selon vous, l'activité est-elle intéressante pour le patient (0 aucun intérêt – 5 extrêmement intéressante) :

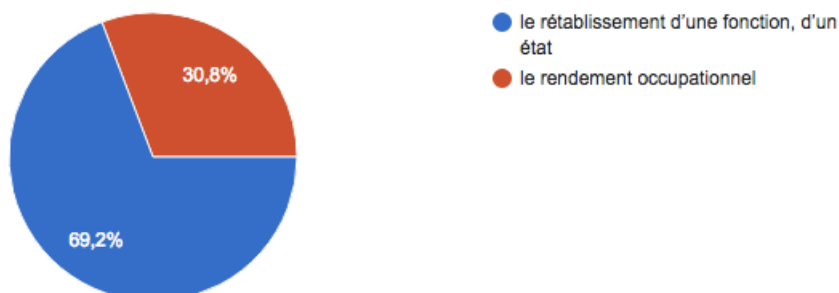


Graphique 10 : Intérêt de l'activité analytique pour le patient

Commentaires :

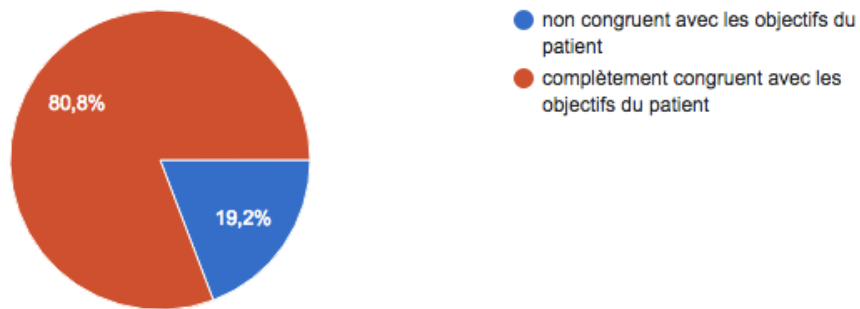
- 1) Il repère lui aussi ses déficits donc ce n'est pas complètement inintéressant pour lui. Cela lui permet de s'investir davantage dans sa rééducation que de comprendre je pense. Mais ce n'est pas grâce à l'activité en elle même mais grâce à ce qu'elle a révélé ;
- 2) L'activité écologique peut avoir du sens. L'activité analytique n'est pas toujours comprise et intéressant pour le patient (il est donc important d'expliquer à chaque fois les exercices aux patients ;
- 3) J'essaie de mettre en place le moins possible d'activité "analytique" alors mes réponses ne correspondent pas à la réalité. A aucun moment je peux cocher une case disant que je ne réalise pas d'activité analytique avec mes patients.

13. L'objectif de cette activité est :



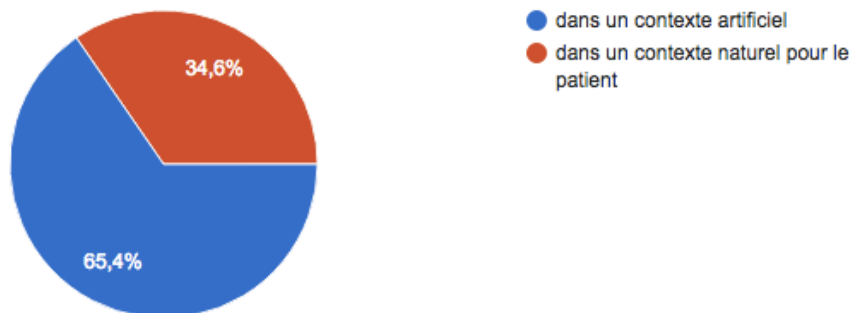
Graphique 11 : Objectif de l'activité analytique

14. Le but de réaliser cette activité est :



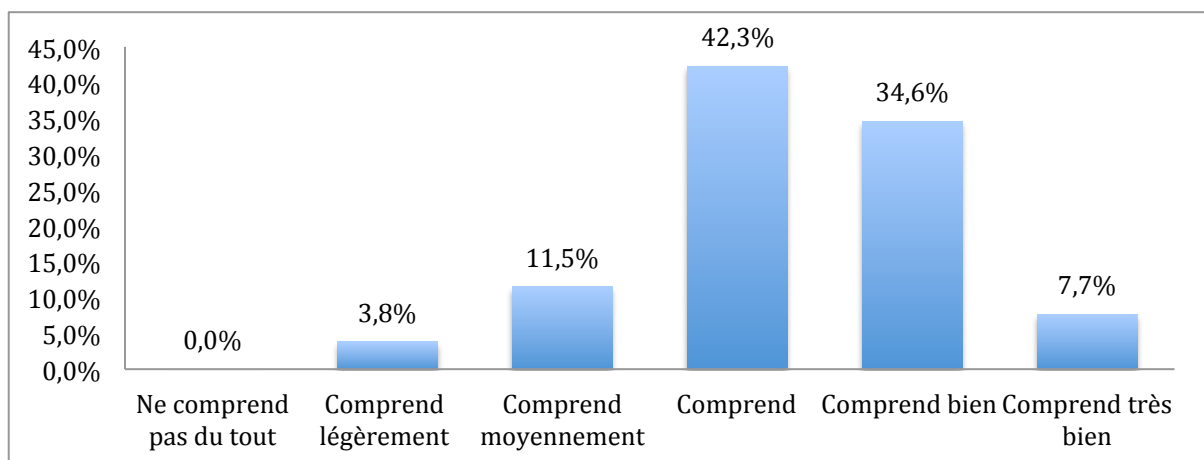
Graphique 12 : Congruence de l'activité analytique avec les objectifs du patient

15. Concernant l'environnement de cette activité, elle est réalisée :



Graphique 13 : Environnement dans lequel est réalisée l'activité analytique

16. Pensez-vous que la personne comprenne le but de l'activité ? (0 ne comprend pas du tout – 5 comprend parfaitement)

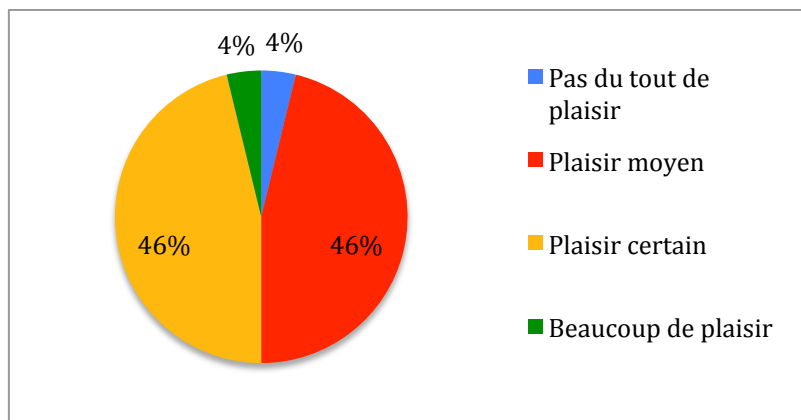


Graphique 14 : Compréhension du but de l'activité analytique par le patient

Commentaires :

- 1) Cela dépend aussi du niveau social et de l'impact des troubles cognitifs ;
- 2) Parce que je prends soin de le lui expliquer. Sans cela, ce n'est pas dit qu'il comprenne justement ;
- 3) Il peut le comprendre si cela lui est expliqué clairement et si cela correspond à une phase de son parcours et non pas à la totalité ;
- 4) Pas toujours mais c'est quand même mieux.

17. Selon vous, la personne ressent-elle du plaisir lors de la réalisation de cette activité ? (0 pas du tout de plaisir – 5 beaucoup de plaisir)

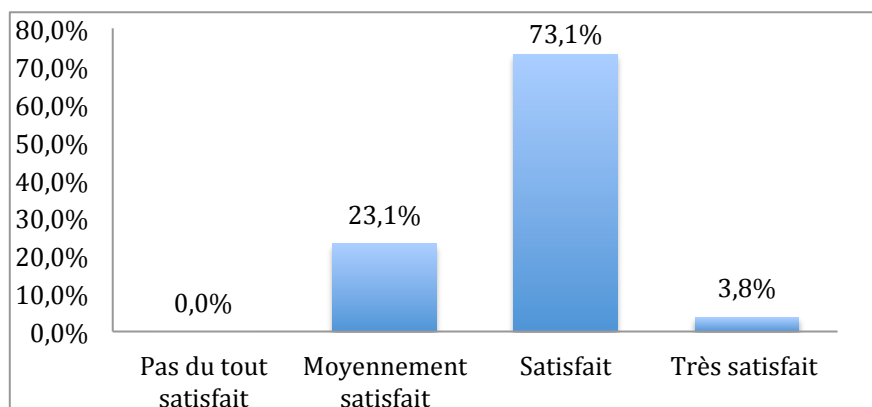


Graphique 15 : Plaisir ressenti par le patient lors de la réalisation d'une activité analytique

Commentaires :

- 1) Cette activité peut le mettre en échec. D'où l'important d'apporter une contenance pour le patient et de l'accompagner étape par étape.

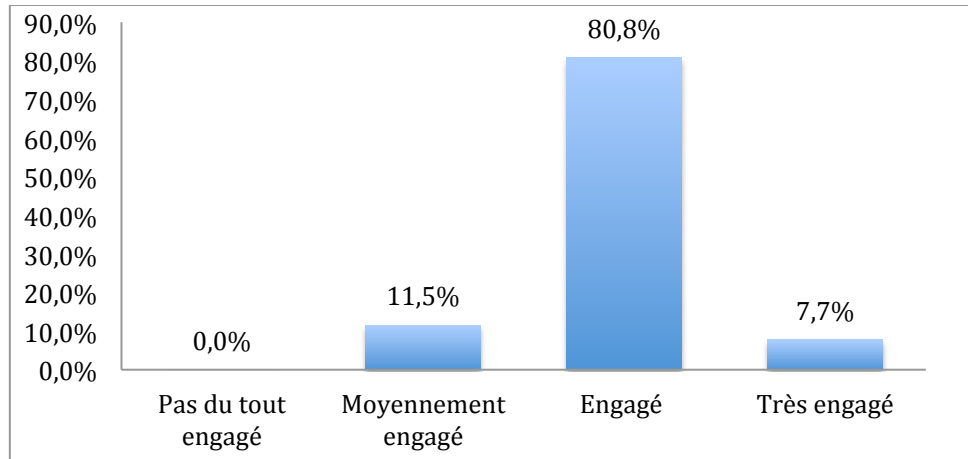
18. Selon vous, la personne semble-t-elle satisfaite lors de la réalisation de cette activité ? (0 pas du tout satisfait – 5 très satisfait)



Commentaires :

1) Sa satisfaction dépend du fait qu'elle réussisse ou non l'exercice.

19. Comment évalueriez-vous l'engagement de la personne dans cette activité ? (0 pas du tout engagée – 5 très engagée)



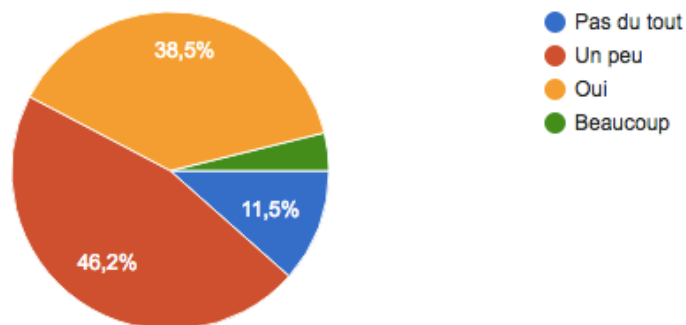
Graphique 17 : Engagement du patient lors de la réalisation d'une activité analytique

Commentaires :

1) Dépend du patient, du moment, de son état thymique ...

20. Pensez-vous que cette activité apporte un ressourcement, une énergie à la personne ?

(Beaucoup = 3,8%)



Graphique 18 : Ressourcement procuré par la réalisation d'une activité analytique

Commentaires :

1) Sous condition de récupération ;

2) Valorisation ;

3) Ce n'est pas une activité qui pour lui a nécessairement du sens.

21. Avez-vous des commentaires, des interrogations, des suggestions ou des propositions d'amélioration concernant ce questionnaire ou les activités analytiques en général ?

1) Dans mon secteur d'intervention (AVC principalement), l'analytique reste rare. Il me sert au tout début de la prise en soins ou alors pour corriger un mouvement mal effectué (compensations, syncinésies...). Je préfère largement le fonctionnel et les mises en situation écologiques, bien plus motivantes pour le patient, et complètes en terme de rééducation. L'analytique reste cependant important comme dit précédemment, et ne peut être négligé ;

2) Bon courage ;

3) Est ce que l'on autorise les ergothérapeutes à réaliser dans leur service des activités fonctionnelles et/ou écologique ;

4) Comme dit précédemment : j'essaie de mettre en place le moins possible d'activité "analytique" alors mes réponses ne correspondent pas à la réalité. A aucun moment je peux cocher une case disant que je ne réalise pas d'activité analytique avec mes patients, c'est dommage ;

5) Non.

Activité analytique en rééducation :

Intérêts et limites dans le processus d'intervention en ergothérapie

Résumé :

Aujourd'hui, la pratique en ergothérapie est centrée sur l'occupation. Elle est donc qualifiée de top-down, en opposition à l'approche bottom-up, centrée sur la pathologie. Le processus d'intervention en ergothérapie, décrit par Anne Fisher, s'appuie sur cette approche afin de proposer un accompagnement de qualité. Pour cela, l'ergothérapeute dispose notamment d'un moyen thérapeutique privilégié qui est l'activité. Il en existe alors différents types, possédant chacun un potentiel thérapeutique plus ou moins important : activité analytique, activité fonctionnelle, activité écologique, et activité signifiante et significative. Bien que ces dernières soient favorisées, les activités analytiques, apparentées à une approche bottom-up, restent tout de même utilisées dans la pratique. Alors, ce travail de recherche s'intéresse à la place des activités analytiques dans le processus d'intervention en ergothérapie en rééducation, mais également à leur hypothétique potentiel thérapeutique. Il a ainsi pour ambition d'appréhender les intérêts et les limites d'une telle activité. Un questionnaire a été proposé à différents ergothérapeutes exerçant en rééducation afin de recueillir leur avis concernant ce sujet. À l'issue de cette enquête, il apparaît que les points de vue restent très partagés.

Mots clés : activité analytique, approche top-down, potentiel thérapeutique, processus d'intervention en ergothérapie, rééducation.

Abstract :

Nowadays, the occupational therapy practice is occupation-focused. It is then considered as top-down, in opposition to bottom-up approach, which is disease-focused. The occupational therapy intervention process, described by Anne Fisher, draws on this approach in order to offer a support of quality. To this end, the occupational therapist has in particular one privileged therapeutic means : the activity. There are various types, which all have a more or less important therapeutic power: analytical activity, functional activity, ecological activity and meaningful activity. Although the last one is put upfront, analytical activities, related to bottom-up approach, are still being used in practice. This study is then looking into the place of analytical activities in the occupational therapy intervention process in rehabilitation, but also into their hypothetical therapeutic power. The objective of this study is to grasp interests and limits of this type of activities. A questionnaire has been suggested to different occupational therapists working in rehabilitation in order to collect their opinion about this subject. After this investigation, it seems that their opinions are strongly divided.

Key words : analytical activity, top-down approach, therapeutic power, occupational therapy intervention process, rehabilitation.