

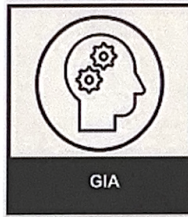
**Attestation d'utilisation de l'intelligence artificielle générative**

**Mémoire d'initiation à la recherche**

Je soussignée GICQUEL Alizée.....  
 .....atteste



Ne pas avoir eu recours  
à l'IA



Avoir généré ce travail  
par l'IA



Avoir utilisé partiellement  
l'IA

Si vous avez utilisé l'IA c'est à des fins de :

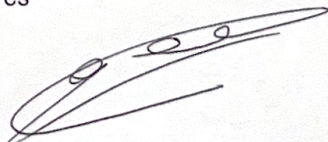
	Nom du/des sites utilisé(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Corrections orthographiques	Scribbr
<input type="checkbox"/> Formulations – reformulations	
<input type="checkbox"/> Créations de titres	
<input type="checkbox"/> Structurations de paragraphes	
<input type="checkbox"/> Recherche de thématiques	
<input type="checkbox"/> Recherche de bibliographie	
<input type="checkbox"/> Autre(s), précisez :	

Je certifie avoir vérifiés et corrigés l'ensemble du contenu et en assumer l'entière responsabilité.

Le 22 mai 2026....

A Saint Sébastien de Noersent

Signatures







## *Remerciements*

---

À ces trois années, intenses et riches en émotions, qui m'ont fait grandir et vont me permettre d'exercer le passionnant métier d'ergothérapeute. Merci.

Je tiens tout d'abord à remercier ma maîtresse de mémoire, Catherine Chanet, pour son écoute, ses précieux conseils et sa bienveillance durant ces longs mois d'écriture et de recherche.

Je remercie, également, les quatre ergothérapeutes ayant accepté de réaliser un entretien pour la partie expérimentale de ce mémoire. Leurs expériences et points de vue ont permis d'enrichir ma réflexion aussi bien pour cette étude que pour ma pratique future.

Tout particulièrement, je souhaite remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'institut de formation de La Musse pour son soutien et sa présence durant ces trois années et principalement M. Schabaille Arnaud pour sa disponibilité sans faille et ses précieux conseils, tous plus enrichissants les uns que les autres, Mme Cordier Christelle pour son écoute et sa bienveillance quotidienne et enfin Mme Boishus Delphine et Mme Louvet Julie pour leurs encadrements durant cette éprouvante année.

Un grand merci à Hugo, qui a pris de son temps pour écouter mes craintes et me rassurer dans cet exercice. Ses conseils, sa gentillesse et sa pédagogie m'ont été d'une grande aide lorsque tout semblait flou.

Je tiens à remercier mes amies de promotion, mes futures collègues, Anaëlle, Pauline et Juliette, pour tous ces moments partagés, ces fous rires et souvenirs créés durant ces trois ans. Vous avez embelli mon expérience mussienne.

Et pour finir, j'ai une immense reconnaissance envers mes parents qui m'ont permis de vivre cette aventure. Ils ont été d'un soutien sans faille en m'encourageant et en croyant en moi. Vous êtes ma force au quotidien. Alors, merci maman, merci papa.

« *Agir, c'est modifier la figure du monde* »

Jean-Paul Sartre

# SOMMAIRE

---

## Table des matières

<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>Cadre contextuel</b>	<b>2</b>
<b>Cadre conceptuel</b>	<b>3</b>
<b>A. L'émergence d'un concept : le « dark side of occupation »</b>	<b>3</b>
1. Définition et étymologie	3
2. Différences entre addiction et habitude de vie	5
3. Le principe d'équilibre occupationnel	6
<b>B. L'ergothérapeute, spécialiste de l'occupation</b>	<b>7</b>
1. Qu'est-ce que l'ergothérapie ?	7
2. Une vision holistique propre à la profession	9
3. La place des dark occupations dans les modèles du MOH et du MCREO	10
4. Des occupations émergentes dans une société en mouvement	12
<b>C. L'éthique, la législation et le cadre institutionnel hospitalier : rôles et obligations de l'ergothérapeute</b>	<b>14</b>
1. L'éthique en ergothérapie	14
a. Notion d'éthique	14
b. L'éthique dans la pratique française	15
2. La législation française	16
a. La cohabitation entre santé et interdit	16
b. Les lois dans la pratique de l'ergothérapie	17
3. Le cadre institutionnel hospitalier	18
a. Les Agences Régionales de Santé	19
b. Les chartes individuelles hospitalières	20
<b>Cadre méthodologique</b>	<b>22</b>
<b>A. Problématisation</b>	<b>22</b>
<b>B. Description de la méthodologie de recherche utilisée</b>	<b>23</b>
1. Méthode de recherche retenue pour ce travail	23
2. Choix de la population	24
a. Critère d'inclusion de la population cible	24
b. Recrutement des ergothérapeutes	24

3.	Choix de l'outil méthodologique	25
a.	Le profil de l'ergothérapeute	25
b.	Utilisation de modèles conceptuels	26
c.	L'équilibre et le déséquilibre occupationnels	26
d.	Les dark occupations dans les prises en soin de l'ergothérapeute	26
e.	Conclusion et ouverture	26
<b>Cadre expérimental</b>		<b>27</b>
<b>A. Réalisation des entretiens</b>		<b>27</b>
<b>B. Profils des ergothérapeutes participants à la recherche</b>		<b>27</b>
<b>C. Analyse des réponses des ergothérapeutes</b>		<b>29</b>
1.	Méthode d'analyse sélectionnée	29
2.	Analyse des verbatims	30
a.	Prise en soin ergothérapeutique des patients	30
b.	Utilisation de modèles conceptuels	30
c.	Évaluation et intégration de l'équilibre occupationnel du patient	31
d.	Connaissance du concept des dark occupations	31
e.	Intégration des dark occupations dans la prise en soin	32
f.	Moyens utilisés pour intégrer ses dark occupations	32
g.	Outils facilitant cette intégration	33
h.	Les valeurs personnelles sont-elles un frein dans l'intégration des dark occupations ?	33
i.	L'équipe pluridisciplinaire est-elle un frein dans l'intégration des dark occupations ?	34
j.	La structure est-elle un frein dans l'intégration des dark occupation ?	34
k.	Connaissance de la législation française	35
l.	Les éléments indispensables pour intégrer ses occupations	36
<b>D. Discussion</b>		<b>36</b>
1.	Rencontre entre les données qualitatives et les données scientifiques	37
2.	Les biais rencontrés dans la recherche	41
3.	Les limites rencontrées dans la recherche	42
4.	Des perspectives envisagées	42
5.	Des apports personnels	43
<b>Conclusion</b>		<b>43</b>
<b>Bibliographie</b>		
<b>Annexes</b>		

## *Liste des abréviations*

---

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes  
ARS : Agence Régionale de Santé  
AVQ : Activités de la Vie Quotidienne  
CIF : Classification Internationale du Fonctionnement  
CNS : Conférence Nationale de Santé  
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques  
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes  
ESAT : Établissement et Service d'Accompagnement par le Travail  
ESPIC : Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif  
GEVA : Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées  
HDJ : Hôpital De Jour  
HSA : Haltes Soins Addictions  
IFE : Institut de Formation en Ergothérapie  
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées  
MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel  
MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel  
MOH : Modèle de l'Occupation Humaine  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
OTIPM : Occupational Therapy Intervention Process Model  
PEO : modèle Personne-Environnement-Occupation  
PPH : modèle du Processus de Production du Handicap  
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés  
SMR : Soins Médicaux et de Réadaptations  
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation  
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance  
VAD : Visite À Domicile  
WFOT : Fédération mondiale des ergothérapeutes

# Introduction

Durant le cursus de formation en ergothérapie, on apprend à nous questionner en permanence sur notre pratique professionnelle. Cette remise en question permet d'améliorer continuellement notre pratique afin de l'affiner et de maintenir notre veille professionnelle en prenant connaissance des nouveaux concepts émergents dans le domaine de l'ergothérapie. Les nombreuses recherches menées peuvent, à mes yeux, n'offrir que de nouveaux leviers pour travailler écologiquement et adapter la prise en soin de chaque patient, aussi différent soit-il.

C'est pour ces raisons que je m'intéresse aujourd'hui au « dark side » des occupations. Lors d'un stage en deuxième année, réalisé dans une unité de jour en SMR, j'ai pu assister à une réunion hebdomadaire regroupant les ergothérapeutes des différents services du centre hospitalier. Un des ergothérapeutes faisait un retour d'expérience à la suite de sa participation aux 5<sup>ème</sup> Assises nationales d'ergothérapie à Paris organisées par l'ANFE. Cet ergothérapeute a alors rapporté ce qui avait été dit durant l'intervention de Mme Sandrine Mennesson et Mme Sara Correia-Pérez, toutes deux ergothérapeutes, autour de leurs recherches sur la rencontre entre le « *dark side of occupation* » et l'ergothérapie. Ce concept, encore peu connu, a captivé l'attention des participants à la réunion. Un second ergothérapeute a alors pris la parole pour contrer ce concept en affirmant que ce serait s'éloigner de l'ergothérapie que de le prendre en considération. Sa vision était catégorique sur le sujet et il a ajouté que les occupations « négatives », comme il les appelait, ne devaient pas faire partie de notre pratique professionnelle. Le premier ergothérapeute a repris la parole afin de défendre son opinion et d'affirmer qu'il est important de rester à l'écoute des nouveautés dans le domaine de l'ergothérapie. Je me suis alors questionnée sur ce débat et sur ce concept afin de savoir comment j'aimerais me positionner lorsque je serai diplômée.

Par la suite, j'ai réalisé des recherches pour en apprendre davantage sur le « *dark side of occupation* » et sur les études menées. Je me suis rapidement rendu compte qu'il n'y avait que très peu d'écrits sur ce sujet émergent d'Australie, même si on en entend de plus en plus parler en France. J'en ai échangé avec mon entourage, collègues, amis et famille. Je me suis alors rendu compte que nous possédons tous des occupations sombres dans notre quotidien. Ne connaissant pas les potentielles

restrictions permettant ou non d'intégrer ses occupations, je me suis alors questionné sur l'intégration de ces dernières dans mes futures prises en charge.

De ces recherches et réflexions a émané ma question de départ : « Entre cadre institutionnel, législation et éthique : comment l'ergothérapeute intègre-t-il les dark occupations des patients durant sa prise en soin ? »

Dans un premier temps, je contextualiserai la notion du « *dark side of occupation* » afin de faire un état des lieux de ce concept. Dans un second temps, je présenterai le cadre conceptuel permettant de mettre en lien les différents termes de ma question de départ avec les articles et ouvrages scientifiques actuellement accessibles. À la suite de cela, j'expliciterai ma question de recherche et les hypothèses qui en découlent. Dans un troisième temps, j'expliquerai la méthodologie de recherche choisie pour la réalisation de ce mémoire d'initiation à la recherche, mais également les résultats obtenus à cette étude ainsi que leur analyse. Dans un dernier temps, je réaliserai une discussion mettant en confrontation les données qualitatives et les données scientifiques exposées dans le cadre conceptuel.

## Cadre contextuel

L'occupation, concept principal de l'ergothérapie, a connu de nombreuses définitions, évoluant au fil des recherches. Elle peut avoir plusieurs sens ainsi qu'englober différentes activités en fonction des auteurs et continue d'être questionnée. D'après Karen Whalley Hammel, professeure au département des sciences de l'occupation, la définition actuelle des occupations est restreinte à une vision individualiste et restrictive. Les catégories d'occupations, telles que les soins personnels, la productivité et les loisirs, ont été une belle avancée en ergothérapie dans les années 1980, mais sont aujourd'hui un frein dans la pratique ergothérapique. Selon cette auteure, cette classification a éloigné les ergothérapeutes de la relation entre les occupations et le bien-être humain, s'exprimant par l'engagement occupationnel (Hammell, 2017). Cette restriction génère alors un certain nombre d'occupations qui ne sont pas explorées en ergothérapie.

Dans les années 2010, une ergothérapeute australienne, nommée Rebecca Twinley, introduit le concept de « *the dark side of occupation* » à l'ergothérapie. Selon

elle, cette idée permet de prendre en considération toutes les occupations laissées de côté mais pouvant provoquer un sentiment de bien-être au sujet (Twinley, 2013).

Ce sentiment de bien-être peut faire référence à la santé. En effet, ce terme est repris dans les deux définitions proposées par l'UNICEF ainsi que par l'OMS. Ces organismes affirment que la santé ne fait pas seulement écho à un manque de maladie, mais bien à un sentiment de bien-être général ressenti par la personne dans les différents aspects qui composent sa vie (Lajarge et al., 2017).

Si une activité, quelle qu'en soit sa nature, provoque un sentiment de bien-être chez le sujet, elle a alors un impact direct sur la santé de ce dernier.

## Cadre conceptuel

### A. L'émergence d'un concept : le « dark side of occupation »

#### 1. Définition et étymologie

Le terme occupation est originaire du mot latin « *occupatio* » qui signifie « *ce à quoi on est occupé* »<sup>1</sup>. La WFOT définit l'occupation comme toutes activités pratiquées quotidiennement par une population dans le but de répondre à des rôles qui leur sont attribués, de combler le temps dont ils bénéficient mais également de répondre à leurs besoins. Ces activités donnent un sens et un objectif à leur vie. La traduction utilisée a été réalisée par l'ANFE (Gauthier, 2018). Cette définition permet donc d'englober toutes les activités réalisées durant une journée par une personne tant que ces dernières ont du sens pour le sujet qui les pratique.

Si nous ajoutons l'adjectif sombre ou dark (en anglais) à ce terme, nous obtenons alors un concept émergent en ergothérapie. L'origine du mot sombre découle du mot latin « *umbra* » représentant l'ombre, devenant par la suite « *subumbrare* » qui signifie « *couvrir d'ombre* »<sup>2</sup>. Cette étymologie permet alors d'appréhender ce concept car il le nuance par sa composition. En effet, l'assemblage des deux étymologies donne « *ce à quoi on est occupé, couvert d'ombre* ». Or le mot ombre peut être défini comme une chose voulant être cachée, ou encore quelque chose de mystérieux, méconnu<sup>3</sup>. Un

---

<sup>1</sup> CNRTL. (s. d.-a). OCCUPATION : Définition de OCCUPATION. Consulté 18 janvier 2026, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/academie9/occupation>

<sup>2</sup> Académie, française. (s. d.-b). Sombre | Dictionnaire de l'Académie française | 9e édition. Consulté 18 janvier 2026, à l'adresse <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9S2058>

<sup>3</sup> CNRTL. (s. d.-b). OMBRE : Définition de OMBRE. Consulté 18 janvier 2026, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/ombre>

flou naît alors autour de ce concept car, n'étant pas universel, il dépend de la tournure qu'une personne lui donne en fonction de ses croyances, de sa culture ou même de son éducation.

Afin de définir l'émergence de ce concept, il est important de parler de Rebecca Twinley, ergothérapeute, qui en est la pionnière. Elle définit « *le dark side of occupation* » par : « *les occupations qui restent inexplorées – telles que celles qui compromettent la santé, celles qui sont nuisibles et celles qui sont déviantes* » (Twinley, 2013). Ce concept est en cours de construction avec différentes nuances en fonction des chercheurs explorant le sujet. Les recherches effectuées par Mme Mennesson et Mme Corella-Pérez pour les Assises de l'ANFE en 2024 démontrent que cela est bien un sujet d'actualité en France.

Lors de la conférence annuelle de la Société américaine pour l'étude de l'occupation en 2019, Niki Kiepek, professeure et chercheuse, a débattu autour des « *darks occupations* » définies par Mme Twinley en affirmant que le terme « sombre » est pertinent car il transmet la notion de jugement social négatif mais également la notion de cacher/camoufler une occupation qu'elle soit socialement positive ou négative. Cependant, la P<sup>re</sup> Kiepek introduit une nouvelle interprétation, qu'elle affirme plus nuancée, appelée « *non-sanctioned occupations* ». Cette appellation permet de mettre en évidence, selon elle, la dyade entre les occupations autorisées et celles qui ne le sont pas (Décastel, 2020). Si nous prenons en considération ces deux concepts ainsi que l'origine qu'en ont donné leurs fondatrices, une occupation sombre est une occupation pouvant être comprise dans l'une de ses quatre catégories : délétère pour la santé ; interdite par la loi ; socialement non acceptée et pouvant être éthiquement débattue. La catégorisation d'une occupation comme sombre dépend donc de la société et de ses lois, de ses habitudes de vie ainsi que de la culture de cette société qui pratique cette occupation. Lorsqu'une corrélation est faite entre l'étymologie de ce concept et la définition donnée par ses chercheuses, il est possible d'affirmer qu'aucune occupation ne peut être dite comme universellement sombre.

Ces occupations, pourtant nocives pour la personne les pratiquant aussi bien au niveau de la santé, de l'inclusion sociale ou bien pénalement, prennent une place non négligeable dans leur quotidien. Certaines peuvent relever de l'addiction, ce qui expliquerait la pratique de ces dernières. Mais certaines ne sont liées qu'à des habitudes de vie des sujets qu'il ne souhaite pas modifier.

## 2. Différences entre addiction et habitude de vie

Lorsque les darks occupations sont évoquées, les exemples les plus courants sont la consommation de substances illicites ou la consommation de tabac (comme dans la conférence de la P<sup>re</sup> Kiepek ou celle de Mme Mennesson et Mme Corella-Pérez aux Assises de l'ANFE). Ces consommations ont un caractère addictif prédominant connu du grand public. Une addiction est la relation qu'entretient le sujet avec un objet ou un comportement. Cette relation est d'origine pathologique, entraînant des comportements répétitifs ayant pour but le passage à l'acte afin d'assouvir le manque. L'addiction engendre une dépendance catalysant une perte de liberté du sujet dans sa consommation. C'est-à-dire, le sujet devient esclave de sa dépendance et articule sa vie quotidienne autour de cela (Rozaire et al., 2009).

Les habitudes de vie, quant à elles, englobent toutes les activités de la vie quotidienne ainsi que les rôles sociaux de la personne. Ces facteurs façonnent la personnalité du sujet et permettent son efflorescence tout au long de son existence (Fougeyrollas et al., 2004). Sylvie Meyer, ergothérapeute, définit l'habitude de vie comme : « *Habitude : une manière d'agir dans la vie quotidienne, acquise par de fréquentes répétitions, qui demande peu d'attention et qui permet un fonctionnement efficace* » (Meyer S. citée par Morel-Bracq et al., 2015). Ces habitudes peuvent être classées, socialement et scientifiquement, comme bonnes ou mauvaises. Il existe d'ailleurs des indices permettant de déterminer si une personne possède de bonnes, de moyennes ou de mauvaises habitudes de vie. Un des indices, s'appuyant sur le « *Health Practices Index* » développé par Alameda County, permet cette catégorisation à travers 5 items (consommation de tabac, consommation d'alcool, activité physique, poids et sommeil) (Gouvernement du Québec, 1988).

Il existe bel et bien une différence entre la pratique d'une conduite addictive et la pratique d'une activité habituelle. Cette distinction est possible grâce aux comportements pathologiques qu'entraîne une addiction, ce qui n'est pas le cas lorsque c'est une habitude de vie. En s'appuyant sur les définitions des darks occupations formulées par Mme Twinley et Mme Kiepek, nous pouvons considérer que ce concept englobe à la fois les addictions et les mauvaises habitudes de vie.

Cependant, peu importe la catégorisation de l'occupation, le fait que celle-ci soit pratiquée par le sujet signifie qu'elle fait sens ou naît d'un besoin pour ce dernier. Or,

l'arrêt brutal d'une activité quotidienne dans la vie de la personne peut amener un déséquilibre au sein de son quotidien.

### 3. Le principe d'équilibre occupationnel

L'équilibre occupationnel est un concept initié par Adolph Meyer, ergothérapeute, qu'il définit par l'équilibre entre quatre grandes catégories d'occupation : le sommeil, le travail, le jeu et le repos. Dans cette notion, l'accent est aussi mis sur l'importance de prendre en considération les différents rythmes de la vie quotidienne du sujet dans son approche, mais également la balance personnelle de chacun vis-à-vis des occupations (Ung, 2019). Catherine Backman, ergothérapeute, ajoute à cette notion l'importance de l'impact culturel, personnel et environnemental sur cet équilibre occupationnel (Backman, 2004). Ce concept a ensuite été repris de nombreuses fois, accompagné de précisions et de différentes taxonomies des occupations. Parmi ces différentes catégories, les notions de santé et d'environnement sont revenues de façon récurrente comme données essentielles à l'équilibre occupationnel. Le principe de l'équilibre occupationnel devient alors subjectif car il est dépendant de la vision propre de chacun sur la santé (Ung, 2019).

Le déséquilibre occupationnel, notion étroitement liée à l'équilibre occupationnel, est la résultante d'un changement ou impact direct du quotidien de la personne dans l'une des catégories d'occupation citées précédemment. Le sujet devient alors incapable d'organiser son quotidien avec les différentes activités qui le composent afin qu'il en soit satisfait. Il peut y avoir plusieurs causes à ce déséquilibre occupationnel, comme des privations, des aliénations occupationnelles ou même un déséquilibre entre le sujet et ses actions. Il en existe d'ailleurs de nombreuses autres (Gauthier, 2018).

Pour la personne pratiquant des darks occupations, ces dernières font forcément partie d'un des grands domaines de l'équilibre occupationnel. Si le sujet est privé d'une de ses occupations, un déséquilibre occupationnel sera alors créé. C'est donc dans le devoir de l'ergothérapeute de prendre en considération ce potentiel changement et d'adapter son accompagnement (*Ergothérapie et Pleine Conscience*, s. d.). Un patient se retrouvant en hospitalisation complète ne pouvant plus exercer une ou plusieurs occupations, qu'elles soient catégorisées comme sombres ou non, se retrouve alors en situation de déséquilibre occupationnel. L'ergothérapeute a alors un rôle primordial

à jouer dans sa prise en soin afin de limiter, voire si possible d'éviter cette conséquence dans la vie du sujet.

Il existe un questionnaire (Annexe I) permettant au sujet d'évaluer son équilibre occupationnel. Cette auto-évaluation est l'OBQ (Occupational Balance Questionnaire) créé par Wagman et Håkansson en 2014. Il comporte 13 items évalués en quatre niveaux permettant au sujet de mesurer le degré de déséquilibre perçu (Larivière et al., 2023). Ce questionnaire peut alors permettre à l'ergothérapeute d'évaluer l'équilibre occupationnel du patient et de mettre en lumière les activités pratiquées et qui font sens auprès de ce dernier dans son quotidien. Parmi ces occupations, il est possible de retrouver des occupations dites sombres, mais qui font intégralement partie de son équilibre occupationnel.

## B. L'ergothérapeute, spécialiste de l'occupation

### 1. Qu'est-ce que l'ergothérapie ?

Selon l'ANFE, un ergothérapeute peut se définir comme un professionnel de santé jouant un rôle essentiel auprès du patient dans son parcours de soins, de réadaptation et d'adaptation aussi bien environnementale que sociale. L'ergothérapeute exerce dans plusieurs domaines : sanitaire, médico-social et social. Il entretient d'étroites relations avec les collègues travaillant dans les mêmes domaines que lui.

L'ergothérapeute fonde sa pratique sur la corrélation entre l'occupation et la santé. Il permet le maintien des activités composant la vie quotidienne du patient en assurant que ce dernier les effectue « de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace ». Dans cette définition, il est également mentionné que ce professionnel de santé a la responsabilité de mener des actions de prévention pour la santé. Il se doit alors d'intervenir auprès des patients pour modifier ses activités lorsque ces dernières ont un impact négatif sur la santé (ANFE, s. d.-a).

Cette définition met en avant que l'ergothérapeute base sa pratique professionnelle sur l'occupation, quelle qu'elle soit, tant qu'elle fait sens pour le patient, tout en l'informant sur les risques encourus pour sa santé s'il y en a.

Il existe différentes structures sanitaires dans lesquelles interviennent les ergothérapeutes. Les SSR, faisant partie du domaine sanitaire, assurent la prise en soin des patients ayant des besoins médicaux, des besoins en matière de rééducation,

de réadaptation et de réinsertion, mais également des besoins de surveillance. Il existe plusieurs services pouvant accueillir les personnes en fonction de leurs pathologies, tels que les services de neurologie, d'orthopédie, de pneumologie et autres. En 1980, l'OMS présente une classification en trois dimensions des conséquences des pathologies : les déficiences, les incapacités et les désavantages (ou handicaps). C'est sur cette classification que le modèle médical des SSR est construit. En 2021, l'OMS propose une nouvelle approche bio-psycho-sociale du patient pris en charge en SSR. Dans cette nouvelle version, les incapacités sont remplacées par les activités et les désavantages substitués par les participations. Cette vision amène une dimension sociale et donc une ouverture sur le quotidien de la personne avant son séjour hospitalier. La rééducation est donc axée sur les activités effectuées par le sujet afin de réduire au maximum les déficiences et donc l'impact direct sur sa participation dans son quotidien (Roques-Latrille, 2018).

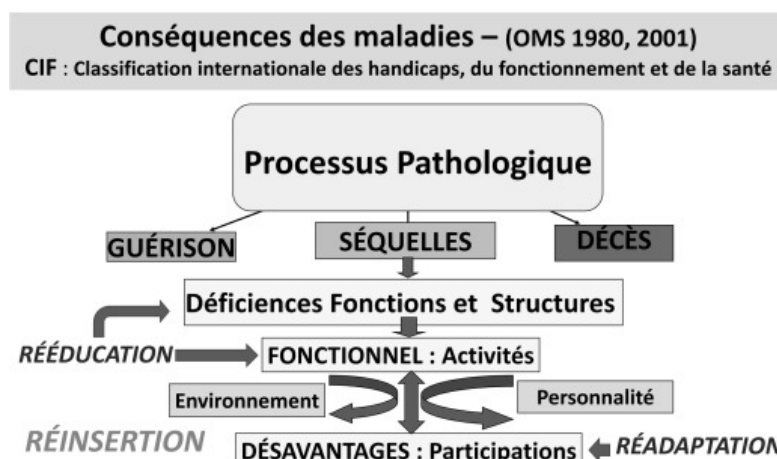


Figure 1 : Classification en trois dimensions des conséquences des maladies par l'OMS

Cette rééducation réalisée autour de ce modèle médical est cependant à inclure dans une dimension temporelle. En effet, les séjours en services hospitaliers sont souvent de courte ou moyenne durée. Des études menées par la DREES relèvent que « *L'hospitalisation à temps complet en 2016 a [...] une durée moyenne de séjour de 41 jours* » (Roques-Latrille, 2018). Ce temps de prise en charge questionne alors sur la possibilité des ergothérapeutes d'inclure une variété d'activités en plus de la rééducation fonctionnelle réduisant les séquelles de la pathologie pendant leur temps de prise en charge du patient. En effet, une prise en soin ergothérapeutique inclut de nombreux éléments de la vie quotidienne du patient et se doit d'être complète.

## 2. Une vision holistique propre à la profession

On dit d'un ergothérapeute qu'il possède une vision holistique du patient, ce qui lui permet de se différencier des autres professions du champ paramédical. Une vision dite holistique fait référence à l'holisme, qui est une valeur considérant l'unicité du corps et de l'esprit de la personne. Pour réaliser son évaluation, l'ergothérapeute tient compte des différents facteurs permettant de construire l'identité du patient (Lefèvre, s. d.). Ces facteurs comprennent la personnalité de la personne mais également ses habitudes de vie ainsi que l'environnement dans lequel il vit et interagit en permanence. C'est en considérant ces trois éléments que ce professionnel peut analyser les problématiques de chaque situation et donc permettre de fixer des objectifs et promouvoir l'accomplissement des activités (codespark, 2016). En effet, lorsqu'un ergothérapeute réalise un diagnostic ergothérapique, il prend en considération les capacités et les limites qu'une personne rencontre, qu'elles soient physiques, cognitives ou sensorielles. Il prend en considération l'origine de ces difficultés par les données biomédicales ainsi que les données personnelles de la personne. En plus de cela, il questionne et évalue les répercussions sur les activités quotidiennes de la personne et ses habitudes de vie en relevant les restrictions de participation de la personne. Ce diagnostic se poursuit par un approfondissement des connaissances autour de l'environnement humain et matériel de la personne. Toutes ces données sont corrélées et essentielles pour une prise en soin qualitative en ergothérapie (Therapists, 2025).

Bien que cette vision holistique soit l'atout principal d'un ergothérapeute, il est souvent amené à suivre un modèle conceptuel dans sa prise en soin des patients. Ces modèles peuvent alors orienter sa pratique et mettre en lumière des notions particulières, propres à chaque modèle.

Dans son ouvrage intitulé « Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux », Marie-Chantal Morel-Bracq, ergothérapeute, affirme que, depuis les années 2000, les ergothérapeutes français s'ouvrent davantage à l'ergothérapie internationale et s'ancrent dans une démarche de professionnalisation de leur pratique. Pour parvenir à cela, ces professionnels de santé se forment et modulent leur prise en soin des patients en intégrant des modèles biopsychosociaux tels que le MOH ou le MCRO (Morel-Bracq, 2024).

### 3. La place des dark occupations dans les modèles du MOH et du MCREO

Le MOH et le MCREO sont deux modèles ergothérapeutiques, élaborés en Amérique du Nord, grandement répandus et reconnus au niveau mondial. De nombreuses recherches et traductions sont encore en cours dans les différentes parties du monde afin de permettre l'expansion et la démocratisation de ses modèles auprès des ergothérapeutes.

Le Modèle de l'Occupation Humaine, élaboré par Gary Kielhofner, est un levier pour les ergothérapeutes dans la prise en soin des patients. Il a été conçu pour appréhender de façon plus juste et globale les différentes occupations que peuvent entreprendre les patients. Au-delà de l'occupation propre, le MOH s'intéresse également à tous les facteurs externes de l'occupation tels que l'environnement, les rôles ou les habitudes. L'occupation devient alors l'élément identitaire principal pour le sujet car c'est grâce à elle qu'il est et devient ce qu'il souhaite être.

Ce modèle présente trois grandes composantes qui sont : l'Être, l'Agir et le Devenir.

L'Être s'étudie sous trois composantes de la personne :

- Sa volition, reflétant la motivation personnelle et la capacité d'exécution que peut ressentir la personne au vu de ses activités.
- Son habitude, faisant référence aux habitudes de vie ainsi qu'aux différents rôles que la personne incarne et vit quotidiennement.
- Sa capacité de performances, englobant les capacités physiques et mentales que réquisitionne la personne pour accomplir des occupations.

Ces différentes composantes de l'Être vont permettre l'action et donc influencer directement l'Agir. Le Devenir naît de ses deux concepts et témoigne de la capacité d'adaptation de la personne dans ses occupations.

Le MOH, comme tous les concepts ergothérapeutiques, possède de nombreux outils permettant d'évaluer toutes les notions abordées précédemment. Il est d'ailleurs populaire pour son large panel d'outils permettant aux ergothérapeutes d'évaluer l'engagement et la participation de la personne dans ses activités dites productives, de loisirs ou de vie quotidienne (Morel-Bracq, 2017).

Si la vision de ce modèle reste globale et que les concepts utilisés sont appliqués tels qu'ils sont définis, il est tout à fait possible d'inclure l'évaluation des darks occupations dans l'utilisation de ce modèle. Différents outils, tels que le Volitional Questionnaire, l'Occupational Questionnaire ou la grille de cotation du AMPS, peuvent

être choisis par les ergothérapeutes pour mettre en situation et coter toutes occupations, même celles dites sombres.

Le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel, élaboré par l'Association canadienne des ergothérapeutes, a été construit pour permettre aux ergothérapeutes d'évaluer la performance et la satisfaction de la personne dans ses activités quotidiennes en fonction de leur importance. Ce modèle, axé sur la personne, rejoint l'idée du MOH selon laquelle « *Les humains ont besoin d'occupations pour pouvoir vivre et être en relation* » (Morel-Bracq, 2017). L'occupation est alors au centre de la prise en soin proposée par l'ergothérapeute car elle est le moteur de vie de l'humain. Les différentes occupations permettent à l'humain de s'ancrer en tant qu'individu singulier et unique.

Ce modèle dispose d'un outil d'évaluation unique, appelé MCRO, qui est une grille de cotation remplie par le thérapeute d'après la cotation propre du patient. Cet outil se divise en 3 catégories :

- Les soins personnels, représentant les différentes activités que le patient réalise quotidiennement pour entretenir son corps et son apparence. Cette catégorie est divisée en 3 sous-catégories : L'hygiène personnelle, la mobilité fonctionnelle et la vie communautaire.
- La productivité, englobant les activités pour obtenir un revenu ou encore celle permettant la gestion du foyer. Les 3 sous-catégories sont : le travail rémunéré ou non, la gestion du foyer et le travail scolaire et le jeu.
- Les loisirs, réunissant les activités de plaisir et de repos permettant à la personne de se ressourcer. Les 3 sous-catégories sont : les activités récréatives paisibles, les loisirs actifs et la vie sociale.

Afin de faciliter la réalisation de cette évaluation, il existe une liste non exhaustive d'activités par sous-catégorie. Dans cette liste, il n'y a pas de darks occupations de proposées. Cependant, il est tout à fait possible d'en intégrer si l'ergothérapeute et le patient le souhaitent. Il faut pour cela que l'ergothérapeute maîtrise mais également qu'il accepte d'intégrer les dark occupations dans sa prise en soin. Cet outil pourrait aussi lui permettre, grâce à la cotation de l'importance, du rendement et de la satisfaction, de mettre en lumière l'activité sombre (Morel-Bracq, 2017).

Ces deux modèles conceptuels permettent aux ergothérapeutes d'évaluer différentes composantes des occupations pratiquées par les patients dans leur

quotidien. Ils permettent d'en connaître le sens et l'importance que le patient met derrière la pratique de ses activités. Elles peuvent varier d'une personne à une autre, d'une population à une autre et sont dépendantes de la culture et des habitudes de la société.

#### 4. Des occupations émergentes dans une société en mouvement

L'arrêté du 5 juillet 2010 a été un vrai tournant pour la pratique de l'ergothérapie. En effet, le ministère de la Santé et des Sports a rédigé des référentiels d'activités, de compétences et de formations pour définir les champs d'activités des ergothérapeutes en France. Dans cet écrit, une définition est donnée et stipule bien qu'un ergothérapeute est un professionnel de santé travaillant dans les secteurs sanitaire et social (Hernandez, 2010). Par son action au sein du secteur social, l'ergothérapeute peut alors être une profession de santé ayant des axes d'accompagnement communs avec les travailleurs sociaux. D'après l'article 1 du décret n°2017-877 du 6 mai 2017, la législation française définit le travail social comme « *permettre l'accès des personnes à l'ensemble des droits fondamentaux, à faciliter leur inclusion sociale et à exercer une pleine citoyenneté. Dans un but d'émancipation, d'accès à l'autonomie, de protection et de participation des personnes, le travail social contribue à promouvoir, par des approches individuelles et collectives, le développement social et la cohésion de la société.* » (Article 1 - Décret n° 2017-877 du 6 mai 2017 relatif à la définition du travail social - Légifrance, 2017).

Pour M. Linton R., anthropologue américain, les conduites et comportements d'un acteur social, autrement dit une personne active dans sa société, résultent d'une adaptation à son propre vécu social. Ces conduites naissent alors de mimétisme entre le sujet et ses pairs, et de tentatives sociales amenant parfois à l'échec, permettant de répondre à la fois à leurs besoins primaires mais également aux règles communautaires de leurs sociétés. La culture est alors au centre de ses différentes conduites car elle est le pilier central d'une société. C'est autour d'elle que s'articulent les comportements collectifs portés par les sujets d'une même société (Vinsonneau, 2000).

Cependant la culture d'une société peut être amenée à se diversifier lorsque deux sociétés se rencontrent. Depuis des dizaines d'années, la mondialisation est au cœur des politiques mondiales amenant les populations à migrer dans différents pays afin de s'ouvrir à de nouvelles conditions et cultures. La culture d'un pays, tel que la France,

s'est construite et se construit encore autour des échanges et de la colonisation de l'époque. Cette ouverture sur le monde et ce qu'elle permet d'offrir engendre une unification des cultures entre les pays et continents (Benghozi & Paris, s. d.). Comme expliqué précédemment, la culture est à l'origine même des comportements de la population. Cette diversité culturelle amène donc les populations à découvrir de nouvelles occupations et à les pratiquer au sein de leur propre société, bien que ces pratiques n'étaient à l'origine que déviantes ou non acceptées. L'intégration des nouvelles technologies et écrans dans le quotidien des Français est l'un des tournants majeurs de notre siècle dans l'ouverture sur le monde et les diverses cultures. Une enquête, datant de 2008, a montré que l'utilisation des écrans (ordinateur et télévision) touchait 99 % des Français. Cette pratique, touchant toutes les sphères de la vie quotidienne, impacte principalement les adolescents et jeunes adultes mais également les personnes âgées qui en ont une utilisation plus modérée (Gire & Granjon, 2012). Si nous mettons en lien ces données, nous pouvons donc conclure que l'ergothérapeute est un professionnel de santé pouvant intégrer une dimension sociale dans sa prise en soin des patients. La société dans laquelle exerce l'ergothérapeute est alors à prendre en considération. En effet, que ce soient les aspects culturels ou sociétaux, ils impactent directement les occupations humaines actuelles. Dans une société perpétuellement portée par le mouvement humain, les innovations et la législation, il est essentiel que les ergothérapeutes continuent d'acquérir des connaissances sociales tout au long de leurs pratiques professionnelles. L'humain se construit et évolue au rythme de la société qui l'entoure. L'ergothérapeute, pour être le plus juste et pertinent possible dans sa prise en charge, doit lui aussi faire évoluer sa pratique en ergothérapie (Jasmin, 2019).

En tant que professionnel de santé, l'ergothérapeute a des obligations professionnelles comme évoqué précédemment, mais également au niveau de la législation ou encore au sein de la structure dans laquelle il pratique.

## C. L'éthique, la législation et le cadre institutionnel hospitalier : rôles et obligations de l'ergothérapeute

### 1. L'éthique en ergothérapie

#### a. Notion d'éthique

Il est à ce jour difficile de trouver une définition universelle de l'éthique. Ce terme est défini selon le Dictionnaire de l'Académie française de la façon suivante : « Ensemble des principes moraux qui s'imposent aux personnes qui exercent une même profession, qui pratiquent une même activité. »<sup>4</sup>. Cela permet d'avoir une définition de l'éthique professionnelle. Dans le monde médical, elle est essentielle afin de remettre en question et déterminer des décisions concrètes qui sont axées vers et pour le patient. Mais l'éthique ne se résume pas qu'au monde du travail, elle touche tous les humains sur le plan des interactions sociales. Elle permet de faire avancer la société en se basant sur le bien-être de tous (Ameline & Levannier, 2021). Elle permet à chacun de déterminer ses limites morales également en corrélation avec ses valeurs profondes et ses idéologies. L'éthique peut être considérée comme une science qui permet d'observer et d'étudier les jugements de valeurs et de réfléchir sur les conduites humaines afin de remettre en question les normes et principes appliqués, parfois même de manière conditionnée (Galéa, 2022). Il n'est pas aisé de différencier l'éthique de la morale, de la déontologie ou du droit. Pourtant l'éthique est à bien distinguer du reste. Naissant de la philosophie, Marie-Josée Drolet, dans son ouvrage « *De l'éthique à l'ergothérapie : La philosophie au service de la pratique ergothérapique* », définit l'éthique comme « une réflexion rationnelle et critique qui a pour objet d'étude les valeurs, les vertus, les principes ou les normes du vivre-ensemble d'une société » (Drolet, 2014). L'éthique ne s'applique pas uniquement aux situations extrêmes ou de crise. Elle s'applique à toutes situations d'interactions et de décisions entraînant systématiquement des répercussions entre un être humain et son environnement. Il serait réducteur de catégoriser l'éthique avec le respect, sans réflexion sur les normes sociales. Elle pousse chacun à se questionner sur ce qui est bon ou pas au-delà des normes sociales (Drolet, 2014).

---

<sup>4</sup> Académie, française. (s. d.-a). Éthique | Dictionnaire de l'Académie française | 9e édition. Consulté 14 septembre 2025, à l'adresse <http://www.dictionnaire->

Afin de différencier la morale de l'éthique, même si elles sont toutes deux liées, il faut percevoir la finalité de ces deux notions. Le but de la morale est de différencier le bien du mal et de réaliser à la suite de cela des règles morales à destination de la communauté. Le but de l'éthique est de classer ce qui est positif et ce qui est négatif. Pour cela, elle s'appuie sur les règles formées par la morale afin de les confronter, les critiquer et d'en faire des normes pouvant être adaptées aux publics concernés. L'éthique, étant une science de la morale, peut être débattue et ajustée en permanence afin d'obtenir une harmonisation de ses normes (Vilanova, 2013).

L'éthique est essentielle à la pratique médicale et paramédicale. Pour Jean Vilanova, juriste, l'éthique médicale est aussi importante que le savoir et la technique dans les soins médicaux. Il ne peut y avoir de prise en soin sans éthique car elle permet d'humaniser le patient afin qu'il ne soit pas seulement réduit à une pathologie. La relation entre le thérapeute et le patient se construit grâce à l'éthique qui intègre alors dans le suivi les dimensions personnelles et individuelles du patient (Vilanova, 2013).

#### *b. L'éthique dans la pratique française*

Il est important de rappeler que lorsqu'un professionnel de santé se retrouve face à une situation demandant une réflexion éthique concernant un patient, il est de son devoir de conseiller et de ne pas prendre de décision à la place du sujet lui-même. C'est pour ces raisons qu'il est difficile de rédiger un code éthique en lien avec une profession. L'éthique ne peut être réglementée car elle est propre à chaque individu et situation (Joubert et al., 2012).

De nombreux pays, tels que la Belgique, la Suisse ou le Canada, ont rédigé, au sein de leurs propres associations nationales, des codes éthiques permettant un appui aux professionnels de santé dans leur pratique. En comparaison avec ces pays, il n'existe pas de code éthique en ergothérapie en France. L'Association nationale française des ergothérapeutes propose à la place un registre des « *règles professionnelles* ».

Le préambule de cet écrit commence avec cette phrase : « *Est ergothérapeute celui qui d'une part agit pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé et d'autre part agit pour assurer l'engagement et la participation des individus aux occupations...* » (ANFE, s. d.-b). Une partie des dark occupations est donc évoquée dès le début de cet écrit. En effet, les activités délétères pour la santé font partie des occupations énoncées dans la définition donnée par Rebecca Twinley (Twinley, 2013).

Il est alors décrit, dans ses règles, que les ergothérapeutes doivent faire plus que simplement prendre en considération ses occupations. Ils se doivent d'agir directement dessus auprès du patient. Pourtant, la suite du préambule peut venir contredire cette première partie. Il est affirmé par la suite qu'un ergothérapeute intervient auprès des patients pour maintenir leur investissement et leurs accès dans les activités qu'ils désirent pratiquer et celles dont ils sont dans l'obligation de pratiquer pour maintenir leurs rôles sociaux. Le paradoxe de ces deux affirmations est alors relevable. En effet, une occupation délétère pour la santé peut être à l'origine d'une envie personnelle du patient de la pratiquer.

## 2. La législation française

Selon Serge Braudo, il définit dans son ouvrage nommé Dictionnaire du Droit privé la législation comme : « À notre époque, il (le mot « législation ») désigne d'une manière générale le corps des lois et des règlements en vigueur dans un état déterminé. On parlera par exemple de la législation française. »<sup>5</sup>.

### a. La cohabitation entre santé et interdit

Comme expliqué précédemment, les dark occupations intègrent de nombreuses activités que peuvent pratiquer quotidiennement les personnes. Cependant certaines de ses activités peuvent être interdites par la législation française. L'exemple de la consommation de drogue est le plus parlant. D'après l'article L3421-1 du Code de la santé publique, « L'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiantes est puni d'un an d'emprisonnement et de 3750 euros d'amende. » (Article L3421-1 - Code de la santé publique - Légifrance, 2021). Cependant, la législation française a autorisé, au stade d'expérimentation, l'ouverture d'espace dédié à la consommation de drogue depuis 2016 et prolongée jusqu'à ce jour. Des « salles de consommation à moindre risque », appelées actuellement les HSA, ont été ouvertes à Paris et à Strasbourg. L'expérimentation cible principalement un public en rupture sociale et souvent sans conditions de vie stable, tel qu'un hébergement. Le Gouvernement souhaitait, par l'ouverture de ces salles, permettre une réduction des risques sanitaires provoqués par l'injection de substances par seringues ainsi que de

---

<sup>5</sup> BAUMANN, S. B.-A. (s. d.). Législation—Définition. Dictionnaire Juridique. Consulté 14 septembre 2025, à l'adresse <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/legislation.php>

réduire la consommation sur la voie publique et donc d'en améliorer la tranquillité. Un rapport a été réalisé et a permis d'affirmer que ses deux objectifs ont été atteints (Schmit et al., 2025). Ces HSA ont aussi permis d'être un levier dans la prise en soin de ce public cible par la présence de professionnels médicaux et sociaux (Hospices Civiles de Lyon, 2025).

Cette expérimentation permet donc de montrer qu'il est possible d'inclure une occupation, dans ce cas concret délétère pour la santé, sans la supprimer totalement du quotidien de la personne et d'obtenir des bénéfices sur la santé du sujet. Le soin est apporté par l'acceptation de sa dark occupation qui est pourtant interdite et punie par la législation française.

### *b. Les lois dans la pratique de l'ergothérapie*

Dans le code de la santé publique, un chapitre est dédié à la profession d'ergothérapeute. L'article L4331-1 définit l'ergothérapeute comme « *toute personne qui, non médecin, exécute habituellement des actes professionnels d'ergothérapie...* » (Chapitre 1er : Ergothérapeute. (Articles L4331-1 à L4331-7) - Légifrance, 2009). Les actes évoqués dans cet article ont été définis par le décret n°86-1195 du 21 novembre 1986. Parmi les nombreux actes autorisés, il est mentionné que l'ergothérapeute est habilité à réaliser un suivi thérapeutique portant sur la préservation ou le retour de l'identité personnelle du sujet et des différents rôles qui lui sont attribués par le biais des activités de la vie quotidienne (Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie, 1986). Ce décret ne fait pas mention d'une liste ou d'une catégorisation d'occupations autorisées dans le suivi en ergothérapie. Depuis ce décret datant des années 80, de nombreuses lois sont entrées en vigueur, impactant directement la pratique et la prise en soin des patients en ergothérapie. La loi Kouchner du 4 mars 2002, axée sur les droits des patients et la qualité des services de santé, permet de positionner le patient comme acteur de sa prise en soin et décisionnaire de son suivi médical afin qu'il puisse bénéficier des soins et professionnels de santé selon ses choix (LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1), 2002). Cependant, l'ergothérapie n'est pas spécifiquement mentionnée dans cette loi, à contrario des métiers paramédicaux tels que les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes ou autres qui ont bénéficié de la création de conseils des professions pour assurer la qualité des services de santé (Cormier, s. d.). La loi du 11 février 2005, quant à elle, a pour but d'assurer l'égalité et

l'inclusion des personnes en situation d'handicap. Elle met en avant la nécessité de respecter le projet de vie d'une personne en situation de handicap afin qu'elle puisse maintenir la qualité de vie souhaitée (LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et liens vers les décrets d'application - Dossiers législatifs - Légifrance, 2005). Cette loi permet une résonance avec le métier d'ergothérapeute et son approche centrée sur le patient et ses activités. Elle a également pu ouvrir les portes de nouveaux lieux de pratique pour ces professionnels de santé tels que les ESAT ou les SAMSAH (Delaisse et al., 2022). Ces différentes lois, telles que les deux citées précédemment, impactent la pratique en ergothérapie car elles concernent directement le patient et valorisent l'utilité de l'ergothérapeute dans une prise en soin pluridisciplinaire. Cependant, très peu de nouvelles lois ou de nouveaux décrets mentionnent spécifiquement les champs d'intervention de l'ergothérapeute et les limites de la pratique propre. Il n'existe alors pas encore d'écrits ou de listes exhaustives affirmant que certaines occupations sont à proscrire dans une prise en soin ergothérapeutique.

### 3. Le cadre institutionnel hospitalier

En France, il existe différents statuts juridiques pour classer les établissements de santé tels que :

- Les établissements privés à but lucratif, plus communément appelés hôpitaux privés ou cliniques, qui émanent d'un financement privé d'une personne ou d'une entreprise ayant des professionnels de santé travaillant en libéral.
- Les établissements privés à but non lucratif, également nommés ESPIC, dont l'origine provient d'une association ou d'une fondation et qui assurent des prises en soins.
- Les établissements publics de santé qui sont financés intégralement par l'État français et dont le personnel hospitalier dépend directement de la fonction publique.

En fonction de ses différentes structures, le règlement intérieur ainsi que les différentes chartes peuvent différer d'un établissement à l'autre (Stingre, 2021).

### a. Les Agences Régionales de Santé

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires, communément appelée loi HPST et promulguée le 21 juillet 2009, a permis la création des agences régionales de santé afin de favoriser la qualité des soins proposés aux patients mais également de permettre au système de santé d'avoir une action ciblée sur le territoire et ses problématiques (Santé et al., s. d.). Il est alors confié aux ARS différentes missions en lien avec les enjeux de santé publique, tels que la prévention ou le pilotage des risques sanitaires du territoire, mais également de coordonner différentes actions menées par les établissements médico-sociaux et sociaux en rapport avec la santé. Afin de pouvoir mener à bien ses différentes fonctions, l'ARS élabore un projet régional de santé, le PRS, regroupant les nombreux objectifs à atteindre avec leurs dates butoirs mais également les moyens stratégiques qui seront alloués pour permettre de les atteindre (Camberlein, 2015). À travers ces programmes, l'ARS donne une ligne directrice aux établissements qui ont le devoir d'y répondre. Ils reçoivent des objectifs aussi bien qualitatifs que quantitatifs, sur leurs prises en soins des patients et sur les thématiques de prévention territoriale (ARS, 2023a).

En 2023, le projet régional de santé Normandie pour la période de 2023 à 2028 est paru afin d'énoncer les principales problématiques de santé publique sur ce territoire. Parmi celles-ci, il se trouve l'enjeu n°2 qui est « *L'amélioration de l'état de santé des enfants et des jeunes : un pari pour l'avenir* ». Afin d'obtenir des résultats sur cette thématique, il est demandé d'accentuer la prévention autour de la consommation de produits addictifs tels que le tabac, l'alcool ou les drogues (ARS, 2023b).

Cette même année, les ministères de la Santé et des Comptes publics ont mis en place un programme national sur 4 ans afin de lutter contre le tabagisme en France. Ce programme vise principalement la prévention des jeunes afin qu'ils ne commencent pas à fumer, mais également les fumeurs afin qu'ils arrêtent leur consommation de tabac. Différentes actions sont mises en œuvre afin de réduire le taux de consommation de tabac chez les Français, comme l'augmentation du prix du paquet de cigarettes, mais également la promulgation des lieux sans tabac (Gouvernement, 2023).

L'ARS du Grand Est, en 2023 également, a entrepris une lutte anti-tabagisme avec la démarche « *Lieu de santé sans tabac* ». Cette procédure utilise la formation des professionnels de santé et la politique sans-tabac dans leurs locaux comme plan

d'action. Un accent est mis sur la communication au public cible par le biais d'affiches ou de livrets d'aide présents dans les services (ARS, 2025a).

Les différents ARS et ministères mettent en place, continuellement, des programmes d'action et de prévention contre les addictions au tabac, à l'alcool et aux différentes drogues. Ces programmes sont directement appliqués au sein des établissements de santé ou médico-sociaux et donc directement par les professionnels exerçant dans ces lieux (ARS, 2025b). Les professionnels de santé se doivent alors de tenir un discours de prévention auprès des patients sur les problématiques relevées par l'ARS de la région. Le plan d'intervention de ces agences peut alors cibler des dark occupations afin de les limiter davantage sur leur territoire. Cependant il est demandé aux professionnels de santé de jouer un rôle de prévention et non pas d'exclure ses occupations dans leurs prises en soin.

#### *b. Les chartes individuelles hospitalières*

Au sein des établissements de santé, il est possible de retrouver les différentes chartes qui régissent la prise en soin des patients. Ces règles, regroupées par thématiques, permettent d'assurer la qualité des soins fournis dans l'établissement mais aussi de garantir le respect des différents droits du patient (Centre Hospitalier Simone Veil de Beauvais, 2022).

La Charte du parcours de santé (Annexe II), élaborée en 2016 par le CNS, met en avant la collaboration entre les professionnels de santé ainsi que les usagers tout au long du parcours de santé. Cette charte met en avant trois principes qui sont :

- « Usagers et professionnels sont dans une relation partenariale. »
- « Tout usager prend, avec le professionnel de santé, les décisions concernant sa santé »
- « Usagers et professionnels partagent des responsabilités collectives vis-à-vis de notre système de santé et de solidarité »

Elle permet donc de placer le patient au centre de ses soins et lui assure qualité et écoute durant son parcours (Ministère de la Santé, 2016). Le premier principe donne de l'importance à la relation thérapeutique entre l'utilisateur et le professionnel de santé. Il demande, alors, au professionnel de santé de n'émettre aucune discrimination et de ne porter aucun jugement sur le patient. Cette relation thérapeutique est alors basée sur les attentes personnalisées de l'utilisateur en lien avec sa situation personnelle dans un objectif de soin (Ministère de la Santé, 2016). L'ergothérapeute, professionnel de

santé spécialisé dans l'occupation, doit alors adapter sa prise en soin en fonction du patient et de ses occupations personnelles quelles qu'elles soient. Il n'a pas à émettre de jugements sur les occupations effectuées par le patient. Cependant, cette même charte affirme dans l'un de ses objectifs que les professionnels de santé ainsi que les usagers doivent, collectivement, promouvoir la santé tout au long du parcours de santé du patient. Cette promotion passe par des actions de prévention et d'éducation afin de maintenir la santé et un environnement favorable à cette dernière (Ministère de la Santé, 2016). Cet objectif demande aux ergothérapeutes de prévenir et d'éduquer les patients sur les occupations délétères pour la santé afin de les limiter et de permettre un maintien durable de l'état de santé de l'utilisateur.

La Charte des droits et libertés de la personne accueillie (Annexe III), parue en 2003, reprend de nombreux droits et principes que peuvent revendiquer les patients côtoyant des établissements sociaux et médico-sociaux. Comme dans la charte précédente, les professionnels de santé ne peuvent pas faire de discrimination en lien avec la vie et les choix personnels de l'utilisateur. Le patient peut également faire valoir son droit d'avoir un accompagnement correspondant à ses besoins et ses requêtes. Le quatrième article de cette charte garantit au patient la co-conception de sa prise en soin afin qu'il puisse participer à son parcours de santé (Arrêté du 8 septembre 2003, s. d.). Cette seconde charte promeut, elle aussi, l'adaptation de la prise en soin ergothérapique en fonction des demandes et des occupations propres au patient. En effet, l'utilisateur est en droit de demander d'inclure une activité qui fait sens pour lui durant son suivi.

La Charte Romain Jacob (Annexe IV), rédigée en 2014 et conçue en alliance par l'ARS et l'association Handidactique, a pour objectif d'améliorer et de faciliter l'accès aux soins pour les personnes en situation de handicap (Handidactique, s. d.). Cette charte est organisée en douze principes prônant l'inclusion et le droit commun par rapport à la santé des personnes en situation de handicap. Le premier principe reprend la nécessité pour le patient d'être acteur dans sa prise en soin, entraînant l'autonomie et donc la valorisation de l'image qu'il perçoit de lui-même. Il est également développé que les thérapeutes se doivent d'éduquer le patient sur tous les aspects de sa vie, aussi bien au niveau de l'hygiène, de l'activité physique, de la sexualité ou de la consommation de produits addictifs. Cette éducation permet au patient d'avoir les connaissances nécessaires pour connaître davantage son corps et ses limites (Handidactique, s. d.). L'ergothérapeute joue un rôle important dans cette éducation car elle est centrée sur les diverses activités de la vie quotidienne. Un point d'honneur

doit être mis par ce thérapeute afin de redonner de l'autonomie dans un maximum d'activités choisies et faisant sens pour le patient.

## Cadre méthodologique

### A. Problématisation

Le cadre conceptuel a permis de mettre en exergue la pertinence de prendre en considération les occupations dites sombres des patients durant leur prise en soin ergothérapique afin de promouvoir la santé mais également de personnaliser la thérapie à la vie personnelle du patient. La législation ou le cadre institutionnel hospitalier ne permettent pas d'identifier clairement des occupations qui ne peuvent pas être intégrées dans un suivi médical. Il est, toutefois, explicité qu'un professionnel de santé a le devoir de promouvoir la santé en réduisant les comportements ayant un effet néfaste sur la santé. Pour répondre à ce devoir, les ergothérapeutes sensibilisent et éduquent les patients aux différents dangers et impacts que peuvent provoquer ces comportements. Cependant, au-delà de cette prévention et éducation, si le patient demande à continuer cette activité et donc à être rééduqué pour l'effectuer de façon indépendante, l'ergothérapeute ne rencontre pas de contrainte juridique à le refuser. Les chartes hospitalières prônent la place centrale du patient dans sa prise en soin ainsi que l'intégration de sa vie personnelle et de ces activités propres. Toutefois, il reste questionnable que les ergothérapeutes connaissent réellement les limites juridiques de leurs pratiques. Ils peuvent, de plus, avoir des limites ou interprétations personnelles amenant la non-inclusion de ces activités dans leurs pratiques. Il peut être entendu qu'un ergothérapeute refuse l'intégration de ses dernières dans la prise en soin des patients si pour sa personne cela relève de l'éthique de sa pratique professionnelle. L'ergothérapeute peut aussi se retrouver dans la situation où il manque de moyens, tels que des outils ou modèles, sur lesquels s'appuyer afin de les considérer.

L'objectif de ce mémoire est donc de pouvoir relever les différents freins que rencontrent les ergothérapeutes sur le terrain dans l'inclusion des occupations dites sombres des patients durant leurs prises en soin afin de les protéger d'un potentiel déséquilibre occupationnel.

À la suite de cela, la question de recherche de ce mémoire est :

**Quelles sont les limites rencontrées dans la pratique des ergothérapeutes français en SSR face à l'intégration des dark occupations dans la prise en soin des patients afin de prévenir leur déséquilibre occupationnel ?**

Cette question peut amener aux deux hypothèses suivantes :

**Hypothèse 1** : Les ergothérapeutes rencontrent des limites objectives dans leur pratique professionnelle (articles ou sources scientifiques, réglementations ou éthique propre à leurs établissements, textes législatifs ou manque d'outils) justifiant le fait qu'ils ne peuvent pas intégrer ces occupations dites sombres dans leurs suivis.

**Hypothèse 2** : Les ergothérapeutes rencontrent des limites subjectives dans leur pratique professionnelle (les valeurs propres en lien avec leurs limites personnelles ou les normes sociales et culturelles, manque de connaissances) justifiant le fait qu'ils ne peuvent pas intégrer ces occupations dites sombres dans leurs suivis.

## B. Description de la méthodologie de recherche utilisée

### 1. Méthode de recherche retenue pour ce travail

Lorsqu'un travail de recherche est réalisé, il existe deux méthodes utilisées afin de conduire cette recherche : la méthode qualitative et la méthode quantitative.

La méthode qualitative permet d'effectuer une enquête auprès d'un public précis et d'y inclure ses expériences personnelles en lien avec ses contextes sociaux et culturels. À la différence de la méthode quantitative, qui est une méthode permettant le recueil de données dans l'objectif d'élaborer des statistiques, l'approche qui offre la recherche qualitative permet d'inclure les facteurs externes ou internes influençant l'expérience vécue par la personne. Cependant, cette méthode ne peut répondre qu'à certaines questions de recherche visant à déterminer des aspects qualitatifs et à en comprendre les influences (Gelling, 2014).

Dans le cas de cette recherche, la méthode qualitative semble être la plus pertinente pour obtenir les résultats permettant de répondre à la question de recherche explicitée juste avant. Par l'utilisation de cette méthode, nous cherchons à prendre les

expériences personnelles propres à chaque professionnel de santé sollicité pour cette recherche. Afin de poursuivre cette réflexion, une approche hypothético-déductive est utilisée. Cette approche demande au chercheur de s'appuyer sur différents documents tels que des articles scientifiques, des études qualitatives déjà effectuées ou des avis d'experts pour lui permettre de formuler une question de recherche puis d'en émettre des hypothèses (Mesly, 2015).

## 2. Choix de la population

### *a. Critère d'inclusion de la population cible*

Dans le cadre de cette recherche, il est essentiel d'établir, en amont des entretiens, des critères d'inclusion permettant de répondre à la question de recherche. Comme il est souhaité de réaliser ce travail sur la pratique ergothérapique française, il est pertinent d'interroger des ergothérapeutes diplômés d'État en France et pratiquant sur le territoire français.

Les critères d'inclusion de la population cible de cette recherche sont donc :

- Être un ergothérapeute diplômé d'État en France
- Exercer le métier d'ergothérapeute au sein d'une structure de SMR
- Avoir travaillé en tant qu'ergothérapeute uniquement sur le territoire français

Il a été choisi de ne pas spécifier de population de patients dans les critères d'inclusion. En effet, comme vu précédemment, des dark occupations peuvent être présentes dans le quotidien de toutes personnes, peu importe l'âge de ses dernières. La diversité d'expérience dans les différents services et structures ne peut qu'enrichir cette recherche.

### *b. Recrutement des ergothérapeutes*

Le recrutement des ergothérapeutes pour participer aux entretiens s'est effectué par courriel (annexe V). Afin d'obtenir les adresses électroniques des différents ergothérapeutes, j'ai sollicité le réseau de mes camarades de promotion. En effet, de nombreux SMR ont accueilli ces étudiants pour effectuer des stages durant leur cursus scolaire. Ce courriel a été diffusé à une trentaine d'ergothérapeutes sur des adresses électroniques personnelles ou sur celles des services de rééducation ergothérapique. Il y a 5 ergothérapeutes qui ont répondu positivement à ma demande et 4 entretiens

ont été réalisés. Certaines ergothérapeutes n'ont pas voulu réaliser un entretien après qu'elles ont effectué des recherches sur le sujet.

### 3. Choix de l'outil méthodologique

Dans le cadre expérimental de ce travail, il semble pertinent de réaliser des entretiens semi-directifs auprès des ergothérapeutes. Ces derniers permettront d'obtenir les données nécessaires pour valider ou invalider les hypothèses émises précédemment. Dans la méthode qualitative, l'entretien est un outil permettant de collecter différentes données. Il permet au chercheur de poser des questions précises afin d'obtenir des informations particulières permettant de comprendre le point de vue de la personne. Cette approche permet de mettre l'échange au centre de la recherche et donc de permettre la spontanéité de la part de l'intervieweur ou de l'interviewé. Si un sujet intéressant émerge durant l'échange et qu'on souhaite l'approfondir, ce format semi-directif permet de rester flexible et de laisser le sujet être acteur (Adhabi & Blash Anozie, 2017).

Afin que l'entretien soit semi-directif, il est nécessaire de le préparer en amont à l'aide d'un guide d'entretien reprenant les questions à poser (annexe VI). Il est important de le compléter avec des relances éventuelles si la réponse obtenue n'est pas totalement complète. Ce guide est un appui permettant de créer un fil conducteur dans les questions et de conserver la dynamique pendant la réalisation de l'entretien. L'élaboration de ce guide d'entretien a été réalisée en plusieurs étapes essentielles pour garantir sa fiabilité. Pour cela, les grands thèmes devant être abordés durant l'entretien ont été listés, puis ordonnés afin de faciliter la compréhension de l'ergothérapeute pendant l'entretien. Les questions par thèmes ont alors été rédigées. Un entretien test a ensuite été effectué auprès d'un ergothérapeute afin de le valider et garantir l'obtention des résultats attendus. Il a pu, à la suite de ce test, être amélioré pour en assurer la qualité et la pertinence (Kallio et al., s. d.).

Les grands thèmes de ce guide d'entretien sont les suivants :

#### *a. Le profil de l'ergothérapeute*

La première partie de l'entretien permet d'en apprendre davantage sur l'ergothérapeute et sa pratique. Elle permet de mettre en lumière l'expérience professionnelle, l'ancienneté en SMR, les possibles formations, le public pris en soin

ou encore le nombre de suivis patient qu'a le professionnel durant une semaine. Ces informations sont essentielles dans l'analyse des résultats car elles permettent au chercheur de comprendre l'origine de la réflexion de l'interviewer. Ce début d'entretien permet également de commencer l'échange en s'intéressant à ce professionnel de santé et donc d'instaurer un lien de confiance.

#### *b. Utilisation de modèles conceptuels*

Cette seconde partie permet de connaître les habitudes dans la pratique ergothérapique de l'interviewer. Elle permet également de jauger sa connaissance sur les modèles conceptuels afin de les mettre en lien avec les dark occupations par la suite.

#### *c. L'équilibre et le déséquilibre occupationnels*

Cette troisième partie permet de comprendre la vision de l'ergothérapeute sur les principes d'équilibre et de déséquilibre occupationnel. Elle permet d'observer si ces notions sont prises en considération durant ses prises en soin et comment elles sont intégrées.

#### *d. Les dark occupations dans les prises en soin de l'ergothérapeute*

Cette quatrième partie, qui est la plus volumineuse du guide d'entretien, aborde la thématique principale de ce travail de recherche. Elle permet de questionner le thérapeute sur sa connaissance de ce concept et l'intégration de celui-ci dans ses prises en soins. Ce thème est mis en lien avec les précédents afin de faire sens auprès de l'ergothérapeute. Cette partie a pour but de comprendre si des limites sont rencontrées et lesquelles. Elle permettra donc de valider ou d'invalider les hypothèses émises.

#### *e. Conclusion et ouverture*

Cette dernière partie permet à l'ergothérapeute de s'exprimer librement sur des réflexions qu'il pourrait potentiellement avoir en plus. Elle permet d'aborder des sujets ou pistes qui n'ont pas été abordés durant l'entretien. Ce moment, tout à fait enrichissant pour un travail de recherche, peut aussi amener à un apport personnel d'expérience du professionnel de santé.