

Cadre expérimental

A. Réalisation des entretiens

Les ergothérapeutes participants à un entretien devront, en amont, signer un formulaire de consentement (annexe VII) afin de permettre l'enregistrement, la retranscription et l'utilisation de leurs dires. Ces entretiens ont été réalisés en accord avec la loi Jardé (annexe VIII) qui permet aux professions paramédicales de mener des recherches et des entretiens auprès d'autres professionnels (Lemaire, 2019).

Ces entretiens ont été réalisés les 30 avril et 1^{er} mai 2025 et ont duré entre 30 et 50 minutes. L'un des quatre entretiens a pu être réalisé au sein de la structure de l'ergothérapeute. Les trois autres ont été réalisés par appel téléphonique pour des raisons de disponibilités et des contraintes géographiques. Ce moyen de communication a permis d'ouvrir la possibilité de passer des entretiens avec des ergothérapeutes provenant de toute la France métropolitaine. Les différents échanges téléphoniques n'ont pas été altérés par cette méthode et se sont déroulés sans encombre. Cependant, il est important de relever que cela peut être un frein dans l'échange car l'interviewé ou l'intervieweuse n'a pas accès à la communication non verbale.

La retranscription de chacun des entretiens a été réalisée par la suite, tout en anonymisant les données, pour permettre leur analyse pour ce travail de recherche (Annexe IX).

B. Profils des ergothérapeutes participants à la recherche

Lors des entretiens, différentes questions sur le parcours professionnel des ergothérapeutes ont été posées pour en apprendre davantage sur leurs expériences professionnelles et valider ainsi les critères d'inclusion en lien avec ma méthodologie de recherche. Les noms de ces professionnels de santé seront, pour la suite de l'écrit, remplacés par E1, E2, E3 et E4 pour conserver leur anonymat comme convenu préalablement.

- E1 : La première ergothérapeute ayant participé à un entretien a obtenu son diplôme d'État en ergothérapie en 1998. Elle a travaillé pendant 18 ans dans divers services de gériatrie (hôpital de jour, SSR, EHPAD, long séjour, unité mobile). Elle a également exercé au sein d'une MAS. Elle a, par la suite,

pratiqué l'ergothérapie en libéral pendant 5 ans. Cette professionnelle de santé travaille actuellement au sein d'un ESMR depuis 8 mois. Les spécialités de son service sont la rééducation et la réadaptation en orthopédie (post chirurgie) et en neurologie. Des patients traumatisés crâniens sont également accueillis dans des appartements thérapeutiques au sein de la structure. Ce service reçoit des patients adultes, dont la moyenne d'âge est de 35/40 ans. Le séjour des patients en orthopédie est en moyenne de 6 à 10 semaines. En neurologie, le séjour peut durer plusieurs mois en fonction des besoins et des synthèses. L'ergothérapeute suit approximativement entre 10 et 15 patients par semaine qu'elle reçoit quotidiennement. En parallèle, elle a pu suivre des formations sur le COOP, l'analyse systémique, l'éducation thérapeutique et la bienveillance. Elle est également formatrice PRAP2S.

- E2 : La seconde ergothérapeute interrogée a obtenu son diplôme d'État en ergothérapie en 2008. Depuis cela, elle travaille au sein d'un centre hospitalier en SMR. Elle intervient dans le cadre du SMR auprès de publics ayant des pathologies orthopédiques, neurologiques, cardiologiques et traumatologiques. Elle prend, également, en soin des patients de l'hôpital de jour nécessitant des corsets thermoformés. L'âge moyen des patients suivis est de 80/82 ans mais ce n'est pas un service gériatrique. La rééducation est d'une durée moyenne de 4 semaines même si cela peut se prolonger jusqu'à plusieurs mois en attendant des places pour les orienter vers un EHPAD. En parallèle, elle a pu suivre des formations sur les aides techniques, sur l'aménagement du domicile, sur les troubles de la déglutition et la mise en place d'un atelier de cuisine thérapeutique.
- E3 : La troisième ergothérapeute ayant participé a obtenu son diplôme d'État en ergothérapie en 2018. Elle a travaillé dans différents EHPAD avant d'intégrer une structure SMR gérontologie en 2021. Elle intervient actuellement en SMR et en hôpital de jour. L'âge moyen des patients est de 75/80 ans. La durée moyenne du séjour au sein de ce service est de 3 semaines. En parallèle, elle a pu suivre des formations portant sur la dénutrition et sur la manutention.
- E4 : La quatrième ergothérapeute interrogée a obtenu son diplôme d'État en ergothérapie en 2025. Elle travaille depuis cela au sein d'un service

d'hospitalisation à domicile et en rééducation auprès de patients ayant des pathologies variées telles que des problématiques oncologiques, neurologiques, traumatologiques ou orthopédiques qui répondent aux critères de l'HAD. L'âge moyen des patients est de 50 ans et est dépendant des périodes de prise en soin. La rééducation peut durer de 4 à 6 semaines en fonction des objectifs et de l'évolution de la pathologie du patient. En parallèle, elle a pu suivre une formation sur la prise en soin des personnes ayant subi un AVC.

C. Analyse des réponses des ergothérapeutes

1. Méthode d'analyse sélectionnée

L'analyse des résultats obtenus sera réalisée selon la méthode d'analyse de contenu de Laurence Bardin, maître de conférence. L'utilisation de cette méthode permettra de structurer en plusieurs phases cette étude ainsi que de limiter les biais durant l'analyse. Ces différentes étapes doivent s'organiser de manière chronologique.

La première étape, également appelée « *la préanalyse* », comprend la retranscription totale des différents entretiens passés afin d'obtenir les verbatim qui seront par la suite analysés. Ce travail permet de percevoir les potentiels indices permettant de répondre aux hypothèses.

La seconde étape, consistant à « *l'exploitation du matériel* », permet de catégoriser les différents éléments dans une grille d'analyse en fonction du thème commun.

La dernière étape consiste à traiter les résultats obtenus qui ont été catégorisés dans les précédentes étapes. Durant celle-ci, une synthèse doit être réalisée en fonction des résultats sélectionnés afin de pouvoir en tirer des interprétations. (Bardin, 2013)

Les verbatim sélectionnés pendant cette analyse figureront dans des tableaux pour la suite de ce travail de recherche.

2. Analyse des verbatims

a. Prise en soin ergothérapeutique des patients

E1 : « Je fais très très peu d'analytique, ça ne m'intéresse pas et j'en fais très peu. Très très peu donc beaucoup de mises en situation. »
E2 : « Alors ce sont principalement des prises en charge en rééducation avec donc un travail de récupération de l'autonomie antérieure majoritairement. [...] Beaucoup de mises en situation en chambre ou sur le plateau. Ça peut être de la rééducation cognitive aussi »
E3 : « Je fais mes bilans et après je découle le programme d'intervention donc je fais beaucoup de rééducation fonctionnelle à la marche aux escaliers. [...] Je fais un peu de stimulation cognitive »
E4 : « Une éval du domicile et des AVQ basée autour des mises en situations et observations. Ensuite mes séances sont basées sur des mises en situation, des jeux pour travailler les capacités défaillantes, ainsi que des précocités aides techniques et adaptations. »

Analyse : Nous pouvons relever que dans la pratique ergothérapeutique de ces quatre ergothérapeutes, les mises en situation des patients sont centrales et omniprésentes afin de permettre une préconisation d'aides techniques ou de compensation pour les AVQ. E2 et E3, qui travaillent principalement avec une population gériatrique, ont recours à de la rééducation cognitive également.

b. Utilisation de modèles conceptuels

E1 : « Alors particulièrement le MCRO et le MOH. Le PEO aussi forcément après on est obligé d'utiliser le PPH parce que les grilles GEVA pour les dossiers MDPH s'appuient sur le PPH et la CIF donc on est obligé de continuer à les utiliser. »
E2 : « En 2008, on ne parlait pas forcément de modèles conceptuels. [...] Je ne peux pas forcément les nommer, mais oui on va prendre énormément la personne dans sa globalité. »
E3 : « Euh non. [...] C'est un choix personnel, je pioche un peu partout. Du coup je n'ai rien de... je n'ai rien de bien fixé. »
E4 : « Non car je n'ai pas de demande de mon employeur de le faire et peu de temps pour le faire. Je parviens à structurer ma pratique sans. »

Analyse : Sur les quatre ergothérapeutes interrogées, une seule ergothérapeute utilise des modèles conceptuels consciemment dans sa pratique et mobilise les différents outils qui y sont associés en fonction des profils de patients qu'elle prend en soin. E2 ne connaissait d'ailleurs pas de modèles conceptuels. Cependant, les 3 autres ergothérapeutes utilisent différentes évaluations correspondant à leurs prises en soin sans appliquer intégralement un modèle conceptuel.

c. Évaluation et intégration de l'équilibre occupationnel du patient

E1 : « Moi quand je mets mes séances avec les patients, j'essaie de regarder l'équilibre dans leur journée. [...] Donc pour moi ça commence là l'équilibre occupationnel. Après comment je le signifie à mon patient lors des séances, je ne sais pas. »

E2 : « Alors pas forcément l'évaluer, mais en tout cas essayer de la respecter au maximum. On est quand même très à l'écoute quand je parle de prise en charge globale, on est quand même très à l'écoute de nos patients, surtout avec cette population gériatrique. »

E3 : « C'est difficile, c'est difficile parce que c'est un problème qui me pose... c'est un problème que je ressens depuis quelques temps maintenant. C'est que les personnes qu'on reçoit, qu'on traite plus beaucoup de... déjà d'occupation signifiante pour eux. Ils sont assez limités, ils sont déjà en deuil de capacité, c'est assez compliqué. Et avec leur état cognitif qui est quand même pas mal avancé, ils n'ont plus de volonté, ils n'ont plus d'objectifs. »

E4 : « Oui mais pas par l'emploi de bilans standardisés. Plutôt par mise en situation et échange autour des problématiques rencontrées par le patient. »

Analyse : Selon E2 et E4, l'intégration du principe de l'équilibre occupationnel se fait par l'écoute des rythmes et habitudes de vie du patient afin de le respecter au maximum. Pour E1, il est difficile de définir si elle l'intègre ou non dans ses prises en soin même si elle y est sensible. La difficulté dans la prise en soin de E3 se trouve dans les capacités des patients à maintenir des activités signifiantes et quotidiennes en concordance avec leurs troubles cognitifs. L'évaluation de ce concept se réalise donc par de l'observation plus que par des bilans standardisés.

d. Connaissance du concept des dark occupations

A : « Donc vous m'avez déjà répondu, vous ne connaissez pas ce concept-là, il correspond à... »

E1 : « Ouais je me doutais que c'était ça. »

A : « Donc comme vous m'avez dit, vous ne connaissez pas spécialement. Vous vous êtes un peu renseignée... »

E2 : « Euh vite fait. Mais voilà c'était surtout le lien, et en tout cas peut-être de savoir un petit peu plus clairement en quoi ça consiste. »

A : « Est-ce que vous connaissez un peu ce concept ou pas du tout ? »

E3 : « Pas du tout. »

A : « Connaissez-vous le concept des dark occupations ? »

E4 : « Oui je connais la notion par le biais de cours à l'école. »

Analyse : E1, E2 et E3 ne connaissaient pas du tout le concept des dark occupations même si elles s'étaient renseignées en amont de l'entretien. Cependant, E4, diplômée de l'année dernière, connaissait la notion de dark occupation par son IFE.

e. Intégration des dark occupations dans la prise en soin

A : « Et du coup si vous avez une personne dont cette occupation fait partie intégrante de son équilibre occupationnel, est-ce que vous allez la prendre en considération ? »
E1 : « Bah oui. [...] Ça fait partie des occupations signifiantes pour la personne, même si elles sont délétères, même si elle se met en danger à chaque fois qu'elle va fumer, ça fait partie de son quotidien, donc je dois le respecter. »
E2 : « Ah oui oui oui, parce qu'on le sent bien. [...] on voit bien que des fois la prise en charge est complètement impossible si le patient est obnubilé par sa cigarette ou des choses comme ça. »
E3 : « On va plutôt dans leur sens pour le moment. [...] on en parle, on en équipe pluridisciplinaire, on demande au médecin d'intervenir. »
E4 : « À mon sens il est important de permettre à la personne de maintenir et favoriser sa participation et son indépendance dans toutes activités qui ont du sens pour lui bien qu'il soit important de lui en présenter les aspects néfastes et négatifs. »

Analyse : Les ergothérapeutes interrogées, ne connaissant pas forcément le concept des dark occupations, intègrent déjà ces occupations, qu'elles ne catégorisent pas comme sombres spécifiquement, dans leurs prises en soin des patients. E1 et E4 appuient sur l'importance de prendre en considération les activités qui sont signifiantes pour la personne.

f. Moyens utilisés pour intégrer ses dark occupations

A : « Et donc là dans ce cas précis, vous l'avez évalué en la mettant en situation. »
E1 : « Tout à fait. [...] J'ai fait une visite à domicile... »
E2 : « Ouais ça va plutôt passer par la mise en situation. »
E3 : « C'est de l'observation donc voilà. Le patient qui ne savait plus rouler sa clope, j'ai regardé pourquoi il n'y arrivait plus et j'ai agi mais je n'ai pas couché sur papier quoi. »
E4 : « Je ne les évalue pas mais je fais des mises en situations pour voir où sont les difficultés. »

Analyse : Comme pour les autres AVQ des patients, les ergothérapeutes interrogées utilisent principalement les mises en situation pour inclure les dark occupations et travailler sur les difficultés des patients. L'évaluation n'est pas réalisée de façon normée et est basée davantage sur les observations faites.

g. Outils facilitant cette intégration

A : « Est-ce que vous connaissez des outils qui pourraient vous aider à évaluer ces occupations ? »

E1 : « Peut-être, Je ne sais pas. Moi en tout cas à partir du moment où ça arrive dans les occupations, par exemple dans le MCRO ou où on va classer les occupations par rapport au sentiment de satisfaction et à l'importance que ça a particulièrement pour les gens, moi je les prends comme elles sont. Si les patients ils me disent : bah voilà mon occupation qui est vraiment importante pour moi, c'est une occupation qui est délétère, je vais la prioriser. [...] le fait d'avoir une liste où s'est écrit non exhaustif, mais que ça ne soit pas écrit, ça coupe et c'est pour ça qu'on s'appuie beaucoup sur l'OT'Hope qui a des listes beaucoup plus longues. Et d'ailleurs, on l'a transformé en carte là, voilà. Les cartes OT'Hope qui sont encore plus en ouverture des gens qui ont des difficultés pour s'exprimer ou pour comprendre. »

E2 : « « Alors non, comme c'est quelque chose qui arrive quand même très sporadiquement et qui n'est pas quelque chose que l'on rencontre régulièrement. C'est vrai qu'on n'a pas forcément ressenti... Sans connaître aussi qu'ils pouvaient exister des outils d'évaluation. Mais c'est vrai qu'on n'a pas eu forcément besoin de recourir à ça. »

E3 : « Non. Bah non. »

E4 : « Non. »

Analyse : E2, E3 et E4 n'ont pas à leur connaissance d'outils permettant de faciliter l'intégration et l'évaluation des dark occupations. E1, utilisant régulièrement la MCRoO comme évaluation, affirme qu'elle peut utiliser cette évaluation pour toute occupation tant qu'elles sont importantes. Cependant, elle ajoute que la liste non exhaustive, n'ayant pas de dark occupation comme exemple, ne facilite pas leur inclusion. Cet ergothérapeute utilise alors l'OT'Hope comme outil afin de faciliter la compréhension des patients et permettre d'aborder plus d'occupations par le biais d'images.

h. Les valeurs personnelles sont-elles un frein dans l'intégration des dark occupations ?

E1 : « Elle questionne forcément, enfin il faut aussi être clair et c'est à ça que sert l'analyse de pratique. [...] Mais au final ce qui compte pour moi c'est que je suis centrée sur mon client et que ce sont ses occupations qui ont du sens pour lui, qui évidemment ont du sens pour la société. »

E2 : « Non, non pas du tout. [...] Si j'essaye d'imaginer, je n'ai pas l'impression qu'il y aurait une prise en charge en particulier qui pourrait me poser souci avec mes valeurs. »

E3 : « Sur les dark occupations non. Dans ma pratique en général, oui parce que je trouve que le soin actuellement fait à l'hôpital est assez malveillant, avec des gens qui ne sont pas occupés toute la journée. »

E4 : « J'avoue qu'aborder la sexualité ou les drogues etc. Je ne suis pas là plus à l'aise. Mais avec le lien de confiance créé avec le patient ou par le biais d'un collègue on l'aborde assez facilement »

Analyse : E1, E2 et E3 affirment que leurs valeurs personnelles ne sont pas un frein dans l'intégration de ses occupations durant l'accompagnement auprès des patients. E1 et E3 se questionnent tout de même régulièrement sur leurs pratiques globales en lien avec leur valeur. E3 évoque même une atteinte de ses valeurs personnelles quant au déroulé de l'hospitalisation des patients. Pour E4, des sujets semblent plus difficiles à aborder mais elle arrive à trouver des leviers lui permettant de les intégrer dans ses prises en soin.

i. L'équipe pluridisciplinaire est-elle un frein dans l'intégration des dark occupations ?

E2 : « Alors je pense pas du tout au sein de l'équipe pluridisciplinaire, je pense vraiment plutôt au niveau administration et direction. Mais pas forcément au sein de l'équipe pluridisciplinaire. »

E3 : « Non vraiment pas, pour les dark occupations non. »

E4 : « Certains collègues peuvent ne pas être ouverts au travail des dark occupations aussi. »

Analyse : E2 et E3 s'accordent sur le fait que l'équipe pluridisciplinaire ne serait pas un frein pour inclure les dark occupations durant leurs interventions auprès des patients. E4 relève de son côté qu'il pourrait y avoir des collègues ne souhaitant pas l'intégration de ses occupations dans les suivis, ce qui pourrait être un frein pour elle.

j. La structure est-elle un frein dans l'intégration des dark occupation ?

E1 : « Bien sûr, bah ouais ouais. Manque de moyens et de savoir-faire aussi. Mais c'est vraiment toute la problématique de la médecine occidentale qui coupe tout en morceaux. [...] En psychiatrie, on s'occupe de la psychiatrie, on ne va pas s'occuper de l'orthopédie. Ici on est en orthopédie, on ne s'occupe pas de la psychiatrie. Les gens qui ont des problèmes psychiatriques, ils nous posent problème ici. Parce qu'on ne sait pas comment faire, on n'a pas les médecins qui sont sensibles à ça. Ils ne sont pas du tout sensibles à ça, ils n'ont pas été formés et voilà. Ça ne les intéresse pas ou ça les intéresse mais ils ne savent pas quoi en faire. [...] Or on n'a pas la voix là, on n'a pas de... On ne peut pas être entendu. Très frustrant. »

E2 : « Ah oui oui, je trouve que maintenant on est un petit peu moins dans l'humain et un peu plus dans les chiffres malheureusement. Donc ce n'est pas impossible que par nécessité d'augmenter au niveau quantitatif, ne serait-ce que les prises en charge, on ne nous laisse pas libre choix de la façon dont on exerce notre métier. Oui ce n'est pas impossible oui. »
E3 : « Après tout dépend de la dark occupation quoi. Si c'est un patient qui utilise des sites porno, pédopornographique par exemple, on ne va pas le laisser faire. Déjà, on n'a pas le Wi-Fi dans l'établissement donc, voilà. Mais on va essayer de donner un cadre quand même, pour pas que ce soit trop progressif. »
E4 : « Oui ça peut carrément être un frein, avec ma structure en rééducation, on prend les patients peu de temps, donc les objectifs sont très ciblés. »

Analyse : Ces quatre ergothérapeutes soulignent que leur structure peut être un frein dans le choix des prises en soin des patients. E1 et E2 apportent une vision plus quantitative de l'hospitalisation avec une nécessité de suivre davantage de patients et de ne pas être libres et écoutées durant leurs accompagnements. E3 verbalise que les freins seraient en fonction de la nature de la dark occupation. La catégorisation des suivis des patients en fonction d'une seule problématique de santé et non de façon globale est, pour E1, un vrai frein dans l'intégration des dark occupations en SSR. Elle ajoute que lorsqu'il y a des problématiques d'addictologie, leur service est limité au niveau du savoir médical. E4 amène une limite dans la durée d'intervention auprès des patients, ce qui réduit les possibilités de diversifier ses accompagnements.

k. Connaissance de la législation française

A : « Est-ce que vous pensez que vous êtes suffisamment renseigné sur la loi pour connaître les limites de vos prises en soins en ergothérapie par rapport au Dark occupations ? Et si non, c'est plutôt un choix personnel ? »
E1 : « Je ne sais pas. Je ne sais pas. Peut-être que je ne suis pas assez renseignée. Je n'en sais rien. [...] Alors ce n'est pas un choix de ma part de pas me renseigner, c'est surtout... Alors ça va être des excuses mais on a beaucoup beaucoup de travail et on fait avec ce qu'on peut voilà. »
E2 : « Je ne suis pas sûre. Par contre... Non, je ne pense pas. [...] Non, c'est un manque de temps. Non non parce que je trouve qu'en plus ça pourrait être intéressant effectivement d'être renseigné là-dessus en cas de débat justement ou de difficulté dans une éventuelle future prise en charge donc... C'est plus effectivement un manque de temps, d'aller rechercher ces informations et puis le fait aussi que ça ne soit pas forcément des situations qu'on rencontre régulièrement. »
E3 : « Peut-être pas pour tout. [...] Bah c'est que pour l'instant, je n'ai pas été beaucoup confrontée à part l'alcool, la clope et un peu la désinhibition. On n'a pas eu beaucoup de soucis de ce côté-là. »
E4 : « Non vu que ce sont des sujets qui peuvent être assez spécifiques comme des pratiques en lien avec les drogues ou la sexualité. Savoir jusqu'où le thérapeute doit accompagner, laisser la place à un autre professionnel ça peut s'avérer délicat. D'où l'intérêt je dirais de toujours communiquer en équipe etc je dirais. »

Analyse : Les différentes ergothérapeutes affirment ne pas avoir assez de connaissances au niveau de la législation française. Ce n'est pas un choix volontaire de leur part, mais c'est souvent dû à un manque de temps pour effectuer des recherches. Comme ce sont des prises en charge peu régulières, E2 et E3 justifient leur manque de connaissance par cela.

1. Les éléments indispensables pour intégrer ses occupations

E1 : « Alors les formations ça c'est sûr. Moi je vous parlais tout à l'heure de mettre en relation des gens qui font de la recherche et des ergo de terrain. Donc ça pour moi, c'est le futur de notre métier, de travailler vraiment avec la recherche et d'avoir des preuves puisqu'on doit s'appuyer sur des preuves scientifiques. »

E2 : « L'empathie, l'écoute, la prise de distance aussi justement quand on parlait de valeur personnelle, je pense qu'il faut savoir ne pas les... enfin en tout cas qu'elle n'interfère pas forcément dans la prise en charge. [...] C'est sûr qu'on ne peut pas tout préparer, on ne peut pas former à tout, mais je pense que c'est quelque chose qui pourrait être abordé au cours de la formation en ergothérapie. »

E3 : « Il faut déjà en discuter en staff pluridisciplinaire. [...] Bah ça pourrait être pertinent, ouais, pour le tracé puisque pour l'instant tout ce que je fais c'est informel donc avoir des outils pour l'évaluer et le transmettre aux autres. Et avoir un cadre justement. [...] Pourquoi pas une petite formation ouais. »

Analyse : Selon E1, le plus important serait de mettre en lien les chercheurs en ergothérapie et les ergothérapeutes qui sont sur le terrain afin qu'un échange entre les questionnements de terrain et une veille professionnelle se fassent des deux côtés. E2 visualise que l'intégration de ses occupations pourrait être abordée dès l'enseignement scolaire dans les IFE. E3 priorise davantage la décision en réunion pluridisciplinaire mais ajoute qu'une formation sur le sujet pourrait être pertinente.

D. Discussion

Après avoir recueilli et analysé les données qualitatives du terrain, il est fondamental de les mettre en regard des données scientifiques obtenues de divers articles et sources scientifiques condensés dans le cadre conceptuel. La suite de cette confrontation mènera à l'invalidation ou la validation des deux hypothèses émises à la suite de la question de recherche. Seront mentionnés par la suite, les biais et les limites de ce travail d'initiation à la recherche.

1. Rencontre entre les données qualitatives et les données scientifiques

La première intention de cette méthode expérimentale est de pouvoir répondre à la question de recherche formulée à la suite des différentes recherches scientifiques. Afin de centrer la suite de cette analyse, il est essentiel de la rappeler : « **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 ?** » En corrélation avec cette question, deux hypothèses ont été émises dans le but de prévoir de potentielles réponses des ergothérapeutes exerçant en SSR.

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.

Pour commencer, les ergothérapeutes ayant participé aux entretiens sont unanimes pour affirmer qu'elles manquent de temps pour effectuer diverses recherches en lien avec la législation et ont donc très peu de connaissances sur les potentielles limites qu'impose la loi française sur la pratique ergothérapique. La faible fréquence de demande des patients de pratiquer des dark occupations influence également ce manque de besoin de connaissances des ergothérapeutes. Ce versant ne semble donc pas être un frein dans leur pratique. En regard des différentes lois citées dans le cadre conceptuel, les ergothérapeutes n'ont pas spécifiquement de lois interdisant l'inclusion de certaines occupations de patients dans les prises en soin. Les différentes lois prônent que le patient est acteur de sa prise en soin. Le décret de 1986 met en avant les activités de la vie quotidienne dans sa globalité afin de favoriser le retour de l'identité et des rôles propres à chaque patient (Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie, 1986). Ce manque de connaissance pourrait constituer un frein dans la pratique de l'ergothérapie par ces professionnelles de santé car elles ne connaissent pas spécifiquement leurs droits et devoirs en tant qu'ergothérapeutes.

En ce qui concerne les modèles conceptuels et outils ergothérapeutiques, une seule ergothérapeute sur les quatre interrogées utilise des modèles conceptuels dans sa pratique. Elle utilise d'ailleurs le MOH et le MCREO qui sont les modèles explicités dans le cadre conceptuel. Elle évoque la liste d'AVQ non exhaustive proposée en lien avec l'outil MCRO et dénonce une certaine limite dans l'inclusion des dark occupations car celles-ci ne s'y trouvent pas. Ce point a été relevé lors de la description de ce modèle et de son outil. Cette même ergothérapeute s'appuie alors sur l'OT'Hope qui est un outil utilisé par les ergothérapeutes sous forme de cartes reprenant diverses catégories d'AVQ. Cependant, les dark occupations ne sont également pas introduites dans cet outil. À la connaissance de ces quatre professionnelles de santé, il n'existe actuellement pas d'outils permettant d'intégrer et d'évaluer les dark occupations. Le MOH et le MCREO, ayant des outils pouvant être utilisés pour évaluer la volition ou le rendement de toute activité, ne sont pas systématiquement investis dans leur globalité par les ergothérapeutes sur le terrain et ne permettent donc pas de faciliter l'inclusion des dark occupations. Ce manque d'outils, de connaissance des outils, d'utilisation de ces outils et d'inclusion de ces occupations sombres dans ces outils sont un frein auprès de ces ergothérapeutes.

Sur le plan du cadre institutionnel, les interviewées relèvent différents points permettant d'affirmer que ce dernier est un frein dans l'intégration de ses occupations. Le premier aspect mentionné est celui du manque de temps, que ce soit du temps d'hospitalisation des patients ou du temps de prise en soin des patients. Cette dimension temporelle, évoquée précédemment, fait partie intégrante des services en SMR (Roques-Latrille, 2018). Cette durée d'hospitalisation et donc de suivi par les professionnels influence alors les prises en soin et limite la diversité des activités pouvant être concentrées durant ce laps de temps. La seconde limite relevée est le morcellement de la santé par catégorie appliqué en France. En effet, les services de soins français catégorisent les pathologies par origines de ces dernières. Les services de SMR sont donc spécialisés dans un domaine pathologique ou parfois dans une tranche d'âge de la population reçue. (Roques-Latrille, 2018) Les dark occupations comprennent également les addictions et comportements addictifs. Cette spécialité fait partie intégrante des services de soins en psychiatrie ou de services spécialisés dans l'accompagnement des personnes possédant des addictions. La prise en soin de ces profils peut donc être rapidement orientée vers un service de santé mentale. Le dernier point abordé par l'une des ergothérapeutes est le cadre pouvant être imposé par la

structure en fonction de certaines occupations. De ce fait, des occupations illégales, telles que la consommation de contenu pédopornographique ou la consommation d'alcool au sein de l'établissement, peuvent être totalement interdites le temps de l'hospitalisation. Ce frein, encadré par la direction face à l'inclusion de certaines occupations, peut être causé par la législation française ou par l'éthique générale portée par l'institution.

L'équipe pluridisciplinaire qui travaille quotidiennement avec les ergothérapeutes peut également être un frein dans l'intégration de ses occupations dans le suivi thérapeutique. En effet, les décisions de soins sont déterminées par l'ensemble des soignants intervenant auprès du patient. Un ergothérapeute interrogé évoque la possibilité que certains professionnels de santé soient réticents à cette intégration.

En conclusion, il est possible d'affirmer que les ergothérapeutes rencontrent de nombreuses limites objectives dans leurs pratiques professionnelles, telles que des freins en lien avec les structures dans lesquelles elles exercent, avec la législation ou encore avec les outils ergothérapeutiques disponibles actuellement. Les collègues de travail peuvent également être un frein dans l'inclusion des dark occupations. **Cette hypothèse 1 est donc validée.** Cependant, les limites objectives peuvent être davantage étudiées et ne se limitent pas exclusivement aux trois versants énoncés en amont.

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.

En ce qui concerne cette seconde hypothèse, les ergothérapeutes sont divisés sur l'influence que leurs valeurs propres, telles que les limites personnelles, les normes sociales ou les normes culturelles, ont sur leur pratique. Deux d'entre elles se questionnent régulièrement sur leurs pratiques générales et le sens qu'elles y mettent en tant qu'ergothérapeutes. Une des ergothérapeutes déclare que, de son côté, certains sujets comme la sexualité ou la consommation de drogues peuvent être plus difficiles à intégrer dans les échanges avec le patient en lien avec ses valeurs propres. Cependant, bien qu'elles rencontrent différents questionnements ou difficultés, elles

ont toutes en commun un discours mettant le patient au centre de sa prise en soin. Cela signifie que si l'occupation, bien qu'elle soit sombre, est à la demande du patient et qu'elle est importante pour lui, elle sera intégrée par les ergothérapeutes. Leurs valeurs personnelles ne sont donc pas des limites à l'intégration de ses dark occupations. Ces valeurs personnelles peuvent être mises en relation avec la morale, précitée dans le cadre conceptuel. La morale permet à une personne de différencier les actions ou comportements pouvant être dits comme mauvais ou bons (Vilanova, 2013). Dans l'exercice de l'ergothérapie par ces différentes professionnelles de santé, la morale n'influence pas l'intégration des différentes demandes formulées par le patient.

Le manque de connaissance autour du sujet des dark occupations et de l'équilibre occupationnel peut constituer un frein dans l'intégration de ces dernières. En effet, sur les quatre ergothérapeutes interrogées, seulement une seule connaissait ce terme, abordé dans son institut de formation. En ce qui concerne l'équilibre occupationnel, les définitions données par les ergothérapeutes étaient imprécises et son évaluation était davantage réalisée par de l'observation que par l'emploi de bilans standardisés. Or, un concept n'étant pas connu ne peut amener aux questionnements et aux recherches sur le sujet. C'est pour cela que les ergothérapeutes évoquent des formations sur le sujet dans les éléments indispensables permettant l'incorporation de ses occupations, bien spécifiques mais faisant intégralement partie de l'équilibre occupationnel des patients. Cela permettrait un meilleur encadrement et un enrichissement de leurs connaissances.

En conclusion, les valeurs propres des ergothérapeutes ne constituent pas de limites subjectives à l'inclusion de ses occupations dans leurs prises en soins. Cependant, le manque de connaissances personnelles sur ce sujet constitue un frein majeur pour l'intégration des dark occupations dans leurs prises en soin. **L'hypothèse 2 est donc validée car les ergothérapeutes rencontrent des limites subjectives.** De plus, comme pour les limites objectives, les limites subjectives ne peuvent se résumer seulement aux valeurs propres ou aux connaissances des participants.

2. Les biais rencontrés dans la recherche

Ce travail d'initiation à la recherche a rencontré de nombreux biais pouvant influencer directement les résultats. Il est essentiel de les identifier afin de poser un regard critique sur cette étude.

Pour commencer, un biais de sélection a été distingué. En effet, les quatre ergothérapeutes ayant participé aux entretiens sont des femmes. Cette étude dépend alors d'un regard uniquement féminin de la pratique. Ces femmes ne représentent pas toute la pratique ergothérapique pratiquée au sein de structures SMR en France. De plus, le nombre limité d'entretiens ne permet pas d'obtenir une proportion représentative des ergothérapeutes répondant aux critères d'inclusion.

De plus, deux biais d'information ont été identifiés lors du passage des entretiens. Lors de la retranscription des entretiens, j'ai pu constater que je n'avais pas posé certaines questions à certaines ergothérapeutes. C'est pour cela que dans l'analyse des résultats, certains thèmes ne possèdent pas les verbatims des quatre ergothérapeutes. Le second biais naît du fait qu'un entretien s'est déroulé en physique alors que les trois autres se sont déroulés par appel téléphonique. Le contact entre l'interviewé et l'intervieweuse n'est pas le même lorsque l'échange se réalise en physique ou par téléphone. La communication non verbale n'est, par exemple, pas accessible lors des entretiens téléphoniques.

Un biais d'interprétation, en corrélation avec la méthode de recueil de données utilisée, peut être mis en lumière. En effet, l'analyse des résultats obtenus est directement influencée par mon interprétation personnelle. Ce biais augmente alors la subjectivité de l'étude.

Pour finir, un biais en lien avec l'outil utilisé pour réaliser les entretiens semi-directifs a été reconnu. Le guide d'entretien, réalisé en amont, permet de structurer l'échange mais également de le diriger afin d'obtenir les informations attendues pour répondre aux hypothèses émises. Cette méthode peut donc restreindre la spontanéité des participants.

3. Les limites rencontrées dans la recherche

Des limites ont également impacté cette étude. En effet, la limite temporelle a infléchi le choix de certains thèmes abordés et a réduit le champ de recherche afin de le cibler davantage. Cette temporalité a également influencé le nombre de participants aux entretiens et donc d'en interroger davantage.

Une seconde limite a été rencontrée, celle du recrutement des ergothérapeutes. Comme énoncé précédemment, je n'ai obtenu que très peu de réponses favorables pour les entretiens. Le sujet, encore méconnu par de nombreux ergothérapeutes, a également été une limite dans le recrutement des ergothérapeutes. Deux professionnels de santé ont d'ailleurs annulé le rendez-vous après avoir effectué des recherches sur ce sujet.

4. Des perspectives envisagées

La qualité de cette étude aurait pu être améliorée par un plus grand nombre d'entretiens réalisés afin d'élargir l'échantillon et donc d'inclure un regard masculin sur la pratique ergothérapique française en SMR. Cette dimension aurait également réduit le nombre de biais et de limites rencontrés dans cette recherche.

De plus, il serait pertinent d'élargir cette étude à d'autres domaines sanitaires, sociaux et médico-sociaux afin de pouvoir avoir un regard plus large sur l'intégration de ses dark occupations. L'ouverture de ce sujet à d'autres structures pourrait mettre en lumière l'inégalité de connaissance, d'outils et d'inclusion de ses occupations dans les prises en soins des patients. Cela pourrait aussi permettre d'apporter une autre vision de ses occupations en ergothérapie.

Enfin, cette étude pourrait également s'ouvrir aux occupations nuisibles pour un tiers. En effet, durant ce travail, les occupations ciblées étaient exclusivement délétères pour la santé de la personne qui les pratiquait. Or, il existe de nombreuses activités pouvant impacter directement la santé d'autrui, comme le tabagisme passif par exemple. Il pourrait alors être intéressant de mener un travail de recherche incluant ses occupations là.

5. Des apports personnels

Ce mémoire d'initiation à la recherche a été le premier travail que j'ai réalisé sur un temps aussi long et avec une méthodologie aussi précise. Il m'a permis d'acquérir de nombreuses compétences aussi bien rédactionnelles qu'organisationnelles. Ces compétences auront un impact direct sur la qualité et la structure des divers écrits que je pourrai réaliser dans ma profession. De plus, la conception de ce mémoire m'a permis de détailler mes connaissances sur l'ergothérapie mais également sur la législation française, l'éthique et le cadre institutionnel. Ce savoir est, à mes yeux, un vrai avantage pour mieux comprendre certaines obligations dans le milieu du travail. Les nombreuses lectures réalisées m'ont également permis de façonner une vision de la pratique que je tends à avoir, ouverte sur le monde et ses changements mais également centrée sur le patient et ses besoins.

Ce travail a mis en lumière l'importance de la recherche et de la veille professionnelle dans ma vision de l'ergothérapie. J'aimerais, à l'avenir, m'investir dans ces domaines afin de continuer à améliorer ma pratique auprès de la société qui, elle aussi, évolue dans le temps. Il y a de nombreux sujets et questionnements qui émergent dans la pratique de l'ergothérapie qui peuvent être très enrichissant et valorisant pour ce métier qui doit être davantage reconnu dans les services de soins.

Conclusion

Ce mémoire d'initiation à la recherche ambitionnait de faire un état des lieux de l'intégration des dark occupations dans la pratique ergothérapique en structure SMR en France.

Les recherches d'articles et d'ouvrages scientifiques permettaient de mettre en lumière certaines limites, telles que la législation, l'éthique et le cadre institutionnel hospitalier, dans l'intégration de ses occupations au sein de services de SMR. Les ergothérapeutes participants à cette recherche ont également pu apporter des éléments de terrain confirmant la présence de limites dans leurs prises en soin des patients. Il est alors possible d'avancer que la pratique ergothérapique rencontre un seuil dans son accomplissement gouverné par la direction des structures et leurs obligations. Ces limites objectives comprennent également un manque d'outils ergothérapiques validés pour évaluer ses nombreuses occupations, pourtant

présentes dans le quotidien des Français. Les participants à cette étude présentent des limites subjectives en lien avec leurs connaissances propres et leurs veilles professionnelles. Cependant, ce versant peut être mis en corrélation avec l'organisation des structures ne permettant pas aux ergothérapeutes d'avoir des temps spécialisés pour effectuer ces recherches scientifiques.

Cependant, bien que le concept des dark occupations ne soit encore que trop peu répandu, les ergothérapeutes en intègrent déjà quotidiennement dans leurs pratiques lorsque les patients les sollicitent. Cette inclusion n'est pas forcément conscientisée, ni formulée par ces professionnels de santé, mais est bien présente dans leur accompagnement centré sur le patient.

De la sorte, ce mémoire d'initiation à la recherche ouvre une réflexion sur l'intérêt de poursuivre cette recherche sur la pertinence de construire un outil validé, pouvant être utilisé dans les structures de SSR, afin d'évaluer ses dark occupations dans les bilans ergothérapeutiques produits par ses professionnels de santé. La création de cet outil permettrait, sûrement, de faciliter l'intégration et la maîtrise des dark occupations des ergothérapeutes. Cela pourrait constituer un levier dans l'émergence de ce concept sur le territoire français.

Ouvrages :

Ameline, S. et Levannier, M. (2021). Chapitre 11. La démarche éthique. *DEAS : Tout-en-un* (p. 524-527). Vuibert. <https://stm.cairn.info/deas--9782311660791-page-524?lang=fr>

Bardin, L. (2013). Chapitre premier. Organisation de l'analyse. *L'analyse de contenu* (p. 125-133). Presses Universitaires de France. <https://shs.cairn.info/l-analyse-de-contenu--9782130627906-page-125?lang=>

Camberlein, P. (2015). 9. L'agence régionale de santé (ARS) Politiques et dispositifs du handicap en France (p. 45-48). Dunod. <https://stm.cairn.info/politiques-et-dispositifs-du-handicap-en-france--9782100710089-page-45?lang=fr>

Delaisse, A.-C., Bodin, J.-F., Charret, L., Hernandez, H., & Morel-Bracq, M.-C. (2022). *L'ergothérapie en France : Une perspective historique* (1^e édition). DeBoeck.

Drolet, M.-J. (2014). *De l'éthique à l'ergothérapie : La philosophie au service de la pratique ergothérapique* 2^e édition. PUQ. https://extranet.puq.ca/media/produits/documents/2761_9782760540774.pdf

Jasmin, E. (2019). *Des sciences sociales à l'ergothérapie : Mieux comprendre la société et la culture pour mieux agir comme spécialiste en habilitation à l'occupation*. PUQ. https://www.researchgate.net/publication/335568512_Des_sciences_sociales_a_l'ergotherapie

Joubert, C., Hernandez, H., Osvald-Soulé, P., & Trouvé, E. (2012). Chapitre 10. Droit, éthique et législation en ergothérapie. In *Nouveau guide de pratique en*

ergothérapie : Entre concepts et réalités (p. 235-260). De Boeck Supérieur.

<https://doi.org/10.3917/dbu.caire.2012.01.0235>

Lajarge, É., Debiève, H., Nicollet, Z. et Piou, S. (2017). 1. Évolution de la définition de la santé publique. *Santé publique : En 13 notions - Législation, Démographie, Épidémiologie* (p. 7-35). Dunod. <https://stm.cairn.info/sante-publique--9782100765331-page-7?lang=fr>

Mesly, O. (2015). The Hypothetico-Deductive Method. In *Creating Models in Psychological Research* (p. 63-75). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-15753-5_8

Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie*. De Boeck Supérieur. <https://stm.cairn.info/les-modeles-conceptuels-en-ergotherapie--9782353273775>

Morel-Bracq, M.-C. (dir.) (2024). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. (3e éd.). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.morel.2024.01>

Morel-Bracq, M.-C., Trouvé, E., Offenstein, E., Quevillon, E., Riguet, K., Hernandez, H. Ung, Y., & Gras, C. (2015). *L'activité humaine : Un potentiel pour la santé ?* De Boeck Supérieur. <https://anfe.fr/product/lactivite-humaine-un-potentiel-pour-la-sante-1/>

Stingre, D. (2021). Chapitre premier. *Projet régional de santé et planification sanitaire*. Le Service public hospitalier (p. 7-29). Presses Universitaires de France. <https://stm.cairn.info/le-service-public-hospitalier--9782715408234-page-7?lang=fr>

Vinsonneau, G. (2000). *Culture et comportement*. Armand Colin. <https://excerpts.numilog.com/books/9791037635648.pdf>

Articles :

Adhabi, E., & Blash Anozie, C. (2017). *Literature Review for the Type of Interview in*

Qualitative Research. International Journal of Education, 9(3).

<https://doi.org/10.5296/ije.v9i3.11483>

Backman, C. (2004). Occupational Balance: Exploring the Relationships among Daily

Occupations and Their Influence on Well-Being. *Canadian Journal of*

Occupational Therapy. 71(4), 202-209.

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/000841740407100404>

Cormier, M. (2002). Le droits des malades dans la loi du 4 mars 2002. *Adsp*, 40, 6-10.

https://documentation.ehesp.fr/index.php?lvl=notice_display&id=290393

Décastel, L. (2020). Le côté sombre des occupations : Conférence annuelle de la

Société américaine pour l'étude de l'occupation, les 4 et 5 octobre 2019,

Scottsdale, Arizona, États-Unis. *Revue Francophone de Recherche en*

Ergothérapie, 6(1), 107-110. <https://doi.org/10.13096/RFRE.V6N1.167>

Gauthier, A. (2018). Petit Guide d'une écriture professionnelle centrée sur les

occupations. Sciences de l'occupation de la théorie à la pratique. *LME*, 40. ANFE.

https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/01/LME_Sciences-de-loccupation-de-

[la-theorie-a-la-pratique_Dec2018_40.pdf](https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/01/LME_Sciences-de-loccupation-de-la-theorie-a-la-pratique_Dec2018_40.pdf)

Gelling L. (2015). Qualitative research. *Nursing standard (Royal College of Nursing*

(Great Britain) : 1987), 29(30), 43-47. <https://doi.org/10.7748/ns.29.30.43.e9749>

Gire, F., & Granjon, F. (2012). *Les pratiques des écrans des jeunes français*. RESET.

Association Recherches en sciences sociales sur Internet.

<https://doi.org/10.4000/reset.132>

- Hammell, K. W. (2017). Opportunities for well-being : The right to occupational engagement. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 84(4-5), 209-222.
<https://doi.org/10.1177/0008417417734831>
- Hernandez, H. (2010). L'ergothérapie, une profession de réadaptation. *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation, Colloque Jean-Savy*, 30(4), 194-197.
<https://doi.org/10.1016/j.jrm.2010.10.003>
- Kallio H., Pietilä A.-M., Johnson M. & Kangasniemi M. (2016) Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2954–2965.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.13031>
- Larivière, N., Bertrand, A. M., Beaudoin, J., Giroux, A., Grenier, K., Page, R., Perrin, C., & Håkansson, C. (2023). Traduction de l'Occupational Balance Questionnaire en français et sa validation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 90(3), 315-326. <https://doi.org/10.1177/00084174231156288>
- Lemaire, F. (2019). La loi Jardé : Ce qui change. *La Presse Médicale*, 48(3), Part 1, 238-242. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2019.01.006>
- Roques-Latrille, C.-F. (2018). Soins de suite et de réadaptation. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 202(8), 2005-2021. [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)30162-1](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)30162-1)
- Rozaire, C., Landreat, M. G., Grall-Bronnec, M., Rocher, B., & Vénisse, J.-L. (2009). Qu'est-ce que l'addiction ? *Archives de politique criminelle*, 31(1), 9-23.
<https://doi.org/10.3917/apc.031.0009>

Twinley, R. (2013). The dark side of occupation: A concept for consideration. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(4), 301-303. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12026>

Vilanova, J. (2013). Morale, éthique et droit : Une nécessaire distinction. 2013, *SRH info*, 3ème Trimestre, 16-17.

Autres références :

ANFE. (s. d.-a). *Qu'est ce que l'ergothérapie*. Association Nationale Française des Ergothérapeutes. Consulté 7 avril 2025, à l'adresse https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/

ANFE. (s. d.-b). *Règles professionnelles*. Association Nationale Française des Ergothérapeutes. Consulté 11 janvier 2026, à l'adresse <https://anfe.fr/regles-professionnelles/>

ARS. (2023a). *Le projet régional de santé*. Agence régionale de santé. Consulté 21 février 2026, à l'adresse <https://www.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-15>

ARS. (2023b). *Plan régional de santé Normandie, 2023-2028*. Agence régionale de santé. Consulté 21 février 2026, à l'adresse <https://www.normandie.ars.sante.fr/projet-regional-de-sante-2023-2028-12-priorites-daction-pour-ameliorer-la-sante-des-normands>

ARS. (2025a). *Le dispositif « Lieu de santé sans tabac » (LSST) en Grand Est*. Agence régionale de santé. Consulté 21 février 2026, à l'adresse <https://www.grand-est.ars.sante.fr/le-dispositif-lieu-de-sante-sans-tabac-lsst-en-grand-est>

- ARS. (2025b). *Qu'est-ce qu'une agence régionale de santé*. Agence régionale de santé. Consulté 21 février 2026, à l'adresse <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>
- Benghozi, P.-J., Paris, T., & de Saint Pulgent, M. (2008). *Mondialisation et diversité culturelle. Le cas de la France*. IFRI. <https://hal.science/hal-00262511v1/document>
- Centre Hospitalier Simone Veil de Beauvais. (2022). *Chartes*. Consulté 21 février 2026, à l'adresse <https://www.ch-beauvais.fr/patient/droits-et-informations/chartes/>
- Fougeyrollas, P., Noreau, L., Lepage, C., & Beaulieu, M. (2004). *La mesure des habitudes de vie : MHAVIE 3.1*. RIPPH. https://ripph.qc.ca/wp-content/uploads/2017/10/32_14-99_Instrument-detaille_francais.pdf
- Galéa, S. (2022). *Ethique, déontologie, intégrité : Glossaire*. EVAL. Consulté 7 avril 2025, à l'adresse <https://www.eval.fr/ethique-deontologie-integrite-glossaire/>
- Gouvernement. (2023). *Programme national de lutte contre le tabac 2023—2027*. Ministère de la santé et de la prévention. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_contre_le_tabac.pdf
- Gouvernement du Québec. (1988). *Et la santé, ça va? : Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*. Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux. <https://statistique.quebec.ca/en/fichier/et-la-sante-ca-va-rapport-de-lenquete-sante-quebec-1987-tome-1.pdf>
- Handidactique. (2014). *Charte Romain Jacob*. Handidactique. Consulté 17 février 2026, à l'adresse <https://www.handidactique.org/charte-romain-jacob/>
- Légifrance. (2003). *Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale*

et des familles. Consulté 21 février 2026, à l'adresse

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000244248/>

Légifrance. (2004). *Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie.*

Consulté 21 février 2026, à l'adresse

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000309649/2026-05-13>

Légifrance. (2008). *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.* Vie publique. Consulté 21 février 2026, à l'adresse

<https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000017759074/>

Légifrance. (2009). *Chapitre 1er : Ergothérapeute. (Articles L4331-1 à L4331-7).* Consulté 15 février 2026, à l'adresse

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171314/#LEGISCTA000006171314

Légifrance. (2016). *LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1).* Consulté 21 février 2026, à l'adresse

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000227015/2026-05-13>

Légifrance. (2017). *Article 1 - Décret n° 2017-877 du 6 mai 2017 relatif à la définition du travail social.* Consulté 31 janvier 2026, à l'adresse

https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000034633910

Légifrance. (2021). *Article L3421-1 - Code de la santé publique.* Consulté 15 février 2026, à l'adresse

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043343299

- Maurin, E. (2021). *Ergothérapie et Pleine Conscience*. Mémoire d'initiation à la recherche, IFE Montpellier. <https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/07/MAURIN-E.-2021-8d37bfb3.pdf>
- MILDECA. (2025). *Evaluation des haltes soins addictions (HSA)*. Hospices Civiles de Lyon. Consulté 31 janvier 2026, à l'adresse <https://www.drogues.gouv.fr/evaluation-des-haltes-soins-addictions-hsa>
- Pronovost, M. (2025). *Comme exigence partielle de la maîtrise en ergothérapie (M.Sc.)*. Essai, Université du Québec. <https://depote.uqtr.ca/id/eprint/12748/1/eprint12748.pdf>
- Physiothérapie Universelle. (2016). *Qu'est-ce que l'ergothérapie ?* Consulté 7 avril 2025, à l'adresse <https://physiotherapieuniverselle.com/blogue/lergotherapie>
- Sante.gouv.fr. (2016). *Charte du parcours de santé : Usagers et professionnels ensemble pour notre santé !* Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/affiche_charte_parcours_sante_def_web.pdf
- Sante.gouv.fr. (2017). *Loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires)*. Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. Consulté 7 février 2026, à l'adresse <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/loi-hpst-hopital-patients-sante-territoires>
- Schmit, C., Seffray, E., & Léonnet, J. (2025). *Les haltes soins addictions (HSA)*. Inspection générale des affaires sociales. Consulté 31 janvier 2026, à l'adresse <https://www.igas.gouv.fr/les-haltes-soins-addictions-hsa-un-dispositif->

[experimente-depuis-2016-pour-reduire-les-nuisances-liees-la-consommation-de-stupefiants-dans-lespace-public](#)

WFOT. (2025). *Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE)*. World

Federation of Occupational Therapists. Consulté 7 avril 2025, à l'adresse

<https://wfot.org/member-organisations/france-association-nationale-francaise-des-ergotherapeutes-anfe>

Annexes

<i>Annexe I – QUESTIONNAIRE DE L'ÉQUILIBRE OCCUPATIONNEL OBQ</i>	1
<i>Annexe II – CHARTRE DU PARCOURS DE SANTÉ</i>	4
<i>Annexe III – CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE ACCUEILLIE</i>	5
<i>Annexe IV – CHARTRE ROMAIN JACOB</i>	6
<i>Annexe V – COURRIEL DE SOLlicitATION POUR UN ENTRETIEN AVEC UN ERGOTHÉRAPEUTE</i>	7
<i>Annexe VI – GUIDE D'ENTRETIEN</i>	8
<i>Annexe VII – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT</i>	12
<i>Annexe VIII – IMPLICATION DE LA LOI JARDE</i>	13
<i>Annexe IX – RETRANSCRIPTION D'ENTRETIEN AVEC UN ERGOTHÉRAPEUTE POUR LE MÉMOIRE</i>	14
<i>Annexe X – TABLE DES ILLUSTRATIONS</i>	22

OBQ : Questionnaire de l'équilibre occupationnel

© Nadine Larivière et Martine Bertrand

© Carita Håkansson and Petra Wagman

Code du participant : _____ Date : _____

Ce questionnaire porte sur l'équilibre occupationnel, se définissant par l'équilibre que vous maintenez entre les diverses activités de votre quotidien (par exemple : travail, loisirs, soins personnels, entretien du domicile, etc).

Cochez la case correspondant le mieux à votre situation actuelle.

1. Lorsque je pense à une semaine habituelle de ma vie, je considère que j'ai suffisamment d'activités à faire.

Fortement en désaccord

En désaccord

En accord

Fortement en accord

2. Il y a un équilibre entre ce que je fais pour moi et ce que je fais pour les autres.

Fortement en désaccord

En désaccord

En accord

Fortement en accord

3. Mes activités quotidiennes sont signifiantes pour moi (ont du sens).

Fortement en désaccord

En désaccord

En accord

Fortement en accord

4. Je m'assure de faire des activités que je veux vraiment faire.

Fortement en désaccord

En désaccord

En accord

Fortement en accord

5. J'équilibre les différents types d'activités dans ma vie quotidienne, par exemple, le travail, les tâches ménagères, les loisirs, la détente et le sommeil.

Fortement en désaccord

En désaccord

En accord

Fortement en accord

6. Je varie suffisamment entre les activités que je fais seul (e) et celles que je fais avec d'autres personnes.

Fortement en désaccord En désaccord En accord Fortement en accord

7. J'ai suffisamment de temps pour réaliser ce que je dois faire.

Fortement en désaccord En désaccord En accord Fortement en accord

8. Il y a un équilibre entre mes activités physiques, sociales, intellectuelles et reposantes.

Fortement en désaccord En désaccord En accord Fortement en accord

9. Je suis satisfait(e) de la quantité de temps que je consacre à mes différentes activités quotidiennes.

Fortement en désaccord En désaccord En accord Fortement en accord

10. Lorsque je pense à une semaine habituelle de ma vie, je suis satisfait(e) du nombre d'activités auxquelles je participe.

Fortement en désaccord En désaccord En accord Fortement en accord

11. Je varie suffisamment entre les activités que je dois faire et celles que je veux faire.

Fortement en désaccord En désaccord En accord Fortement en accord

12. Il y a un équilibre entre les activités qui me donnent de l'énergie et celles qui me demandent de l'énergie.

Fortement en désaccord En désaccord En accord Fortement en accord

13. Je suis satisfait(e) de la quantité de temps que je passe à me détendre, à me ressourcer et à dormir.

Fortement en désaccord En désaccord En accord Fortement en accord

Cotation :

Fortement en désaccord = 0

En désaccord = 1

En accord = 2

Fortement en accord et 3

Additionnez les cotes (Max. 39) : _____

Plus les cotes sont élevées, meilleur est votre équilibre occupationnel.

CHARTRE DU PARCOURS DE SANTÉ

USAGERS ET PROFESSIONNELS : ENSEMBLE POUR NOTRE SANTÉ !

- Chaque usager du système de santé a un parcours de santé particulier. Ce parcours personnalisé se construit dans le cadre de relations privilégiées établies avec les professionnels de santé qui l'accompagnent.
- La charte du parcours de santé a pour objectif de promouvoir le respect des droits des usagers, les conditions favorables à la réalisation de parcours de santé de qualité, sans rupture et adaptés aux besoins de l'usager.
- Dans le cadre créé par les politiques de santé, cette charte présente les principes et objectifs qui s'appliquent à l'ensemble des étapes du parcours de santé, sur l'ensemble du territoire national.



TROIS PRINCIPES

1. Usagers et professionnels sont dans une relation partenariale

Cette relation est faite de respect, de bienveillance, de confiance et d'écoute mutuels.

Elle se construit selon des modalités adaptées à la situation personnelle de l'usager, dans le respect de son autonomie.

Tout au long de son parcours de santé, l'usager dispose de tous ses droits. Il ne fait l'objet d'aucune discrimination.

L'usager agit selon les mêmes principes vis-à-vis des professionnels de santé. L'usager a la possibilité et les moyens d'exprimer son appréciation sur la qualité de la relation avec les professionnels et sur la qualité des soins ou des prestations reçues.

2. Tout usager prend, avec le professionnel de santé, les décisions concernant sa santé

La décision repose sur le partage d'une information claire et loyale, incluant les aspects financiers et le reste à charge, permettant à l'usager d'exprimer son consentement, ou son refus, libre et éclairé.

L'usager est reconnu comme acteur de sa santé tout au long de sa vie. Le professionnel de santé exerce son activité en respectant les règles déontologiques qui s'imposent à lui.

Pour exercer son pouvoir de décision, l'usager est en droit de se faire accompagner par la personne de son choix, qui peut être la personne de confiance. Toute personne a droit au respect de ses volontés quant à sa fin de vie telles qu'elle les a exprimées, notamment dans ses directives anticipées, dans le respect des obligations légales et réglementaires.

3. Usagers et professionnels partagent des responsabilités collectives vis-à-vis de notre système de santé et de solidarité

Usagers et professionnels, directement ou par l'intermédiaire de leurs représentants, participent aux décisions relatives aux politiques de santé et de solidarité tant au niveau national que territorial et local.

Tous les usagers sont destinataires d'informations sur les représentants des usagers, sur les instances dans lesquelles ils siègent et sur la façon dont ils peuvent les saisir tout au long de leur parcours de santé.

Usagers et professionnels agissent en étant conscients que les décisions qu'ils prennent, les comportements qu'ils adoptent ont un impact sur la pérennisation de notre système de santé solidaire.

QUATRE OBJECTIFS

1. Agir pour la promotion de la santé, l'éducation pour la santé, la prévention et le maintien de la santé tout au long du parcours de santé

Usagers et professionnels adoptent une démarche de prévention tout au long du parcours de santé. Ils veillent, avec l'ensemble des acteurs du territoire, à promouvoir des environnements de vie favorables à la santé.

2. Assurer l'accès de tout usager aux professionnels, aux établissements et services de santé, quelle que soit sa situation sociale, économique, géographique, d'état de santé, de handicap et de dépendance

Les professionnels s'assurent de l'accessibilité effective et équitable aux professionnels, établissements, structures et services de santé.

Dans l'intérêt de la santé publique, les professionnels font en sorte d'aller vers les personnes en marge du système de santé.

Les professionnels sont attentifs à articuler au mieux les réponses aux besoins de l'usager dans le domaine de la santé et du social.

3. Élaborer le parcours de santé personnalisé dans une démarche de coconstruction entre usager et professionnel de santé

L'usager exerce son libre choix vis-à-vis des professionnels de santé, des thérapeutiques proposées, d'établissements ou de services, de lieux de vie ou de soins, sauf impératifs de sécurité sanitaire ou de contraintes de service.

Lorsque le professionnel, le service ou l'établissement ne peut assurer sa prise en charge, l'usager doit bénéficier d'une orientation pertinente qui tienne compte de ses besoins, de ses choix et de ses ressources.

L'usager est en droit de modifier ces choix au cours du temps.

4. Garantir la qualité, la continuité et la sécurité de la prise en charge et de l'accompagnement tout au long du parcours de santé personnalisé de l'usager

L'ensemble des professionnels assurent la fluidité du parcours en se coordonnant et en partageant les informations nécessaires à la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement, ceci dans le respect de la volonté des usagers et de la protection des données personnelles.

Les personnes en situation de vulnérabilité, liée à certains handicaps, bénéficient de suivis spécifiques. Une vigilance particulière est portée au dépistage et à la prise en charge des maladies qui peuvent accompagner le handicap et des handicaps qui peuvent résulter de la maladie.

La douleur est prise en charge tout au long du parcours de santé.

Les usagers bénéficient, indépendamment de leurs ressources, de l'innovation disponible, évaluée, validée et présentant un bénéfice pour leur santé. Ils sont informés sur les essais cliniques susceptibles de les concerner et sur l'accès anticipé aux innovations thérapeutiques dans le cadre d'autorisations temporaires.



Cette charte s'inscrit dans les orientations de la Stratégie nationale de santé.
Elle a été élaborée par la Conférence nationale de santé (CNS) à la demande de la ministre des Affaires sociales et de la Santé.
Elle a été adoptée à l'unanimité le 6 juillet 2016.
Le guide d'accompagnement de cette charte est disponible à l'adresse suivante : www.cns.social-sante.gouv.fr



Conception : Dicom • Éditions Dicom 16-075 • Diffusion : 16-093 • Septembre 2016

Annexe III – CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE ACCUEILLIE



Charte des droits et libertés de la personne accueillie



Direction générale de l'action sociale

Édition SICOM n° : 04 075 - Mai 2008 - **Hauts de Seine**

La loi N° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a notamment pour objectif de développer les droits des usagers fréquentant les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Cette loi régit près de 32 000 structures, ce qui représente plus d'un million de places et plus de 400 000 salariés.

La charte des droits et libertés de la personne accueillie, parue dans l'annexe à l'arrêté du 8 septembre 2003 et mentionnée à l'article L 381-4 du code de l'action sociale et des familles, est un des sept nouveaux outils pour l'exercice de ces droits.

Article 1 - Principe de non discrimination

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

Article 2 - Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

Article 3 - Droit à l'information

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers œuvrant dans le même domaine.

La personne a accès aux informations concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

Article 4 - Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

- 1°) la personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;
- 2°) le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

— 3°) le droit à la participation directe ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne, lui est garanti.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessaires par la prise en charge ou l'accompagnement.

Article 5 - Droit à la renonciation

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication, prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation, et des procédures de révision existantes en ces domaines.

Article 6 - Droit au respect des liens familiaux

La prise en charge ou l'accompagnement, doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficulté ou en situation de détresse, prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

Article 7 - Droit à la protection

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

Article 8 - Droit à l'autonomie

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcées, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci sont favorisées.

Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

Article 9 - Principe de prévention et de soutien

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement.

Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice.

Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

Article 10 - Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie

L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice.

Article 11 - Droit à la pratique religieuse

Les conditions de la pratique religieuse y compris la visite de représentants des différentes confessions doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements ou services.

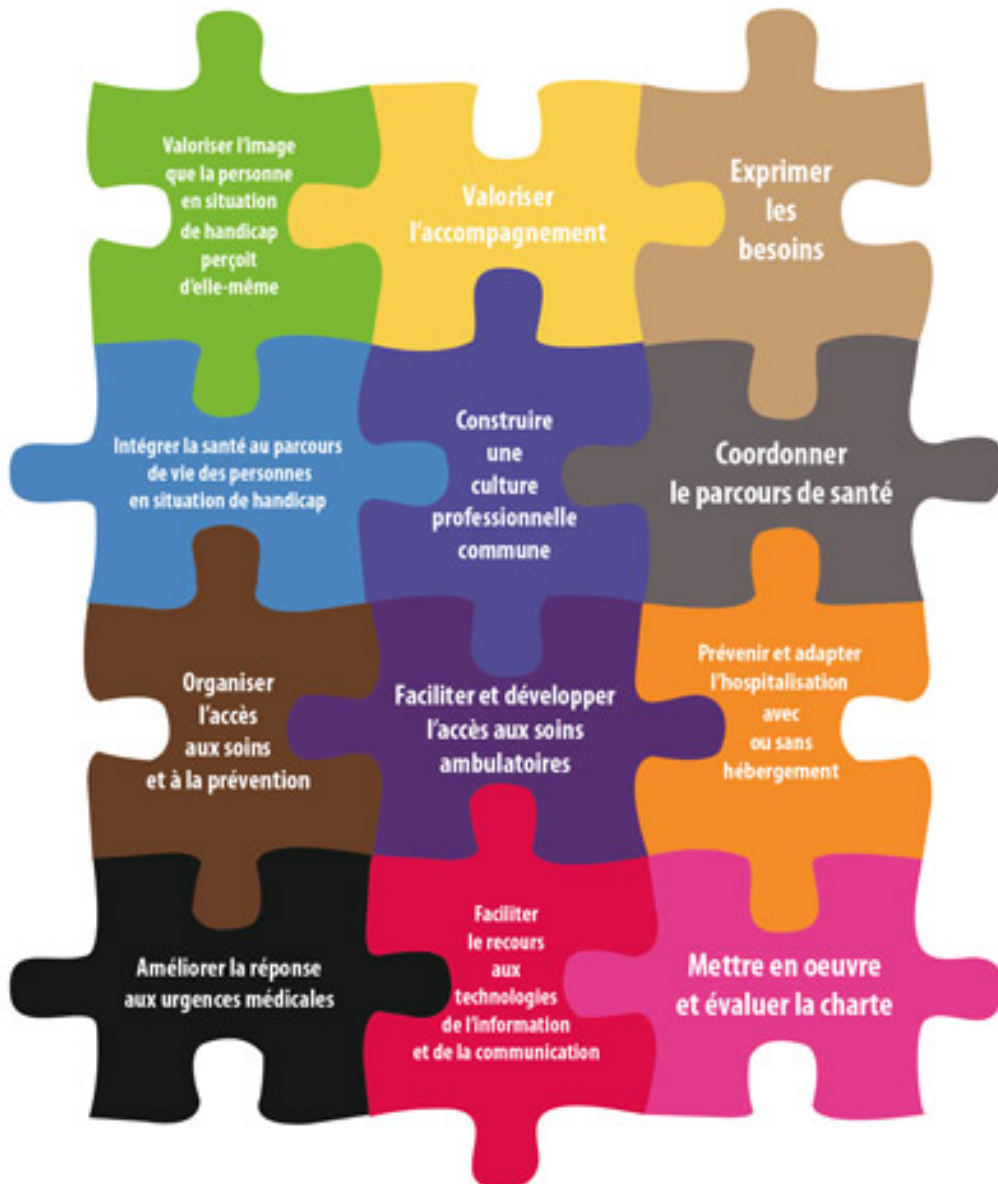
Article 12 - Respect de la dignité de la personne et de son intimité

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne sont garantis. Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/EXE_A4_ACCUEIL.pdf

CHARTRE ROMAIN JACOB

Unis pour l'accès à la santé des personnes en situation de handicap



<https://www.handidactique.org/charte-romain-jacob/>

Annexe V – COURRIEL DE SOLLICITATION POUR UN ENTRETIEN AVEC UN ERGOTHÉRAPEUTE

Bonjour Madame,

Je me permets de vous contacter dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche de fin d'études en ergothérapie afin de réaliser un entretien.

Je m'appelle Alizéa Gicquel et je suis actuellement étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'institut de formation La Musse, dans l'Eure. Je réalise mon mémoire sur l'intégration des dark occupations dans une prise en soin ergothérapique au sein de services en SMR.

L'objectif de cet entretien serait de comprendre les limites potentiellement rencontrées dans l'intégration de ses occupations dites sombres par les ergothérapeutes.

Pour répondre à cela, je suis à la recherche d'ergothérapeute diplômé d'État, exerçant au sein d'un SMR.

Je vous sollicite afin de participer à un entretien d'une durée de 30 à 40 minutes pour recueillir votre expérience et votre point de vue de professionnel sur ce sujet. Cet entretien peut être réalisé en présentiel, par téléphone ou en visioconférence selon votre convenance.

Je vous précise que cet entretien pourra, avec votre accord, être enregistré uniquement à des fins d'analyse dans le cadre de mon mémoire.

Je reste bien entendu à votre disposition pour toute information complémentaire, et je m'adapterais à vos disponibilités.

Je vous remercie par avance pour l'attention que vous porterez à ma demande et pour le temps que vous m'accorder.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

Gicquel Alizéa

A – Expériences professionnelles de l'ergothérapeute :

- Vérification des critères d'inclusion

- Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ?

- Pouvez-vous me présenter votre parcours professionnel ? Depuis combien de temps travaillez-vous en SMR ?

- Avez-vous des formations complémentaires ?

- Quel est la spécialité de votre/vos service(s) ?

- Quel est l'âge moyen de la population que vous rencontrez ?

- Quelle est la durée moyenne d'une hospitalisation au sein de votre/vos service(s) ?

- Combien de suivis de patient avez-vous en moyenne par semaine ?

- Pouvez-vous décrire vos interventions auprès de ses patients ? (Bilans régulièrement utilisés,

B – Utilisation de modèle conceptuel

- Utilisez-vous des modèles conceptuels dans votre pratique ?
 - Si oui, lesquels ? Pourquoi ce modèle ?
 - Si non, pourquoi ?

C – Le déséquilibre occupationnel

- D'après vous, quel est le principe de l'équilibre occupationnel ?

- D'après vous, quel est le principe du déséquilibre occupationnel ?

- En ergothérapie, les principes d'équilibre et de déséquilibre occupationnel font partie intégrante de la pratique, dans votre pratique comment l'évaluez-vous et sur quoi mettez-vous l'accent ?

D – Les dark occupations dans les PES

- Connaissez-vous le concept des dark occupations ?
- Est-ce que c'est un sujet autour duquel vous avez déjà débattu en équipe dans votre structure ?
- Comment en tenez-vous compte dans vos prises en soin lorsqu'elles contribuent à l'équilibre occupationnel du patient ?
- Évaluez-vous ces occupations ?
 - o Si oui, pourquoi ?
 - o Si non, pourquoi ?
- Avec quels outils les évaluez-vous ? Quels sont pour vous les outils les plus adaptés à cette évaluation ?
- Si vous ne les évaluez pas, connaissez-vous des outils permettant de les évaluer ?
- Avez-vous déjà refusé de prendre en considération des occupations dans une prise en soins ?
 - o Si oui, pourquoi ? Avez-vous déjà du justifier que vous ne prenez pas en considération une occupation ? Cela a-t-il impacté votre relation thérapeutique ?
 - o Si non, pourquoi ?
- Avez-vous déjà rencontré des freins dans votre pratique professionnelle en lien avec vos valeurs personnelles ?
 - o Si oui, lesquels ?

- Si non, est ce que vous faite en sorte de ne jamais questionner sur des domaines ou activités mettant vos valeurs personnelles en jeux ?
- Avez-vous déjà rencontré des freins dans votre pratique professionnel en lien avec vos normes sociales ou culturelles ?
 - Si oui, lesquels ?
 - Si non, est ce que vous faite en sorte de ne jamais questionner sur des domaines ou activités mettant vos normes sociales ou culturelles en jeux ?
- Avez-vous déjà été restreint dans votre pratique par votre structure et/ou l'équipe pluridisciplinaire avec qui vous travaillez dans l'intégration de ses DO ?
 - Si oui, de quelle manière ?
 - Si non, pensez-vous que cela pourrait arriver ?
- Pensez-vous que l'intégration de certaines dark occupation dans votre PES pourrait faire débat au sein de l'équipe ?
- Pensez-vous être suffisamment renseigné sur la loi pour connaitre les limites de vos prises en soins en ergothérapie par rapport aux dark occupations ?
 - Si oui, que dit-elle ?
 - Si non, est-ce que c'est un choix volontaire de votre part ?
- Avez-vous déjà été confronté à une demande d'un patient souhaitant pratiquer une activité délétère pour sa santé ?
 - Si oui, quelle a été votre réaction ? Quelle proposition d'accompagnement avez-vous suggéré pour ce patient ?
 - Si non, comment pensez-vous réagir et quel accompagnement lui proposerez-vous ?
- Il existe des dark occupations légales et illégales, parmi celles légales, quels sont les arguments qui vous ferez les intégrer ou non dans votre PES du patient si c'est à sa demande ?

- D'après vous, quelles sont les éléments indispensables pour qu'un ergothérapeute puissent prendre intégralement en considération ses occupations dans les PES ?

E - Conclusion

- Avez-vous des remarques ou informations supplémentaires que vous souhaiteriez ajouter ?

Formulaire de consentement

Je soussigné(e) :

Autorise GICQUEL Alizéa, étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à l'institut de formation LA MUSSE (Saint Sébastien de Morsent, Eure (27)), à effectuer un enregistrement de ma voix durant notre entretien.

Modalité de l'entretien : Dans le cadre de l'élaboration d'un mémoire d'initiation à la démarche de recherche en ergothérapie, vous êtes invité(e) à participer à un entretien individuel de 30 à 40 minutes. Cet échange portera sur votre pratique professionnel en tant qu'ergothérapeute au sein d'une structure SMR autours des dark occupations. Un enregistrement audio sera effectué afin de garantir une retranscription fidèle aux propos que vous apporterez.

Confidentialité et anonymat : Les informations recueillies resteront strictement confidentielles et anonymisés. Aucune information permettant votre identification ne sera divulguée. Votre nom sera anonymisé et les dates et lieux seront modifiés. Les enregistrements audios seront conservés dans un fichier informatique sécurisé jusqu'à l'obtention du diplôme puis seront ensuite détruits.

Votre participation est entièrement volontaire. Vous pouvez refuser de participer ou retirer votre consentement à tout moment, sans justification et sans conséquence.

Par votre signature, vous reconnaissez avoir été informé(e) des modalités de cet entretien et délivrez votre consentement libre et éclairé.

Fait à :

Le :

Signature :



Institut de formation en ergothérapie La Musse

CS 20119,
27160 Saint-Sébastien-de-Morsent
tél.: 02 32 07 29 35
ife@ifrs-lamusse.net

le 07/11/2018

Complément au Guide méthodologique pour la réalisation du mémoire d'initiation à la recherche

Conformément à l'application de la loi JARDE du 2 mars 2012, un étudiant de l'IFELM qui inscrit son travail d'initiation à la recherche dans la catégorie 3, a la possibilité de réaliser :

- Des questionnaires et entretiens auprès de professionnels
- Des questionnaires et entretiens auprès d'ergothérapeutes
- Des questionnaires et entretiens auprès de bénévoles d'associations
- Des recueils et exploitations de données issues de dossiers médicaux
- Des entretiens auprès d'adultes sans vulnérabilité spécifique et recrutés dans la population générale
- Des questionnaires et entretiens auprès de patients ou résidents s'il s'agit d'interroger les pratiques professionnels et/ou l'organisation des soins

Pour chacune de ces situations, le consentement écrit des participants est obligatoire et doit être recueilli par l'étudiant.

L'étudiant s'engage à préserver l'anonymat de la personne.

Les étudiants ne sont donc pas autorisés à réaliser des questionnaires et entretiens auprès des patients ou résidents lorsque la recherche est en lien avec le traitement et les soins de la personne. En effet, l'étudiant ne doit en aucun cas modifier la prise en charge de la personne.

Yves PRUDENT

FONDATION HOSPITALIERE RECONNUE D'UTILITE PUBLIQUE PAR DECRET DU 8 JUILLET 1928

Siège social : 4, rue Georges Picquart, 75017 Paris tél. : 01 43 26 77 04 fax : 01 40 51 70 01 larenaissancesanitaire@ifrs-fondation.net
www.larenaissancesanitaire.fr

Entretien mémoire n°3

A : « Avant de commencer l'entretien, êtes-vous toujours d'accord pour que j'enregistre notre échange ? »

E3 : « Oui, pas de soucis pour moi. »

A : « Du coup, pour commencer cet entretien, je vais d'abord vous poser quelques questions sur vous et votre parcours professionnel. Du coup, quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ? »

E3 : « 2018. »

A : « Ok. Et est-ce que vous pouvez me présenter succinctement votre parcours professionnel s'il vous plaît ? »

E3 : « Alors moi je suis diplômée de juin 2018 de l'IFE de [...]. Ensuite, j'ai travaillé dans un EHPAD. J'ai travaillé par la suite dans un autre EHPAD. Et là depuis 2021, je suis en SMR Géronto. Je fais du SMR et de l'hôpital de jour SMR. »

A : « Ok. Est-ce que vous avez eu depuis que vous êtes diplômée des formations complémentaires ? »

E3 : « J'ai fait des formations Humanitude, Montessori sur la dénutrition, sur de la manutention après je crois que c'est à peu près tout. »

A : « Ok. Et du coup la spécialité de votre service en SMR, vous m'avez dit Géronto ? »

E3 : « Oui. Géronto pur et dur. Je n'ai que ça. »

A : « D'accord, très bien. Et du coup l'âge moyen de la population que vous rencontrez ? »

E3 : « Euh, dans les 75/80. »

A : « Très bien. Et pour les patients que vous recevez, quelle est la durée moyenne de leur hospitalisation au sein de votre service ? »

E3 : « La durée moyenne, elle est de trois semaines. »

A : « Et vous suivez combien de patients par semaine en moyenne ? »

E3 : « Alors j'ai 20 patients dans le service, je suis les 20 toutes les semaines. Juste après j'ai l'HDJ SMR et là je suis à 20 % à l'HDJ donc j'en ai une dizaine à peu près le matin. Je travaille que deux matinées par semaine à l'HDJ. »

A : « Ok, donc 10 patients par matinée »

E3 : « Ouais quand ça va bien. »

A : « Ok. Et du coup est-ce que vous pouvez me décrire un peu vos interventions auprès de ces patients ? »

E3 : « Du coup je divise, je fais d'abord le SMR. Le SMR, bon le patient rentre, j'ai mes directives médicales. Après je fais mes bilans, je fais mes bilans cognitifs, de l'autonomie fonctionnels, douleurs. Ce sont plutôt des bilans maison et je repique des bilans validés aussi. »

A : « Est-ce que vous avez les noms des bilans que vous utilisez ? »

E3 : « Alors je fais le MNS, je fais l'horloge, je fais la toilette évaluative, je fais l'évaluation au repas. Je fais l'échelle de Berg pour l'équilibre. Après j'évalue les amplitudes, les transferts et la marche. »

A : « Ok. Très bien. »

E3 : « Donc je fais mes bilans et après je découle le programme d'intervention donc je fais beaucoup de rééducation fonctionnelle à la marche aux escaliers, voilà, cibler vraiment chute. Je fais un peu de stimulation cognitive parce qu'en fait à 90 % des patients qu'on ressent SMR ont des maladies neurodégénératives assez avancées. »

A : « D'accord »

E3 : « Donc voilà ça c'est mon bilan SMR. Après je fais des visites à domicile aussi si besoin. J'en fait assez régulièrement quand même. Et après à l'HDJ SMR, c'est un fonctionnement différent. Je suis à peu près les mêmes bilans, sauf que là on parle ... la durée moyenne elle est de 30 jours. 30 séances en fait comme ils viennent en ambulatoire, ils restent 1h30/2h00 et puis ils rentrent à la maison. Donc on commence tous au J-1, on fait les bilans. On découle le programme. Là je ne fais pas de toilette évaluatives, d'évaluation au repas. Je fais surtout de la rééducation fonctionnelle en double tâche avec du cognitif. À J-15, on réévalue et à J-30, on fait la dernière évaluation. Je peux faire des VAD mais ce n'est pas arriver souvent à l'HDJ. »

A : « D'accord. »

E3 : « Voilà à peu près mon programme. »

A : « Très bien. Et du coup dans votre pratique est-ce que vous utilisez des modèles conceptuels ? »

E3 : « Euh non. »

A : « Parce que vous n'en avez pas l'utilité ou parce que c'est un choix personnel ? »

E3 : « C'est un choix personnel, je pioche un peu partout. Du coup je n'ai rien de... je n'ai rien de bien fixé. »

A : « Ok. Très bien. Là du coup je vais te faire un petit point sur le principe de l'équilibre occupationnel pour pouvoir après le lier avec les Dark occupation. Est-ce que vous pouvez m'expliquer avec vos mots ce qui est pour vous l'équilibre occupationnel ? »

E3 : « Alors pour moi l'équilibre occupationnel, c'est d'avoir des activités dans la journée qui soient significatives pour la personne, qui ne soient pas trop contraignante, même s'il le faut et que la personne n'en souffre pas et qu'elle soit pleinement investie dans ses occupations. »

A : « Très bien. Et du coup... »

E3 : « Et pour vous ? »

A : « En fait moi c'est plutôt au niveau documentation et tout ce qui est articles scientifique que je trouve ma définition, mais du coup c'est défini par l'équilibre de quatre grandes catégories d'occupation. Donc le sommeil, le travail, le jeu et le repos. Et du coup trouver un équilibre entre ces quatre catégories, tout en faisant attention au rythme personnel du patient et de sa vie quotidienne par rapport à ses occupations, c'est surtout ça. Et du coup dans votre pratique, est-ce que vous l'évaluez cet équilibre occupationnel ? »

E3 : « C'est difficile, c'est difficile parce que c'est un problème qui me pose... c'est un problème que je ressens depuis quelques temps maintenant. C'est que les personnes qu'on reçoit, qu'on traite plus beaucoup de... déjà d'occupation significative pour eux. Ils sont assez limités, ils sont déjà en deuil de capacité, c'est assez compliqué. Et avec leur état cognitif qui est quand même pas mal avancé, ils n'ont plus de volonté, ils n'ont plus d'objectifs. »

A : « D'accord. Ah oui, en effet. Donc c'est vrai que ça peut être difficile d'intégrer ce principe alors que l'équilibre est totalement perturbé avant même d'être hospitalisé ? »

E3 : « C'est ça. Donc on fait ce qu'on peut. Ce qu'on peut avec ce qu'on a. Enfin c'est compliqué quand on a des personnes qui savent plus quand ils sont nés, et combien ils ont d'enfants et c'est un peu... Les troubles cognitifs sont assez compliqués à prendre en charge des fois. »

A : « D'accord. Du coup-là on va partir sur les Dark occupations. Est-ce que vous connaissez un peu ce concept ou pas du tout ? »

E3 : « Pas du tout. »

A : « Alors du coup pour faire un petit point c'est un concept qui a émergé en Australie par une ergothérapeute qui s'appelle Rebecca Twinley. Et ce terme englobe toutes les occupations qui peuvent être du coup délétère pour la santé, qui peuvent être illégales ou qui peuvent être socialement répréhensibles. Donc dedans on peut avoir toutes les addictions telles que la consommation de tabac, d'alcool ou de drogue. Mais on a aussi

quand même toute cette notion de socialement répréhensible, donc en fonction de la société. Par exemple, l'utilisation de réseaux sociaux, l'utilisation de sites de rencontres, tout ce qui est aussi pratique sexuelle déviante. Enfin il peut y avoir un peu tout ce qui peut questionner au niveau social et éthique et valeurs personnelles. »

E3 : « Oui ok. »

A : « Est-ce que du coup c'est un sujet autour duquel vous avez déjà débattu en équipe dans votre structure ? »

E3 : « Laissez-moi réfléchir. Est-ce qu'on a déjà battu... Pas forcément débattu. Après on a des... Je ne sais pas si ça rentre dans cette catégorie, mais on a des patients qui ont des atteintes comportementales, avec une notion parfois de sans filtre. Du coup ils font des attouchements sur les soignants. Ouais, on est bien sujet au racisme aussi. Ouais après comportement on en a eu, on en a eu oui. »

A : « Ok, et comment vous en tenez compte dans vos prises en soins lorsqu'elles contribuent du coup à l'équilibre occupationnel du patient ? »

E3 : « Comment j'en prends compte dans mes soins ? Déjà pour les patients qu'on sait alcoolique, bah on évite de leur laisser des produits contenant de l'alcool, voilà dans leur proximité immédiate, on va dire. Ensuite, on va... on va plutôt dans leur sens pour le moment. Les personnes alcooliques, on ne va pas les sevrer d'un coup, du coup on leur propose quand même des verres de vin à table par exemple. Qu'on essaye de diminuer et de couper à l'eau. Et après les patients vraiment qui font des attouchements sur les soignants, là si c'est le cas, on en parle, on en équipe pluridisciplinaire, on demande au médecin d'intervenir. Après on évite d'être seul dans la chambre quand on a des patients comme ça. »

A : « Ok. Et vous avez déjà été face à un patient qui par exemple souhaite fumer, mais qui n'est plus autonome dans cette consommation. Et du coup en tant qu'ergothérapeute, est-ce que vous l'avez déjà... Je prends l'exemple de la cigarette car c'est quand même celui qui est le plus répandu. Vous l'avez déjà rééduqué ou mis en place des aides techniques pour l'aider à pouvoir refumer de façon autonome ou pas ? »

E3 : « Je lui ai réappris à rouler des clopes ouais. »

A : « D'accord. Non mais ça parce que ça en fait partie évidemment. »

E3 : « Oui bah oui. »

A : « Ok, très bien. Et est-ce que vous évaluez ces occupations lorsque vous voyez qu'elles sont un peu sombres ? »

E3 : « Non, non... »

A : « Pourquoi ? »

E3 : « C'est vrai, pourquoi ? Parce que je n'y ai jamais pensé. C'est de l'observation donc voilà. Le patient qui ne savait plus rouler sa clope, j'ai regardé pourquoi il n'y arrivait plus et j'ai agi mais je n'ai pas couché sur papier quoi. »

A : « Ok. Est-ce que vous connaissez des outils qui pourraient vous aider à évaluer ce genre d'occupation ? »

E3 : « Non. Bah non. »

A : « Est-ce que vous avez déjà refusé de prendre en considération des occupations dans une prise en soins ? »

E3 : « Non. »

A : « Pourquoi vous n'avez jamais refusé ? »

E3 : « Bah, ils savent que... enfin si elle n'est pas dark, bien sûr, mais je n'ai jamais été confronté à... le roulage de clope ça fait partie de la personne que je reçois et c'est activités à elle, ses occupations à elle donc si je souhaitais les maintenir, je vais l'aider pour ça, je ne suis pas là pour... Bien sûr, on fait de la prévention, attention à consommation de stupéfiants, mais je ne suis pas là pour leur interdire et leur dire « débrouillez-vous vous ne fumerez plus ». »

A : « Et est-ce que vous avez déjà rencontré des freins dans votre pratique professionnelle en lien avec vos valeurs personnelles ? »

E3 : « Waou euh... oui. Oui dans ma pratique en général ou toujours ciblé sur les dark occupations ? »

A : « Ça peut être les deux. »

E3 : « Sur les dark occupations non. Dans ma pratique en général, oui parce que je trouve que le soin actuellement fait à l'hôpital est assez malveillant, avec des gens qui ne sont pas occupés toute la journée. En fait, les personnes âgées, elles ont la demi-heure de kiné, la demi- d'ergo par jour et puis après elles ne font plus rien. Du coup, ça me heurte un peu qu'elles soient en rupture d'occupations comme ça, à attendre autour de la table sans rien faire. »

A : « D'accord. Est-ce que vous avez déjà rencontré des freins du coup toujours dans votre pratique en lien avec plutôt vos normes sociales et culturelles ? »

E3 : « Bah à part avec les patients racistes et un peu malveillant, non ça va. »

A : « D'accord. Est-ce que ça vous est déjà arrivé de ne pas questionner sur un domaine parce que vous savez que ça peut mettre en jeu vos normes sociales et culturelles ? »

E3 : « Non. »

A : « Ok. Est-ce que dans votre pratique vous avez déjà été restreinte par l'équipe pluridisciplinaire avec qui vous travaillez ? »

E3 : « Restreinte par l'équipe... Des fois, je donne des consignes et elles ne sont pas toujours appliquées. Je pense que ça fait partie des inconvénients des ergo. Des positionnements qui sont demandés et qui ne sont pas réalisés. Et oui, un patient qu'on demande à recoucher parce qu'il est fatigué et que ce n'est pas réalisé par exemple. Oui oui ça arrive. »

A : « Et est-ce que vous pensez qu'il pourrait y avoir un impact sur l'intégration de ces Dark occupations dans votre prise en soin ? »

E3 : « Non. »

A : « Donc l'équipe pluridisciplinaire n'aurait pas d'impact ? »

E3 : « Non vraiment pas, pour les dark occupations non. »

A : « Et votre structure, est-ce que vous pensez qu'elle pourrait être un frein pour l'intégration de ces dark occupations ? »

E3 : « Oui, oui, évidemment parce qu'un patient alcoolique, on ne va pas le laisser boire toute la journée. On lui donne un verre de vin à table et couper à l'eau. »

A : « Et sinon est-ce que vous avez vous pensez à d'autres freins par cette structure ? »

E3 : « Après tout dépend de la dark occupation quoi. Si c'est un patient qui utilise des sites porno, pédopornographique par exemple, on ne va pas le laisser faire. Déjà, on n'a pas le Wi-Fi dans l'établissement donc, voilà. Mais on va essayer de donner un cadre quand même, pour pas que ce soit trop progressif. »

A : « Très bien. Est-ce que vous pensez que vous êtes suffisamment renseigné sur la loi pour connaître les limites de vos prises en soins en ergothérapie par rapport au Dark occupations ? »

E3 : « Peut-être pas pour tout. »

A : « Et est-ce que c'est un choix volontaire de votre part ? »

E3 : « Bah c'est que pour l'instant, je n'ai pas été beaucoup confrontée à part l'alcool, la clope et un peu la désinhibition. On n'a pas eu beaucoup de soucis de ce côté-là. »

A : « Est-ce que vous avez déjà du coup... Vous m'avez un peu répondu... été confronté à une demande de patient souhaitant pratiquer une activité délétère pour la santé ? Donc vous m'avez parlé de l'alcool et de la cigarette. Et vous m'avez aussi parlé, du coup, de la réduction de risque et de la prévention. Donc votre accompagnement ergothérapique se tourne majoritairement autour de la réduction de risque ? »

E3 : « Oui »

A : « D'accord. »

E3 : « C'est quand même beaucoup de prévention quoi. »

A : « Oui. Et la prévention vous la faites de quelle manière ? »

E3 : « En essayant de donner un cadre, voilà, de prévenir des effets que ça peut avoir sur la santé. Après c'est... Et pour les patients violents ou racistes, on essayait, pareil, de poser un cadre, de reposer des limites claires et de, par exemple, un patient qui est amené à frapper, qui est en chambre double, on va le mettre en chambre simplement déjà pour commencer. On va essayer de limiter les risques. Après, cognitivement, il faut pouvoir impacter quoi. »

A : « Ok. Il existe du coup comme je vous disais des dark occupations légales et illégales et parmi celles qui sont légales, quels sont les arguments qui vous feraient les intégrer ou non dans votre prise en soin ? Si c'est à sa demande si c'est à la demande du patient, bien évidemment. »

E3 : « Bah si c'est une activité signifiante que la personne veut continuer, je ne vais pas aller contre. Faire un petit peu de prévention, mais je ne vais pas aller contre. Après tant que c'est légal et que ça fait plaisir aux patients, je vais l'intégrer dans mon accompagnement. »

A : « Ok. Très bien. Et du coup d'après vous quels seraient les éléments indispensables pour qu'un ergothérapeute puisse prendre intégralement en considération ses occupations dans une prise en soins ? »

E3 : « Il faut déjà en discuter en staff pluridisciplinaire. Qu'on aille tous dans le même sens parce que si le médecin nous dit : absolument interdit de boire de l'alcool pour des raisons médicales, on ne va pas rentrer dans... on ne va pas inciter le patient à boire. Si c'est pas du tout possible au niveau médical quoi. Donc déjà, il faut un accord de l'équipe, je pense, une discussion pluridisciplinaire. Et à part ça, à part des normes de sécurité, sécurité incendie et voilà. »

A : « Et est-ce que vous pensez que ça pourrait être pertinent d'avoir par exemple un outil, une évaluation propre à ses occupations pour les intégrer dans votre présence soin. »

E3 : « Bah ça pourrait être pertinent, ouais, pour le tracé puisque pour l'instant tout ce que je fais c'est informel donc avoir des outils pour l'évaluer et le transmettre aux autres. Et avoir un cadre justement. »

A : « Et par exemple, est-ce que des formations aussi pourraient aider cette inclusion des dark occupation ? »

E3 : « Pourquoi pas une petite formation ouais. »

A : « Et du coup pour vous ce serait plutôt une formation qui serait au niveau juridique ? au niveau culturel ? »

E3 : « Les deux, les deux quant à faire. »

A : « Ok, plutôt complète, on va dire ? »

E3 : « Plutôt complète ouais. »

A : « Ok très bien pour moi. J'ai fini de poser mes questions sur les dark occupations. Est-ce que vous avez des remarques ou informations supplémentaires que vous souhaitez ajouter ? »

E3 : « Bah c'est vrai que je n'ai pas été beaucoup confronté au dark occupations dans mon établissement. Donc c'est intéressant d'avoir cette vision-là que je n'avais pas de poser les choses en fait. »

A : « Très bien. Merci beaucoup pour votre temps. »

E3 : « Avec plaisir. »

A : « Et puis je vous souhaite une bonne journée. »

Annexe X – TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Classification en trois dimensions des conséquences des maladies par l'OMS _____ 8

LES DARK OCCUPATIONS : UN CONCEPT ÉMERGENT QUESTIONNANT LES LIMITES DE L'ERGOTHÉRAPIE EN SSR

GICQUEL Alizéa

Résumé : Le concept des dark occupations, émergeant d'Australie, est encore peu connu des ergothérapeutes en France. Englobant les activités délétères pour la santé, illégales ou encore socialement répréhensibles, cette notion fait partie intégrante du quotidien de nombreux Français. La présente étude a pour objectif de recenser les limites rencontrées par les ergothérapeutes, exerçant dans des structures de SMR sur le territoire français, dans l'intégration de ses dark occupations durant leurs prises en soin. La partie exploratoire s'est construite à travers quatre entretiens réalisés auprès d'ergothérapeutes diplômées d'État. Les résultats mettent en exergue une méconnaissance de ce sujet pourtant intégré inconsciemment dans leurs pratiques. Ces ergothérapeutes rencontrent cependant de nombreuses limites, aussi bien subjectives qu'objectives, dans l'inclusion totale de ses occupations. Cette recherche révèle toute l'importance de former et d'informer les ergothérapeutes sur ce concept afin de faciliter cette intégration pour prévenir le déséquilibre occupationnel des patients.

Mots clés : Ergothérapie, Dark occupations, SMR, Déséquilibre occupationnel

Abstract : The concept of dark occupations, which originated in Australia, is still relatively unknown among occupational therapists in France. Encompassing activities that are harmful to health, illegal, or socially reprehensible, this concept is an integral part of daily life for many French people. The aim of this study is to identify the limitations encountered by occupational therapists working in primary care settings across France when integrating these "dark occupations" into their care. The results highlight a lack of awareness regarding this topic, despite its unconscious integration into their practices. However, these occupational therapists encounter numerous limitations, both subjective and objective, in the full integration of these occupations. This research reveals the importance of training and informing occupational therapists about this concept in order to facilitate this integration and prevent patients' occupational imbalance.

Keywords : Occupational therapy, Dark occupations, Rehabilitation, Occupational imbalance