

Les dark occupations : un concept émergent questionnant les limites de l'ergothérapie en SMR

Mémoire d'initiation à la recherche

GICQUEL Alizéa
Étudiante ergothérapeute
Promotion 2023 – 2026

CHANET PAYSSAN Catherine
Maître de mémoire

Hôpital La Musse – Institut de Formation en Ergothérapie La Musse, Pôle de recherche
Saint-Sébastien-de-Morsent, France



Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Normandie

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation. Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social, de l'animation et du sport. C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »¹.

Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation² et du Code pénal³, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e GILLOUET ALIZÉE.....

atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS de Normandie et de m'y être conformé-e.

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte

Fait à Saint Sébastien de Horvot *Le* 12 mai 2016..... *signature*

¹ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

² Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

³ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

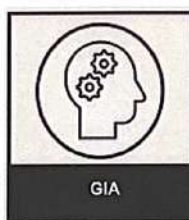
Attestation d'utilisation de l'intelligence artificielle générative

Mémoire d'initiation à la recherche

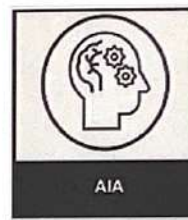
Je soussignée GICQUEL Alizée.....
.....atteste



Ne pas avoir eu recours
à l'IA



Avoir généré ce travail
par l'IA



Avoir utilisé partiellement
l'IA



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

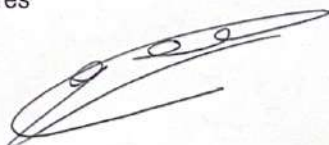
Nom du/des sites utilisé(s)	
☒ Corrections orthographiques	Scribbr
☐ Formulations – reformulations	
☐ Créations de titres	
☐ Structurations de paragraphes	
☐ Recherche de thématiques	
☐ Recherche de bibliographie	
☐ Autre(s), précisez :	

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

Le 12 mai 2026....

A Saint Sébastien de Noersent

Signatures



Remerciements

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

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

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

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

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

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

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

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

Jean-Paul Sartre

SOMMAIRE

Table des matières

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

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

Liste des abréviations

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

Introduction

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

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

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

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

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

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

Cadre contextuel

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

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

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

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

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

Cadre conceptuel

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

1. Définition et étymologie

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

Si nous ajoutons l'adjectif sombre ou dark (en anglais) à ce terme, nous obtenons alors un concept émergent en ergothérapie. L'origine du mot sombre découle du mot latin « *umbra* » représentant l'ombre, devenant par la suite « *subumbrare* » qui signifie « *couvrir d'ombre* »². Cette étymologie permet alors d'appréhender ce concept car il le nuance par sa composition. En effet, l'assemblage des deux étymologies donne « *ce à quoi on est occupé, couvert d'ombre* ». Or le mot ombre peut être défini comme une chose voulant être cachée, ou encore quelque chose de mystérieux, méconnu³. Un

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

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

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

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

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

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

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

2. Différences entre addiction et habitude de vie

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

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

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

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

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

3. Le principe d'équilibre occupationnel

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

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

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

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

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

B. L'ergothérapeute, spécialiste de l'occupation

1. Qu'est-ce que l'ergothérapie ?

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

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

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

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

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

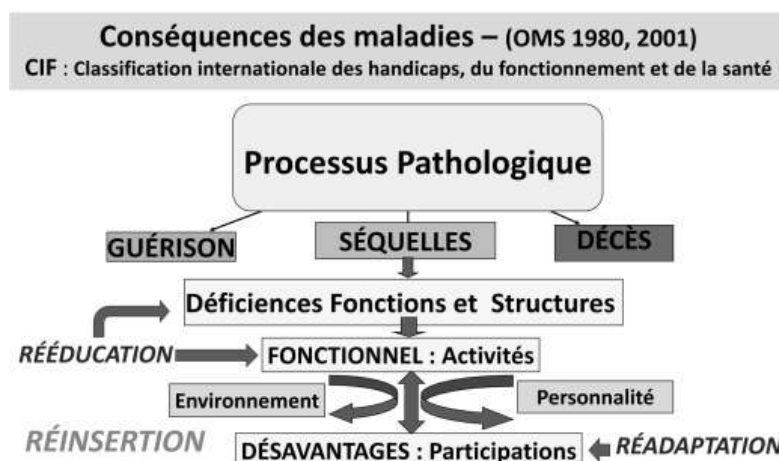


Figure 1 : Classification en trois dimensions des conséquences des maladies par l'OMS

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

2. Une vision holistique propre à la profession

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Des occupations émergentes dans une société en mouvement

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

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

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

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

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

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

1. L'éthique en ergothérapie

a. Notion d'éthique

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

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

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

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

b. L'éthique dans la pratique française

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

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

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

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

2. La législation française

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

a. La cohabitation entre santé et interdit

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

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

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

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

b. Les lois dans la pratique de l'ergothérapie

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

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

3. Le cadre institutionnel hospitalier

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

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

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

a. Les Agences Régionales de Santé

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

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

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

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

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

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

b. Les chartes individuelles hospitalières

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

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

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

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

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

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

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

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

Cadre méthodologique

A. Problématisation

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

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

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

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

Cette question peut amener aux deux hypothèses suivantes :

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

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

B. Description de la méthodologie de recherche utilisée

1. Méthode de recherche retenue pour ce travail

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

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

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

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

2. Choix de la population

a. Critère d'inclusion de la population cible

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

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

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

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

b. Recrutement des ergothérapeutes

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

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

3. Choix de l'outil méthodologique

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

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

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

a. Le profil de l'ergothérapeute

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

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

b. Utilisation de modèles conceptuels

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

c. L'équilibre et le déséquilibre occupationnels

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

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

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

e. Conclusion et ouverture

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

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 bientraitance. 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 préco aides techniques et adaptations. »

Analyse : Nous pouvons relever que dans la pratique ergothérapique 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 significantes 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 significantes 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'essaie 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 ergothérapiques 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 ergothérapiques 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-](https://stm.cairn.info/deas--9782311660791-page-524?lang=fr)

[524?lang=fr](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-](https://shs.cairn.info/l-analyse-de-contenu--9782130627906-page-125?lang=fr)
[contenu--9782130627906-page-125?lang=](https://shs.cairn.info/l-analyse-de-contenu--9782130627906-page-125?lang=fr)

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-](https://stm.cairn.info/politiques-et-dispositifs-du-handicap-en-france--9782100710089-page-45?lang=fr)
[dispositifs-du-handicap-en-france--9782100710089-page-45?lang=fr](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](https://www.researchgate.net/publication/335568512_Des_sciences_sociales_a_l'ergotherapie)
[_l'ergotherapie](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

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

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



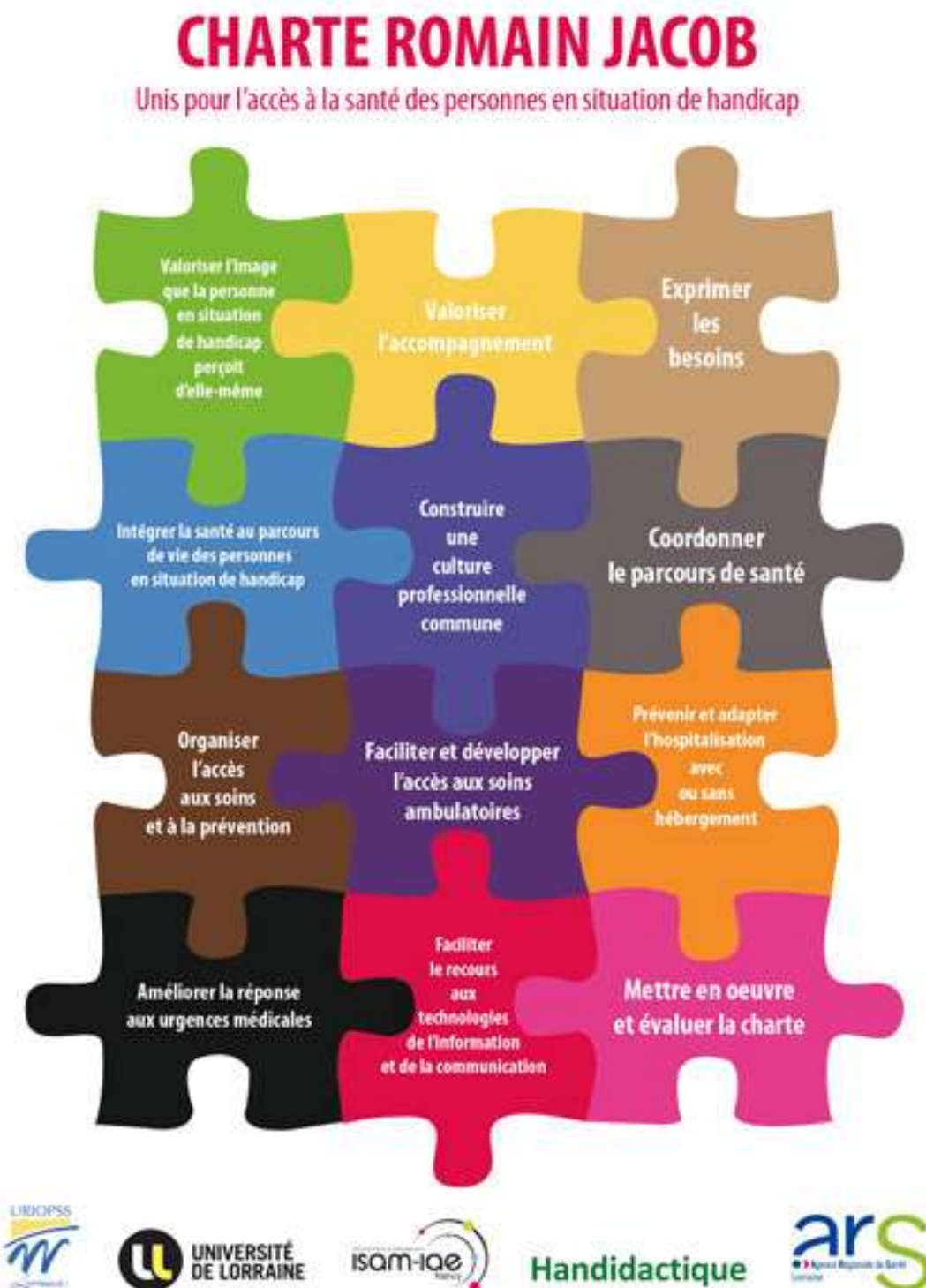
Conception : Dicum • Éditions Dicum 16-075 • Diffusion S 16-038 • Septembre 2016

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



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 39-4 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 conditions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, quel que soit le lieu de prise en charge. 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 exerçant dans le même domaine. La personne a accès aux informations lui concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ne doit pas porter atteinte à la confidentialité des données relatives à la personne ou à son état de santé. 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, de son état de santé ou de son handicap, le consentement est accordé par la famille ou le représentant légal après avis du service ou du service de soins, 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 capacité, d'usage 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 frères et sœurs 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 assurent 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, prenant en relation avec les activités 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 et compte tenu de son état de santé, 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 conformes, il est garanti à la personne la possibilité de choisir librement. A cet égard, sa relation avec la société, les visites dans l'établissement, l'exercice de vote et d'expression. 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 effectives 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, individualisés 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 conditions de vie 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 le rôle de représentants des différentes confessions doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions de l'établissement ou service. Les personnes et les bénéficiaires s'abstiennent à tout respect mutuel des engagements, 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 et 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



<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 ?
 - Si oui, pourquoi ?
 - 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 ?
 - 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 ?
 - Si non, pourquoi ?
- Avez-vous déjà rencontré des freins dans votre pratique professionnel en lien avec vos valeurs personnelles ?
 - 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 autour 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 anonymisées. 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@lirs-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@lirs-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 Géroto. 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 Géroto ? »

E3 : « Oui. Géroto 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 contraignantes, 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 scientifiques 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 prise en 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 Alizée

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