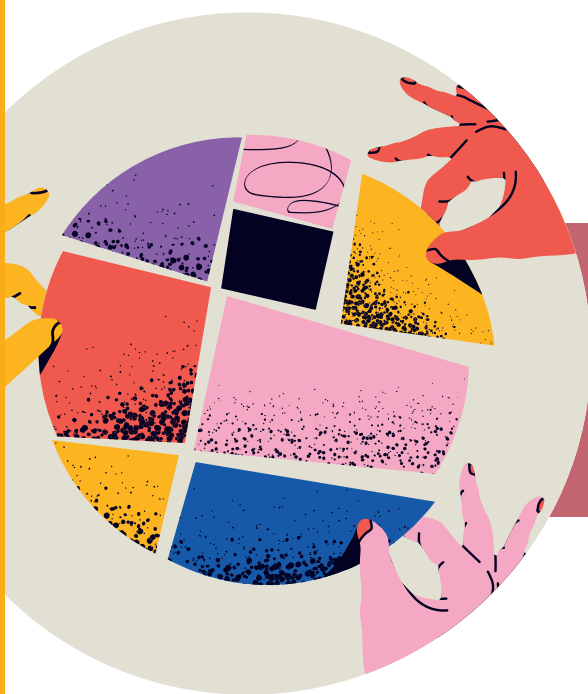


LES MODÈLES CONCEPTUELS EN ERGOTHÉRAPIE

Introduction aux concepts
fondamentaux



- Les modèles indispensables à la pratique
- Les nouvelles perspectives ergothérapiques

Ergothérapie

Les modèles conceptuels en ergothérapie

Introduction aux concepts fondamentaux

Sous la direction de Marie-Chantal Morel-Bracq

3^e édition

De Boeck Supérieur
5 allée de la Deuxième Division Blindée
75015 Paris

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre domaine de spécialisation, consultez notre site web :

www.deboecksuperieur.com

© De Boeck Supérieur SA, 2024
Rue du Bosquet 7, B-1348 Louvain-la-Neuve

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme ou de quelque manière que ce soit.

Dépôt légal :
Bibliothèque nationale, Paris : septembre 2024
Bibliothèque royale de Belgique : 2024/13647/084

ISBN : 978-2-8073-5956-7

Remerciements

Le premier livre sur les modèles conceptuels en ergothérapie a été l'aboutissement de dix ans de travail initié grâce au livre de Rosemary Hagedorn, *Foundations for Practice in Occupational Therapy*, édité pour la première fois en 1992 et que j'ai découvert il y a trente ans lors du congrès mondial des ergothérapeutes à Londres en 1994. Je tiens donc à remercier encore chaleureusement Rosemary Hagedorn qui m'a soutenue dès 1996 pour faire connaître ces concepts aux ergothérapeutes français.

Aujourd'hui, la collaboration de nombreux experts internationaux francophones et même anglophones nous a permis d'élaborer cette nouvelle édition : vingt-trois ergothérapeutes et un ethnologue ! Je remercie tout particulièrement Pr Martine Brousseau, Dr Jean-Michel Caire, Pierre Castelein, Pr Isabel Margot-Cattin, Aline Doussin-Antzer, Pr Francine Ferland, Aurélie Gauthier, Sylvie Meyer, Gladys Mignet, Lucas Rouault, Dr Eric Sorita, et Pierre Margot-Cattin pour avoir accepté avec autant d'enthousiasme de renouveler leur contribution à cet ouvrage. Mes sincères remerciements sont aussi adressés aux nouveaux contributeurs ergothérapeutes : Dr Clémence Chassan, Sandrine Clémenceau, Anaïs Giraudier, Caroline Kuhner, Pr Nadine Larivière, Héloïse Poulain, Gaëlle Riou, Jennifer Rocher, Thibaut Turpain, Dr Claire Villepinte et Pr Brenda Vrkljan qui ont accepté ce nouveau défi avec intérêt et gentillesse.

Le réseau européen ENOTHE a été un moyen extraordinaire de rencontres et d'échanges avec des ergothérapeutes du monde entier engagés dans le développement de modèles conceptuels en ergothérapie et dans les recherches en science de l'occupation, comme Sylvie Meyer, Jennifer Creek, Isabel Margot-Cattin, Michael Iwama, Helene Polatajko, Gary Kielhofner... Je remercie donc tout particulièrement Hanneke van Bruggen qui a toujours su nous entraîner dans sa vision prospective de l'ergothérapie et son ouverture au monde.

Cette troisième édition du livre *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux* répond à l'intérêt des étudiants et des professionnels : je remercie les ergothérapeutes, novices et experts, qui se sont engagés dans la lecture de ces modèles, qui se sont questionnés et se sont emparés de ces concepts. Cette nouvelle édition, actualisée, devrait encore ouvrir de nouveaux horizons en élargissant la perspective des ergothérapeutes vers le champ social.

Cet ouvrage doit évidemment beaucoup au soutien inconditionnel de l'ANFE et des éditions De Boeck Supérieur. Mes remerciements leur sont donc adressés avec beaucoup d'amitié.

Enfin, je remercie Hélène Hernandez pour la belle préface apportée à cet ouvrage et pour son amitié de longue date.

Ce livre vous est adressé, il s'agit d'une introduction à différents modèles, il ne demande qu'à être approfondi pour vous permettre de trouver les modèles qui vous correspondent le mieux dans votre contexte de travail. Toutes les remarques seront les bienvenues et seront utiles pour les débats à venir !

Sommaire

Préface	6
Introduction.....	8
Chapitre 1. Modèles généraux interprofessionnels.....	18
Chapitre 2. Modèles généraux en ergothérapie.....	64
Chapitre 3. Cadres conceptuels et modèles appliqués en ergothérapie	172
Chapitre 4. Cadres de référence interprofessionnels	213
Chapitre 5. Réflexions générales	257
Conclusion	267
Présentation des auteurs	269

Préface

Au cœur de la pratique, les modèles conceptuels de l'ergothérapie

Quel plaisir et quel honneur de *préfacer* *Les modèles conceptuels en ergothérapie, Introduction aux concepts fondamentaux*, coordonné par Marie-Chantal Morel-Bracq ! Et ce pour plusieurs raisons.

La première, c'est que c'est la quatrième fois qu'il m'est demandé de rédiger une préface pour cette thématique. Dès 2004, Marie-Chantal Morel-Bracq nous faisait découvrir le travail initié par Rosemary Hagedorn, *Approche des modèles conceptuels en Ergothérapie*, et offrait ainsi, à la communauté des ergothérapeutes, des repères pour formaliser leur pratique : s'amorçait alors une croisée des chemins entre la pensée réflexive et les prestations au quotidien. En 2009, *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux* ouvrait une fenêtre, car si en 2004, il s'agissait d'une approche, dorénavant s'affirme une introduction : ce qui paraissait lointain se rapproche et irrigue peu à peu tant la formation des étudiants que la pratique des ergothérapeutes. En 2017, le titre change quelque peu en ajoutant un article, *Les modèles conceptuels en ergothérapie. Introduction aux concepts fondamentaux*, et le titre ne change pas avec l'édition de 2024. La fenêtre s'est ouverte toute grande, et l'affirmation que les modèles conceptuels en ergothérapie sont au cœur de la pratique devient pertinente.

Depuis 2010, le référentiel d'activités, de compétences et de formation structure le développement de l'ergothérapie (ministère de la Santé et des Sports, *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute*). L'initiation à la recherche, la lecture de textes en anglais et l'expérimentation de l'analyse réflexive de la pratique professionnelle tentent de faire des étudiants de futurs professionnels avides de modèles conceptuels pour expliciter la méthodologie engagée et s'appuyant sur *Evidence Based Practice*.

La deuxième raison, cela permet de témoigner d'un changement très profond en 20 ans de la profession d'ergothérapeute. Si nous reprenons le raisonnement d'Eliot Freidson (1984) sur la profession médicale, il est légitime aujourd'hui de considérer que l'ergothérapie s'est engagée vers le processus de passer d'un métier à une profession : les ergothérapeutes eux-mêmes évaluent et contrôlent leur autonomie technique, ils prennent une part de plus en plus importante dans l'organisation et le

contenu de la formation, ils maîtrisent la publication scientifique et sont des interlocuteurs reconnus par les pouvoirs publics. Ajoutons aussi que l'ANFE s'est impliquée dans de fortes relations internationales : au niveau européen, mondial et dans la francophonie.

La troisième raison, et pas des moindres, c'est l'actualisation et la refonte des ouvrages précédents. Marie-Chantal Morel-Bracq a mobilisé plus de vingt experts de la profession pour reprendre chaque chapitre. De nouveaux modèles conceptuels apparaissent au gré des recherches menées dans les divers pays. En effet, l'évolution de la société nécessite de prendre en compte des besoins émergents ou présentant des aspects différents. Ainsi le modèle transactionnel de l'occupation (MTO), le modèle OCWFOT et le cadre de référence *Do-Live-Well* font leur apparition. Ce dernier répond à la fois à une augmentation du nombre de personnes âgées et à la problématique de prévention et de promotion de la santé. Au-delà du soin curatif apporté à la population, l'OMS comme la France soutiennent dorénavant des stratégies mondiales et nationales « *favorables à la santé, comme l'activité physique, une alimentation saine et des liens sociaux satisfaisants* ». C'est tout l'apport de la science de l'occupation qui précise les liens entre la qualité des occupations, la santé et le bien-être.

La quatrième raison réside dans la posture de rigueur qui sous-tend tout le travail d'élaboration et de rédaction, ainsi que le souci pédagogique : toujours ce travail d'explicitation, encore enrichi de nouvelles références. Et c'est tout le mérite de Marie-Chantal Morel-Bracq ainsi que celui de tous les contributeurs et contributrices. Les modèles sont tous questionnés, autant sur les dimensions épistémologiques, téléologiques, ontologiques et méthodologiques que par le parti-pris de les critiquer, d'apporter un exemple judicieusement choisi, le tout avec une bibliographie conséquente. Car bien évidemment, tout étudiant ou professionnel peut aller plus loin et plonger dans un approfondissement fécond.

Merci à Marie-Chantal Morel-Bracq et à toute l'équipe qui a œuvré ! Alors, formons l'espoir que la communauté ergothérapique se saisisse de cet ouvrage pour continuer à développer l'ergothérapie, en formalisant la pratique, dans une démarche réflexive et prospective, en la rendant plus argumentée et visible. L'ergothérapie n'a pas fini de nous étonner par sa complexité, son évolutivité et son pouvoir d'agir.

Hélène HERNANDEZ

Ex-Directrice de l'IFE-UPEC

Introduction

Marie-Chantal Morel-Bracq

Rien n'est plus difficile ni plus provisoire que d'écrire un livre sur les modèles conceptuels : cette remarque introduisant la dernière édition est toujours d'actualité !

La profusion des écrits rend toujours la tâche difficile. En effet, les concepts et les modèles ne cessent de s'enrichir d'année en année selon l'évolution des connaissances et des sociétés. De nombreux auteurs réfléchissent, recherchent, pratiquent, publient des idées, des concepts et des modèles qui se complexifient au fur et à mesure de leur appréhension de la réalité. Des modèles qui paraissaient relativement simples autrefois se sont ouverts à d'autres horizons, rendant parfois plus difficile une démarcation avec d'autres modèles qui s'appuient sur des théories différentes. Des modèles se créent en ergothérapie, soulevant l'enthousiasme et le désir d'appropriation, mais le temps n'est pas suffisant pour tous les approfondir, il faudra choisir !

Malgré ces difficultés d'écriture, il nous semble important de proposer aux ergothérapeutes francophones un certain panorama, certes toujours incomplet et provisoire, de différents modèles conceptuels qui sous-tendent la pratique de l'ergothérapie dans nos pays ou pourraient l'influencer de manière constructive dans les années à venir. Nous voyons ainsi aujourd'hui se développer une réelle perspective transactionnelle de l'occupation et une préoccupation du champ social au niveau mondial, ce qui se reflète dans l'évolution des modèles conceptuels en ergothérapie.

Dans cet ouvrage, nous expliquerons ce que peut être un modèle conceptuel en nous référant à l'évolution de l'ergothérapie. Une discussion sur différents termes tels que « cadre de référence », « schème de référence », « approche » envisagera la complexité de ce domaine d'intérêt.

Dans une **première partie** (chapitres 1 et 2), nous évoquerons les modèles généraux : d'abord les modèles interprofessionnels élaborés en dehors du champ de l'ergothérapie, mais qui sous-tendent notre pratique puis les modèles élaborés par des ergothérapeutes spécifiquement pour notre profession. La partie présentant les modèles généraux en ergothérapie a été particulièrement augmentée par rapport à l'édition précédente. En effet, ce sont ces modèles qui permettent spécifiquement aux ergothérapeutes d'intervenir de façon originale auprès des personnes bénéficiaires de leurs compétences et en développant leur identité professionnelle.

Dans une **seconde partie** (chapitre 3), nous envisagerons des cadres conceptuels et des modèles appliqués ciblés sur la pratique de l'ergothérapie, dans une optique un peu différente des modèles généraux en ergothérapie.

Dans une **troisième partie** (chapitre 4), nous évoquerons des cadres de référence interprofessionnels qui s'utilisent dans des contextes particuliers, généralement en complément avec un modèle plus général.

Après cette présentation, nous étudierons l'intrication de ces différents modèles dans le raisonnement clinique de l'ergothérapeute et les liens qui peuvent se faire jour avec l'élaboration du diagnostic en ergothérapie.

1. Définition : qu'est-ce qu'un modèle conceptuel ?

Un « modèle conceptuel » est une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique.

Cela signifie qu'un modèle va s'élaborer à partir d'hypothèses plus ou moins vérifiées, selon des valeurs fondamentales plus ou moins explicites, avec une critique plus ou moins approfondie des fondements, principes, hypothèses et résultats du modèle donné, et d'après la pratique qui va se confronter à la réalité. Le « cadre de référence » est la partie théorique qui sert de repère pour l'application pratique.

Les modèles peuvent être reliés aux grands courants qui guident la démarche du médecin ou de l'ergothérapeute. Par exemple : dans notre pays, lorsqu'on a mal au dos, on va consulter un médecin qui recherchera des causes physiques. Dans d'autres pays et d'autres cultures, on recherchera plutôt un esprit malfaisant.

Ces deux courants sont autant dignes d'intérêt l'un que l'autre.

La théorie n'est pas la même dans les deux cas : en France, nous nous référons à l'anatomie, la physiologie, la pathologie... Ailleurs, on peut se référer à d'autres théories concernant la vie, la mort, la santé, la maladie.

Les idées philosophiques sous-jacentes, les croyances et les valeurs, sont d'un côté que la santé repose sur le bon fonctionnement biologique et physique des organes, de l'autre que l'esprit ou les esprits peuvent altérer la santé et qu'il convient de les apaiser pour retrouver le bien-être.

Les termes de « modèle », « approche », « cadre de référence » et « processus » ont été définis de façons très diverses et parfois contradictoires par les différents auteurs.

Dans un objectif de simplification, Kortman (1994) a classé les modèles en trois catégories :

- les modèles généraux qui peuvent être utilisés dans de nombreuses situations professionnelles (comme le modèle humaniste ou le modèle de l'occupation humaine) ;
- les modèles appliqués qui s'adaptent à certaines pathologies ou situations (comme le modèle biomécanique ou le modèle ludique) ;
- les modèles de pratique, en lien avec les modèles appliqués et qui décrivent des évaluations et techniques spécifiques (comme les approches Bobath ou Perfetti pour des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral ou la *Reality Orientation* auprès des personnes âgées...). Ces derniers « modèles » ne seront pas étudiés ici.

Toutefois, cette simplification ne convient pas à tous les ergothérapeutes. En effet, un modèle conceptuel associe des concepts, ou construits, qui modélisent une réalité trop complexe. Généralement, un modèle peut être schématisé et être ainsi représenté par un croquis soulignant les éléments essentiels du système.

De façon différente, un cadre de référence, ou schème de référence tel que l'appellent nos collègues québécois, apporte plutôt un ensemble de savoirs théoriques qui permettent de résoudre un problème donné. Par exemple, ce que nous avons autrefois appelé « modèle biomécanique » est, dans ce cas, plutôt un cadre ou schème de référence car il n'est pas schématisable, alors qu'il apporte une perspective fondée sur les connaissances liées à l'anatomie, la biomécanique, la cinésiologie... et leur impact sur les pathologies de l'appareil locomoteur. Dans cet ouvrage, nous utiliserons l'expression « cadre de référence » qui nous semble plus juste aujourd'hui.

Un « cadre conceptuel » serait l'intermédiaire entre le modèle conceptuel et le cadre de référence dans la mesure où il est un guide de référence fondé sur des concepts.

Le terme « approche » est également utilisé, parfois comme « approche théorique » qui serait proche du cadre ou schème de référence, mais plus souvent comme approche théorique pour une application pratique directe, comme l'approche CO-OP.

En fait, tous ces termes sont le reflet de la complexité des modèles. L'intrication entre les différents modèles, cadres ou schèmes de référence, se voit également à l'intérieur même d'un modèle conceptuel lorsque les auteurs du modèle y incluent d'autres modèles sous-jacents, comme un processus d'intervention (qui peut être également qualifié de cadre conceptuel), comme le cadre canadien (pour un processus de pratique ergothérapique axé sur les relations collaboratives [CanPPERC] à l'intérieur du modèle canadien).

Cette complexité a aussi pour conséquence la difficulté d'établir un plan pour cet ouvrage. En effet, si certains modèles se situent bien dans un même esprit, comme le modèle de l'occupation humaine (MOH) et le modèle canadien de la performance occupationnelle (MCPO), d'autres sont plus difficiles à situer, comme le modèle du processus d'intervention en ergothérapie (OTIPM).

Dans ce document, nous allons donc aborder un certain nombre de modèles généraux, de modèles appliqués, de cadres ou schèmes de référence. Certains sont des modèles qui ont été élaborés dans d'autres disciplines : médecine, ergonomie, psychologie... et qui ont été intégrés plus ou moins consciemment en ergothérapie, d'autres sont des modèles qui ont été élaborés par des ergothérapeutes spécifiquement pour l'ergothérapie. Ces derniers sont particulièrement importants pour comprendre, argumenter et spécifier notre profession. Il existe beaucoup de modèles et nous n'aborderons ici que certains d'entre eux, qui nous ont paru les plus courants dans nos pays francophones ou les plus pertinents pour notre pratique et l'évolution de la profession. Ces modèles sont présentés brièvement, mais des références

bibliographiques pour chacun d'entre eux permettront de les approfondir. Il faut également préciser que les modèles sont toujours en évolution suite à leur mise en pratique et aux travaux de recherche associés, ce qui rend si difficile une présentation générale actualisée.

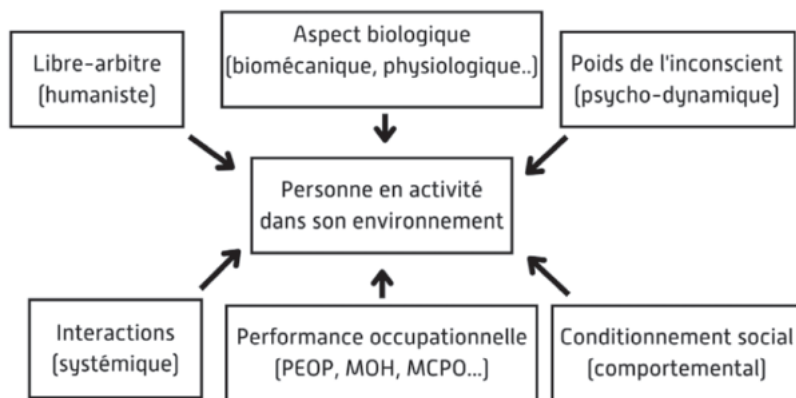
Tableau 1 Classification possible des modèles

Modèles généraux	
Interprofessionnels	Élaborés par des ergothérapeutes
Modèles du handicap : CIF, MDH-PPH Modèle humaniste Modèle systémique Modèle One Health Modèle écologique du développement humain	Modèle Personne-Environnement-Occupation (PEO) Modèle Personne – Environnement – Occupation – Performance (PEOP) Modèle de l'Occupation Humaine, de Gary Kielhofner (MOH) Modèle Canadien de la Performance Occupationnelle (MCPO) Modèle KAWA (Rivière), de Michael Iwama Modèle australien de la Performance Occupationnelle (OPM) Modèle transactionnel de l'occupation (MTO) Cadre conceptuel européen CCTE Modèle OCWFOT
Cadres conceptuels, modèles appliqués ou cadres de référence	
Cadres de référence interprofessionnels	Élaborés par des ergothérapeutes
Biomécanique Psychodynamique Comportemental Cognitif Cognitivo-comportemental Interactif	Modèle du processus d'intervention en ergothérapie (OTIPM) Modèle ludique, de Francine Ferland Approche CO-OP Cadre de référence Do-Live-Well ou Vivez-Bien-Votre-Vie

La part des modèles développés par des ergothérapeutes pour mieux comprendre l'occupation et situer leurs interventions ne cesse d'augmenter, reflétant le dynamisme de cette profession.

En reprenant l'exemple du mal de dos, le problème peut être vu sous l'angle biologique et physique : pincement du nerf sciatique, écrasement d'une vertèbre... Il pourra s'agir de traiter le problème sous l'angle du cadre de référence biomédical (traitement physique, par ex. chirurgical ou chimique, par ex. anti-inflammatoires) ou du modèle biomécanique (repos, bonne posture, contention, massages, mobilisations douces, remusculature...). Mais la situation peut aussi être considérée comme résultant de conflits psychiques refoulés, de vieilles douleurs morales qui s'expriment corporellement (« J'en ai plein le dos... ») : la recherche et l'analyse de conflits psychiques internes peuvent permettre de comprendre certains traumatismes.

Figure 1. Les modèles sont en lien avec différents points de vue qui peuvent être utilisés pour étudier la situation d'une personne en difficulté de santé ou en situation de handicap



La pression de l'environnement peut aussi être prise en compte lorsqu'elle entraîne un comportement qui induit la douleur, comme cette dame qui ne se sentait reconnue de son entourage que par l'état de propreté de sa maison et qui passait ses journées à astiquer tout de fond en comble.

La situation peut aussi être vue sous l'angle des interactions dans le système familial ou professionnel : des conflits, des relations de pouvoir entre les uns et les autres, la modification de l'équilibre familial peuvent expliquer des situations pathologiques qui ne s'arrangent pas. La douleur peut devenir par exemple un moyen d'éviter ces conflits ou de modifier les interactions familiales.

Une autre réaction peut être de se dire que les hommes ne sont pas complètement les jouets de la biologie, de l'environnement... qu'ils peuvent rester maîtres de leur vie et de leur santé et que l'apparition d'une douleur peut être le signe d'une défaillance que quelques efforts personnels permettront d'atténuer.

On peut aussi s'intéresser plus particulièrement à la performance occupationnelle et donc à l'impact de la pathologie et du contexte sur la réalisation des activités ou des occupations. L'environnement de travail peut ainsi avoir un impact majeur sur les douleurs émergentes.

Tous ces points de vue co-existent. Il s'agit là d'une schématisation. D'autres angles existent et parfois se chevauchent. On peut dire que choisir un modèle, c'est prendre un instrument pour regarder : des lunettes grossissantes ou colorées qui mettront en évidence certains aspects plutôt que d'autres. Certains points de vue sont appelés réductionnistes, d'autres holistiques. Un modèle réductionniste centre son attention sur une partie de l'individu, par exemple la fracture du poignet et ses conséquences pathologiques ; un modèle holistique au contraire prendra du recul par rapport à la situation et prendra en compte beaucoup d'éléments concernant la personne, y compris ses habitudes, son environnement humain et matériel. Il n'y a pas de bon et de mauvais modèle, par contre, il y a des modèles plus ou moins adaptés à la situation présente et au contexte d'exercice.

Les ergothérapeutes anglo-saxons ont étudié le développement de la philosophie sous-jacente de l'ergothérapie depuis sa création aux États-Unis au début du 20^e siècle et ont décrit l'évolution du paradigme de l'ergothérapie, c'est-à-dire l'évolution des idées dominantes de la théorie et de la pratique en ergothérapie. G. Kielhofner (2009) a ainsi décrit trois paradigmes qui se sont succédé avec l'évolution médicale et sociale. Selon Kielhofner, le premier paradigme dans la première moitié du 20^e siècle mettait en évidence l'importance de l'occupation pour les êtres humains et son potentiel thérapeutique pour le corps et l'esprit. Le deuxième paradigme mécaniciste a émergé avec le mouvement de la rééducation dans le monde médical, le handicap découlant des incapacités du patient. Dans les années 60, Mary Reilly a alors encouragé les ergothérapeutes à retrouver une pratique fondée sur l'occupation, favorisant une prise en compte systémique de l'occupation comme moyen et comme but de la thérapie. Le modèle de l'occupation humaine et le modèle canadien se sont alors développés dans ce contexte, correspondant à un troisième paradigme.

En France, l'évolution de l'ergothérapie a été un peu différente. Delaisse et al. (2022) ont fait émerger également trois paradigmes entre l'apparition des premières écoles d'ergothérapie en 1954 à Paris et Nancy, et la crise sanitaire relative au Covid-19 en 2020.

Dans les années 1950-1980, au moment de la création du Diplôme d'État et du premier programme officiel de formation en ergothérapie, les activités artisanales sont valorisées et proposées dans un objectif biomédical. Ce premier paradigme a été nommé « Les bienfaits des activités artisanales ».

Dans les années 1980-2000, du fait de l'évolution médico-sociale, les pathologies deviennent plus sévères ou chroniques avec des temps d'hospitalisation qui raccourcissent. Les ergothérapeutes commencent alors à sortir des institutions pour aider les personnes à retrouver leur milieu de vie. Ce deuxième paradigme a ainsi été nommé « Vers une activité plus écologique, pour vivre dans son milieu ».

Dans les années 2000-2020, les ergothérapeutes français s'ouvrent à l'international et s'engagent dans un processus de professionnalisation tel que décrit par Freidson (1988). La loi de 2005 (*Égalité des droits et des chances, participation et citoyenneté des personnes handicapées*) soutient les interventions des ergothérapeutes dans le milieu ordinaire de vie et les liens personne-activité-environnement deviennent évidents. Petit à petit, les ergothérapeutes s'emparent des modèles bio-psycho-sociaux (PPH, CIF mais aussi MOH et le modèle canadien MCRO). Ce troisième paradigme a été appelé « De l'activité à l'occupation » en référence au terme reconnu internationalement « d'occupation », malgré les vives réticences exprimées en France, au début de cette période, lorsqu'il a fallu traduire les termes anglais « *Occupation* » et « *Occupational science* ».

Ces paradigmes ne se substituent pas, mais se superposent au fur et à mesure de l'évolution des idées, des connaissances et de la pratique.

Finalement, même si l'évolution de l'ergothérapie ne s'est pas faite de la même façon dans tous les pays, on peut remarquer une adaptation du concept central de la

profession, passant de « l'activité soignante », puis à « l'activité moyen de rééducation et de réadaptation » pour aujourd'hui devenir « l'occupation signifiante et significative », gage de santé et de bien-être à travers l'engagement et la participation.

Nous percevons ainsi, à travers cette évolution liée au monde de la santé et de la société, une intrication des liens entre le monde médical et le monde social. Aujourd'hui, les ergothérapeutes s'engagent dans le champ social et la prévention, en s'appuyant toujours sur les liens puissants entre l'occupation et la santé et le bien-être.

De par cette évolution, les modèles conceptuels qui nous intéressent tendent à se complexifier. Les travaux de recherche associés à ces modèles se développent aussi afin d'argumenter leur intérêt.

Enfin, il convient de ne pas confondre modèles conceptuels et science de l'occupation (ou « science de l'activité humaine » comme cela a été traduit en 2010). La science de l'occupation est un domaine de recherche ciblé sur l'occupation et en particulier ses liens avec la santé et le bien-être (Wilcock, 2006). Si nous reprenons notre définition des modèles conceptuels comme étant « une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique », nous voyons bien que la théorie n'en constitue qu'un aspect, même s'il est crucial. Certains modèles s'appuient sur la science de l'occupation de façon explicite, d'autres moins, même si des liens sont souvent sous-jacents. Les modèles fournissent un guide pour la pratique, ce qui n'est pas l'objectif de la science de l'occupation qui reste un domaine de recherche.

2. Intérêt des modèles conceptuels en ergothérapie

En ergothérapie, nous avons longtemps fonctionné avec des modèles implicites ou peu structurés et, en France, souvent avec des modèles empruntés aux autres professions. Ce genre de fonctionnement rend difficile l'argumentation au sujet de ce qui est fait dans la pratique ainsi que l'expression de la spécificité de l'ergothérapie. De plus, l'ergothérapie se situe à la charnière du monde médical et du monde social, ce qui rend d'autant plus inconfortable pour les ergothérapeutes l'adoption d'un modèle ou d'un autre se situant dans des champs différents. Cependant, des ergothérapeutes, pour la plupart anglo-saxons, travaillent depuis longtemps à développer des modèles dans le champ de l'ergothérapie. Aujourd'hui, de nombreux ergothérapeutes effectuent des travaux de recherche en ergothérapie ou en science de l'occupation. Tous ces travaux cherchent à vérifier des hypothèses, à expliciter des valeurs, à critiquer d'un point de vue épistémologique et à se confronter à la réalité de la pratique en ergothérapie. Nous ne pourrions donner dans cet ouvrage qu'un bref aperçu de ces travaux, car l'ampleur des recherches dépasse notre cadre.

Il est possible d'utiliser conjointement plusieurs modèles et cadres de référence. Par exemple, le modèle de résolution de problème est sous-jacent au processus d'intervention proposé dans bien des modèles, comme le MOH (modèle de

l'occupation humaine) ou le MCPO (modèle canadien de la performance occupationnelle). Certains modèles comme la CIF (Classification internationale du fonctionnement) sont des modèles interdisciplinaires qui facilitent la communication avec d'autres professionnels. Il est tout à fait possible d'utiliser la CIF et un autre modèle ergothérapique comme le MCPO. De même, un modèle général comme le MOH pourra tout à fait être complété dans la pratique par un cadre de référence spécifique comme le cadre de référence biomécanique.

Le grand principe à respecter est de connaître suffisamment bien les modèles que l'on utilise pour éviter des incohérences dues à des fondements théoriques éloignés ou possiblement contradictoires. Comme la plupart des modèles proposent des outils d'évaluation, il est grandement conseillé d'associer les fondements du modèle avec les outils d'évaluation qui en découlent (Criquillon-Ruiz et al., 2023). C'est important de préserver la cohérence des théories et des idées philosophiques sous-jacentes élaborées dans le cadre du modèle. Il est par exemple tout à fait incohérent, et même éventuellement nuisible, de faire une évaluation comme la Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) juste « pour voir » ou pour « s'exercer » sans comprendre la philosophie du modèle et sans intervention appropriée par la suite.

L'intérêt des modèles conceptuels est ainsi de procurer aux ergothérapeutes un cadre d'intervention structuré et argumenté, des outils d'évaluation cohérents et, pour la plupart, des résultats de recherche solides garantissant une démarche de qualité.

L'intégration d'un modèle dans la pratique peut se faire à différents niveaux : dans la réflexion et le raisonnement clinique, avec l'utilisation explicite d'outils d'évaluation élaborés à l'intérieur de ces modèles, dans la rédaction des objectifs d'intervention et du dossier du patient/client (Morel-Bracq, 2013). La rédaction du diagnostic en ergothérapie s'appuie ainsi complètement sur un modèle conceptuel choisi et explicité par l'ergothérapeute (Dubois et al., 2017).

De plus, les modèles élaborés par des ergothérapeutes dans le champ de l'ergothérapie sont des atouts précieux pour expliquer notre profession aux personnes avec lesquelles nous travaillons et pour développer notre identité professionnelle.

3. Structure du document

En référence à Lévy, Forget et Laporte (1983), nous avons choisi de décrire les différents modèles selon quatre champs : épistémologique, téléologique, ontologique et méthodologique.

Ces quatre champs ne présentent pas un ordre déterminé : l'étude d'un modèle peut aussi bien commencer par l'étude de ses hypothèses fondamentales que par l'étude de sa finalité.

En complément de cette description, nous avons ajouté une critique, un exemple de situation en ergothérapie et une bibliographie.

CHAMP ÉPISTÉMOLOGIQUE : concepts, hypothèses, théories – pensée	Hypothèses fondamentales, terminologie et références théoriques : l'épistémologie correspond à la théorie de la connaissance et plus particulièrement au questionnement des fondements, principes, hypothèses et résultats (Grawitz, 1994). Nous aborderons ici les fondements et les hypothèses mises en avant dans le modèle donné. Nous citerons certains termes couramment utilisés et nous indiquerons les références théoriques nécessaires pour l'utilisation du modèle.
CHAMP TÉLÉOLOGIQUE : finalité des interventions, but recherché	Objectifs, critères pour l'évaluation finale des résultats : la téléologie est l'étude de la finalité (Grawitz, 1994). Cette partie abordera les objectifs spécifiques recherchés à travers l'utilisation du modèle et les critères principaux qui guideront l'évaluation finale.
CHAMP ONTOLOGIQUE : description des entités ou êtres impliqués – existence	Contexte d'utilisation, relation patient/thérapeute, exemple d'application : l'ontologie est l'étude de «l'être en tant qu'être» selon Aristote (Grawitz, 1994). Il s'agit ici de décrire le contexte le plus approprié à l'utilisation du modèle, de spécifier la relation qui a tendance à s'instaurer entre le patient et le thérapeute et de donner quelques exemples spécifiques illustrant son intérêt particulier.
CHAMP MÉTHODOLOGIQUE : moyens d'action – organisation	Principes, exemples d'application, évaluation initiale, analyse de l'activité : la méthodologie est la branche de la logique qui étudie les principes et démarches de l'investigation scientifique, de ses méthodes (Grawitz, 1994). Cette partie explique la méthode proposée par le modèle donné, en règle générale ou adaptée à l'ergothérapie. L'évaluation abordée ici est l'évaluation initiale qui est généralement très orientée par le modèle utilisé. En effet, on peut dire que l'utilisation d'un modèle permet en fait une simplification de la réalité et donc désigne des éléments plus pertinents que d'autres à observer et évaluer.
CRITIQUE	Avantages, inconvénients ou limites : cette critique met en évidence les intérêts et les limites de chaque modèle afin de mieux percevoir celui qui sera le plus adapté dans la situation et le contexte présent.
EXEMPLE EN ERGOTHÉRAPIE	Il nous a paru important d'illustrer chaque modèle par un exemple en ergothérapie pour mieux en faire percevoir les subtilités. Parfois, certains modèles sont utilisés de façon presque caricaturale; parfois, le modèle n'est utilisé que partiellement – nous parlerons alors de «modèle dominant» lorsqu'il émerge de la pratique. C'est en fait ce que nous retrouvons le plus souvent dans la pratique professionnelle : plusieurs modèles se mélangent et se complètent selon les patients, les circonstances et l'intégration que l'ergothérapeute aura pu faire de toutes ses connaissances et compétences. Cette intrication n'est pas gênante en soi, sauf si elle entraîne des incohérences dans la relation établie avec le patient et le travail thérapeutique entrepris. Le modèle n'est qu'un guide pour la pratique, mais s'il est bien compris et utilisé, il donnera un confort de travail certain à l'ergothérapeute. Un commentaire de l'exemple a été ajouté dans la mesure du possible afin de bien faire percevoir l'originalité donnée par la perspective liée au modèle concerné.
BIBLIOGRAPHIE	La bibliographie est, autant que possible, en français, mais certains documents fondamentaux n'existent qu'en anglais. Elle regroupe des articles, des livres et des sites internet qui peuvent permettre d'approfondir les données théoriques et pratiques. Parfois, certaines références ne sont que des exemples de pratique utilisant de façon explicite un modèle donné. Cette bibliographie est forcément incomplète.

Dans cette troisième édition, certains modèles présentés auparavant et, surtout, les nouveaux modèles suivront une trame simplifiée selon trois axes : 1) les concepts théoriques centraux ; 2) un exemple pratique en ergothérapie, décrit et analysé ; 3) les points importants à retenir. Une introduction, une conclusion et une bibliographie complètent le texte.

Références générales

- Botokro R. (2006). À travers ses lieux d'exercices et modèles de pratiques, une histoire de l'ergothérapie pour poser les bases de son épistémologie, *ErgOTHérapies*, 21, 5-13.
- Criquillon-Ruiz, J., Soum-Pouyalet, F. et Tétreaud, S. (2023). *L'évaluation en ergothérapie*. De Boeck Supérieur.
- Delaissé, A.C., Bodin, J. F., Charret, L., Hernandez, H. et Morel-Bracq, M.C. (2022). *L'ergothérapie en France : une perspective historique*. De Boeck Supérieur.
- Dubois, B., Thiébaud-Samson, S., Trouvé, E., Tosser, M., Poriol, G., Tortora, L., Riguet, K. et Guesné, J. (2017). *Guide du diagnostic en ergothérapie*. De Boeck Supérieur.
- Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Payot.
- Grawitz M., (1994). *Lexique des sciences sociales* 6^e édition. Dalloz.
- Gueguen A-F. (2001). Quel modèle pour l'ergothérapie en soins palliatifs ? *ErgOTHérapies*, 4, 35-41.
- Guihard J.P., Kalfat H. (2006). Méthodologie et méthode en ergothérapie : de la théorie à la pratique, in M.H.Izard Coord., *Expériences en Ergothérapie*, (p. 65-74). Sauramps médical.
- Hagedorn R. (1992). *Foundations for practice in Occupational Therapy*. Churchill Livingstone.
- Kielhofner (2009). *Conceptual foundations of Occupational Therapy Practice*, 4^e éd. F.A. Davis Company.
- Kortman B. (1994). The eye of the Beholder: Models in Occupational Therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 41, 115-122.
- Levy R., Forget A., Laporte I. (1983) Vers un paradigme systémique de la réadaptation. Actes de la conférence internationale sur la science des systèmes dans le domaine des services socio-sanitaires pour les personnes âgées ou handicapées, Montréal.
- Manidi M.J. (2005). *Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie*, EESP.
- Morel-Bracq M.C. (2010). Modèles conceptuels en ergothérapie pédiatrique, in Coord. A. Alexandre, G. Lefèvre, M. Palu et B. Vauvillé, *Ergothérapie en pédiatrie* (p. 27-39), ANFE-Solal.
- Morel-Bracq M.C. (2013) Choisir et intégrer un modèle conceptuel dans la pratique en ergothérapie : pour-quoi et comment ? in M.-H. Izard, coord., *Expériences en Ergothérapie*, (p. 136-144). Sauramps Médical.
- Morel-Bracq M. Ch. (1998). Les modèles conceptuels en ergothérapie, in M.H.Izard, Coord, *Expériences en Ergothérapie* (p. 11-20). Sauramps Médical.
- Morel-Bracq M.C., J-M. Destailats, Platz F. (2008). Les fondements conceptuels en ergothérapie in J.M. Caire, Coord, *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*, (p. 116-120). ANFE-Solal.
- Trouvé, É., Rousseau, J., Morel-Bracq, M.C. (2016). Approche de l'environnement dans les modèles ergothérapiques, in E. Trouvé (Dir) *Agir sur l'environnement pour permettre les activités*, (p. 207-220). ANFE – De Boeck Supérieur.
- TUNING (2008) Theoretical foundations of Occupational Therapy in *Reference Points for the Design and Delivery of Degree Programmes in Occupational Therapy*, (p. 30-33). Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- Wilcock A. (2006). *An occupational perspective of health*, 2^e edition. Slack.
- Zuna, A., Castano, D., Morel-Bracq, M.C. (2016). Quels modèles peuvent guider une pratique en ergothérapie auprès de personnes dépressives en psychiatrie institutionnelle ? *ErgOTHérapies*, 62, 49-56.

Chapitre 1

Modèles généraux interprofessionnels

Marie-Chantal Morel-Bracq

Introduction

Les modèles généraux sont des modèles qui peuvent s'adapter à de nombreuses situations. Certains modèles peuvent s'adapter à presque tous les contextes : thérapeutiques, pédagogiques ou de vie quotidienne. D'autres sont plus centrés sur le monde médical ou sur le monde social, mais tous ont un large panel d'applications.

Nous présentons dans ce premier chapitre des modèles interprofessionnels élaborés pour la plupart par des psychologues, des sociologues, des ethnologues ou des médecins.

Les modèles du handicap, CIF et MDH-PPH, sont des modèles reconnus internationalement. Ils sont présentés par Pierre Castelein en intégrant les nouvelles publications. Le modèle humaniste et le modèle systémique ont été inclus ici car ils servent de référence à bien des modèles élaborés pour l'ergothérapie, de même que le modèle écologique du développement humain décrit par Pierre Margot-Cattin. Le modèle systémique est présenté avec la collaboration de Jean-Michel Caire. Tous ces modèles se retrouvent plus ou moins dans la pratique des ergothérapeutes en France.

Nous avons également inclus ici le modèle « One Health » ou « Une seule santé » qui se développe en réponse aux défis actuels et intègre la santé humaine, animale et environnementale.

1. Les modèles du handicap : CIF & PPH, un « langage commun » pour comprendre le handicap

Pierre Castelein

1.1. Du modèle linéaire de la CIH/CIDIH aux modèles écosystémiques de la CIF et du PPH

Avec la première proposition de classification des déficiences, incapacités, handicaps (CIH – OMS, 1980), Philippe Wood (rhumatologue et épidémiologiste anglais) avait réussi à extraire la notion de handicap des problèmes de santé et de maladie en l'ouvrant au concept de désavantage social et en démontrant que l'intervention doit dépasser le seul cadre médical dans lequel le handicap était confiné.

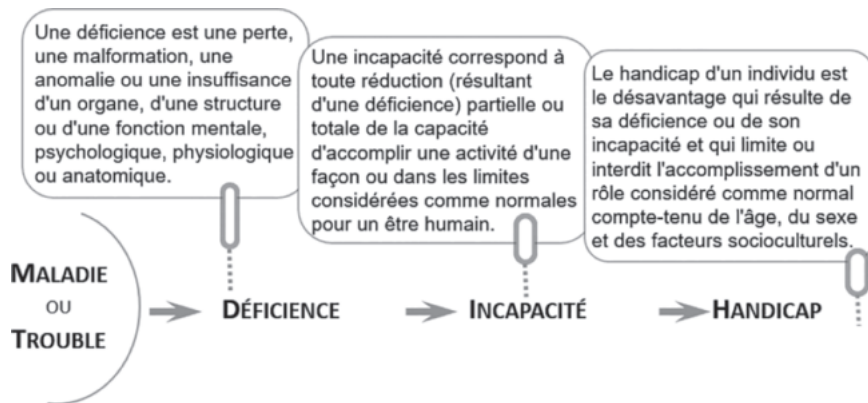
Cependant, très rapidement, la communauté scientifique a émis des critiques à l'encontre de la CIDIH (également connue en France sous le vocable CIH) :

- la CIH/CIDIH s'appuyait sur un modèle biomédical individuel tendant à placer la responsabilité des conséquences sociales des déficiences et incapacités, les handicaps, sur la personne;
- la relation de cause à effet était linéaire, signifiant que les incapacités et les handicaps découlaient de façon quasi obligatoire et « naturelle » des maladies/ blessures et des déficiences organiques;
- des concepts négatifs identifiant la personne à ses défauts ou manques par rapport à la norme étaient utilisés;
- les dimensions conceptuelles n'étaient pas mutuellement exclusives ou se chevauchaient, contrairement à ce qui est attendu d'une classification scientifique, tout particulièrement les incapacités et les handicaps, mais aussi les déficiences et incapacités (pour les déficiences intellectuelles et psychiques);
- les facteurs environnementaux (mis en lumière par les tenants du modèle social du handicap), comme domaines conceptuels influençant les désavantages sociaux ou l'intégration sociale des personnes ayant des incapacités, étaient omis ou laissés implicites.

À l'occasion de la révision de cette première classification, l'équipe québécoise, pilotée par l'anthropologue Patrick Fougeyrollas, a proposé, en 1998, un modèle interactif mettant l'accent sur une composante essentielle, à savoir les facteurs environnementaux. Le Processus de Production du Handicap (PPH & MDH-PPH2, RIPPH 1998 & 2010) a contribué à clarifier le rôle de l'environnement dans l'apparition des situations de handicap. Le processus international de révision de la CIDIH a abouti, en 2001, à la Classification Internationale du Fonctionnement,

du Handicap et de la Santé (CIF, OMS 2001) et à sa version enfant/adolescent (CIF-EA, OMS 2007).

Figure 1. Schéma de la CIH/CIDIH



Souvent mises en concurrence, ces deux classifications présentent en réalité de nombreuses convergences importantes :

- les deux classifications et leurs schémas conceptuels se réclament d'une conception universelle s'appliquant à tout être humain ;
- d'une perspective unidirectionnelle linéaire mécaniste et positiviste de cause à effet, les deux classifications s'appuient maintenant sur des modèles systémiques multidimensionnels ;
- les modèles visent à décrire et à expliquer le phénomène du handicap selon une approche interactive ;
- les dimensions conceptuelles sont formulées de façon positive ;
- elles se présentent comme des classifications hiérarchiques avec des définitions des catégories ;
- elles prennent en compte des facteurs environnementaux ;
- elles prennent en compte des facteurs personnels.

Ces deux classifications sont en totale concordance avec nos modèles professionnels qui développent les interactions entre la personne, ses motivations, son mode de vie, ses valeurs, ses capacités et son environnement.

Cependant, la CIF et le MDH-PPH présentent deux avantages non négligeables :

- ces deux modèles explicatifs ne sont pas associés à un champ disciplinaire particulier et, par conséquent, ils constituent une base plus aisément admise pour développer un « langage commun » entre des professionnels de disciplines différentes. Ce « langage commun » se traduit par des concepts partagés pour analyser la situation d'une personne, ce qui favorise la collaboration interdisciplinaire ;

- l'impact de ces deux modèles explicatifs est renforcé aujourd'hui par le fait qu'ils proposent une vision similaire du handicap, traduite également en termes juridiques :
 - ° en France, la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées se réfère sans ambiguïté à la CIF pour indiquer que le handicap se traduit par une restriction de participation : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* » ;
 - ° enfin en 2006, la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées (la CDPH, ratifiée par 157 pays, dont la France, le 18/2/2010) formule dans son article 1 : « *Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres.* » Cette convention contraint les états signataires à ajuster leur législation à cette vision du handicap.

L'interaction PERSONNE < > ENVIRONNEMENT < > PARTICIPATION est clairement explicitée dans ces deux extraits, qui permettent de justifier, si besoin était, l'importance du travail des ergothérapeutes en tant que « médiateurs » ou « facilitateurs » de cette interaction pour permettre à la personne de développer sa PARTICIPATION, c'est-à-dire :

- accéder à l'éducation, au travail, à une activité sociale valorisante, aux loisirs... ;
- organiser sa vie quotidienne selon ses choix ;
- assumer librement sa sexualité dans une relation partagée ;
- participer aux activités de la communauté ;
- choisir son lieu de vie, etc.

1.2. Le modèle du fonctionnement et du handicap – la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF – ICF)

1.2.1. Fondements

La CIF fournit une approche multidimensionnelle de la classification du fonctionnement et du handicap en tant que processus interactif et évolutif.

Même si la CIF est avant tout une classification, elle s'appuie sur un processus de fonctionnement d'une personne en montrant que ce fonctionnement est déterminé par l'interaction dynamique entre un problème de santé de la personne et les facteurs contextuels (environnement et facteurs personnels).

La CIF repose sur une approche « biopsychosociale » qui tente de concilier deux modèles antagonistes : *le modèle médical et le modèle social*.

Dans le modèle médical, le handicap est perçu comme un problème de la personne, conséquence directe d'une maladie, d'un traumatisme ou d'un autre problème de santé, qui nécessite des soins médicaux/paramédicaux fournis sous forme de traitement individuel par des professionnels.

Dans le modèle « social », le handicap est perçu comme étant essentiellement la résultante d'un problème créé par la société. Le handicap n'est pas un attribut de la personne, mais une situation complexe créée par l'environnement social. Seules l'action sociale et la responsabilité collective peuvent apporter un changement. Le handicap est une question politique.

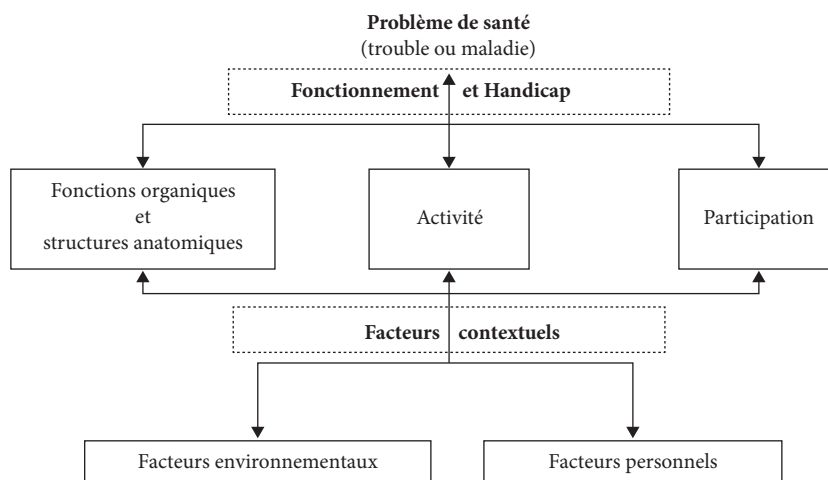
La CIF tente de réaliser une synthèse de ces deux modèles en considérant que la santé résulte d'actions biologiques, individuelles et sociales.

1.2.2. Composantes et domaines de la CIF

L'ensemble de ces définitions est tiré de l'ouvrage de l'OMS : *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*, Genève, 2001.

La CIF est constituée de deux parties, comprenant chacune deux composantes :

Figure 2. Schéma de la CIF avec la mention des deux composantes.



Chaque composante peut se décliner en concepts positifs ou en concepts négatifs.

En 2007, l'OMS a publié la CIF-EA, version pour enfants et adolescents afin de mieux rencontrer les caractéristiques de l'enfant en développement et l'influence des environnements qui l'entourent. Des éléments supplémentaires ont été ajoutés sans pour autant modifier la structure de la version principale, décrite ci-après.

Partie 1. Fonctionnement et handicap

Fonctionnement est un terme générique couvrant les fonctions organiques, les structures anatomiques, les activités et la participation. Il désigne les aspects positifs de l'interaction entre un individu (ayant un problème de santé) et les facteurs contextuels face auxquels il évolue (facteurs personnels et environnementaux).

Handicap est un terme générique désignant les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation. Il désigne les aspects négatifs de l'interaction entre un individu (ayant un problème de santé) et les facteurs contextuels face auxquels il évolue (facteurs personnels et environnementaux).

(a) Fonctions organiques et Structures anatomiques

Les **fonctions organiques** sont les fonctions physiologiques des systèmes organiques, fonctions psychologiques comprises. L'adjectif « organique » s'applique à l'organisme humain tout entier et, à ce titre, aussi au cerveau. Par exemple, les fonctions mentales, les fonctions sensorielles et la douleur, les fonctions de l'appareil locomoteur et liées au mouvement...

Les **structures anatomiques** sont les parties structurelles du corps comme les organes, les membres et leurs composants, classifiés selon les systèmes organiques. Par exemple, les structures du système nerveux, les structures liées au mouvement...

Indicateur : La déficience

La **déficience** est une perte ou une anomalie d'une structure anatomique ou d'une fonction organique. Les fonctions physiologiques incluent les fonctions mentales. Dans ce contexte, le terme d'anomalie est strictement utilisé pour désigner un écart important par rapport à des normes statistiques établies et il ne doit être utilisé que dans ce sens.

(b) Activités et participation

L'activité est l'exécution d'une tâche ou d'une action par un individu. L'usage de ce concept est souvent associé au fait que l'action ou la tâche est réalisée dans un cadre normatif c'est-à-dire dans un environnement structuré selon des normes établies (test, mise en situation...). Cependant, cette dimension n'est pas clairement définie dans la classification.

Indicateur : la limitation d'activité

Les « **limitations d'activité** » sont des difficultés qu'un individu peut éprouver dans l'accomplissement de ses activités. L'écart entre une capacité limitée d'exercer une activité et ce que l'on peut attendre de la part d'individus n'ayant pas ce problème de santé peut-être plus ou moins grand, tant en qualité qu'en quantité.

La **participation** est l'implication de l'individu dans une situation de la vie réelle. Elle constitue la perspective sociétale du fonctionnement.

Indicateur : la restriction de participation

Les « **restrictions de la participation** » sont des problèmes qui peuvent se poser à un individu lorsqu'il s'implique dans des situations de la vie réelle. La présence d'une restriction de la participation se détermine en comparant la participation d'un individu à celle qu'on attend, dans telle culture ou telle société, d'un individu sans limitation d'activité.

Les domaines décrivant la composante ACTIVITÉS et PARTICIPATION font l'objet d'une liste unique qui recouvre toute la gamme des domaines de la vie, de l'apprentissage, des relations avec autrui...

Chaque domaine peut être utilisé pour décrire les activités, la participation, ou les deux à la fois.

Les domaines de l'activité et de la participation sont précisés par deux codes qualificatifs : la capacité et la performance.

La **capacité** indique le plus haut niveau possible de fonctionnement qu'un individu puisse atteindre dans un domaine de la liste des domaines de l'Activité et Participation, à un moment donné. La capacité se mesure dans un environnement uniforme ou normal, reflétant ainsi l'aptitude de l'individu ajustée à son environnement.

La **performance décrit ce qu'un individu fait dans son environnement ordinaire, habituel**. Il introduit ainsi l'idée de l'implication d'un individu dans des situations de la vie réelle. L'environnement réel est également décrit à l'aide de la composante Facteurs environnementaux.

Partie 2. Facteurs contextuels

Les **facteurs contextuels** sont les facteurs qui constituent le contexte global de la vie d'un individu et, en particulier, le cadre dans lequel les états de santé sont classifiés dans la CIF. Il existe deux catégories de facteurs contextuels : les facteurs environnementaux et les facteurs personnels.

(c) Facteurs environnementaux

Les **facteurs environnementaux** constituent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie. Les facteurs environnementaux incluent le monde physique et ses caractéristiques, le monde physique bâti par l'homme, les autres individus dans des relations différentes, les rôles, les attitudes et les valeurs, les systèmes et les services sociaux, ainsi que les politiques, les règles et les lois.

Indicateurs : facilitateurs et obstacles

Les **facilitateurs** désignent tous les facteurs présents dans l'environnement de l'individu qui, par leur présence ou leur absence, améliorent le fonctionnement ou réduisent le handicap. Il pourra notamment s'agir d'un environnement physique qui

soit accessible, de l'existence d'aides techniques, d'attitudes positives des gens vis-à-vis de l'incapacité, ainsi que de services, de structures et de politiques visant à accroître l'implication, dans tous les secteurs de la vie, de tous ceux qui ont un problème de santé. L'absence d'un facteur peut également faciliter les choses, comme l'absence de stigmatisation ou d'attitudes négatives. Les facilitateurs empêcheront une déficience ou une limitation d'activité de devenir une restriction de la participation, puisque la performance réelle d'une action s'en trouvera améliorée, en dépit du problème de capacité que connaît la personne.

Un **obstacle** désigne tout facteur situé à proximité d'un individu qui, par sa présence ou son absence, limite le fonctionnement et provoque l'incapacité. Il pourra notamment s'agir d'un environnement physique inaccessible, de l'absence d'aides techniques, d'attitudes négatives des gens vis-à-vis de l'incapacité, ainsi que de services, de structures et de politiques inexistantes ou qui entravent spécifiquement la participation, dans tous les secteurs de la vie, de tous ceux qui ont un problème de santé.

(d) Facteurs personnels

Les **facteurs personnels** sont des facteurs contextuels qui ont trait à l'individu tels que l'âge, le sexe, la condition sociale, les expériences de la vie, etc., qui ne sont pas classifiés dans la CIF, mais que les utilisateurs peuvent intégrer à leurs applications de la CIF.

1.2.3. Utilisations de la CIF

La CIF est essentiellement une classification du fonctionnement humain et du handicap qui propose des définitions opérationnelles normalisées des domaines de la santé et un système alphanumérique de codification de toutes les composantes ainsi que les codes qualificatifs qui permettent de qualifier la santé et le fonctionnement. La codification peut se révéler complexe pour traduire toutes les composantes d'une situation.

La CIF fournit un cadre pour coder une large gamme d'informations sur la santé (diagnostic, fonctionnement et handicap...) et utilise un langage standardisé international qui permet la communication entre des disciplines et des sciences différentes.

Des « outils » ont été conçus en utilisant les composantes et les domaines de la CIF. Citons des instruments disponibles en version française (*liste non exhaustive*) :

- **GEVA** : le guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée est l'outil prévu par l'article L.146-8 du Code de l'action sociale et des familles ;
- **WHODAS 2.0** : cet outil a été élaboré par le groupe Évaluation, Classification et Épidémiologie de l'OMS dans le cadre du projet conjoint OMS /Institut national de santé des États-Unis (NIH) sur l'évaluation et la classification des handicaps. Il en existe plusieurs versions ;

- **QUESTIONNAIRE CIF** (Version 2.1) : le questionnaire CIF est un outil pratique pour enregistrer des informations sur le fonctionnement et le handicap d'une personne. Ces informations peuvent être synthétisées pour des dossiers individuels ;
- **CORE SET ICF** (<http://www.icf-core-sets.org/fr>) : possibilité de créer en ligne des formulaires de données en intégrant des données d'évaluation en lien avec les catégories de la CIF sélectionnées sur la base d'un problème spécifique de santé.

1.3. Le modèle de développement humain et du processus de production du handicap (MDH-PPH version 2018)

Cette partie s'appuie sur la nouvelle version 2018 du MDH-PPH et de sa classification internationale (4^e trimestre 2018 ISBN 978-2-9222213-61-4)

1.3.1. Les fondements

Le modèle de développement humain-processus de production du handicap est un modèle conceptuel écosystémique ou interactionniste facilitant l'identification, la description et l'explication des causes et des conséquences des maladies, des traumatismes et autres atteintes à l'intégrité et au développement de la personne. Il propose une compréhension du handicap ne plaçant pas la responsabilité du handicap sur la personne, mais sur l'interaction entre ses caractéristiques individuelles et celles du milieu de vie dans lequel elle évolue.

Le PPH constitue une application dans le champ du handicap du modèle anthropologique du développement humain (MDH), un modèle conceptuel applicable à tout être humain. Ce modèle conceptuel permet d'illustrer la dynamique du processus interactif entre les facteurs personnels (intrinsèques) et les facteurs environnementaux (extrinsèques), déterminant le résultat situationnel de la performance de réalisation des habitudes de vie correspondant à l'âge, au sexe et à l'identité socioculturelle des personnes.

- Le domaine des facteurs personnels comprend trois dimensions systémiques inter-relies : les facteurs identitaires, les systèmes organiques et les aptitudes.
- Le domaine des facteurs environnementaux est composé de facteurs physiques et sociaux distribués en dimensions micro, méso et macro.
- Le domaine des habitudes de vie est composé d'activités courantes et de rôles sociaux.

Ces trois domaines systémiques sont en interaction, certains diront en co-adaptation ou en co-construction dans le flux temporel, et ce, tout au long de la vie, instant après instant, de tout être humain.

Les concepts de la Classification Internationale du MDH-PPH sont tous formulés de façon positive et leur opérationnalisation pour décrire une situation individuelle ou collective nécessite l'utilisation d'échelles de mesure permettant de faire un portrait de la situation dans les trois domaines à un moment donné. Par exemple, les facteurs environnementaux présents dans le milieu de la personne ou d'une population peuvent se révéler être des facilitateurs ou des obstacles à la réalisation des activités courantes et des rôles sociaux. Le MDH-PPH repose finalement sur l'hypothèse que le degré de difficulté, le type et l'intensité d'aide requis et le niveau de réalisation des habitudes de vie d'une personne ou d'une population indiquent si celle-ci se trouve en situation de participation sociale ou en situation de handicap et à quel degré.

En accordant une grande importance aux facteurs environnementaux, l'utilisation du MDH-PPH évite d'imputer à la personne la responsabilité du handicap. La qualité de la participation sociale, c'est-à-dire le degré de réalisation des habitudes de vie et le degré de satisfaction (qualité de vie) d'une personne, est considérée comme évolutive dans le temps en fonction des changements observés au niveau de ses facteurs personnels, incluant ses préférences et choix autodéterminés, et son contexte environnemental. Ceci est applicable aussi bien à une personne qu'à une population.

Le concept de « **situation de handicap** » correspond à la réduction de la réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les facteurs identitaires, les systèmes organiques, les aptitudes) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles).

Le concept de situation de handicap n'a de sens que si sa dimension dynamique est bien perçue en tant qu'interaction évolutive dans le temps entre les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les habitudes de vie. Pour cette raison, il est paradoxal d'utiliser le concept de situation de handicap pour désigner le statut social d'une catégorie de la population, à savoir les « personnes en situation de handicap », car ce statut social est figé dans le temps. Cet usage est d'autant plus déformé qu'il est parfois réduit aux incapacités de la personne désignée comme étant en « situation de handicap moteur » ou mental, sensoriel, etc.

Il serait plus cohérent de parler de « personne en situation de handicap » pour désigner une personne qui vit DES situations de handicap selon l'environnement dans lequel elle vit.

Il est possible d'illustrer le fonctionnement du MDH-PPH sur les plans individuel et populationnel au moyen des exemples suivants :

- Une personne rencontrant des difficultés à préparer un repas (habitude de vie) peut être soutenue par le renforcement de ses capacités et la compensation de ses incapacités par l'adaptation-réadaptation (facteurs personnels). Mais elle le sera également par la réduction des obstacles dus, par exemple, au manque d'aide domestique, à la complexité d'utilisation des équipements d'une cuisine, ainsi qu'à l'indisponibilité de recettes imprimées en format adapté (facteurs environnementaux).

Les concepts fondamentaux de la pratique ergothérapique pour les professionnels d'aujourd'hui et de demain.

Toute démarche ergothérapique s'appuie sur deux piliers : d'une part, évaluer les besoins des personnes confrontées à des situations de handicap ou à des injustices occupationnelles, et d'autre part, faciliter l'engagement de ces personnes dans des occupations pertinentes.

Ce livre fournit les repères essentiels pour permettre aux ergothérapeutes de continuer à renforcer ces deux piliers de leur pratique professionnelle. Il présente :

- des modèles généraux interprofessionnels (modèles du handicap, modèle humaniste, modèle systémique, etc.) ;
- des modèles généraux en ergothérapie (modèles écologiques de la performance occupationnelle, modèle Personne-Environnement-Occupation-Performance, etc.) ;
- des cadres conceptuels (l'approche CO-OP, le cadre Do-Live-Well, etc.) ;
- des cadres de référence interprofessionnels (cadre de référence cognitivo-comportemental, psychodynamique, etc.).

Les auteurs

Marie-Chantal MOREL-BRACQ est ergothérapeute, cadre de santé, directrice des soins honoraire et ancienne directrice de l'Institut de formation en ergothérapie du CHU de Bordeaux. Elle a activement participé au réseau européen ENOTHE, ce qui a grandement enrichi sa connaissance des évolutions conceptuelles de l'ergothérapie internationale.

Ont participé à cet ouvrage :

Dr Jean-Michel Caire, Dr Clémence Chassan, Sandrine Clémenceau, Aline Dousin-Antzer, Aurélie Gauthier, Anaïs Giraudier, Caroline Kuhner, Gladys Mignet, Héloïse Poulain, Gaëlle Riou, Jennifer Rocher, Lucas Rouault, Dr Eric Sorita, Sabrina Téchené-Maurel, Thibaut Turpain et Dr Claire Villepinte (France) ; Dr Martine Brousseau, Pr Francine Ferland, Pr Nadine Larivière et Pr Brenda Vrkljan (Canada) ; Pierre Castelein (Belgique) ; Pr Isabel Margot-Cattin, Pierre Margot-Cattin et Sylvie Meyer (Suisse).

29,95€

ISBN 978-2-807-35956-7



deboeck
SUPÉRIEUR B

www.deboecksuperieur.com

Publics

- Ergothérapeutes
- Étudiants en ergothérapie