



Conférence ENOTHE

Chers et chères collègues

Je suis très honorée de la confiance que le comité de ENOTHE (ENOTHE Board c'est un sigle anglophone) me témoigne en me désignant pour cette conférence. C'est l'occasion de faire assez librement le point sur ma modeste contribution au développement de l'ergothérapie, plus spécialement dans le contexte de ENOTHE. C'est aussi une opportunité de réfléchir à ce qui me semble devoir évoluer dans un futur relativement proche, par exemple à l'horizon de 10 ans quant à certains éléments conceptuels. L'avenir plus lointain est l'affaire des forces nouvelles, celles des ergothérapeutes qui ont 35 ans aujourd'hui et auxquelles on peut faire confiance.

J'envisage tout cela depuis le contexte spécifique d'une école d'ergothérapie à moitié européenne puisque la Suisse ne fait pas partie de la communauté européenne. En Suisse, il y a trois écoles d'ergothérapie et trois langues d'enseignement : allemand, français et italien. Enseigner à Lausanne revient à le faire en français et pris entre deux grands « voisins ». D'abord la France comme berceau de la langue française, volontiers impérialiste vis-à-vis des autres locuteurs du français, mais dont les ergothérapeutes y compris le corps enseignant a peu d'accès à la littérature internationale en ergothérapie. Ensuite, le Canada qui représente clairement en raison de la traduction en français des modèles canadiens, un accès à une compréhension de l'ergothérapie orientée sur les occupations (occupation-centred) et sur la pratique centrée sur le client (client-centred).

J'exposerai dans cette conférence trois enjeux pour le développement de l'ergothérapie dans le contexte francophone européen et plus généralement au niveau international : 1) le vocabulaire de l'occupation, 2) le développement académique dans les écoles, 3) la relation occupation – activité. Je pense que par ailleurs que tout ou partie de ces idées concernent également d'autres pays.

Le vocabulaire de l'occupation

Les ergothérapeutes francophones en France, en Suisse, comme en Belgique peinent toujours à employer le terme occupation, surtout dans l'exercice professionnel et je vais expliquer à mon avis pourquoi. Cette difficulté s'étend souvent à l'enseignement, à la recherche et aux écrits, ce qui est fâcheux car les voies de diffusion d'une transformation ne sont pas vraiment présentes. Par exemple, l'arrêté ministériel de juillet 2010 qui définit en France le diplôme d'ergothérapeute spécifie que : « [l'ergothérapie] prend en compte l'interaction personne-activité-environnement. L'activité s'entend selon la définition du terme anglo-saxon « *occupation* » : *A group of activities that has personal and sociocultural meaning, is named within a culture and supports participation in society. Occupations can be categorised as self-care, productivity and/or leisure.* » La définition est évidemment en français dans le texte de loi, mais c'est bel est bien celle du groupe terminologie de ENOTHE (ENOTHE Terminology group). Cependant, le cadre conceptuel (framework) du groupe terminologie propose aussi une définition d'activité. On ne peut donc pas juste prétendre qu'*occupation* se traduit par activité et écrire : « l'activité est un groupe d'activité ». Une confusion est introduite car un même terme recouvre deux concepts différents dans un même univers de sens. Le débat est ancien, mais il faudrait une fois pour toutes le clore et avancer.

Pour les francophones, éviter l'emploi d'occupation est rendu possible parce que l'appellation de la profession est construite sur la racine grecque *ergon* (travail, force) et pas



sur la racine latine *occupatio* (occuper). Mais cela n'aide alors guère à comprendre pourquoi et en quoi la littérature internationale promeut avec véhémence l'idée d'une pratique de l'ergothérapie centrée sur l'occupation (occupation-centred), ni ne donne envie de la lire.

Il y a plus. L'occupation est selon le dictionnaire Le Grand Robert : « Ce à quoi on consacre son activité, son temps ». Les synonymes sont : affaire, besogne, emploi, engagement, loisir, ouvrage, passe-temps, carrière, fonction, métier, profession, travail... L'Oxford Dictionary donne une définition proche et des synonymes qui ne diffèrent guère : *job, profession, trade, vocation, employment, position, career, activity, leisure, hobby, entertainment, recreation, diversion...*

Le problème en français est que le dictionnaire propose aussi des citations qui connotent négativement le terme, par exemple Balzac : « sa chère existence pleine d'occupations dans le vide et de vide dans les occupations. » Ou Flaubert : « Fumer, aller au bain, se peindre les paupières et boire du café, tel est le cercle d'occupations où tourne son existence. » Balzac et Flaubert sont des auteurs classiques dont la lecture est dans l'enseignement de base. Les ergothérapeutes, mais aussi le sens commun, accordent ainsi au terme occupation essentiellement le sens d'une activité sans valeur, qui permet de passer le temps sans trop s'ennuyer et qui n'a aucun intérêt pour la société. Juste le contraire du concept élaboré en ergothérapie.

Cette compréhension dépréciée de l'occupation s'enracine aussi dans l'effort de professionnalisation mené par les premiers ergothérapeutes. En Suisse, Corinne Dallera, une historienne qui s'est intéressée en 2015 à l'émergence de l'école d'ergothérapie de Lausanne en 1965, montre que dans les années cinquante-soixante à l'hôpital psychiatrique de la région de Lausanne, des occupations et du travail étaient fournis aux malades, dans des ateliers, par des infirmières ou d'autres personnels. Les ergothérapeutes, toutes nouvellement formées ou les étudiantes de l'école qui arrivent vers la fin des années soixante vont défendre leur présence dans ce contexte en propageant l'idée qu'elles offrent des activités plus spécifiques qui ont des objectifs thérapeutiques individuels. Elles se distancient ainsi du concept d'occupation pour privilégier celui d'activité thérapeutique.

Je ne sais en fait guère en quoi ces activités étaient davantage « thérapeutiques » que les occupations offertes dans les ateliers parce que les premiers programmes d'ergothérapie à l'école de Lausanne ne proposent aucuns principes d'intervention applicables précis (dia). Les cours de cette époque permettent aux étudiantes d'acquérir beaucoup de techniques artisanales et créatives ou de compétences sociales dans l'organisation et la conduite d'activités animatives. Mais ces cours sont juxtaposés à des cours de médecine, notamment de psychiatrie sans que les relations entre les deux n'apparaissent. L'affirmation de la « thérapie » fait cependant sens dans le monde médical et semble avoir suffi à installer une division du travail permettant l'établissement de l'ergothérapie.

Au fil des ans, professionnaliser l'ergothérapie voudra dire préciser petit à petit la valeur thérapeutique des activités et élaborer des méthodes pour la mettre en œuvre. Puis transmettre ces connaissances théoriques, scientifiques et méthodologiques à des générations d'étudiants. Cet effort consiste à s'intéresser aux caractéristiques structurelles des activités et aux exigences (activity demands) de celles-ci. Spécifiquement il faudra se pencher sur le temps et l'espace que les activités occupent, sur les étapes qu'elles comprennent, sur les objets qu'elles nécessitent pour déterminer les fonctions corporelles ou les habiletés (skills) mises en œuvre par leur réalisation. Bien en phase avec la médecine, cette conception de l'activité permettra de les adapter et de les proposer aux patients pour le genre d'effort qu'elles demandent et de les faire fonctionner comme des exercices ou des entraînements (dia).



Ce long, patient et jamais achevé travail qui aboutit à des techniques de gradation (grading), de séquenciation (sequencing), d'ajustement de l'activité ou encore d'adaptation du setting ainsi que de dosage des consignes pour guider la performance du client a fait, fait et fera encore la technologie professionnelle de l'ergothérapie. La reconnaissance par les autres professionnels qui côtoient les ergothérapeutes, par le grand public, par les médias est largement tributaire de ces compétences méthodologiques-là. De nombreux modèles spécifiques ou cadres conceptuels utilisent ces construits et l'évolution de nombreuses disciplines de référence, par exemple les neurosciences, permettent d'affiner ces savoirs. Ces savoirs sont cependant tellement ancrés dans l'exercice professionnel qu'on en oublie qu'il s'agit d'une prouesse en matière de science appliquée.

Réaliser cette prouesse théorique, méthodologique, pédagogique - et discursive quand il s'agit d'expliquer l'ergothérapie à des tiers, favorise dans un contexte francophone l'évacuation du terme occupation trop vague et trop dénigrant du langage de l'ergothérapie. Et encore une fois, comme les locuteurs du français contrairement à ceux de l'anglais, n'ont pas à se demander pourquoi la dénomination de leur profession emploie un mot inusité dans leurs pratiques, rien, à part la lecture des écrits internationaux ne pousse à retenir le terme occupation. Ce rejet semble aussi légitime si l'on s'en tient à la définition que donne encore en 2016 le Grand Robert : « La thérapeutique occupationnelle est d'un emploi très général. Elle se déroule dans le cadre d'un établissement hospitalier, s'effectue d'une façon plus ou moins systématisée, et peut changer d'aspect d'une façon considérable. » Ça ne donne pas envie...

Bref quand on parle d'occupation en français, le terrain est plutôt miné parce que c'est comme si on défendait non pas une ergothérapie centrée sur l'occupation au sens où la littérature internationale la développe mais un retour à des pratiques désuètes contre lesquelles les ergothérapeutes se sont battus. Changer c'est faire un effort académique dans sa propre profession. Et cet effort n'est pas acquis.

Le développement académique

L'ergothérapie en Suisse, mais aussi en France ou en Belgique francophone est loin d'être au bout de sa professionnalisation. La formation des ergothérapeutes à l'instar de celle des infirmières ou des physiothérapeutes n'a accédé au statut de formation de niveau universitaire qu'au début de ce 21^e siècle. Et encore en Suisse que du bout des lèvres car il fallait bien s'ajuster à la Déclaration de Bologne sans quoi les ergothérapeutes formés à l'étranger et venant travailler en Suisse auraient eu des titres de plus haut niveaux que les locaux. Inconcevable pour un pays qui prétend avoir des cerveaux pour matières premières.

La Suisse n'a pas placé la formation aux professions de la santé, du social, des arts, de l'administration, de l'ingénierie dans les universités, elle a, à l'instar d'autres pays européens, instauré des « hautes écoles spécialisées » : des sortes d'universités des métiers auxquelles on ne voulait pas donner l'autonomie des universités pour les contraindre à être davantage au service du marché (dia).

Un deuxième cycle difficile

Les hautes écoles spécialisées sont, bien que cela diminue, fortement contrôlées par des instances gouvernementales. Elles ont pour mandat essentiel la formation professionnelle au niveau du bachelor, et ont dû et doivent continuer à se battre pour pouvoir mettre en place des masters. Non pas pour hausser le niveau de l'accès au marché du travail au deuxième cycle mais simplement pour qualifier à un niveau supérieur une partie des diplômés afin de leur permettre d'assumer des tâches plus complexes ou des fonctions



hiérarchiques. Ainsi, ce printemps, le parlement suisse a refusé l'inscription des masters dans la loi sur les professions de la santé estimant qu'il n'est pas démontré que le système de santé a besoin pour le bien des patients de professionnels de ce niveau en ergothérapie, en soins infirmiers ou en physiothérapie. Les masters se développent en conséquence sur un fond de critiques quant à l'intérêt de développer un second cycle et quant à la légitimité de nos écoles pour les établir.

De leur côté, les employeurs craignent les niveaux élevés de formation parce qu'ils ont peur de revendications salariales. Quant aux politiciens, surtout de droite, mais majoritaires, ils associent académisation à la production de savoirs détachés des intérêts de l'exercice professionnel et en conséquence à la formation de professionnels incompetents dans l'exercice de leur métier. Dans les métiers de la santé, ils imaginent encore que le médecin doit décider et prescrire les actes à des exécutants. Défendre des pratiques actualisées en fonction des résultats de la recherche en ergothérapie ne rencontre donc pas leurs valeurs ni leur compréhension et cela malgré tout le travail de lobby effectué par les associations professionnelles.

Soulignons qu'il y a néanmoins un avantage indéniable à la limitation de l'accès à un master : personne ne conteste les compétences des ergothérapeutes disposant d'un bachelor pour exercer à titre indépendant (private practice) à charge des assurances sociales pour autant qu'il y ait une prescription médicale. Et cela dans tous les secteurs de l'ergothérapie, notamment en santé communautaire. Les conditions d'exercice de l'ergothérapie sont donc bien plus enviables en Suisse qu'en France ou en Belgique francophone. Peut-être qu'à long terme, il faudra néanmoins réfléchir aux niveaux de formation en rapport avec l'autonomie de pratique pour découvrir que le premier cycle n'est pas suffisant pour la pratique privée. Mais ce n'est de loin pas à l'ordre du jour.

Un troisième cycle refusé

Cependant si nous avons besoin de former des ergothérapeutes au niveau master pour exercer des fonctions de *leadership* dans les équipes, implémenter des pratiques scientifiquement fondées, développer des projets cliniques, produire des connaissances et intensifier la collaboration interprofessionnelle, dans les hautes écoles et dans les services de recherches, nous avons aussi besoin d'un troisième cycle. Quand je dis troisième cycle, j'entends l'accès à un doctorat pour des personnes qui disposent d'un master en ergothérapie et qui dans le cadre de leur doctorat acquièrent des connaissances supplémentaires en sciences de l'occupation et obtiennent des capacités de production de savoirs par la recherche. Ces personnes seront mieux équipées pour augmenter la production des connaissances en ergothérapie et en science de l'occupation, ainsi que pour la publier. Elles décrocheront plus aisément des fonds concurrentiels de recherche et disposeront aussi de la reconnaissance sociale associée à leur titre.

Mais l'idée de doctorat fait frémir les interlocuteurs de tous bords et les hautes écoles spécialisées ne sont pas en droit de former à ce niveau. Tout au plus peuvent-elles envisager des accords avec des universités. C'est toujours la diabolisation de l'académisation. Ainsi, les écoles suisses, sont largement dépendantes de l'étranger pour engager des professeurs très qualifiés dans notre domaine, ou, sont contraintes d'engager des professeurs, certes titulaires d'un doctorat, mais par exemple dans le domaine de la psychologie ou des sciences de l'éducation avec souvent peu de connaissances ou d'engagement dans la science de l'occupation ou l'ergothérapie. La situation n'est pas à ma connaissance, bien différente en France et en Belgique francophone.



Cet état déficient du niveau académique supérieur a pour conséquence que nous n'avons pas les capacités de recherche et de développement qui nous permettraient de convenablement contribuer à la production des connaissances dans notre discipline et de concurrencer les Anglais, les Australiens, les Canadiens, les Suédois. Les écoles peinent aussi à disposer de ressources financières suffisantes pour mettre sur pied des services de recherche dotés de personnel en quantité suffisante. Enfin, les fonds concurrentiels de recherche qui ont été mis en place l'ont été par et pour les disciplines établies à l'université bien plus que pour des disciplines développées dans les hautes écoles spécialisées. Niveau de titre, dotation en personnel de recherche et orientation des fonds de recherche forment un cercle vicieux assez difficile à transformer en cercle vertueux. Un atout cependant pour nos écoles : un fort lien avec la pratique professionnelle et ses acteurs qui est favorable à l'accès à des terrains de recherche.

Le déni de discipline

À des problèmes objectifs liés au système suisse de formation, s'ajoutent des questions de valeurs. Le système établit une hiérarchie symbolique entre les savoirs historiquement présents dans les universités et ceux plus récemment enseignés dans les hautes écoles spécialisées. Cette hiérarchie est reproduite dans nos propres écoles et ce d'autant plus que les professeurs ont des doctorats et des domaines de recherche dans disciplines voisines. Ainsi lorsque je parle d'ergothérapie comme d'une discipline professionnelle et de la science de l'occupation comme d'une science, on me rit au nez ou au mieux on me regarde avec condescendance : il n'y aurait de discipline que dans le contexte universitaire et donc pas en sciences de l'occupation. Une argumentation qui ne tient la route que si le monde se limite à la Suisse (dia) ou qu'on se compare à l'Allemagne et à ses « Fachhochschulen ». L'Allemagne étant pour les Suisses alémaniques majoritaires, le grand voisin tutélaire.

Le pire est que la reproduction de cette hiérarchie symbolique n'est pas seulement le fait des personnes qui se sont réorientées vers une filière établie à l'université mais qu'on la trouve reproduite dans notre environnement immédiat. Ainsi, citer Max Weber c'est mieux que de citer Kielhofner. Mais comme professeure en ergothérapie, il vaut pourtant mieux que je connaisse les travaux de Kielhofner que ceux de Weber. Un autre exemple gravé dans ma mémoire. Lorsque j'ai été nommée doyenne, le doyen des soins infirmiers de ma propre école après m'avoir demandé ce que j'enseignais m'a répondu sans plaisanter aucunement « Ah parce qu'il y a des concepts en ergo » ? Il faut donc non seulement développer la discipline mais aussi lutter contre des ennemis de l'intérieur, qui éprouvent pourtant le même problème de légitimité que les ergothérapeutes. La démonstration à faire est en partie d'expliquer des concepts mais elle est aussi symbolique. Ainsi, avoir été nommée pour cette conférence est aussi une reconnaissance qui montre à ma propre faculté que notre domaine propre est organisé, qu'il a des structures internationales de coopération et de reconnaissance dans lesquelles nous sommes engagés et reconnus.

Développer des formations de deuxième et de troisième cycle permet indéniablement d'assurer la relève dans la formation et d'améliorer la recherche et le développement disciplinaire. Il faut cependant rester vigilant quant au transfert, absolument vital, de connaissances dans l'exercice clinique. Les professionnels dans les pratiques qu'on pourrait appeler traditionnelles de l'ergothérapie, sont friands de connaissances technologiques et de modèles centrés sur les habiletés qui leur indiquent quoi « faire » avec leurs clients selon leurs diagnostics médicaux. A priori, ils n'ont pas un intérêt marqué pour une vision occupationnelle des interventions ni pour les évidences scientifiques qui s'y rapportent. Il faut donc faire un effort majeur de diffusion en dehors des canaux académiques de publication pour aller vers les revues moins prestigieuses mais lues par les praticiens dans leur langue.



La relation occupation – activité.

Ma contribution au développement de l'ergothérapie est assez modeste. Excepté quelques activités de recherche, la majorité de mes actions concerne la diffusion de connaissances, notamment avec la rédaction de manuels qui ont connu du succès. Mais il n'y a guère le choix en français car le champ est mal couvert ce qui laisse aux ouvrages une longue durée de vie et perpétue souvent des contenus dépassés.

L'expérience du groupe terminologie

Ma participation aux travaux d'ENOTHE a largement favorisé la progression de mes idées, de mes cours, de mes écrits. Le réseau est un défi quant à la langue parce que si l'anglais est la langue internationale qui véhicule les concepts d'ergothérapie et donc le plus facilement les échanges, cela ne veut pas dire que nous y soyons tous bien entraînés – pas moi en tout cas. C'est donc souvent dans un anglais approximatif un « sabir européen » qu'il faut se débrouiller. Un sabir est un système linguistique mixte limité à quelques règles et à un vocabulaire déterminé (...) issu des contacts entre des communautés de langues très différentes et servant de langue d'appoint. Belle définition qui s'applique aisément à la configuration du groupe terminologie de ENOTHE, même si à l'origine le sabir n'a rien à voir avec l'anglais (dia).

Être membre d'ENOTHE et plus encore du groupe terminologie a été une immense opportunité d'échanger, de débattre avec des collègues qui avaient lu les mêmes textes, qui rencontraient les mêmes problèmes de définitions, de traduction et qui enseignaient les mêmes matières à des étudiants, qui, dans le contexte européen se ressemblent passablement. Des heures et des heures ont été passées à réunir des définitions et en discuter pour finalement construire un cadre conceptuel et le rédiger. Cela a abouti à une publication en anglais de Jennifer Creek en 2010 et à une autre en Français de ma part en 2013. Le cadre conceptuel est par ailleurs repris dans la cinquième édition de *Creek's occupational therapy in mental health*. Et la version française sera réexposée dans la nouvelle édition de Morel-Bracq : *modèles conceptuels en ergothérapie* (laisser en français). Malheureusement, nous n'avons pas été en mesure de publier en allemand, en espagnol, en flamand et en portugais au-delà des définitions.

Deux concepts

A fil des discussions le groupe terminologie a pris des décisions. L'une d'elles a été, contrairement à certains auteurs, de développer le concept d'occupation et celui d'activité comme deux construits différents dont l'emploi ne doit pas être confondu en thérapie.

Occupation is : *A group of activities that has personal and sociocultural meaning, is named within a culture and supports participation in society. Occupations can be categorised as self-care, productivity and/or leisure.*

Activity is « *A structured series of actions or tasks that contribute to occupations.* »

Deux définitions qui conduisent cependant à devoir régler un problème récurrent notamment avec les étudiants qui ont toujours besoin de savoir si « une chose qu'on fait » est une occupation ou une activité. En 2004, Polatajko et ses collègues, ont estimé qu'il est possible de construire une taxonomie du mouvement volontaire à l'occupation dont le critère taxonomique est la complexité. Une occupation est donc plus complexe qu'une activité. Mais cela ne résout la question que dans des situations particulières. Par exemple si je dis que « prendre le petit-déjeuner » est une occupation, alors « boire son café » est une activité et « porter la tasse à la bouche » devient une habileté. Mais, si « boire » veut dire « avaler du



liquide » alors c'est une habileté et si « boire » veut dire « être alcoolique », alors c'est une occupation. Autrement dit, il ne faut pas confondre les concepts liés à la taxonomie de l'occupation avec les « faire » qu'ils désignent et ainsi les réifier. « Boire » peut être une occupation, une activité, une tâche, une habileté, une habitude, une routine : tout dépend du concept qu'il est nécessaire de mobiliser pour saisir ce qui nous intéresse dans « boire » à un moment donné en rapport au contexte. Une fois que les étudiants ont compris cela, l'emploi des concepts est plus aisé.

Cette relation entre les concepts d'activité et d'occupation permet d'expliquer des pratiques centrées sur le client visant ses occupations tout en réduisant la complexité dans l'intervention. Je pense en effet que la plupart du temps le concept qui est mobilisé durant l'intervention, lorsque l'ergothérapeute propose au client de faire quelque chose pour développer des habiletés ou pour entraîner une performance : se vêtir, laver la vaisselle, jouer aux cartes, circuler en fauteuil roulant, est celui d'activité. Et on a tort de la passer sous silence.

La complexité de l'occupation

Lorsque le projet terminologie d'ENOTHE a démarré en 2001, le concept d'occupation avait déjà largement été redéfini comme le concept central de l'ergothérapie. Depuis de nombreux travaux théoriques et scientifiques sont venus étayer une vision complexe de l'occupation. Par exemple, Hitch, Pépin et Stagniti (2014) de Kuo, (2011), Aldrich et Laliberté Rudman (2016), Cutchin et Dickie (2013), Hooper (2006). Mais il y en a beaucoup d'autres.

Ainsi les occupations sont ce que les gens font, usuellement ou inhabituellement. On sait qu'elles ont du sens (meaning) et sont intentionnelles (purposeful), qu'elles sont individuelles, partagées et collectives, qu'elles confèrent une identité pour soi et pour les autres, qu'elles occupent du temps et organisent la vie, qu'elles changent et se transforment, qu'elles captent l'attention, qu'elles demandent des habiletés et qu'elles les renforcent, qu'elles modifient l'environnement et sont influencées par lui, qu'elles maintiennent ou altèrent le bien-être, qu'elles assurent ou empêchent la survie, qu'elles contribuent à la société et transmettent la culture, qu'elles sont des expériences, qu'elles sont dépendantes du contexte. Finalement à travers elles, les personnes, les familles et les collectivités, agissent, existent, deviennent et appartiennent à leur monde.

Ces travaux théoriques et scientifiques ont beaucoup amélioré notre conception de l'occupation et beaucoup d'efforts sont faits pour la transmettre aux étudiants de manière à ce que dans leurs futures pratiques professionnelles, ils soient centrés sur l'occupation (occupation-centred). Ce qui doit ou devrait se traduire en pratique en reprenant les concepts de Fisher (2013) par des interventions utilisant des occupations (occupation-based) ou orientées vers elles (occupation-focused). Mais est-on bien sûr que ces occupations de thérapie en sont vraiment, particulièrement en réadaptation ? Il s'agit à mon sens plutôt d'activités dans le contexte particulier de la thérapie et qui ont de l'intérêt et de la valeur parce qu'elles vont à la rencontre des occupations que le client doit, veut ou a besoin de réaliser.

Des interventions fondées sur l'activité (activity-based)

Lorsque Fisher décrit spécifiquement les pratiques basées sur l'occupation, il est questions de « task performance » et de « task demands ». Le modèle des Américains (American framework) emploie activity demands à côté de occupation demands. Autrement dit pour les besoins des interventions, les ergothérapeutes sont souvent dans l'obligation de réduire le concept d'occupation à ceux d'activité ou de tâche. Ce n'est pas un scoop et je



n'étonne personne en disant cela. Ce qui m'étonne plus est qu'on ne trouve guère dans la littérature des réflexions sur le potentiel de cette réduction. On n'en voit souvent que le risque : rester dans le modèle biomédical, être centré sur les fonctions corporelles, oublier le concept central de la profession, négliger l'objectif occupationnel des interventions, proposer des activités qui n'ont pas de sens pour le client parce qu'elles ne sont pas en relation avec sa vie quotidienne. À mon avis c'est une erreur, les activités ne sont pas des exercices vides de sens.

En distinguant clairement les concepts d'occupation et d'activité, Il devrait être possible en thérapie de distinguer les moments où l'ergothérapeute se réfère avec son client aux occupations qui sont les siennes ou qui devront l'être dans sa vie de tous les jours, des moments pendant lesquels c'est l'activité qui est en jeu justement parce qu'il faut se concentrer sur cette part d'une occupation qui est une activité. Cette activité qui exige du client des efforts particuliers qui mettent en œuvre des habiletés (skills) pour choisir, organiser et réaliser une activité en interaction avec l'environnement (*Choosing, organising and carrying out activities in interaction with the environment*), ce que dans le framework du groupe terminologie nous avons nommé la performance d'une activité. Bien sûr si l'intervention est orientée vers l'occupation (occupation focused) alors l'activité va prendre sens pour le client en rapport avec une ou plusieurs occupations de sa vie de tous les jours.

La thérapie comme occupation

Dans les secteurs traditionnels, hospitaliers et ambulatoires, de l'exercice de l'ergothérapie, dominés par le modèle biomédical, les activités, sans, ou avec un lien ténu avec des occupations de la vie de tous les jours sont largement présentes (dia). Ces interventions sont pourtant efficaces sur les fonctions corporelles, les habiletés et les performances, notamment grâce au recours à des objectifs spécifiques dans des tâches particulières : crocher huit pincettes sur une tige verticale en une minute. La perspective occupationnelle reste cependant peu tangible parce que la salle de thérapie est un environnement inhabituel, le matériel spécialisé et sa disposition particulière. Ces secteurs de l'ergothérapie néanmoins sont bien présents et comprennent beaucoup de lieux dans lesquels les étudiants sont envoyés en stage et généralement pour lesquels des systèmes de financement des prestations existent. On ne peut donc pas juste les rejeter sauf à perdre des débouchés et des clients.

Les ergothérapeutes peu centrés sur l'occupation, ou proposant des activités d'intervention qui n'ont guère à voir avec la vie de tous les jours des clients, par exemple des activités artisanales ou des exercices (rote exercises), n'éprouvent pas plus de difficultés que les autres à engager leurs clients dans l'intervention. En outre quand on visionne sur le Net toutes ces photos d'ergothérapie qui montrent des clients souriants et concentrés sur des tâches qui, à mon sens et au vôtre, sont totalement stupides et sans rapport avec la vraie vie, on perçoit l'absence du concept d'occupation. Mais si ces pratiques perdurent c'est que cela fonctionne. La question qu'il faut donc se poser est pourquoi ? On peut évidemment éluder la question en prétendant que ce n'est plus de l'ergothérapie, mais la encore on abandonne le champ.

Parallèlement à ces pratiques traditionnelles de l'ergothérapie, il y a beaucoup de travaux en science de l'occupation, notamment ceux d'Eklund, qui montrent comment ou en quoi des personnes réinvestissent, transforment ou recréent des occupations dans le contexte d'une atteinte chronique invalidante ou dans des conditions de relocalisations par exemple dans des établissements médico-sociaux. En outre, quelques chercheurs dans la tradition de Mattingly, se sont intéressés à la production du sens (meaning-making) dans le



contexte de la santé mentale. Leurs résultats pourraient aussi aider à comprendre dans une perspective occupationnelle comment les interventions sont significatives dans un contexte traditionnel de pratique.

En effet, ces pratiques pourraient aussi se déchiffrer sous l'angle occupationnel pour autant qu'on se pose la question de savoir de quelle occupation il s'agit, notamment en s'appuyant sur des caractéristiques incluses dans le concept d'occupation : elles prennent sens dans la culture, portent un nom et sont influencées par l'environnement. Ma thèse est que la thérapie ou la réadaptation ou vivre à l'hôpital sont des occupations.

Ainsi, « passer deux mois à l'hôpital » est une occupation qui prend autant sens que « passer trois semaines de vacances au bord de la mer ou visiter New York » – même si c'est moins agréable. Mais les occupations ne sont pas toujours plaisantes (Ikiugu, *et al.*, 2015). Donc les activités hospitalières, et parmi celles-ci, les évaluations, les exercices, les entraînements et même les activités passives de préparation proposées par les ergothérapeutes prennent sens dans ce contexte physique, social, symbolique. Heureusement car sinon qui voudrait aller aux toilettes, se laver et exhiber ses cicatrices devant un tiers. Suivre des thérapies, c'est aussi vivre des expériences spéciales auxquelles les gens donnent du sens par exemple parce qu'ils estiment ainsi contrôler la reconquête de leurs fonctions corporelles ou mentales. Recourir à du matériel spécial paré de l'aura du dernier cri de l'innovation technologique confère peut-être le sentiment d'appartenance à un groupe particulier de client au bénéfice d'un traitement d'un haut niveau fourni par un spécialiste hyperqualifié nommé ergothérapeute (dia).

Bien sûr et pour compléter, il faut continuer à étendre les pratiques et les clientèles de l'ergothérapie à des populations et à des communautés qui éprouvent des problèmes occupationnels non causés par ou non associés à des atteintes des fonctions corporelles au sens de la CIF. Mais il ne faut pas non plus jeter le bébé avec l'eau du bain et ne plus percevoir et développer le potentiel du concept d'activité au prétexte que pendant 30 ans il a évincé celui d'occupation.

Conclusion

Parvenue au terme de mes propos, je vous propose de retenir trois éléments :

1. Adopter peu importe la langue le concept d'occupation et oser en parler pour lui donner dans le contexte de notre profession, le sens qui nous convient.
2. Distinguer clairement occupation et activité pour en tirer le potentiel et à la fois étendre les champs d'intervention sans délégitimer les interventions traditionnelles.
3. Continuer le processus d'académisation en cours et pour ceux qui sont bien avancés, regarder avec bienveillance ceux qui peinent encore.