# Les modèles conceptuels en ergothérapie

Introduction aux concepts fondamentaux

Dirigé par Marie-Chantal Morel-Bracq

2<sup>e</sup> édition





#### Ergothérapie

# Les modèles conceptuels en ergothérapie

Introduction aux concepts fondamentaux

Sous la direction de Marie-Chantal Morel-Bracq



De Boeck Supérieur 5 allée de la 2<sup>e</sup> 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, 2017 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 royale de Belgique : 2017/13647/008 Bibliothèque nationale, Paris : janvier 2017

ISBN: 978-2-35327-377-5

## Sommaire

Remercieme	nts	V
Préface		VII
Introduction	1	1
Chapitre 1.	Modèles généraux interprofessionnels	13
Chapitre 2.	Modèles généraux en ergothérapie	51
-	Cadres conceptuels et modèles appliqués appliqués	131
-	Cadres de référence ou modèles appliqués ionnels	167
Chapitre 5.	Réflexions générales	221
Conclusion		233
Présentation	des auteurs	237
Table des m	atières	243

#### 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. 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, c'est avec l'aide de treize experts internationaux francophones: douze ergothérapeutes et un ethnologue, que nous avons pu élaborer cette nouvelle édition. Je remercie tout particulièrement Dr Martine Brousseau, Dr Jean-Michel Caire, Pierre Castelein, Isabel Margot-Cattin, Aline Doussin-Antzer, Pr Francine Ferland, Aurélie Gauthier, Sylvie Meyer, Gladys Mignet, Lucas Rouault, Dr Jacqueline Rousseau, Dr Eric Sorita, et Pierre Margot-Cattin pour avoir accepté avec autant d'enthousiasme de participer à cet ouvrage.

Cette deuxième édition du livre *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux* répond à l'intérêt des étudiants et des professionnels : je remercie donc 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.

Cet ouvrage doit évidemment beaucoup au soutien inconditionnel de l'ANFE et tout particulièrement de Catherine Laks, directrice, Éric Trouvé, président, et Hélène Hernandez, administratrice de l'ANFE, mais également au soutien des éditions De Boeck Supérieur en la personne d'Amaury Derand. Mes remerciements leur sont donc adressés avec beaucoup d'amitié.

Plusieurs études de cas ont été extraites du livre d'ENOTHE, Occupational Therapy in Europe : Learning from each other, publié en 2000. Ce livre cherchait à comparer les pratiques professionnelles en Europe. À la relecture de ce livre, je me suis aperçue qu'un certain nombre d'études de cas, proches par la pathologie, étaient en fait différentes en raison des modèles conceptuels sous-jacents. L'accord des auteurs pour utiliser quelques études de cas

m'a grandement aidée. Mes remerciements vont donc tout naturellement à Hanneke van Bruggen, ancienne directrice du Réseau européen d'Ergothérapie dans l'enseignement supérieur (ENOTHE) et à Ramon Daniels, coordinateur du groupe-projet sur la Dimension européenne de l'ergothérapie.

Le réseau européen ENOTHE a également été un moyen extraordinaire de rencontres et d'échanges avec des ergothérapeutes du monde entier engagés dans le développement des modèles conceptuels en ergothérapie et dans les recherches en science de l'activité humaine ou science de l'occupation. Mes remerciements leur sont adressés également, avec un souvenir ému pour Gary Kielhofner, décédé en 2010.

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!

#### **Préface**

## Au cœur de la pratique, les modèles conceptuels en ergothérapie

La fenêtre s'est ouverte toute grande depuis 2004 quand les prémisses de ce présent livre apparaissaient au lointain : l'*Approche des modèles conceptuels en ergothérapie* nous invitait déjà à un voyage au cœur de la pratique professionnelle.

Puis vint l'ouvrage, en 2009, Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux. Nous entrions dans chacun des modèles conceptuels par l'identification du champ épistémologique (la pensée sousjacente comme référence théorique), du champ téléologique (la finalité et donc les objectifs), du champ ontologique (l'être en tant qu'être dans son contexte et sa relation), du champ méthodologique (la méthodologie, principe d'organisation), sans oublier la critique mettant en évidence les intérêts et les limites de chaque modèle, complétée par un exemple et une bibliographie.

La réédition de l'ouvrage en 2017 poursuit ce travail d'explicitation très documenté, encore enrichi de nouvelles références, de nouveaux modèles comme les modèles écologiques de la performance occupationnelle ou le modèle de compétence, et l'actualisation des divers modèles. Car au fil des années, les modèles sont travaillés, retravaillés par leurs auteurs, confrontés à la réalité clinique et aux variations sociales, et évoluent. Marie-Chantal Morel-Bracq saisit ces évolutions et nous offre une lecture qui met en perspective autant les modèles pour la pratique des ergothérapeutes que la dynamique de ces changements : que nous disent-ils de la compréhension des processus mis en jeu, du raisonnement clinique, des capacités d'élaborer un diagnostic ergothérapique ? Ainsi, l'auteure s'entoure d'experts de la profession pour aller encore plus loin : elle fédère une énergie pour bousculer les habitudes de travail, pour favoriser le développement des compétences méthodologiques,

pour faire entrer chaque ergothérapeute dans une démarche réflexive et prospective. N'est-ce pas le bon chemin pour que la science de l'occupation fertilise les pratiques et permette de relever les défis institutionnels notamment en adoptant une approche client-centrée ?

L'auteure réalise ici une œuvre pédagogique interrogeant systématiquement les modèles disponibles, mettant en évidence leur emprunt aux sciences, les documentant par des exemples cliniques, montrant au fil des pages la complémentarité de certains modèles. Émerge de cet ouvrage l'idée que les diverses influences issues tant du domaine de la rééducation-réadaptation, que de la biomécanique, des sciences cognitives ou de la psychanalyse ont pu nourrir des réponses qui aujourd'hui s'inscrivent dans des modèles et des cadres de référence identifiables. L'analyse réflexive de la pratique professionnelle menée par tous les étudiants en ergothérapie, en France depuis 2010<sup>1</sup>, leur permet de se questionner et de confronter leurs expériences avec des pairs : elle favorise la prise de conscience de ses propres actions et de ses postures<sup>2</sup>, et elle mobilise les professionnels tuteurs de stage. L'obligation de développement professionnel continu (DPC) s'impose à tous les professionnels de santé et répond à une nécessité d'analyser sa pratique pour l'améliorer de manière continue<sup>3</sup>. La mise à disposition d'un ouvrage sur les modèles conceptuels favorise l'explicitation de la méthodologie professionnelle et l'apprentissage d'un vocabulaire pertinent. Ainsi, à la lumière de ces facteurs qui se conjuguent mutuellement, de plus en plus d'ergothérapeutes analysent leur pratique et repèrent dans quel cadre de références et avec quel modèle conceptuel ils proposent leurs prestations. Ils en arrivent aujourd'hui à être demandeurs de formation pour se performer.

Mieux comprendre sa pratique et l'améliorer devient un enjeu professionnel stimulant. C'est en cela que Marie-Chantal Morel-Bracq apporte des repères utiles pour la promotion de la profession d'ergothérapeute dans le jeu décrit par Paul Ricœur<sup>4</sup> entre le souci de soi, l'identité et le soi-même en tant qu'autre, dans le souci de l'autre et le prendre soin, inhérents à l'inter-

<sup>1</sup> Ministère de la Santé et des Sports, Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute.

<sup>2</sup> Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Arrêté du 23 septembre 2014 portant sur l'Annexe VI de l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute; MENAUT H. (2013). Tutorat et formations paramédicales, de Boeck Ed., Bruxelles; VIOLLET P. (dir.) (2013). Construire la compétence par l'analyse des pratiques professionnelles, de Boeck Ed., Bruxelles.

<sup>3</sup> Article 59 de la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Le DPC correspond ainsi à une démarche professionnelle continue qui repose sur l'identification et la mise en œuvre, dans sa pratique quotidienne, d'actions concrètes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Il permet de combiner les activités de formation et d'analyse des pratiques dans le cadre d'une démarche permanente.

<sup>4</sup> RICOEUR P. (1990). Soi-même comme un autre, Points Seuil, Paris.

vention ergothérapique dans l'accompagnement de la personne meurtrie par un processus de changement et une recherche d'un plus grand niveau d'autonomie pour pouvoir donner un sens à cette nouvelle vie.

Sachons profiter de ce que Marie-Chantal Morel-Bracq nous offre : une fenêtre ouverte pour aller au cœur de la pratique et élaborer des *Evidence Based Pratice*, des pratiques fondées sur les preuves, en ergothérapie.

Ce qui nous soulève? Ce sont des forces: psychiques, corporelles, sociales. Par elles nous transformons l'immobilité en mouvement, l'accablement en énergie, la soumission en révolte, le renoncement en joie expansive.

Les soulèvements ne vont jamais sans de pensées...<sup>5</sup>

#### Hélène HERNANDEZ

Administratrice de l'ANFE Directrice de l'Institut de Formation en Ergothérapie Université Paris-Est Créteil

<sup>5</sup> DIDI-HUBERMAN G. (2016), commissaire de l'exposition Soulèvements, exposition au Jeu de Paume, Paris.

#### Introduction

#### Marie-Chantal Morel-Bracq

Rien n'est plus difficile ni plus provisoire que d'écrire un livre sur les modèles conceptuels!

La profusion des écrits rend la tâche difficile. En effet, les concepts et donc les modèles ne cessent de se modifier d'année en année selon l'évolution des connaissances et des sociétés. De nombreux auteurs réfléchissent, recherchent, 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 plus difficile une démarcation avec d'autres modèles s'appuyant 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!

Malgré ces difficultés, 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 cet ouvrage, nous expliquerons ce que peut être un modèle conceptuel en nous référant à l'évolution du paradigme 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 1et 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. Cette 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 particulièrement aux ergothérapeutes d'intervenir de façon originale auprès des personnes bénéficiaires de leurs compétences.

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

Dans une troisième partie (chapitre 4), nous évoquerons les cadres de références ou modèles appliqués interprofessionnels qui s'utilisent dans des contextes particuliers, généralement en complément d'un modèle plus général.

Après cette présentation, nous envisagerons 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'épis-témologie 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 confronter à la réalité. Le « cadre de référence » est la partie théorique qui sert de repère pour l'application pratique que nous nommerons modèle ou approche.

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 l'esprit malfaisant qui fait mal.

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, ou croyances et 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, nous avons préféré garder le terme de « modèle » selon la définition de Kortman (1994).

Selon Kortman (1994), les modèles peuvent être classés en trois catégories :

- les modèles généraux qui peuvent être utilisés dans de nombreuses situations professionnelles (comme le modèle de résolution de problème 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 modèles Bobath ou Perfetti auprès des personnes hémiplégiques 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 dessin soulignant les éléments essentiels du système.

De façon différente, un cadre de référence, ou schème de référence tel que le disent nos collègues québécois apporte plutôt un ensemble de savoirs théoriques qui permettent de résoudre un problème donné. Par exemple, ce que nous avons appelé « modèle biomécanique », est dans ce cas plutôt un cadre ou schème de référence, car il n'est pas schématisable, mais apporte une perspective étoffée par des connaissances liées à l'anatomie, la biomécanique, la cinésiologie... et leur impact sur les pathologies de l'appareil locomoteur. Peut-être serait-il souhaitable de parler de cadre de référence biomécanique ou schème de référence biomécanique ? Dans cet ouvrage, nous utilisons encore le terme de modèle dans ce cas, car c'est une expression courante, cependant l'expression cadre de référence ou schème de référence sera peut-être plus juste dans les années à venir.

Un « cadre conceptuel » serait 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 conceptuel du processus de pratique canadien (CCPPC) 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 du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO), 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. 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 des modèles.

Tableau 1. Classification possible des modèles

Modèles généraux				
Interprofessionnels	Élaborés par des ergothérapeutes			
Modèle de résolution de problèmes     Modèles du handicap :	Modèles écologiques de la performance occupationnelle (PEO)     Modèle Personne –Environnement – Occupation –Performance (PEOP)     Modèle de l'Occupation Humaine, de Gary Kielhofner (MOHO)     Modèle Canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO)     Modèle KAWA (Rivière), de Michael Iwama     Modèle de compétence, de Jacqueline Rousseau     Modèle australien de la Performance Occupationnelle (OPM: A)			
Cadres conceptuels, modèles a	ppliqués ou cadres de référence			
Interprofessionnels	Élaborés par des ergothérapeutes			
Troubles physiques et cognitifs :  Modèle biomécanique  Modèle neuro-développemental  Modèle cognitif  Troubles psychosociaux :  Modèle psychodynamique  Modèle comportemental  Modèle cognitivo-comportemental  Modèle interactif	<ul> <li>Cadre conceptuel du groupe Terminologie d'ENOTHE (CCTE)</li> <li>Modèle du processus d'intervention en ergothérapie (OTIPM)</li> <li>Modèle ludique, de Francine Ferland</li> <li>Approche CO-OP</li> </ul>			

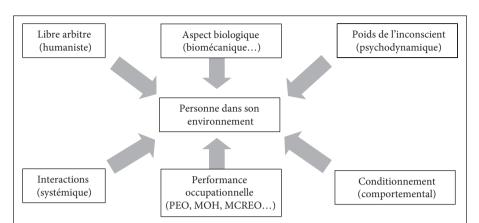


Figure 1. Les modèles sont en lien avec différents points de vue qui peuvent être utilisés pour étudier la situation d'une personne en difficulté de santé ou en situation de handicap

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... qu'il pourra s'agir de traiter sous l'angle du modèle biomédical (traitement physique, par exemple chirurgical ou chimique, par exemple anti-inflammatoires) ou du modèle biomécanique (repos, bonne posture, contention, massages, mobilisations douces, remusculation...), 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 intérieurs peut permettre de comprendre certains traumatismes.

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 être aussi vue sous l'angle des interactions dans le système familial ou professionnel : l'étude des conflits, des relations de pouvoir entre les uns et les autres, la modification de l'équilibre familial peut 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. 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 pour imager, que choisir un modèle, c'est prendre un instrument pour regarder : lunettes grossissantes, lunettes colorées... qui vont mettre en évidence certains aspects plutôt que d'autres. Certains points de vue sont appelés réductionnistes, d'autres holistiques selon l'angle de vision. 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 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<sup>e</sup> siècle et décrivent 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. E. Duncan, dans la quatrième édition du livre de Rosemary Hagedorn : « Foundations for Practice in Occupational Therapy » (2006) cite Rabow (1994) et décrit ainsi cette évolution que nous retrouvons de façon un peu décalée en France :

- au début du xx<sup>e</sup> siècle, le premier paradigme de l'ergothérapie était fondé sur l'importance de l'activité pour l'être humain et l'amélioration du fonctionnement de la personne par la mise en activité;
- au milieu du xx<sup>e</sup> siècle, en lien avec les progrès des connaissances biomédicales, le deuxième paradigme de l'ergothérapie se centre sur l'importance du fonctionnement des systèmes internes (intra-psychique, musculo-squelettique, nerveux, cognitif...) et l'amélioration de ces systèmes pour permettre l'activité grâce à une analyse de l'activité orientée vers la réduction des déficits et la rééducation;
- à la fin du xx<sup>e</sup> siècle, l'environnement prend de l'importance dans le monde de la santé. La perception de la complexité des situations de handicap amène l'émergence d'un troisième paradigme centré sur l'interaction personne-activité-environnement dans une perspective systémique.

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.

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.

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'en argumenter leur intérêt.

## 2. Intérêt des modèles conceptuels en ergothérapie

En ergothérapie, nous avons souvent fonctionné avec des modèles implicites ou peu structurés et, en France, généralement avec des modèles empruntés aux autres professions. Ce genre de fonctionnement rend difficile l'argumentation de ce qui est fait dans la pratique ainsi que l'expression de la spécificité de l'ergothérapie. Par ailleurs, 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 de nombreuses années pour élaborer des modèles dans le champ de l'ergothérapie. D'autres effectuent des travaux de recherche en lien avec la science de l'occupation ou science de l'activité humaine. Tous ces travaux cherchent à vérifier des hypothèses, expliciter des valeurs, critiquer d'un point de vue épistémologique et confronter à la réalité de la pratique en ergothérapie. Nous ne pourrons donner ici qu'un bref aperçu de ces travaux, car l'ampleur des recherches dépasse le cadre de cet ouvrage.

Il est possible d'utiliser conjointement plusieurs modèles. Par exemple, le modèle de résolution de problème est souvent sous-jacent au processus d'intervention proposé dans bien d'autres modèles comme le MOH (Modèle de l'occupation humaine) ou le MCREO (Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels). 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 MCREO. De même, un modèle général comme le MOH (Modèle de l'occupation humaine) pourra tout à fait être complété dans la pratique par un modèle spécifique ou cadre de référence comme le modèle biomécanique.

Les grands principes à respecter sont de connaître suffisamment bien les modèles que l'on utilise pour éviter des incohérences dues à des fondements théoriques possiblement contradictoires.

Il est également important de préserver la cohérence des théories et 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).

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.

#### 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 aussi 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. Ce mélange n'est pas gênant en soi sauf s'il amène 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 ne se trouvent 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 plus ou moins explicite un modèle donné. Cette bibliographie est forcément incomplète.

#### Références générales ou présentant différents modèles

- Bernatchez M.C., Tetreault S., Nadeau L. (2007) Déficience motrice cérébrale et performance occupationnelle : Pistes d'intervention en ergothérapie, *ErgOThérapies*, n° 28, p. 49-63.
- Botokro Beguin R. (2002). Évaluer le handicap ? De l'évaluation des handicaps à l'évaluation du fonctionnement du sujet Mémoire de DESS Missions et démarches d'évaluation Sciences de l'éducation Université de Provence-Aix-Marseille 152 p.
- Botokro R. (2003). À la recherche des outils perdus... Entre pratiques et paroles fondatrices, chaque jour l'évaluation est au cœur de l'ergothérapie, *ErgOThérapies*, n° 12, Décembre, p. 13-22.
- 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*, n° 21, Mars, p. 5-13.
- Chapparo C., Ranka J. (2005). Theoretical Contexts, in *Occupation and Practice in Context*, Whiteford G., Wright-StClair Ed, Sydney, Elsevier Churchill Livingstone, p. 51-71.
- Deneque S., Koch B. (2006) Recherche sur l'évaluation en psychiatrie, in *Expériences* en Ergothérapie, Coord. M.H.Izard, 19<sup>e</sup> série, Montpellier, Sauramps médical, p. 109-119.
- Duncan E. (2006) *Foundations for Practice in Occupational Therapy*, 4<sup>e</sup> éd, Edinburgh, Elsevier Churchill Livingstone, 348 p.
- ENOTHE (2000) Occupational Therapy in Europe : Learning from each other, Amsterdam, ENOTHE, 216 p. (traduction sur CD-Rom en Français et en allemand)
- Grawitz M., (1994). Lexique des sciences sociales Paris, Dalloz, 6e édition, 399 p.
- Gueguen A-F. (2001). Quel modèle pour l'ergothérapie en soins palliatifs ? In *ErgO-Thérapies*, n° 4, Décembre, ANFE, p. 35-41.
- Guihard J.P. (2006) Cogito Ergo Therapeia, *ErgOThérapies*, n° 21, Mars, ANFE, p. 41-52.
- Guihard J.P., Kalfat H. (2006). Méthodologie et méthode en ergothérapie : de la théorie à la pratique, in *Expériences en Ergothérapie*, Coord. M.H.Izard, 19<sup>e</sup> série, Montpellier, Sauramps médical, p. 65-74.
- Hagedorn R. (1992) Foundations for practice in Occupational Therapy, 1<sup>re</sup> édition, London: Churchill Livingstone, 108 p.
- Hagedorn R. (1997) Foundations for practice in Occupational Therapy, 2<sup>e</sup> édition, London: Churchill Livingstone, 157 p.
- Hagedorn R. (2001) Foundations for practice in Occupational Therapy, 3e édition, London: Churchill Livingstone, 187 p.
- Kalfat H. (2006) L'évaluation en ergothérapie : quelles possibilités et quelles règles ?, ErgOThérapies, n° 21, Mars, ANFE, p. 15-19.
- Kielhofner (2004) Conceptual foundations of Occupational Therapy, Philadelphie : F.A. Davis Company,  $3^e$  éd.
- Kielhofner (2009). Conceptual foundations of Occupational Therapy Practice, Philadelphie : F.A. Davis Company,  $4^e$  éd.

- Kortman B. (1994). The eye of the Beholder: Models in Occupational Therapy, in *Australian Occupational Therapy Journal*, 41, p. 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, Lausanne : EESP.
- Margot Cattin I. (2008). L'impact de l'environnement sur la performance de l'activité en ergothérapie in *Expériences en Ergothérapie*, Coord. M.H.Izard, 21<sup>e</sup> série, Montpellier, Sauramps, p. 15-22.
- Morel-Bracq M.C. (2010). Modèles conceptuels en ergothérapie pédiatrique, in *Ergothérapie en pédiatrie*, Coord. A. Alexandre, G. Lefévère, M. Palu et B. Vauvillé, Marseille, Solal, p. 27-39.
- Morel-Bracq M.C. (2013) Choisir et intégrer un modèle conceptuel dans la pratique en ergothérapie : pourquoi et comment ?, in *Expériences en Ergothérapie*, coord. M.-H. Izard, 26<sup>e</sup> série, Montpellier, Sauramps, p. 136-144.
- Morel-Bracq M. Ch. (1998). Les modèles conceptuels en ergothérapie, in Experiences en Ergothérapie, Coord. M.H.Izard, 11<sup>e</sup> série, Montpellier, Sauramps Médical, p. 11-20.
- Morel-Bracq M. Ch. (2004) Approche des modèles conceptuels en Ergothérapie, Arcueil : ANFE Morel-Bracq M.C., J-M. Destaillats, Platz F. (2008). Les fondements conceptuels en ergothérapie in Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités, Coord. J.M. Caire, Marseille, Solal, p. 116-120.
- Reed K. (1984). Models of practice in Occupational Therapy, Baltimore: Williams et Wilkins.
- 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*, Paris : ANFE De Boeck Supérieur, p. 207-220.
- TUNING (2008) Theoretical foundations of Occupational Therapy in *Reference Points* for the Design and Delivery of Degree Programmes in Occupational Therapy, Bilbao, Publicaciones de la Universidad de Deusto, p. 30-33.
- Wilcock A. (1998). *An Occupational perspective of health*, Thorofare USA, Slack, 266 p. Wilcock A. (2002). Occupational Science: founding occupational therapy education on understanding people as occupational beings in *Rapport de la 8<sup>e</sup> conférence annuelle d'ENOTHE*, ENOTHE, Estoril.
- Wilcock A. (2006). An occupational perspective of health, 2e édition, Thorofare USA, Slack.
- Young M., Quinn E. (1992). *Theories and principles of Occupational therapy*, Edinburgh: Churchill Livingstone.
- 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*, nº 62, p. 49-56.

## Table des matières

Sommaire	III
Remerciements	V
Préface	VII
Introduction	1
1. Définition : qu'est-ce qu'un modèle conceptuel ?	2
2. Intérêt des modèles conceptuels en ergothérapie	7
3. Structure du document	8
Références générales ou présentant différents modèles	10
Chapitre 1. Modèles généraux interprofessionnels	13
Introduction	13
1. Le modèle de résolution de problème	14
1.1. Champ épistémologique :	
concepts, hypothèses, théories-pensée	14
1.1.1. Hypothèses fondamentales	14
1.1.2. Terminologie et références théoriques	14
1.2. Champ téléologique :	
finalité des interventions, but recherché	14
1.2.1. Objectifs	14
1.2.2. Critères pour l'évaluation finale des résultats	15
1.3. Champ ontologique : description des entités	
ou êtres impliqués, existence	15
1.3.1. Contexte d'utilisation	15
1.3.2. Relation patient/thérapeute	15
1.3.3. Exemples d'application	15

	1.4. Champ méthodologique :	
	moyens d'action-organisation	16
	1.4.1. Principes	
	1.4.2. Exemples de techniques	16
	1.4.3. Évaluation initiale	17
	1.4.4. Analyse de l'activité	17
	1.5. Critique	
	1.5.1. Avantages	17
	1.5.2. Inconvénients ou limites	17
	1.6. Exemple en ergothérapie	18
	Analyse et commentaires de l'exemple	18
Bib	oliographie	19
	Les modèles du handicap : CIF & PPH,	
	un « langage commun » pour comprendre le handicap	19
	2.1. Du modèle linéaire de la CIH/CIDIH	
	aux modèles écosystémiques de la CIF et du PPH	19
	2.2. Le modèle du fonctionnement et du handicap –	
	La Classification internationale du fonctionnement,	
	du handicap et de la santé (CIF - ICF)	22
	2.2.1. Fondements	22
	2.2.2. Composantes et domaines de la CIF	23
	Partie 1. Fonctionnement et handicap	23
	Partie 2. Facteurs contextuels	25
	2.2.3. Utilisations de la CIF	26
	2.3. Le modèle de développement humain et le Processus	
	de production du handicap (versions 1998 & 2010)	
	2.3.1. Les fondements	27
	2.3.2. Définitions et domaines conceptuels	
	de la version 1998	
	Facteurs de risque	
	Échelle de mesure	
	Cause	
	Facteurs personnels	
	Systèmes organiques	
	Échelle de mesure	
	Intégrité	
	Déficience	
	Éclaircissements	29

Aptitudes	30
Échelle de mesure	
Capacité	
Incapacité	
Facteurs environnementaux	
Échelle de mesure	
Facilitateur	
Obstacle	
Habitudes de vie	
Échelle de mesure	
Situation de participation sociale	
Situation de handicap	
2.3.3. Version 2010 du MDH-PPH2	32
2.3.4. Des « outils » ont été conçus	
en utilisant les composantes du MDH-PPH2	
2.4. Exemple en ergothérapie	
Analyse et commentaire de l'exemple	35
Bibliographie	36
3. Le modèle humaniste	37
3.1. Champ épistémologique :	
concepts, hypothèses, théories-pensée	37
3.1.1. Hypothèses fondamentales	37
3.1.2. Terminologie et références théoriques	37
3.2. Champ téléologique :	
finalité des interventions, but recherché	37
3.2.1. Objectifs	37
3.2.2. Relation patient/thérapeute :	
relation client-thérapeute	37
3.2.3. Critères pour l'évaluation finale des résultats	38
3.3. Champ ontologique : description des entités	
ou êtres impliqués, existence	38
3.3.1. Contexte d'utilisation	38
3.3.2. Exemples d'application	38
3.4. Champ méthodologique :	
moyens d'action, organisation	38
3.4.1. Principes	38
3.4.2. Exemples de techniques	39
3.4.3. Évaluation initiale	
3.4.4. Analyse de l'activité	39

	3.5. Critique	39
	3.5.1. Avantages	
	3.5.2. Inconvénients ou limites	39
	3.6. Exemple en ergothérapie	40
	Analyse et commentaires de l'exemple	
Bib	oliographie	41
	Le modèle systémique	
	4.1. Champ épistémologique :	
	concepts, hypothèses, théories-pensée	42
	4.1.1. Hypothèses fondamentales	
	4.1.2. Terminologie et références théoriques	43
	4.2. Champ téléologique :	
	finalité des interventions, but recherché	43
	4.2.1. Objectifs	43
	4.2.2. Critères pour l'évaluation finale des résultats	44
	4.3. Champ ontologique : description des entités	
	ou êtres impliqués, existence	
	4.3.1. Contexte d'utilisation	44
	4.3.2. Relation patient/thérapeute	44
	4.4. Champ méthodologique :	
	moyens d'action-organisation	
	4.4.1. Principes	
	4.4.2. Exemples de techniques	
	4.4.3. Évaluation initiale	
	4.4.4. Analyse de l'activité	
	4.5. Critique	
	4.5.1. Avantages	
	4.5.2. Inconvénients ou limites	46
	4.6. Exemple en ergothérapie	
	(issu de Caire et Dulaurens, 2011)	
	Analyse et commentaires de l'exemple	48
Rih	liographie	48

Chapitre 2.	Modèles généraux en ergothérapie	51
Introductio	on	51
	odèles écologiques	
	erformance occupationnelle	52
	modèle écologique du développement humain	
	onfenbrenner, 1979)	
	1. Champ épistémologique :	
	concepts, hypothèses, théories-pensée	53
	Hypothèses fondamentales	
	Terminologie et références théoriques	
1.1.2	2. Champ téléologique :	
	finalité des interventions, but recherché	55
	Objectifs	
1.2. Le	modèle Personne-Environnement-Occupation	
(PI	EO) (Law et al. 1996)	56
	1. Champ épistémologique :	
	concepts, hypothèses, théories-pensée	56
	Hypothèses fondamentales	56
	Terminologie et références théoriques	56
1.2.2	2. Champ téléologique :	
	finalité des interventions, but recherché	58
	Objectifs	58
	Critères pour l'évaluation finale des résultats	58
1.2.3	3. Champ ontologique : description des entités	
	ou êtres impliqués, existence	
	Contexte d'utilisation	
	Relation patient/thérapeute	
	Exemples d'application	58
1.2.4	1. Champ méthodologique :	
	moyens d'action-organisation	
	Principes	
	Évaluation initiale	
	Analyse de l'activité	
1.2.5	5. Critique	
	Avantages	
	Inconvénients ou limites	
1.2.6	6. Exemple en ergothérapie	
	Présentation de la situation	61

	Évaluation du problème de performance	
	occupationnelle (écrire à l'école)	61
	Intervention	
	Analyse et commentaires de l'exemple	62
Bib	oliographie	62
	Le modèle Personne-Environnement-Occupation-	
	Performance (PEOP)	63
	2.1. Champ épistémologique :	
	concepts, hypothèses, théories-pensée	64
	2.1.1. Hypothèses fondamentales	64
	2.1.2. Terminologie et références théoriques	
	2.2. Champ téléologique :	
	finalité des interventions, but recherché	66
	2.2.1. Objectifs	66
	2.2.2. Critères pour l'évaluation finale des résultats	66
	2.3. Champ ontologique : description des entités	
	ou êtres impliqués, existence	66
	2.3.1. Contexte d'utilisation	
	2.3.2. Relation patient/thérapeute	66
	2.3.3. Exemples d'application	66
	2.4. Champ méthodologique :	
	moyens d'action, organisation	67
	2.4.1. Principes	67
	2.4.2. Évaluation initiale	
	2.4.3. Analyse de l'activité	68
	2.5. Critique	68
	2.5.1. Avantages	68
	2.5.2. Inconvénients ou limites	69
	2.6. Exemple en ergothérapie	69
	2.6.1. Présentation du client	69
	2.6.2. Cadre théorique et modèle de pratique	70
	2.6.3. Évaluation	70
	2.6.4. Objectifs	70
	2.6.5. Intervention	71
	2.6.6. Évaluation après l'intervention	71
Rib	nliographie	71

3.	Le modèle de l'occupation humaine (MOH)	
	de Gary Kielhofner (1949-2010)	72
	3.1. Champ épistémologique :	
	concepts, hypothèses, théories-pensée	73
	3.1.1. Fondements théoriques	73
	3.1.2. Terminologie	73
	3.1.3. Concepts théoriques	74
	Les 3 composantes de la personne (l'Être)	74
	La dynamique du MOH (l'Agir)	75
	Les conséquences de l'Agir (le Devenir)	76
	L'environnement	76
	3.2. Champ téléologique :	
	finalité des interventions, but recherché	77
	3.3. Champ ontologique : description des entités	
	ou êtres impliqués, existence	
	3.3.1. Contexte d'utilisation	77
	3.3.2. Relation patient/thérapeute	78
	3.4. Champ méthodologique :	
	moyens d'action-organisation	78
	3.4.1. Processus d'intervention en ergothérapie	78
	3.4.2. Évaluations et outils d'intervention	
	3.4.3. Critique	80
	Avantages	
	Inconvénients ou limites	
	3.5. Exemple en ergothérapie	
	3.5.1. Présentation	80
	3.5.2. Évaluation	
	3.5.3. Analyse	
	3.5.4. Accompagnement et résultats à 6 mois	83
Bib	oliographie	84
4.	Le modèle canadien du rendement et de l'engagement	
	occupationnels (MCREO)	85
	4.1. Champ épistémologique :	
	concepts, hypothèses, théories-pensée	
	4.1.1. Hypothèses fondamentales	
	4.1.2. Terminologie et références théoriques	87
	4.2. Champ téléologique :	
	finalité des interventions, but recherché	
	4.2.1. Objectifs	89

4.2.2. Critères pour l'évaluation finale des résultats	89
4.3. Champ ontologique : description des entités	
ou êtres impliqués, existence	90
4.3.1. Contexte d'utilisation	
4.3.2. Relation patient/thérapeute	90
4.3.3. Exemples d'application	
4.4. Champ méthodologique :	
moyens d'action-organisation	90
4.4.1. Principes	
4.4.2. Exemples de techniques	91
4.4.3. Évaluation initiale	
Identification des problèmes	91
Pondération des problèmes	
Cotation des problèmes, par ordre d'importance.	
4.4.4. Analyse de l'activité	
4.5. Critique	92
4.5.1. Avantages	
4.5.2. Inconvénients ou limites	92
4.6. Exemple en ergothérapie	93
Analyse et commentaires de l'exemple	
Bibliographie	
5. Le modèle KAWA (Rivière) de Michael Iwama	
5.1. Champ épistémologique :	
concepts, hypothèses, théories-pensée	97
5.1.1. Hypothèses fondamentales	
5.1.2. Terminologie et références théoriques	
5.2. Champ téléologique :	
finalité des interventions, but recherché	98
5.2.1. Objectifs	
5.2.2. Critères pour l'évaluation finale des résultats	98
5.3. Champ ontologique : description des entités	
ou êtres impliqués, existence	99
5.3.1. Contexte d'utilisation	
5.3.2. Relation patient/thérapeute	99
5.3.3. Exemple d'application	
5.4. Champ méthodologique :	
moyens d'action-organisation	99
5.4.1. Principes	
5.4.2. Exemples de techniques	

	5.4.3. Évaluation initiale	101
	5.4.4. Analyse de l'activité	
	5.5. Critique	
	5.5.1. Avantages	
	5.5.2. Inconvénients ou limites	
	5.6. Exemple en ergothérapie	
	Analyse et commentaires de l'exemple	
Bib	oliographie	
6.	• -	
	6.1. Champ épistémologique	
	6.1.1. Hypothèses fondamentales	
	6.1.2. Terminologie et références théoriques	
	6.2. Champ téléologique	
	6.2.1. Objectifs	
	6.2.2. Critères pour l'évaluation finale des résultats	111
	6.3. Champ ontologique	111
	6.3.1. Contexte d'utilisation	111
	6.3.2. Relation patient/thérapeute	111
	6.3.3. Exemples d'application	
	6.4. Champ méthodologique	113
	6.4.1. Principes	113
	6.4.2. Évaluation initiale	113
	6.4.3. Analyse de l'activité	113
	6.5. Critique	115
	6.5.1. Avantages	115
	6.5.2. Inconvénients ou limites	115
	6.6. Exemple en ergothérapie	115
	6.6.1. Exemple	115
	6.6.2. Analyse et commentaires de l'exemple	117
Bib	oliographie	117
7.	Le modèle australien de la performance occupationnelle	
	(OPM : A)	120
	7.1. Champ épistémologique :	
	concepts, hypothèses, théories-pensée	120
	7.1.1. Hypothèses fondamentales	120
	7.1.2. Terminologie et références théoriques	
	7.2. Champ téléologique :	
	finalité des interventions, but recherché	122
	7.2.1 Objectifs	122

7.2.2. Critères pour l'évaluation finale des résultats	122
7.3. Champ ontologique : description des entités	
ou êtres impliqués, existence	122
7.3.1. Contexte d'utilisation	122
7.3.2. Relation patient/thérapeute	
et relation enseignant/étudiant	122
7.3.3. Exemples d'application	
7.4. Champ méthodologique :	
moyens d'action-organisation	123
7.4.1. Principes	
7.4.2. Évaluation initiale	123
7.4.3. Analyse de l'activité	124
7.5. Critique	
7.5.1. Avantages	
7.5.2. Inconvénients ou limites	124
7.6. Exemple en ergothérapie	124
Analyse et commentaires de l'exemple	
Bibliographie	
Chapitre 3. Cadres conceptuels et modèles appliqués	
en ergothérapie	131
Introduction	131
1. Le cadre conceptuel du groupe Terminologie du réseau	
européen des écoles d'ergothérapie (CCTE)	132
1.1. Champ téléologique : objectifs	
1.2. Champ épistémologique	133
1.2.1. Hypothèses fondamentales –	
Terminologie et références théoriques	133
La théorie de la complexité	
Le contenu du CCTÉ	134
1.3. Champ ontologique : description des entités	
	136
ou elles illipliques, existelle	150
ou êtres impliqués, existence	
1.3.1. Contexte d'utilisation	136
1.3.1. Contexte d'utilisation	136
1.3.1. Contexte d'utilisation	136 136
1.3.1. Contexte d'utilisation	136 136
1.3.1. Contexte d'utilisation	136 136 136

3.	Le modèle ludique	150
	3.1. Champ épistémologique :	
	concepts, hypothèses, théories-pensée	151
	3.1.1. Hypothèses fondamentales	151
	3.1.2. Terminologie et références théoriques	151
	3.2. Champ téléologique :	
	finalité des interventions, but recherché	152
	3.2.1. Objectifs	152
	3.2.2. Critères pour l'évaluation finale des résultats	152
	3.3. Champ ontologique : description des entités	
	ou êtres impliqués, existence	152
	3.3.1. Contexte d'utilisation	152
	3.3.2. Exemples d'application	152
	3.3.3. Relation patient/thérapeute	153
	3.4. Champ méthodologique :	
	moyens d'action, organisation	153
	3.4.1. Principes	153
	3.4.2. Exemples de techniques	
	3.4.3. Évaluation initiale	154
	3.4.4. Analyse de l'activité	154
	3.5. Critique	
	3.5.1. Avantages	154
	3.5.2. Inconvénients ou limites	154
	3.6. Exemple en ergothérapie	
	3.6.1. Résultats de l'évaluation	155
	Attitude ludique	155
	Action ludique	155
	Objectifs de l'intervention	
	3.6.2. Analyse et commentaire de l'exemple	156
Bib	liographie	156
4.	L'approche CO-OP	157
	4.1. Champ épistémologique :	
	concepts, hypothèses, théories-pensée	
	4.1.1. Hypothèses fondamentales	
	4.1.2. Terminologie et références théoriques	157
	L'evidence based practice,	
	la pratique fondée sur la preuve	
	La pratique centrée sur la personne	158
	La performance occupationnelle	158

Théories sur l'apprentissage	158
L'apprentissage et la performance motrice	159
4.2. Champ téléologique :	
finalité des interventions, but recherché	159
4.2.1. Objectifs	159
4.2.2. Critères pour l'évaluation finale des résultats	159
4.3. Champ ontologique : description des entités	
ou êtres impliqués, existence	160
4.3.1. Contexte d'utilisation	160
4.3.2. Relation patient/thérapeute	160
4.3.3. Exemples d'application	160
4.4. Champ méthodologique :	
moyens d'action, organisation	160
4.4.1. Principes	160
Le but de la personne	
L'analyse dynamique de la performance	161
Les stratégies cognitives	161
La découverte guidée	161
Les principes facilitants	
4.4.2. Exemples de techniques	161
4.4.3. Évaluation initiale	162
4.4.4. Analyse de l'activité	162
4.5. Critique	162
4.5.1. Avantages	162
4.5.2. Inconvénients ou limites	162
4.6. Exemple en ergothérapie	163
Analyse et commentaires de l'exemple	165
Bibliographie	

Chapitre 4. Cadres de référence ou modèles appliqués	
interprofessionnels	.167
Introduction	.167
Références bibliographiques	
1. Le cadre de référence biomécanique	
ou modèle biomécanique	.168
1.1. Champ épistémologique :	
concepts, hypothèses, théories-pensée	.169
1.1.1. Hypothèses fondamentales	.169
1.1.2. Terminologie et références théoriques	.169
1.2. Champ téléologique :	
finalité des interventions, but recherché	.169
1.2.1. Objectifs	
1.2.2. Critères pour l'évaluation finale des résultats	.169
1.3. Champ ontologique : description des entités	
ou êtres impliqués, existence	
1.3.1. Contexte d'utilisation	
1.3.2. Exemples d'application	.170
1.4. Champ méthodologique :	
moyens d'action, organisation	
1.4.1. Principes	
1.4.2. Exemples de techniques	
1.4.3. Relation patient/thérapeute	
1.4.4. Évaluation initiale	
1.4.5. Analyse de l'activité	
1.5. Critique	
1.5.1. Avantages	
1.6. Exemple en ergothérapie	
Analyse et commentaires de l'exemple	
Bibliographie	.1/2
2. Le cadre de référence neuro-développemental	174
ou modèle neuro-développemental	.1/4
concepts, hypothèses, théories-pensée	174
2.1.1. Hypothèses fondamentales	
2.1.2. Terminologie et références théoriques	

2.2. Champ téléologique :	
finalité des interventions, but recherché	174
2.2.1. Objectifs	174
2.2.2. Critères pour l'évaluation finale des résultats	174
2.3. Champ ontologique : description des entités	
ou êtres impliqués, existence	175
2.3.1. Origine du problème	175
2.3.2. Contexte d'utilisation	
2.4. Champ méthodologique :	
moyens d'action, organisation	175
2.4.1. Principes	175
2.4.2. Exemples de techniques	175
2.4.3. Relation patient/thérapeute	176
2.4.4. Évaluation initiale	176
2.4.5. Analyse de l'activité	176
2.5. Critique	176
2.5.1. Avantages	
2.5.2. Inconvénients ou limites	176
2.6. Exemple en ergothérapie	
2.6.1. Présentation du patient	177
2.6.2. Aspects cliniques	
2.6.3. Évaluation	
2.6.4. Approche thérapeutique	
2.6.5. Évaluation et résultats	178
2.6.6. Analyse et commentaires de l'exemple	179
Bibliographie	179
3. Le cadre de référence cognitif ou modèle cognitif	181
3.1. Champ épistémologique :	
concepts, hypothèses, théories-pensée	
3.1.1. Hypothèses fondamentales	182
3.1.2. Terminologie et références théoriques	182
3.2. Champ téléologique :	
finalité des interventions, but recherché	182
3.2.1. Objectifs	
3.2.2. Critères pour l'évaluation finale des résultats	183
3.3. Champ ontologique : description des entités	
ou êtres impliqués, existence	
Contexte d'utilisation	183

3.4. Champ méthodologique :	
moyens d'action, organisation	183
3.4.1. Principes	183
3.4.2. Relation patient/thérapeute	
3.4.3. Exemples de techniques	
3.4.4. Évaluation initiale	
3.4.5. Analyse de l'activité	185
3.5. Critique	
3.5.1. Avantages	
3.5.2. Inconvénients ou limites	185
3.6. Exemple en ergothérapie	186
3.6.1. Présentation du patient	186
3.6.2. Aspects cliniques	
3.6.3. Évaluation	186
3.6.4. Approche thérapeutique	
3.6.5. Évaluation et résultats	
3.6.6. Analyse et commentaires de l'exemple	
Bibliographie	188
4. Le cadre de référence interactif ou modèle interactif	191
4.1. Champ épistémologique :	
concepts, hypothèses, théories-pensée	192
4.1.1. Hypothèses fondamentales	192
4.1.2. Terminologie et références théoriques	192
4.2. Champ téléologique :	
finalité des interventions, but recherché	192
4.2.1. Objectifs	192
4.2.2. Critères pour l'évaluation finale des résultats	193
4.3. Champ ontologique : description des entités	
ou êtres impliqués, existence	
4.3.1. Contexte d'utilisation	193
4.3.2. Relation patient/thérapeute	193
4.3.3. Exemples d'application	193
4.4. Champ méthodologique :	
moyens d'action, organisation	194
4.4.1. Principes	194
4.4.2. Exemples de techniques	
4.4.3. Évaluation initiale	194
4.4.4. Analyse de l'activité	195
4.5. Critique	195

	4.5.1. Avantages	195
	4.5.2. Inconvénients ou limites	195
	4.6. Exemple en ergothérapie	196
	Analyse et commentaires de l'exemple	196
Bib	oliographie	197
5.	Le cadre de référence comportemental	
	ou modèle comportemental	198
	5.1. Champ épistémologique :	
	concepts, hypothèses, théories-pensée	199
	5.1.1. Hypothèses fondamentales	199
	5.1.2. Terminologie et références théoriques	199
	5.2. Champ téléologique :	
	finalité des interventions, but recherché	199
	5.2.1. Objectifs	
	5.2.2. Critères pour l'évaluation finale des résultats	200
	5.3. Champ ontologique : description des entités	
	ou êtres impliqués, existence	
	Contexte d'utilisation	200
	5.4. Champ méthodologique :	
	moyens d'action, organisation	
	5.4.1. Principes	200
	5.4.2. Exemples de techniques	
	5.4.3. Relation patient/thérapeute	
	5.4.4. Évaluation initiale	201
	5.4.5. Analyse de l'activité	
	5.5. Critique	202
	5.5.1. Avantages	
	5.5.2. Inconvénients ou limites	
	5.6. Exemple en ergothérapie	
	5.6.1. Présentation du patient	
	5.6.2. Aspects cliniques	
	5.6.3. Approche thérapeutique	
	5.7. Évaluation et résultats	
	Analyse et commentaires de l'exemple	205
Bib	liographie	205
6.	Le cadre de référence psychodynamique	
	ou modèle psychodynamique	206
	6.1. Champ épistémologique :	
	concepts, hypothèses, théories-pensée	206

206
207
207
207
207
207
207
208
208
208
208
208
209
209
209
209
209
210
211
211
213
213
213
213
214
214
214
214
214
214
215

7.4.3. Relation patient/thérapeute	215
7.4.4. Évaluation initiale	
7.4.5. Analyse de l'activité	
7.5. Critique	
7.5.1. Avantages	
7.5.2. Inconvénients ou limites	
7.6. Exemple en ergothérapie	
Analyse et commentaires de l'exemple	
Bibliographie	
Chapitre 5. Réflexions générales	
Introduction	221
Liens entre modèles, raisonnement clinique	
et diagnostic en ergothérapie	222
Références bibliographiques	
Conclusion	
La démarche qualité, la recherche en ergothérapie	233
Références bibliographiques	235
~ ~	
Drácantation des autours	237

L'évaluation des besoins des personnes confrontées à des situations de handicap et la mise en place de solutions adaptées sont les piliers de toute démarche ergothérapique.

Pour les bien mener, il est indispensable de maîtriser les concepts fondamentaux de l'ergothérapie. L'étude et l'application de modèles conceptuels en ergothérapie marquent le développement de la profession dans le domaine médical et social, au service des personnes confrontées à un problème de santé et à des difficultés occupationnelles.

Depuis les classifications internationales du handicap jusqu'aux modèles plus spécifiques à l'ergothérapie, cet ouvrage donne les repères qui faciliteront la compréhension de la situation des personnes vivant avec un handicap et donc la mise en œuvre d'une intervention thérapeutique.

Cette nouvelle édition témoigne de l'évolution des idées et des travaux de recherche grâce à la collaboration de plusieurs ergothérapeutes exerçant en France, en Belgique, en Suisse et au Québec.

#### Marie-Chantal Morel-Bracq

est ergothérapeute diplômée d'État et cadre de santé. Elle a exercé la fonction de directrice de l'Institut de formation en ergothérapie du CHU de Bordeaux pendant plus de 35 ans. Elle a participé activement au réseau européen des écoles d'ergothérapie ENOTHE et a ainsi pu s'imprégner des évolutions conceptuelles de l'ergothérapie internationale.



http://noto.deboecksuperieur.com: la version numérique de votre ouvrage

- 24h/24, 7 jours/7
- · Offline ou online, enregistrement synchronisé
- Sur PC et tablette
- Personnalisation et partage

ISBN 978-2-35327-377-5





www.deboecksuperieur.com