

Institut de Formation en Ergothérapie Lorraine Champagne-Ardenne



Les occupations « sombres » et les valeurs professionnelles de l'ergothérapeute

Mémoire d'initiation à la recherche

Héloïse Ponsart

Juin 2026

« Fais en sorte de réussir. »

- Jocelyne Robin

« There is no dark side in the moon, really.

Matter of fact, it's all dark. »

- Pink Floyd, Eclipse

Remerciements

Je tiens à exprimer ma gratitude aux personnes m'ayant accompagné durant la rédaction de ce mémoire et tout au long de ma formation.

J'aimerais remercier ma maître de mémoire, Romane DUMENIL, qui m'a guidé et encouragé pendant de nombreux mois. Ce travail a pu aboutir grâce à ses conseils avisés et son expérience.

Je voudrais aussi remercier l'équipe pédagogique de l'IFE-LCA pour leur soutien et leur dévouement envers les étudiants. Je m'adresse tout particulièrement à Marie-Pierre VANEL, pour ses conseils aguerris, mais tout particulièrement pour sa patience et son temps.

Je remercie aussi les ergothérapeutes ayant participé à mon enquête, pour leur temps, leur investissement et pour avoir partagé leur expérience.

Je souhaite remercier ma mère, qui s'est intéressée et investie dans la bonne poursuite de ma formation. Son soutien et son écoute m'ont éclairée pendant les périodes de doutes et de fatigue.

Mes remerciements vont aussi tout particulièrement à mes amis, qui ont su me rassurer et me soutenir face aux obstacles que j'ai pu rencontrer. Merci pour les pleurs et rires partagés, la bienveillance, et l'amour inconditionnel que j'ai pu ressentir.

Je remercie aussi mes camarades de promotion avec qui j'ai partagé trois années inoubliables.

Enfin, j'aimerais remercier celui avec qui je partage ma vie, qui m'a épaulé, relu, conseillé et rassuré. Sa patience et son écoute ont guidé ma rédaction pour la mener à bien.

Merci à tous.

Table des acronymes

ANFE	Association Nationale Française des Ergothérapeutes
BDSM	Bondage et Discipline, Domination et Soumission, Sado-Masochisme
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CNTRL	Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, Cinquième Edition)
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ELADEB	Echelle Lausannoise d'Auto-évaluation des Difficultés Et des Besoins
ENOTHE	European Network of Occupational Therapy in Higher Education (Réseau Européen d'Ergothérapie en Enseignement Supérieur)
IFOP	Institut Français d'Opinion Publique
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MCRO	Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel
PEO	Personne – Environnement – Occupation
PES	Plan d'Exécution de la Sanction
SMR	Soins Médicaux et de Réadaptation
SOFRES	Société Française d'Etudes et de Sondages
UE	Unité d'Enseignement
UNAPEI	Unité Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés
WFOT	World Federation of Occupational Therapists (Fédération Mondiale des Ergothérapeutes)

Table des matières

Introduction	1
Partie théorique	3
1. Les occupations « sombres »	3
1.1. L'occupation	3
1.1.1. Définition	3
1.1.2. Pratique de l'ergothérapeute autour de l'occupation	4
1.2. Les occupations « sombres »	6
1.2.1. Définition	6
1.2.2. Critique de la terminologie	7
1.2.3. La déviance	8
1.2.3.1. Normalité	8
1.2.3.2. Variations culturelles et temporelles	9
2. Les valeurs	10
2.1. Déontologie	10
2.1.1. Définition	10
2.1.2. Règles professionnelles de l'ergothérapeute	10
2.1.2.1. Devoirs généraux	10
2.1.2.2. Limites	12
2.1.3. Code éthique en ergothérapie	13
2.2. Valeurs professionnelles de l'ergothérapeute	15
2.2.1. Valeurs génériques	15
2.2.2. Valeurs spécifiques	16
2.3. Répercussions sur l'ergothérapeute et sa pratique	17
2.3.1. Les ergothérapeutes incluent-ils les occupations « sombres » dans leur pratique ?	17
2.3.2. Les occupations « sombres » font-elles retentir les valeurs des ergothérapeutes ?	18
Elaboration de la question de recherche et hypothèse	20
Partie exploratoire	22
1. Méthodologie de recherche	22
1.1. Choix et élaboration de l'outil	22
1.2. Population choisie	22

1.3.	Déroulement des entretiens.....	23
2.	Analyse des résultats	24
2.1.	Analyses longitudinales.....	24
2.1.1.	Analyse entretien E1	24
2.1.2.	Analyse entretien E2.....	26
2.1.3.	Analyse entretien E3.....	28
2.1.4.	Analyse entretien E4.....	29
2.1.5.	Analyse entretien E5.....	31
2.2.	Analyse transversale.....	33
2.2.1.	Présentation.....	33
2.2.2.	L'occupation	34
2.2.3.	Les valeurs	35
2.2.4.	Les occupations « sombres »	36
3.	Vérification de l'hypothèse	38
4.	Limites de l'étude.....	39
Discussion.....		41
4.1.	Retour à la partie théorique.....	41
1.1.	Définition et perception de l'occupation	41
1.2.	Les valeurs des ergothérapeutes.....	42
1.3.	Occupations « sombres » et influence sur les valeurs professionnelles	43
2.	Occupations « sombres » et psychiatrie, biais ou lien réel ?	44
3.	Préconisations	45
3.1.	Aborder les valeurs spécifiques à l'ergothérapie en institut de formation	45
3.2.	Sensibiliser au concept des occupations « sombres »	46
3.3.	Analyse réflexive et cadre thérapeutique	47
Conclusion		49
Bibliographie/Sitographie		51
Annexes		54
1.	Annexe I : Perception de l'homosexualité à travers le temps	54
2.	Annexe II : Grille d'entretien	54
3.	Annexe III : Questionnaire de pré-entretien.....	57
4.	Annexe IV : Retranscription entretien E1	58

5. Annexe V : Référentiel de formation : UE 3.1 « Ergothérapie et science de l'activité humaine »	74
6. Annexe VI : Référentiel de compétences : Compétence 7 « Evaluer et faire évoluer la pratique professionnelle »	75
7. Annexe VII :Attestation d'utilisation éthique d'une intelligence artificielle (IA)	76
8. Annexe VIII : Déclaration sur l'honneur contre le plagiat.....	78
9. Annexe IX : Abstract.....	80

Introduction

Le lien entre l'occupation et le bien-être d'un individu ou plus largement d'une société fut établi au 20^e siècle par des psychiatres Nord-Américains. Les anciens soldats traumatisés de guerre retrouvaient des habiletés sociales et psychiques et un rôle au sein de leur société lorsqu'ils participaient à des activités agricoles ou artisanales parmi tant d'autres. L'ergothérapie permettant une pratique de l'occupation est alors associée à des notions positives telles que le bien-être, la bonne santé et la participation au sein d'une communauté.

Il y a environ 10 ans, un nouveau concept a été abordé dans la sphère ergothérapique, nuanciant la notion inconditionnellement positive de l'ergothérapie et de l'occupation. Alors que je pensais avoir compris tous les aspects de l'occupation à travers différents modèles conceptuels ou domaines occupationnels, une de nos professeurs nous posa une question : que sont les « Dark Occupations » ? Celles-ci sembleraient être des occupations avec un aspect immoral, illégal, contraire à la santé ou à l'éthique. Cependant, ces activités restent significatives pour la personne et lui apportent un certain bien-être. Nous avons ensuite débattu avec différents camarades de ma promotion concernant ce concept. Il était difficile d'avoir un avis tranché sur la question en tant qu'étudiants. Devons-nous interdire à nos usagers de pratiquer une « occupation sombre » si celle-ci nuit à sa santé ou est contraire à notre éthique, au risque de négliger ses besoins, ou est-il préférable de permettre cette activité malgré ses aspects « sombres » (illégalité, immoralité...) ?

Ma question de départ est alors la suivante : **que sont les occupations « sombres » et sont-elles prises en compte en ergothérapie ?**

Nous explorerons dans un premier temps les concepts associés à cette question, notamment l'occupation et tous ses aspects, sombres ou non. Nous aborderons les versants sociétaux des occupations « sombres » et leur perception à travers les époques et les cultures. Nous étudierons aussi les valeurs professionnelles de l'ergothérapeute, en passant par la déontologie et l'éthique de la profession. Nous étudierons la littérature concernant l'inclusion de ces occupations dans un accompagnement ergothérapique. Enfin, nous nous demanderons si ces occupations sombres influencent ou non les valeurs de l'ergothérapeute.

Nous pourrions alors formuler une question de recherche, puis une hypothèse à laquelle nous allons répondre grâce à une partie exploratoire dont nous détaillerons la méthodologie. Pour cette partie, nous interrogerons différents ergothérapeutes à travers des entretiens semi-directifs. Ceux-ci seront d'abord analysés un par un, puis comparés entre eux. Les données

recueillies nous permettront alors de confirmer ou non notre hypothèse formulée. Les limites et biais de cette étude seront aussi abordés.

Cette partie exploratoire mènera à une discussion autour des résultats obtenus et nous les comparerons avec les données théoriques. Enfin, ce mémoire se conclura par la proposition et l'étude de pistes d'actions et préconisations pour la pratique ergothérapique.

Partie théorique

1. Les occupations « sombres »

1.1. L'occupation

1.1.1. Définition

L'ergothérapeute est, comme défini par l'ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes), un professionnel de santé exerçant dans les milieux : sanitaire, médico-social et social (ANFE, 2026) . Nous pouvons expliquer son domaine d'intervention en nous penchant sur l'étymologie du mot « ergothérapie », venant du grec « *ergon* », signifiant « activité », accolé à « *therapia* ». L'ergothérapeute soigne donc à travers l'activité. Ce n'est qu'au 20^{ème} siècle qu'un concept central de l'ergothérapie vient préciser le terme « *activité* » par « *occupation* ». Alors, aux Etats-Unis apparait le terme « Occupational Therapy », la thérapie par l'occupation (Charret & Samson, 2017). Nous pouvons alors dire que l'ergothérapeute assure « *l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace* » (ANFE, 2026).

L'occupation, dans son sens commun, est ce à quoi on consacre son activité et son temps (Larousse, s. d.). Mais en ergothérapie, cette définition semble inappropriée ou insuffisante.

Sylvie Meyer est une ergothérapeute suisse collaborant avec l'ENOTHE (European Network of Occupational Therapy in Higher Education). Elle est aussi auteure d'ouvrages portant sur l'ergothérapie et l'occupation. Elle définit cette dernière ainsi : « [l'occupation] *est un ensemble d'activités ayant une signification personnelle et socioculturelle, désignée au sein d'une culture et favorisant la participation à la société* » (traduction libre de l'anglais) (Meyer, 2013).

Gary W. Kielhofner est spécialiste en sciences sociales, et un ergothérapeute influent ; il est un des concepteurs du Modèle de l'Occupation Humaine. Il définit l'occupation ainsi : « *le terme occupation désigne le fait d'effectuer un travail, un jeu ou une activité de la vie quotidienne dans un contexte temporel, physique et socioculturel qui caractérise une grande partie de la vie humaine* » (traduction libre de l'anglais) (Kielhofner, 2008).

Doris Pierce, chercheuse en sciences de l'occupation et ergothérapeute, ajoute d'autres éléments aux définitions précédentes. Elle précise que l'occupation est délimitée dans le temps

et dans l'espace, qu'elle peut se pratiquer seul ou en groupe, a une cadence et une forme parmi d'autres qualités qu'on pourrait lui attribuer (Pierce, 2016).

La définition de l'occupation semble avoir un noyau, un socle commun. Elle peut varier d'un auteur à l'autre, et est même au centre d'une science, la science de l'occupation. Afin d'accorder les pratiques entre les ergothérapeutes, la WFOT (World Federation of Occupational Therapists) retiendra la définition de Meyer (WFOT, 2023). Nous soutiendrons alors que l'occupation dans un contexte ergothérapique est neutre, regroupe des activités contextualisées, peut permettre de participer à la vie d'une société (significative) et est signifiante pour l'individu et la culture dans laquelle il s'inscrit.

1.1.2. Pratique de l'ergothérapeute autour de l'occupation

Dans le contexte de la vie quotidienne, chaque individu pratique une ou des occupations. Nous avons vu que le domaine d'expertise de l'ergothérapeute est intimement lié à celles-ci, définies précédemment. Mais comment et à quel moment l'occupation intervient dans une prise en soins ergothérapique ? Comment l'ergothérapeute l'utilise-t-elle ?

A-G. Fisher, ergothérapeute et auteure, explore les différentes terminologies autour de l'occupation et de l'activité de l'ergothérapeute (Fisher, 2013). Elle soulève le besoin pour les ergothérapeutes d'utiliser un vocabulaire adapté pour expliquer la différence entre *ce que* le soignant fait et *comment* il le fait. Elle propose trois termes permettant de décrire notre pratique : **fondée sur l'occupation (occupation-based)**, **axée sur l'occupation (occupation-focused)** ou **centrée sur l'occupation (occupation-centred)**. Elle explique que l'ergothérapeute utilise ces trois visions de la pratique à différents moments d'une prise en soin et dans des buts différents. L'ergothérapeute est occupation-centré lorsqu'il guide son raisonnement professionnel. Être « occupation-centré », c'est adapter notre regard professionnel afin de s'assurer que ce que nous faisons est en lien avec l'occupation. De plus, sa pratique est aussi fondée ou axée sur l'occupation, ainsi que la recherche et l'éducation. Il est « occupation-fondé » afin d'engager une personne dans le processus de soins où l'occupation devient un outil d'intervention. Il est « occupation-axé » afin de maintenir l'occupation comme objectif final et de concentrer l'utilisateur sur celle-ci. Nous pouvons alors dire qu'être « occupation-centré », c'est ce que l'ergothérapeute fait, et être « occupation-fondé » ou « occupation-axé », c'est comment il le fait.

En Europe, en particulier dans les pays francophones (France, Suisse et Belgique), il est mis en avant que les ergothérapeutes ont une pratique fondée sur l'occupation (Baillargeon-Desjardins & Brousseau, 2019). Ils utilisent la ou les occupations d'un usager afin de le motiver dans sa prise en soins, et de rendre cette dernière plus efficace par la même occasion. D'autres outils mettant en avant l'occupation d'une manière « occupation-fondée » permettent une meilleure implication de l'usager dans son processus de soins, comme la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) ou l'établissement d'un profil occupationnel (Berro & Deshaies, 2016). La MCRO « *est un outil d'évaluation qui s'intéresse à la performance ainsi qu'à la satisfaction de l'individu dans les occupations qui sont importantes pour lui* » (Daret, 2016). Cet outil d'évaluation, découlant du modèle MCRO, permet à l'usager de choisir les occupations qui sont les plus importantes et signifiantes pour lui, et permet une prise en soin personnalisée. Le profil occupationnel « *revient à s'interroger sur les formes occupationnelles de la personne, c'est-à-dire, la manière dont elle s'engage dans les domaines de l'occupation, et pourquoi* » (Dubois et al., 2017). Les ergothérapeutes font aussi part d'autres facilitateurs à une prise en soin fondée sur l'occupation, comme l'usager en lui-même, le cadre et l'organisation de travail ainsi que la collaboration avec l'équipe soignante. Des obstacles ont aussi été mentionnés, les plus importants étant l'usager, la logistique administrative et le temps (Baillargeon-Desjardins & Brousseau, 2019).

L'occupation joue donc un rôle crucial dans la pratique ergothérapique. Une pratique fondée sur l'occupation permettrait d'obtenir une meilleure implication dans le processus de soins de la part de l'usager. L'utilisation d'outils d'évaluation personnalisés (MCRO et profil occupationnels), et la graduation et l'adaptation d'une activité permettent de surmonter les obstacles à la pratique « occupation-fondée ». Il semblerait donc qu'un accompagnement soit plus efficace lorsque l'occupation est choisie par le patient, et qu'elle est utilisée comme outil de réadaptation par le thérapeute.

Au-delà des obstacles à notre pratique mentionnés précédemment, comme le manque de temps et les problèmes d'organisation administrative, il pourrait exister d'autres freins à un bon accompagnement. Il existe des occupations semblant questionner la pratique « occupation-fondée » de l'ergothérapeute, et pouvant modifier ses moyens et outils de prise en soin.

1.2. Les occupations « sombres »

1.2.1. Définition

R. Twinley, ergothérapeute anglaise, fut une des premières à explorer le « *côté sombre de l'occupation* ». Elle l'évoque et le définit dans un article de l'*Australian Occupational Therapy Journal* (Twinley, 2013) comme étant « *des activités que font certaines personnes qui ne favorisent pas toujours une bonne santé, ne sont pas toujours productives, mais peuvent procurer un sentiment de bien-être* » (traduction libre de l'anglais). Elle précise ces propos en incluant dans cette définition des activités considérées comme déviantes, violentes, criminelles ou illégales (Twinley, 2013). Dans une étude danoise, différents adjectifs ont été sélectionnés par les auteurs, puis validés par des ergothérapeutes, pour définir ces occupations : risquées, malsaines (dans le sens : ne favorisant pas une bonne santé), contraires à l'éthique, immorales et inacceptables (Mønsted et al., 2024).

Parmi ces occupations, plusieurs correspondent à cette définition. Les troubles addictifs, l'abus de substances dangereuses ou risquées (incluant l'usage de drogues, tabagisme et alcoolisme) et les troubles alimentaires font partie de ces définitions (Kiepek et al., 2018). Parfois, ces occupations ne se pratiquent pas par choix. Les activités telles que la prostitution ou jouer dans un film pornographique peuvent être considérées comme des occupations « sombres » (Kiepek et al., 2018), qu'elles soient pratiquées de plein gré ou non. Sont aussi incluses dans ces exemples des occupations permettant la survie et, ou, risquées, notamment les activités liées au sans-abrisme (Kiepek et al., 2018). Ces dernières peuvent être des actes de violence, des actes sexuels en échange d'argent ou encore le vol.

Nous pouvons alors résumer les occupations sombres à l'aide d'une définition de Twinley : « *Occupations étant, ou pouvant être une combinaison, de ceci : antisociales, criminelles, déviantes, violentes, [...] non propices à la santé, addictives [...]. Mais restant néanmoins significantes, [...] agréables, procurant un sentiment de bien-être voire professionnelles dans le sens où elles constituent le travail payé ou non de l'individu* ». (traduction libre de l'anglais) (Twinley, 2013). Kiepek inclut aussi les occupations nécessaires à la survie (Kiepek et al., 2018). Ce concept a été ensuite étudié et repris par d'autres ergothérapeutes et auteurs. Ces ajouts à la littérature ont d'ailleurs permis d'enrichir les connaissances autour de ce sujet, en commençant par sa dénomination.

1.2.2. Critique de la terminologie

Le premier article de R. Twinley abordant ces occupations a pour titre « *The dark side of occupation* » ou « Le côté sombre des occupations » (Twinley, 2013). L’auteure explique dans ce même article ce choix de dénomination. Par « côté sombre », elle souhaite inclure tous les aspects de l’occupation qui ne sont pas étudiés par les sciences occupationnelles, ou qui ne sont pas inclus dans la pratique ergothérapique. Ces aspects « sombres » seraient notamment ceux qui ne favorisent pas une bonne santé, contraires à l’éthique, voire « déviant ».

Docteur en sciences de l’occupation, et spécialisée dans les domaines de la justice, de l’oppression et de la marginalisation en ergothérapie, N. Kiepek s’intéresse aussi au concept. Elle soulève qu’utiliser le terme « dark », ou « sombre » en français, pourrait déjà avoir une connotation négative (Kiepek et al., 2018). Elle propose alors le terme « non-sanctioned occupations », « occupations non-autorisées » ou « non-approuvées » en français. Cette dénomination semblerait plus nuancée que celle de R. Twinley. En effet, le terme « occupations sombres » laisserait entendre que l’occupation est divisée en deux catégories : une « illuminée » et une « sombre ».

R. Twinley répond à ces propositions. Elle précise qu’en utilisant le terme « *dark side* », elle n’avait nullement l’intention de porter un jugement sur ces occupations, mais plutôt d’évoquer que celles-ci sont laissées « dans l’ombre », car non étudiées ou non abordées.

La terminologie utilisée pour parler de ces occupations peut varier d’un auteur à l’autre. Pour parler d’un même concept, nous pouvons utiliser les termes suivants : occupations non autorisées ou non approuvées (Kiepek et al., 2018), le côté sombre des occupations (Twinley, 2021) ou encore occupations non éclairées (Mønsted et al., 2024). R. Twinley, dans un de ses premiers articles concernant ce sujet (Twinley, 2013), évoque le besoin d’inclure ces activités dans notre définition ergothérapique de l’occupation. Inclure ces activités perçues comme déviantes ou contraires à l’éthique impliquerait un questionnement sur l’accompagnement en ergothérapie, voire un dilemme.

1.2.3. La déviance

1.2.3.1. Normalité

Nous avons qualifié les occupations « sombres » de déviantes ou antisociales, car elles peuvent être criminelles, contraires à la santé ou tabou. Mais qui, ou quoi, décide de ce qui est déviant ou non ? Quelle est la différence entre une activité « déviante » et une activité « normale » ?

En sociologie, il est admis qu'un phénomène est normal s'il est récurrent et stable dans une société donnée (Ogien, 2012). La normalité dépend donc de plusieurs facteurs : la société dans laquelle une activité est pratiquée ou un mode de pensée admis, leur fréquence et leur stabilité dans le temps et d'un individu à l'autre. Si une action ou pensée sort d'une société où elle est acceptée, ou non acceptée par une majorité de membres de celle-ci, elle est donc perçue comme déviante. Pour se protéger de cette déviance, les collectivités humaines s'accordent pour faire respecter un système de valeurs commun ; *« des normes de conduite viennent préciser les manières de faire et de penser qui traduisent ces valeurs dans les activités quotidiennes »* (Ogien, 2012). En cas de non-respect d'une norme, la plupart des sociétés viennent à sanctionner l'action en fonction de son écart à la norme. Cet écart peut être alors appelé infraction, ou crime (Ogien, 2012). Les individus « déviants » sont souvent punis (ex : incarcération) et/ou écartés de la collectivité pour protéger cette dernière.

Il arrive que cette déviance soit vue comme une maladie. Nous pouvons prendre comme exemple l'homosexualité, considérée comme déviante et même qualifiée de trouble mental par l'Organisation Mondiale de la Santé jusqu'en 1990 (Leprince, 2018). Toute orientation autre qu'hétérosexuelle était considérée comme déviante, notamment à cause d'un contexte chrétien en occident, bannissant une union entre deux individus du même sexe, et un contexte médical, la pathologisant (Leprince, 2018). Le DSM-5 mentionne la déviance dans sa définition du trouble mental, et l'exclut de celle-ci. Il est écrit dans ce guide diagnostique que *« les comportements déviants sur le plan social (p. ex. sur les plans politique, religieux ou sexuel) ainsi que les conflits qui concernent avant tout le rapport entre l'individu et la société ne constituent pas des troubles mentaux [...] »* (Crocq & Guelfi, 2015). Une déviance n'est donc pas toujours un trouble mental, comme l'OMS définissait l'homosexualité jusqu'en 1990. Un trouble mental peut provenir d'une déviance si celle-ci résulte d'un dysfonctionnement individuel (Crocq & Guelfi, 2015). Jusqu'à récemment, l'homosexualité aurait donc pu être qualifiée d'occupation « sombre ».

C'est donc une société qui qualifie une pratique ou une pensée déviante. Une occupation devient alors « sombre » lorsqu'elle ne correspond pas aux valeurs d'une société de manière stable entre les individus et dans le temps. Pour protéger ses valeurs et ses membres, une collectivité peut donc décider de blâmer ou d'exclure les individus s'écartant de la norme. Comme nous l'avons illustré avec l'homosexualité, une occupation « sombre » peut « s'éclaircir » et être acceptée au sein d'une société. Nous pouvons alors nous demander si une même occupation est toujours considérée comme déviante si les contextes culturels et temporels sont modifiés.

1.2.3.2. Variations culturelles et temporelles

Nous avons évoqué précédemment plusieurs exemples d'occupations « sombres », notamment l'abus de substances comme le tabac, l'alcool ou autres drogues. Le tabou autour de la consommation de substances n'est pas le même partout, prenons l'exemple de l'alcool. Les pays européens et nord-américains sont les plus grands consommateurs d'alcool dans le monde, avec en moyenne 10 litres consommés par personne de 15 ans ou plus par an en 2020 (Ritchie & Roser, 2022). L'alcool fait donc partie du quotidien de beaucoup d'occidentaux, et ne constitue pas un sujet tabou tant qu'il est consommé avec modération. La consommation modérée d'alcool ne constituerait donc pas une occupation sombre dans nos sociétés européennes. Mais l'alcool n'est pas consommé de manière banalisée partout. Les pays consommant le moins d'alcool sont les pays nord-africains, du Moyen-Orient et d'Asie du Sud-Est, avec moins de 2 litres par personne de 15 ans ou plus et par an en 2020 (Ritchie & Roser, 2022). Cette faible consommation peut s'expliquer par la religion principalement pratiquée dans ces pays, l'islam. Dans l'islam, il est fortement déconseillé de boire, bien que ce principe soit discuté en fonction des pratiquants (Znaïen & Bourmaud, 2020). Pour beaucoup de pratiquants, boire de l'alcool est un péché majeur, et est donc devenu tabou dans les sociétés musulmanes (Znaïen & Bourmaud, 2020). La consommation d'alcool régulière, même modérée, peut alors être considérée comme une occupation « sombre » dans les sociétés musulmanes.

En plus de la variante géographique, l'époque peut aussi dicter si une occupation est « sombre » ou non. En 1975, l'homosexualité était perçue comme une maladie que l'on doit guérir par 42% des français, et pour 22% de ces derniers, comme une perversion sexuelle à combattre (IFOP & SOFRES, 2023) (Annexe I). Alors qu'en 2019, 85% des français

s'accordent à dire que c'est une manière comme une autre de vivre sa sexualité. (IFOP & SOFRES, 2023) (Annexe I). Autrefois rejetée et exclue, l'homosexualité est maintenant acceptée et banalisée par la grande majorité des français. Elle ne constitue alors plus une occupation « sombre ».

Les occupations « sombres » ne sont pas sombres partout et tout le temps. Une même occupation peut être perçue comme déviante par une société, et banale pour une autre. De même, elle n'aura pas la même valeur morale d'une époque à une autre. Certaines activités ou modes de pensée « s'éclaircissent » alors selon le contexte dans lequel nous les plaçons. Des occupations « sombres » peuvent choquer la morale d'une société, mais aussi questionner ses valeurs. Nous allons évoquer dans le paragraphe qui suit les valeurs professionnelles de l'ergothérapeute et si celles-ci sont remises en question par les occupations « sombres ».

2. Les valeurs

2.1. Déontologie

2.1.1. Définition

Le mot déontologie vient du terme « *deontos* » en grec, le « devoir » (CNTRL, 2012). La déontologie est l'ensemble des règles de bonne conduite et de morale appliquée, et s'applique généralement à propos de morale professionnelle (Académie Française, 2024). C'est une éthique professionnelle qui impose l'application d'un cadre, d'obligations et de droits des professionnels. Elle est régulée premièrement par la morale, c'est-à-dire les règles permises au sein d'une société. Mais elle a aussi une valeur légale, car elle est mentionnée dans différents textes de loi tels que le Code du travail. Les devoirs et l'attitude morale des professionnels de santé sont décrits dans le Code de la santé publique, notamment ceux des ergothérapeutes (Legifrance, 2025).

2.1.2. Règles professionnelles de l'ergothérapeute

2.1.2.1. Devoirs généraux

Les Règles Professionnelles de l'ergothérapeute sont organisées dans un document rédigé par l'ANFE, et mis à jour en novembre 2019. Ce document est une réunion de différents codes, tels que Code du Travail et le Code Civil. Ces règles permettent d'encadrer la pratique

professionnelle des ergothérapeutes. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un texte de loi officiel, ce document fait force de loi : ces règles ont un caractère obligatoire à respecter pour tous les ergothérapeutes. Elles imposent non seulement des règles concernant les modalités d'exercice ou encore les devoirs généraux des ergothérapeutes, elles introduisent aussi des notions d'éthique et de morale spécifiques à la profession. Ce document permet alors d'encadrer la pratique, mais aussi de protéger les professionnels en cas de dilemme pratique ainsi que les usagers. Elles s'appliquent, comme énoncé dans l'article 1, à tout ergothérapeute effectuant un acte professionnel, quel que soit son mode d'exercice (ANFE, 2019).

Dans l'article 2 des présentes Règles Professionnelles, il est énoncé que l'ergothérapeute doit « *en toutes circonstances, respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de l'ergothérapie* » (ANFE, 2019). D'après le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNTRL), la morale en droit consiste en un ensemble de règles permises et défendues dans une société, confirmées ou non par le droit (CNTRL, 2012). La probité est la « *droiture qui porte à respecter le bien d'autrui, à respecter les droits et devoirs de la justice* » (CNTRL, 2012). Elle se rapproche de l'honnêteté. Dans un contexte professionnel, elle est la qualité qui oblige une personne à exercer ses fonctions avec intégrité et dévouement. Ce dernier est la « *disposition à aider, assister quelqu'un, à lui rendre de bons offices [...]* » (Académie française, 2024). Elle est un objectif à atteindre et permet une marge de manœuvre lors d'un exercice professionnel.

L'article 3 des Règles Professionnelles des Ergothérapeutes dispose que l'ergothérapeute « *écoute, examine, éduque ou soigne avec la même conscience toute personne, sans aucune discrimination, quelles que soient, notamment, [...] ses mœurs, sa situation familiale, ses croyances [...], sa réputation, les sentiments qu'il peut éprouver à son égard [...]* » (ANFE, 2019). Les occupations « sombres » sont souvent contraires aux mœurs d'une société à cause de leur nature antisociale, immorale voire illégale. Cet article des Règles Professionnelles nous indique que l'ergothérapeute a l'obligation de considérer chaque personne avec conscience et respect, peu importe les divergences de valeurs morales qu'il éprouve vis-à-vis de son usager.

L'article 5.3 annonce aussi que l'ergothérapeute se doit de mettre en œuvre les moyens adéquats pour protéger une personne victime de sévices ou de mauvais traitements, s'il le discerne (ANFE, 2019). Les occupations « sombres » sont parfois liées à des situations dangereuses dans lesquelles certaines personnes peuvent se trouver, indépendamment de leur volonté. Nous avons notamment évoqué l'exemple du sans-abrisme, menant parfois un individu

à commettre des actes violents ou sexuels contre de l'argent. L'ergothérapeute a alors le devoir de s'assurer que l'utilisateur est dans une situation suffisamment sûre. Cependant, il est aussi possible que l'utilisateur ne souhaite pas ou n'est pas dans la capacité de modifier ces occupations et la situation qui mène à celles-ci. L'ergothérapeute doit alors, comme énoncé dans l'article dernièrement cité, de faire preuve de discernement et de proportion. Mais cela peut engendrer un questionnement pour l'ergothérapeute : un professionnel dont le métier s'axe autour de l'occupation peut-il faire face à la « *non-occupation* » ? Quelle est la réaction de l'ergothérapeute si un usager ne souhaite ou ne peut pas gagner en autonomie occupationnelle ?

Ces articles nous informent donc que l'ergothérapeute a le devoir de s'assurer de la bonne prise en soin ou de l'accompagnement de toute personne s'adressant à lui lors de son exercice professionnel, sans discrimination. Il s'assure de la bonne sécurité de l'utilisateur et de son bon traitement, même si les occupations de ce dernier semblent dévier de la morale de la société dans laquelle il évolue. Cependant, l'ergothérapeute n'est pas dans l'obligation d'accompagner la totalité du parcours de soin d'un usager. Il a un droit de retrait, mais surtout le devoir d'assurer la poursuite de l'accompagnement avec un autre professionnel.

2.1.2.2. Limites

En effet, comme énoncé dans l'article 13.1 « *l'ergothérapeute décline toute intervention qui dépasse ses spécialisations et son domaine de savoir-faire* » (ANFE, 2019). Un ergothérapeute, peu importe son expérience, a le devoir de décliner une intervention si celle-ci diffère trop de son domaine d'exercice. Il peut aussi la décliner s'il estime manquer d'expérience face à un accompagnement spécifique. Cependant, l'ergothérapeute a l'obligation de justifier son refus et de diriger l'utilisateur vers un autre professionnel, ergothérapeute ou non, dont l'accompagnement sera plus adapté (ANFE, 2019). Prenons pour exemple un professionnel n'ayant jamais pris en charge une personne utilisant des drogues de manière récréative et qui s'adresse à lui pour ce motif. S'il estime qu'il n'est pas dans la capacité de mener à bien son accompagnement, car ce n'est pas son domaine d'activité principal, il est possible pour lui de se rétracter. En redirigeant l'utilisateur vers un autre professionnel, l'ergothérapeute a le devoir de garder le secret professionnel et de ne partager que des informations nécessaires et importantes à la bonne poursuite de l'accompagnement (ANFE, 2019).

L'article 13.4 énonce que « *l'ergothérapeute ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre son indépendance et ses valeurs professionnelles [...]* » (ANFE, 2019). Les « valeurs professionnelles » font référence au dévouement, à la probité et la moralité (ANFE, 2019). L'accompagnement de certaines occupations « sombres » pourrait compromettre la moralité de l'ergothérapeute, comme des activités illégales (ex : vente ou consommation de substances illicites) ou ne s'alignant pas à la morale de la société à laquelle il participe (ex : activités liées à la violence dans un but de survie (sans-abrisme)). Cependant, il doit toujours faire preuve de dévouement et s'assurer de rendre de bons offices à l'utilisateur même s'il n'assure pas la totalité de l'accompagnement.

Les règles professionnelles des ergothérapeutes peuvent donc orienter légalement les ergothérapeutes sur leur manière d'accompagner des usagers pratiquant des occupations « sombres ». Tous les professionnels se doivent d'écouter et de porter attention à toute personne sans aucune discrimination, peu importe les activités qu'elle pratique. Ils doivent aussi être honnêtes et dévoués, et assurer la sécurité de chaque personne de manière adéquate et mesurée. Il n'est cependant pas obligé d'accepter une prise en soin si celle-ci dépasse son champ de compétences, ou compromet son indépendance et ses valeurs, comme une personne pratiquant des actes violents sur autrui. Même s'il ne peut assurer personnellement un accompagnement, il est de son devoir de garantir la sécurité et la bonne prise en soin de chaque personne. Ces règles permettent de guider notre pratique d'un point de vue légal. Nous étudierons par la suite les croyances et principes éthiques de l'ergothérapie.

2.1.3. Code éthique en ergothérapie

Les règles professionnelles précédemment étudiées permettent de guider la pratique et le mode d'accompagnement des ergothérapeutes. Un code éthique a été rédigé en 2024 afin d'exposer les principes éthiques de la pratique ergothérapique et de compléter les règles professionnelles. Elle expose aussi les croyances et valeurs de la WFOT.

Les principes éthiques de l'ergothérapeute peuvent se résumer en quatre mots : bienfaisance, non-malfaisance, autonomie et justice. La bienfaisance se définit comme la volonté d'agir pour le bien d'autrui et pour leur bénéfice (WFOT, 2024). Elle peut être mise en parallèle de la non-malfaisance, ne pas faire ou vouloir de mal (WFOT, 2024). Cette non-malfaisance est énoncée dans le serment d'Hippocrate, serment des médecins : « *avant tout ne*

pas nuire ». En tant qu'ergothérapeutes et soignants nous devons respecter l'autonomie de nos usagers et reconnaître qu'ils sont décideurs de leur accompagnement. Toute personne a le droit à l'autodétermination de leurs choix, buts, participation et partage d'informations (WFOT, 2024). L'autodétermination est la capacité de faire ses propres choix sans influence externe majeure (Unapei, 2021). Enfin, la justice doit toujours être une ligne directrice de la pratique ergothérapique. Nous devons assurer un traitement juste, équitable et approprié à chaque personne (WFOT, 2024). Une délibération éthique appropriée est conseillée en cas de conflit entre plusieurs de ces principes éthiques (WFOT, 2024). Ces premiers principes nous éclairent déjà sur l'état d'esprit à avoir face aux occupations « sombres ». Peu importe les valeurs et principes d'un usager, ou ses activités quotidiennes, nous nous devons d'assurer son autonomie. Ainsi, nous devons assurer un traitement juste et bientraitant à toute personne faisant appel à nos services.

L'ergothérapeute, afin d'avoir une pratique éthique et de qualité, se doit aussi d'avoir une approche collaborative avec les usagers. Afin d'assurer cette collaboration, il doit prendre en compte toutes les dimensions d'un individu, comme sa culture, sa spiritualité et son environnement social (WFOT, 2024). Il assure aussi « *le choix et le respect de l'autonomie, ils sont garants du respect de la dignité de chacun, et s'engagent dans un partenariat avec les individus suivis* » (WFOT, 2024). Chaque personne est donc libre de pratiquer l'occupation qui lui convient et l'ergothérapeute, afin d'avoir une approche collaborative, respecte son autonomie et sa dignité. Il ne peut contraindre quelqu'un à cesser une activité, même si celle-ci est « sombre ».

Comme étudié précédemment, l'ergothérapeute écoute et examine chaque personne avec le même soin sans discrimination. Le code éthique des ergothérapeutes nous rappelle ceci avec le respect de la diversité. Il ajoute même que « *les personnes sont reconnues comme uniques dans la façon dont elles combinent des éléments culturels, sociaux, psychologiques, [...] dans leur performance occupationnelle personnelle et leur participation à la société* » (WFOT, 2024). L'ergothérapeute se doit de prendre en compte ces nombreuses dimensions lorsqu'il prend en soin une personne. Le respect de la diversité et la reconnaissance de chaque usager comme un être unique peut nous permettre de comprendre leurs choix occupationnels, notamment les occupations « sombres ».

2.2. Valeurs professionnelles de l'ergothérapeute

2.2.1. Valeurs génériques

Les Règles professionnelles et le Code éthique des ergothérapeutes permettent de donner un cadre à la pratique ergothérapique et d'en exposer ses valeurs. Mais au-delà des valeurs de *l'ergothérapie*, quelles sont les valeurs professionnelles des *ergothérapeutes* ? Les valeurs les plus estimées par ceux-ci semblent être des valeurs dites « génériques », c'est-à-dire partagées par d'autres corps de métier du paramédical et non spécifiques au métier. (Drolet & Désormeaux-Moreau, 2019)

La valeur professionnelle la plus importante des ergothérapeutes semble être la dignité humaine (Drolet & Désormeaux-Moreau, 2019; Drolet & Maclure, 2016). La dignité humaine correspond « [...] *au fait que tout individu possède une valeur intrinsèque et inestimable* » (Drolet & Maclure, 2016), les ergothérapeutes semblent donc valoriser le respect accordé à chaque personne plus que toute autre valeur. Lors d'une situation où l'ergothérapeute doit choisir entre assurer la dignité ou la sécurité d'un usager, ils semblent choisir la première option. (Drolet & Désormeaux-Moreau, 2019; Drolet & Maclure, 2016). La dignité est aussi étroitement liée à l'autonomie de l'usager. Elle est aussi grandement valorisée par les ergothérapeutes et permet d'assurer la prise de décision et la pratique d'activités importantes et signifiantes pour l'usager (Drolet & Maclure, 2016).

L'holisme et l'écologie sont aussi des valeurs chères à l'ergothérapeute. Une pratique holistique prend en compte toutes les dimensions de la personne, notamment sociales, affectives, physiques et spirituelles (Drolet & Maclure, 2016). L'écologie prend en compte l'environnement social, physique et culturel des individus. L'ergothérapeute s'éloigne alors du modèle biomédical des professionnels de santé et inclut une approche systémique prenant en compte bien plus que le versant physique de l'individu (Drolet & Maclure, 2016). Une approche systémique prend en compte non seulement une personne, mais aussi les liens qu'elle établit avec son entourage et son environnement. (Samaran, 2025)

Enfin, le professionnalisme se réfère à l'excellence dont fait preuve un thérapeute durant ses accompagnements et prises en soins (Drolet & Maclure, 2016). Elle reflète la compétence du soignant, et inclut une pratique réflexive et respectueuse de l'éthique.

Les valeurs les plus importantes aux yeux des ergothérapeutes sont génériques, c'est-à-dire applicables par d'autres professionnels de santé et non spécifiques à l'ergothérapie. La

dignité humaine, l'holisme et le professionnalisme forment un socle commun entre tous les professionnels de santé afin d'établir des relations interpersonnelles bienveillantes et empreintes d'humanité. Ces valeurs génériques semblent être plus valorisées car elles sont plus facilement applicables en milieu professionnel (Drolet & Désormeaux-Moreau, 2019). Il existe aussi des valeurs spécifiques à l'ergothérapie, qui semblent être moins valorisées par les ergothérapeutes que les valeurs génériques. Nous étudierons lesquelles semblent les plus importantes.

2.2.2. Valeurs spécifiques

Parmi les valeurs spécifiques à l'ergothérapie, les plus importantes semblent être l'engagement, la justice et la signifiante occupationnelles (Drolet & Désormeaux-Moreau, 2019). L'engagement occupationnel est « *l'action d'être engagé dans des occupations diverses qui font du sens pour soi* » (Ross-Nicolas, 2023). La justice occupationnelle est une valeur éthique défendant le droit de toute personne d'accéder aux conditions de vie lui permettant de s'épanouir en garantissant l'accès à des occupations significatives (Drolet et al., 2023). Enfin, la signifiante occupationnelle est l'importance et le sens qu'accorde une personne à une certaine occupation (Futsch, 2017).

Ces valeurs spécifiques sont tout de même plus valorisées que la santé (Drolet & Désormeaux-Moreau, 2019). En effet, les modalités d'intervention de l'ergothérapeute concernent l'habilitation aux occupations et la pratique d'activités de production, de loisirs, familiales et sociales (Drolet & Désormeaux-Moreau, 2019). La santé disparaît alors derrière la dignité et le respect de l'autonomie de l'utilisateur, car la priorité de l'ergothérapeute semble être d'assurer la pratique d'occupations significatives. De plus, toutes les occupations ne favorisent pas la santé, comme les occupations « sombres ».

Les valeurs génériques et spécifiques chères aux ergothérapeutes permettent de garantir le respect, la dignité et l'autonomie de chaque personne dans son intégralité. Les obligations déontologiques et légales décrites dans les Règles Professionnelles des ergothérapeutes et dans le Code de la Santé Publique garantissent la santé et la préservation de l'utilisateur et du professionnel. Mais ces valeurs sont-elles compatibles avec l'inclusion d'occupations « sombres » dans la pratique de l'ergothérapeute ? En effet, des activités immorales ou contraires à la santé semblent être contraires à notre devoir de professionnel paramédical. Mais

pouvons-nous vraiment priver un usager de pratiquer une occupation signifiante sous le couvert de la promotion de la santé ? De telles occupations semblent remettre en question notre « double identité » en tant que professionnels de la santé et professionnels de l'occupation. La littérature quant à ce sujet reste encore rare dû à sa récente apparition dans les débats éthiques de l'ergothérapie. Nous étudierons donc différents articles et études sur l'inclusion ou exclusion des occupations « sombres » dans la pratique ergothérapique et si ces dernières ont un quelconque impact sur les valeurs de l'ergothérapeute et sur sa relation de soin avec son usager.

2.3. Répercussions sur l'ergothérapeute et sa pratique

2.3.1. Les ergothérapeutes incluent-ils les occupations « sombres » dans leur pratique ?

Nous avons observé précédemment que les ergothérapeutes francophones européens ont tendance à avoir une pratique fondée sur l'occupation. C'est-à-dire que l'occupation devient un outil de prise en soin, choisi et pratiqué par l'usager. Les activités permettant une pratique fondée sur l'occupation peuvent inclure la cuisine, faire sa toilette et autres soins personnels, ou encore se déplacer (Baillargeon-Desjardins & Brousseau, 2019). Qu'en est-il alors d'occupations perçues comme déviantes, contraires à l'éthique ou ne favorisant pas une bonne santé ? L'ergothérapeute peut-il inclure ces activités dans sa pratique, et si oui, en se fondant sur celles-ci ?

Selon une étude de portée danoise, il semblerait que les ergothérapeutes soient unanimes à l'idée de reconnaître ces occupations comme légitimes et signifiantes pour les personnes qui les pratiquent. (Mønsted et al., 2024). En revanche, ces mêmes participants à l'étude relèvent un dilemme éthique ; vaut-il mieux promouvoir une prise en soin favorisant des pratiques sécurisées et saines, ou avoir une approche centrée sur l'usager et sur ses activités signifiantes ? Malgré la volonté des ergothérapeutes de reconnaître et légitimer ces occupations, ils ne semblent pas encore prêts à les inclure dans leur pratique. Plus précisément, ils ne « [...] *pourraient pas soutenir activement des comportements illégaux ou des activités nuisant directement à autrui* » (traduction libre de l'anglais) (Mønsted et al., 2024). Les ergothérapeutes ne pourraient donc pas encore avoir une pratique fondée sur l'occupation, et donc centrée sur l'usager, si celle-ci est considérée comme risquée, dangereuse ou contraire à l'éthique.

Cependant, des alternatives peuvent être trouvées pour rendre la pratique ergothérapique plus inclusive. Un participant à l'étude mentionne utiliser une canette de soda à la place d'une

canette de bière lors de ses séances avec un usager. Un autre proposait à un usager ayant pris l'habitude de mâcher de la terre d'utiliser de la racine de réglisse (Mønsted et al., 2024). Ces alternatives ne permettent alors plus au thérapeute d'avoir une pratique fondée sur l'occupation. Elle serait alors axée sur l'occupation, permettant à l'usager de pouvoir *in fine* la réaliser, même s'il ne le fait pas directement lors des séances.

2.3.2. Les occupations « sombres » font-elles retentir les valeurs des ergothérapeutes ?

Comme nous l'avons étudié, les occupations « sombres » peuvent être contraires à la santé ou à l'éthique, déviantes ou illégales. Dans un des premiers titres de ce mémoire, nous avons vu que face à ces occupations l'ergothérapeute adapte son mode de prise en soins et passe d'un accompagnement **fondé** sur l'occupation, où l'activité est utilisée à la fois comme objectif et moyen thérapeutique, à un accompagnement **axé** sur l'occupation, où l'activité signifiante n'est plus un moyen thérapeutique, mais un objectif à atteindre via d'autres moyens. Les ergothérapeutes voient en effet l'apparition d'un dilemme éthique quant à l'inclusion des occupations « sombres » dans leur pratique (Mønsted et al., 2024).

Nous pouvons illustrer ce dilemme à l'aide d'une situation fictive. La détention de cannabis est illégale en France et sa consommation a des répercussions négatives sur la santé, il pourrait s'agir alors d'une occupation « sombre » d'après notre définition. Un usager n'étant plus dans la capacité de fumer du cannabis pour des raisons physiques (incapacités motrices, sensorielles) mais pour qui cela était très signifiant et lui apportait du plaisir et du sens pourrait en parler à un ergothérapeute afin de reprendre cette activité. Dans ce cas, quel est notre rôle et notre posture face à cette demande?

Cette occupation est illégale. En tant que citoyen, l'ergothérapeute a le devoir de ne pas prendre le parti de telles occupations. Ensuite, certaines occupations « sombres » sont considérées comme immorales. Or l'ANFE demande dans l'Article 2 des Règles Professionnelles de respecter les principes de moralité (ANFE, 2019). Enfin, consommer du cannabis est contraire à la santé. Mais en tant que professionnel paramédical, il se doit d'assurer les bons soins et la bonne santé de chaque personne et d'améliorer celle-ci si possible. Il a aussi le devoir de promouvoir la bonne santé publique, c'est-à-dire de faire la promotion des pratiques de santé (comme la vaccination) (ANFE, 2019). Il semble alors naturel de ne pas promouvoir la consommation de substances illégales et nocives.

Les ergothérapeutes sont non seulement des professionnels paramédicaux, mais aussi des professionnels de l'occupation. Il semblerait contraire à l'identité d'ergothérapeute de priver un usager d'une occupation signifiante. Pour respecter la loi et les règles de la profession, l'ergothérapeute devrait alors refouler certaines de ses valeurs professionnelles spécifiques à l'ergothérapie. Ne pas permettre la pratique d'une occupation peut bafouer l'engagement occupationnel de l'usager, défini précédemment, et serait même une injustice occupationnelle car nous ne permettrions pas l'accès à une occupation permettant à la personne de s'épanouir.

Il semblerait alors que les occupations « sombres » provoquent un dilemme éthique pour l'ergothérapeute car elles questionnent deux facettes de son identité : professionnel paramédical et professionnel de l'occupation. Peu importe si un professionnel choisit ou non d'inclure ces occupations dans sa pratique, il devra fournir un effort supplémentaire pour conserver les valeurs de chacune des facettes de son identité professionnelle. Cela n'empêche pas les ergothérapeutes d'inclure certaines occupations « sombres » dans leurs accompagnements sous certaines conditions, selon les valeurs personnelles de chacun (Mønsted et al., 2024). Mais la négligence des valeurs n'est pas sans conséquences. Certains ergothérapeutes disent ressentir une grande frustration ou de la colère, voire de la détresse psychologique s'ils ne peuvent actualiser ces valeurs chères à leur pratique (Drolet & Maclure, 2016).

Elaboration de la question de recherche et hypothèse

Dans cette partie théorique, nous avons compris que les occupations « sombres » sont des activités signifiantes pour la personne qui les pratique, mais ayant un ou des aspects illégaux, immoraux, contraires à la santé ou à l'éthique, violentes mais procurant un sentiment de bien-être ou étant nécessaire à la survie de l'individu. Nous avons aussi mis en avant que l'aspect sombre d'une occupation varie en fonction du contexte culturel.

La définition de ces occupations nous a mené à étudier les valeurs et devoirs professionnels de l'ergothérapeute. Ceux-ci nous rappellent que l'ergothérapeute se doit d'accompagner chaque personne avec dignité et respect de sa vie et de ses choix. Les valeurs de ces thérapeutes étudiées dans la littérature semblent être en accord avec les devoirs et les règles professionnelles. En effet, le respect, l'holisme et le professionnalisme ainsi que la justice et la signification occupationnelles s'alignent avec les principes de dévouement et d'impartialité énoncés dans les règles professionnelles.

Nous avons enfin relevé que les occupations « sombres » semblent soulever des questions éthiques et morales. Il semblerait que les ergothérapeutes reconnaissent le besoin de légitimer et de reconnaître ces occupations, certains parviennent même à les prendre en compte dans leur pratique. Celles-ci passent alors d'un accompagnement occupation-fondé à occupation-axé, à cause de la nature de ces occupations ne permettant pas leur pratique en séance. Mais la littérature soulève un questionnement éthique concernant l'inclusion des occupations « sombres » dans la pratique ergothérapique. Vaut-il mieux accompagner la personne à avoir un mode de vie sain et conforme à la société dans laquelle il évolue, ou respecter ses choix occupationnels même si ceux-ci nuisent à sa santé ou au bien-être des autres ? Ce questionnement soulève un conflit entre les différentes valeurs et les devoirs de l'ergothérapeute. Il semblerait que les devoirs en tant que citoyens et professionnels de santé les poussent à favoriser une approche légale et de santé communautaire, tandis que la posture de professionnels de l'occupation prioriserait le droit à la justice, l'autonomie et la signification occupationnelle, peu importe ce que cette occupation implique.

Ces éléments nous mènent alors à une question de recherche qui nous permettra de comparer les éléments théoriques à des éléments de terrain : **dans quelle mesure les occupations « sombres » questionnent-elles les valeurs professionnelles de l'ergothérapeute ?**

Nous pouvons alors émettre une hypothèse : **les ergothérapeutes prennent en compte les occupations « sombres » en adaptant leurs modes de pratique. Cependant, cette inclusion peut provoquer un dilemme éthique et défier les valeurs professionnelles.**

Dans cette deuxième partie de mémoire, nous développerons la méthodologie de recherche choisie ainsi que les résultats obtenus. Ces résultats nous permettront de valider ou non notre hypothèse.

Partie exploratoire

1. Méthodologie de recherche

1.1.Choix et élaboration de l'outil

L'outil choisi pour élaborer la partie exploratoire est l'entretien semi-directif qui nous permet d'obtenir des résultats qualitatifs afin de valider entièrement, partiellement ou non l'hypothèse. Cette forme d'entretien nous permettra de mener la personne à s'exprimer concernant certains thèmes selon des objectifs prédéfinis à l'aide d'une grille d'entretien. Cette grille sert de guide, elle n'est pas rigide et est à administrer dans une logique de conversation (Pin, 2023). Elle permet d'orienter l'interlocuteur afin de recueillir des informations tant subjectives qu'objectives. En posant des questions ouvertes, nous permettons aux interlocuteurs d'exprimer librement leurs expériences, opinions et ressentis. Notre grille d'entretien répondra à plusieurs objectifs :

- Connaître le mode de pratique du professionnel autour de l'occupation
- Identifier la place de l'accompagnement occupation-centré dans la pratique
- Analyser la nature des valeurs professionnelles
- Identifier d'éventuelles valeurs spécifiques à l'ergothérapie
- Vérifier les connaissances concernant les occupations « sombres »
- Recueillir l'expérience de l'interlocuteur concernant les occupations « sombres »
- Connaître le mode de pratique du professionnel autour des occupations « sombres »
- Identifier ou non l'influence des occupations « sombres » sur l'accompagnement et les valeurs de l'ergothérapeute

La grille d'entretien a été construite de manière logique en suivant le déroulé de la partie théorique précédemment exposée, en évoquant d'abord l'occupation, les valeurs de l'ergothérapeute et leur perception des occupations sombres. Celle-ci est disponible en annexe (Annexe II).

1.2.Population choisie

Afin de pouvoir mener un entretien et de valider ou non l'hypothèse, les interlocuteurs devaient remplir certains critères d'inclusions. Ils doivent posséder un Diplôme d'Etat

d'Ergothérapeute et pratiquer ou avoir pratiqué en tant qu'ergothérapeutes. Ils doivent aussi avoir rencontré une ou plusieurs fois des usagers ayant une ou des occupations « sombres » quelles qu'elles soient.

Une fois la grille d'entretien validée, le recrutement d'ergothérapeutes a pu commencer via l'envoi d'e-mails à des ergothérapeutes en présentant le thème de ce mémoire et l'intérêt d'un entretien semi-directif.

Afin de sélectionner les interlocuteurs avec des profils remplissant ces critères d'inclusion, un questionnaire de pré-entretien a été réalisé au vu des nombreuses réponses reçues aux sollicitations (Annexe III). Ce questionnaire permet de recenser l'expérience professionnelle du candidat (années et modalités de pratique (salarial/libéral, type de structure...)). La définition des occupations « sombres » précédemment donnée a été incluse dans le questionnaire afin de savoir si le répondant a déjà rencontré ce type d'occupation. Enfin, il a été demandé si les répondants étaient toujours intéressés pour partager leur expérience lors d'un entretien dans le cadre de ce mémoire. Les répondants remplissant ces critères ont alors été contactés.

Il existe tout de même des biais dans la sélection des interlocuteurs. Deux ergothérapeutes sur cinq interviennent régulièrement à l'IFE-LCA et n'ont donc pas été sélectionnées de manière neutre contrairement aux autres candidats. De plus, l'e-mail de sollicitation a été transmis à un groupe de réflexion d'ergothérapeutes en santé mentale. L'échantillon n'est donc composé que d'ergothérapeutes exerçant ou ayant exercé en psychiatrie.

1.3.Déroulement des entretiens

Au total, cinq entretiens ont été menés. Trois d'entre eux ont été réalisés en visioconférence, un en appel téléphonique et le dernier en présentiel.

Au début de chaque rencontre, l'interlocuteur a recueilli l'accord oral à l'enregistrement et l'utilisation de l'entretien dans le cadre de ce mémoire. Le consentement a été systématiquement répété une seconde fois au début de chaque enregistrement. Il a aussi été rappelé à chaque interlocuteur que leurs noms, le nom d'autres personnes ou les structures qu'ils pourraient mentionner seront complètement anonymisés et qu'ils ne seront pas reconnaissables.

Ces professionnels présentent des expériences professionnelles diverses :

Tableau 1 : Présentation des entretiens

E1	Retraitée, a pratiqué durant 42 ans dans les domaines de la psychiatrie et éducation thérapeutique de patients douloureux chroniques.
E2	Pratique depuis 1 an et 8 mois au moment de l’entretien, dans le domaine de la psychiatrie.
E3	Pratique depuis 21 ans dans le domaine de la psychiatrie forensique en Suisse.
E4	Pratique depuis 13 ans, dans les domaines de la psychiatrie, en SMR, en EHPAD, autrefois en salariat et à présent en libéral, formation, consulting et mentorat professionnel, master en éthique et santé.
E5	Pratique depuis 28 ans dans le domaine de la psychiatrie en milieu pénitentiaire.

2. Analyse des résultats

Les cinq entretiens ont été retranscrits en respectant les conditions d’anonymat précédemment citées et en suivant la grille d’entretien (Annexe II). L’un de ces entretiens sera joint à ce mémoire en annexe IV.

Une première analyse longitudinale de chacun des entretiens permettra d’étudier individuellement les entretiens. Une deuxième analyse transversale permettra de croiser les échanges et de comparer les réponses des interlocuteurs entre eux.

2.1. Analyses longitudinales

2.1.1. Analyse entretien E1

E1 a exercé en tant qu’ergothérapeute pendant 42 ans et est actuellement retraitée. Elle a pratiqué dans les domaines de la psychiatrie, addictologie et en éducation thérapeutique de patients douloureux chroniques.

Elle définit l’occupation comme toute activité de vie quotidienne. Elle précise sa définition en cite celle de Doris Pierce : l’occupation est subjective, contextualisée et analysable. Considérant l’expression et les activités sociales comme de l’occupation, elle était alors occupation-centrée, et se dit elle-même occupation-fondée (expression pratiquée en séance ou avec le public douloureux chronique pour comprendre les activités du quotidien à adapter). Elle était parfois occupation-axée dans un contexte addictologique en éloignant la

personne d'un mode de vie néfaste et en adoptant des occupations plus saines ou en permettant l'expression en séance permettant ensuite l'adoption d'occupations. Elle utilisait notamment un modèle conceptuel, le PEO, Personne-Environnement-Occupation.

Une de ses valeurs professionnelles les plus importantes est « *aider la personne à s'aider elle-même* », qu'elle différencie de l'autonomie car elle respecte le choix de non-autonomie du patient. Elle explique sa pratique occupation-centrée et respectueuse des choix du patient ainsi « [...] *c'est le respect de l'être humain et c'est la possibilité de l'être humain d'être ce qu'il a envie tout au sein d'une réalité qui met parfois des contraintes, au sein d'une société qui met des règles et des limites et des lois* », ce qui permet donc à une personne ne souhaitant pas être autonome de ne pas l'être, malgré des attentes sociétales. Ces valeurs ont longtemps été partagées avec d'autres professionnels de santé avec qui elle a collaboré, mais elle avait l'impression de perdre des valeurs spécifiques à l'ergothérapie. Elle a retrouvé ces valeurs en intégrant un groupe de réflexion en ergothérapie après sa retraite. Les freins à ses valeurs étaient principalement institutionnels, mais facilités par son engagement dans la profession.

Elle définit les occupations « sombres » comme des activités significantes et procurant du bien-être à la personne les pratiquant, mais qui sont illicites, illégales ou néfastes pour la personne. Elle ajoute une nuance à sa définition en parlant de la « face sombre de l'occupation » et l'illustre en prenant l'exemple du burn-out étant la face sombre du travail. L'interlocutrice était déjà renseignée sur le sujet des occupations « sombres ». Elle dit ne pas inclure ces occupations dans sa pratique, mais les prend en compte en éloignant justement ses usagers de celles-ci, notamment en addictologie. Ces occupations étaient aussi rencontrées dans le domaine psychiatrique.

L'ergothérapeute ressentait un découragement, un sentiment d'impuissance et parfois du jugement face à la poursuite des prises de toxiques de certains patients malgré la considération positive inconditionnelle de la personne. Ces sentiments négatifs avaient tendance à s'effacer devant des usagers avec des troubles psychiatriques car elle analysait ces occupations d'un point de vue psychopathologique. L'accompagnement d'une personne pratiquant ou non des occupations sombres était le même, mais pas la perception de la personne. Cet accompagnement mène ainsi la thérapeute à revoir sa perception des toxiques et comprend avec le temps que la consommation de toxiques apporte du bien-être à la personne les utilisant. Ce conflit entre le bien-être de l'utilisateur et l'illégalité de son action provoque pour elle un dilemme éthique. Ses valeurs n'étaient alors pas mises en mal de manière importante, contrairement à une courte expérience en milieu carcéral. En effet, elle a accompagné pendant

quelques mois une autre ergothérapeute dans ce milieu. N'étant pas habituée à cette population, ses valeurs professionnelles et personnelles étaient grandement mises à mal face à des occupations illégales et criminelles. Elle était incapable de retrouver une posture professionnelle protectrice à cause d'une peur et une appréhension trop intense. Elle arrêta alors son accompagnement en milieu carcéral.

L'environnement de travail constitué de sa clientèle habituelle n'impacte que peu les valeurs professionnelles de l'ergothérapeute. Elle peut ressentir un certain jugement vis-à-vis de certaines occupations « sombres » et de leur répétition (rechute, prise de toxiques) et un dilemme éthique quant à l'accompagnement de ces personnes et de leur perception de leur consommation. Elle se sent cependant vulnérable face à des personnes ayant pratiqué des occupations criminelles où elle ne parvient pas à retrouver une posture professionnelle suffisamment protectrice. E1 conseille aux ergothérapeutes accompagnant des personnes avec des occupations « sombres » de se faire superviser, de se questionner et de connaître « *nos propres faces sombres* ». Enfin, elle évoque un lien entre la pratique en psychiatrie et les occupations « sombres ».

2.1.2. Analyse entretien E2

L'ergothérapeute E2 pratique l'ergothérapie depuis un an et huit mois au moment de l'entretien, dans le domaine psychiatrique.

Pour l'ergothérapeute, l'occupation est l'ensemble des activités de vie quotidienne, y compris les activités que la personne pratique pendant son hospitalisation. Son accompagnement est axé sur l'occupation et ne pratique pas en séance les occupations que les personnes souhaiteraient reprendre ou adapter. Elle utilise différentes médiations afin d'aider la personne à retrouver des capacités lui permettant de reprendre ses occupations habituelles. Les activités pratiquées en séance sont prescrites, voire imposées, et composent alors un frein institutionnel. Elle réalise tout de même des entretiens avec les usagers pour connaître leurs préférences, objectifs et difficultés occupationnelles. Afin d'avoir une pratique complètement occupation-centrée, elle aurait besoin de pratiquer les occupations des personnes en conditions écologiques et trouve aussi le modèle PEO (Personne – Environnement – Occupation) insuffisant pour atteindre cet objectif.

Concernant ses valeurs, E2 dit qu'elle ne s'était « *jamais posé la question* » au moment de l'entretien. Elle énonce ensuite le respect mutuel entre le patient et le professionnel comme valeur importante. Ce respect est assuré par un mode de communication transparent, permettant une meilleure adhésion aux soins. Le travail en pluridisciplinarité ainsi que l'éducation aux troubles psychiatriques sont aussi ses valeurs. Le vocabulaire ergothérapique est pour elle une valeur spécifique. Il est souvent freiné par le manque de connaissance de sa profession par ses collègues (méconnaissance du vocabulaire et des missions de l'ergothérapeute) entraînant un sentiment d'illégitimité, d'incompréhension, et un arrêt progressif de son utilisation. Ses valeurs sont cependant soutenues par de bonnes conditions sociales sur son lieu de travail et une correspondance des valeurs entre les professionnels : « tous les professionnels devraient avoir les mêmes ».

L'ergothérapeute ne connaissait pas le terme des occupations « sombres » avant de remplir le questionnaire de pré-entretien, mais en a rencontré, notamment la consommation de toxiques, des pratiques sexuelles « déviantes » (BDSM) et une patiente mineure utilisant OnlyFans® (plateforme de vente de médias, dans ce contexte vente de photographies dénudées). Elle accompagne principalement des personnes consommant des toxiques afin de décentrer la personne de ses pulsions et de l'éloigner des occupations « sombres » au travers d'une pratique occupation-axée. La personne pratiquant le BDSM ne souhaitait pas être accompagnée concernant cette occupation, mais E2 était prête à faire des recherches pour accompagner au mieux la personne à reprendre son activité. Il est important pour elle d'avoir une vision holistique et de prendre en compte toute demande et d'évaluer l'importance de l'occupation pour la personne. Son activité professionnelle est alors occupation-axée pour les activités illégales, et pourrait devenir fondée pour d'autres. L'ergothérapeute ne ressent pas de différence entre l'accompagnement d'une personne pratiquant ou non des occupations « sombres » mais ressent une différence dans la manière dont ses valeurs sont influencées.

En effet, E2 dit que l'impact des occupations « sombres » sur ses valeurs professionnelles est certain mais ne devrait pas exister : « *on perdrait notre côté soignant, on doit soigner tout le monde de la même manière* ». Elle aurait tendance à ressentir du jugement face à certaines de ces occupations, même si elle reconnaît qu'elles peuvent être expliquées par la pathologie psychiatrique. Si l'influence sur ses valeurs est trop importante, elle peut impacter la qualité des soins, E2 se retire alors face à cette situation. Enfin, elle conseille de « *n'avoir aucun à priori, on ne sait pas pourquoi les personnes font ça* ». Une approche sans jugement et curieuse permettrait un accompagnement de qualité.

2.1.3. Analyse entretien E3

L'interlocutrice pratique dans le domaine de la psychiatrie forensique dans un « hôpital-prison » en Suisse, et est ergothérapeute depuis 23 ans. Cette structure permet d'accompagner les personnes qui ont commis des crimes ou délits et ayant un trouble psychique. Le juge ne donne alors pas de peine, mais une mesure. Les résidents y restent afin de pouvoir plus tard réintégrer la société civile Suisse.

E3 décrit l'occupation comme des activités structurant la vie quotidienne. Elle dit elle-même être occupation-centrée. Elle a une pratique d'abord occupation-axée par le biais d'activités manuelles permettant l'engagement et le maintien occupationnel au sein de l'hôpital. Sa pratique devient ensuite occupation-fondée via des sorties permettant la reprise des occupations antérieures de l'usager ou d'en créer des nouvelles, qui auront été établies à l'avance via le PES, Plan d'Exécution de la Sanction. Pour garantir cet accompagnement, elle identifie d'abord le déséquilibre occupationnel menant au déséquilibre psychique, puis au crime. Être occupation-centrée est important pour elle, malgré des contraintes institutionnelles et judiciaires freinant parfois le respect de cette pratique et de la subjectivité de chaque personne.

L'ergothérapeute mentionne ensuite comme valeurs le respect mutuel du soignant et de la personne, et de sa subjectivité. Le non-respect de ces valeurs mènerait alors à une souffrance psychique. L'utilisation du vocabulaire adapté est aussi important. Le terme « accompagnement » représenterait une valeur spécifique de l'ergothérapie, qu'elle explique comme étant « faire avec » la personne et non « à la place », comme le sous entendrait la prise en soins ou la prise en charge. Cette valeur est respectée, mais n'est pas toujours comprise par d'autres professionnels non ergothérapeutes qui demanderaient des tâches relevant de « *l'animation et non de l'ergothérapie* ». L'échange est possible mais amène une certaine forme d'épuisement pour l'ergothérapeute devant expliquer sa profession.

L'ergothérapeute définit les occupations « sombres » comme des occupations importantes mais néfastes pour la santé, la société et la morale. Dans ce contexte de psychiatrie forensique, les occupations « sombres » sont souvent de nature illégale. Ces occupations sont toujours prises en compte dans l'accompagnement, mais pas toujours incluses : « *beaucoup de patients ont la particularité d'être pris dans des occupations sombres, c'est leur quotidien* ».

La fréquence, la nature de ces activités et le contexte d'hospitalisation forensique les rend alors impossibles à ignorer. Un échange est créé permettant la compréhension des activités illégales afin de répondre à des besoins (souvent souffrance psychique) et les remplacer par des activités saines et participant à la vie de la société (au sein de l'hôpital ou en ville). La pratique de l'ergothérapeute est donc occupation-axée dans ces cas. Toutes les occupations « sombres » rencontrées ne sont pas illégales, elles peuvent être néfastes à la santé de l'utilisateur. Un résident diabétique a adapté avec l'ergothérapeute sa manière de faire de la pâtisserie contenant moins de glucose. La pratique devient alors occupation-fondée s'il y a possibilité de pratiquer l'occupation en respectant les règles de l'institution.

L'interlocutrice évoque que ses valeurs personnelles ont tendance à s'effacer dans un contexte professionnel pour laisser place à ses valeurs d'ergothérapeute. Elle respecte personnellement des principes d'écologie, notamment limiter la consommation et le gaspillage de nourriture. Cette valeur personnelle fut mise à mal quand un de ses patients a jeté à la poubelle une grande quantité d'aliments. Cet impact des valeurs personnelles est rapidement effacé en adaptant une posture professionnelle et en analysant la situation d'un point de vue psychopathologique. Ce changement de posture permet de s'éloigner de la moralité et d'accompagner au mieux la personne pour en faire un membre fonctionnel et adapté à une société. Elle déclare aussi arrêter ou limiter tout accompagnement lorsque la personne se met en danger elle-même ou autrui.

Les valeurs professionnelles de E3 ne sont alors pas mises à mal par les occupations « sombres » de ses patients. Adapter sa posture en tant qu'ergothérapeute lui permet d'analyser chaque personne et ses besoins ayant mené à l'occupation « sombre » afin de réintégrer la personne en société. Afin d'accompagner au mieux des personnes avec ces occupations, E3 conseille d'être « au clair avec soi-même », avec ses propres valeurs et propres occupations, et de toujours respecter la personne accompagnée.

2.1.4. Analyse entretien E4

L'ergothérapeute E4 pratique actuellement en libéral principalement dans le domaine de la santé mentale et intervient aussi en EHPAD. Elle avait déjà pratiqué en salariat en psychothérapie. Elle possède aussi un master en éthique en santé, et a obtenu son Diplôme d'Etat d'ergothérapeute il y a 13 ans.

L'ergothérapeute définit l'occupation comme une activité qui a du sens pour soi et les autres. Afin de centrer son activité sur l'occupation, elle utilise divers modèles conceptuels mais principalement le PEO. Elle utilise des outils relationnels tels qu'une bonne alliance thérapeutique, des bilans personnalisés, des entretiens motivationnels, l'humour et l'écoute active. Sa pratique autour de l'occupation est parfois mise à mal. En effet, elle relève un conflit entre les objectifs thérapeutiques de l'ergothérapeute et les activités de certains patients (ex : personne avec une clinophilie, préférant la position allongée ou restant dans son lit une grande partie de son temps). L'ergothérapeute aurait tendance à fixer des objectifs fonctionnels en société et en santé pour la personne, alors que l'utilisateur ne souhaite pas atteindre cette autonomie et cette fonctionnalité. L'interlocutrice différencie alors les objectifs signifiants pour la personne et significatifs pour la société. Il est aussi important pour elle que son accompagnement soit personnalisé en fonction de la personne et de ses occupations, facilité par la pratique libérale (choix libre des modèles et outils). L'ergothérapeute libéral peut aussi intervenir sur beaucoup de plans de la vie de la personne. Cette liberté constitue cependant une charge de travail importante, il est alors important d'avoir un réseau pluridisciplinaire.

Parmi ses valeurs, E4 énonce la bienveillance, le non-jugement et l'écoute inconditionnelle. Elle mentionne des valeurs spécifiques à l'ergothérapie comme la justice occupationnelle (donner la même possibilité à chacun de pratiquer l'occupation qu'il souhaite) et l'autonomie. Avoir une pratique respectant des principes éthiques est aussi important. Elle définit l'éthique en santé comme étant un raisonnement lors d'un conflit de valeurs afin de choisir la solution la plus bénéfique à la personne concernée. L'interlocutrice trouve que ses valeurs sont respectées dans sa pratique et facilitées par la pratique libérale, mais freinées par le manque de reconnaissance de sa profession, le manque de réseau et un rythme de travail intense.

E4 définit les occupations « sombres » comme des activités non dicibles, honteuses, cachées, non acceptées dans une société mais pouvant l'être dans un autre contexte. Elle a accompagné plusieurs fois des personnes pratiquant ces occupations, notamment des personnes pédocriminelles, consommant des toxiques ou se rongant les ongles. Elle rencontre des personnes avec des occupations « sombres » depuis qu'elle travaille dans le domaine psychiatrique. Il est important pour elle que ces activités soient prises en compte dans l'accompagnement en prenant connaissance de celles-ci afin de former une alliance thérapeutique. La confiance et l'écoute inconditionnelle du thérapeute permettra alors de travailler en fonction de la demande de la personne et des objectifs signifiants et significatifs.

Les activités illégales ou néfastes pour la santé de la personne sont incluses dans la prise en charge afin de les remplacer par des occupations plus saines, légales et sans atteinte à autrui. Une supervision ou le soutien par un cadre lui permet de prendre en compte ces occupations dans sa pratique mais il est aussi possible de se sentir démuni face à ces accompagnements si le thérapeute est peu entouré (ex : libéral sans réseau).

L'ergothérapeute dit aussi que ces occupations peuvent impacter négativement ses valeurs professionnelles notamment le non-jugement. Elle est d'ailleurs contre la « neutralité bienveillante » : *« pour moi ça n'a pas de sens qu'on n'ait pas d'émotions. Ce serait comme se couper de compétences psychosociales qu'on essaie de faire bosser à nos patients »*. L'accompagnement est possible grâce à la demande initiale de la personne accompagnée et la posture professionnelle permettant une lecture psychopathologique de l'occupation et de limiter l'empathie pour la victime du patient afin d'accompagner ce dernier au mieux. Il est tout de même rendu difficile par l'aspect immoral et illégal de ces occupations qui touchent parfois à l'extrême vulnérabilité des victimes allant parfois toucher des valeurs personnelles : *« depuis que je suis maman j'ai vraiment beaucoup de mal avec tout ce qui se passe auprès des enfants »*.

L'ergothérapeute parvient à prendre en compte les occupations « sombres » des personnes pendant de leur accompagnement. Cependant, cet accompagnement vient heurter certaines de ses valeurs professionnelles et parfois personnelles en particulier lorsqu'elles sont de nature criminelles et immorales. Il est alors important pour elle d'être entourée par d'autres professionnels afin d'exprimer le malaise provoqué par certaines de ces occupations. Elle conseille aussi de bien connaître ses propres valeurs et occupations « sombres » en tant que personnes et professionnels afin d'accompagner au mieux les autres.

2.1.5. Analyse entretien E5

L'ergothérapeute E5 a débuté son activité en tant qu'ergothérapeute en 1998, et a exercé en hôpital psychiatrique, en EHPAD, en SMR et principalement en psychiatrie dans le milieu pénitentiaire. Elle pratique actuellement en CATTP.

Elle définit l'occupation comme des activités de vie quotidienne comme le travail et les loisirs. Son mode de pratique est principalement axé sur l'occupation à travers des activités manuelles permettant de retrouver des habiletés sociales et limiter l'isolement. E5 se fonde

aussi sur l'occupation à travers la préparation de repas thérapeutiques, faire les courses ou autres activités du quotidien que les personnes qu'elle accompagne pratiquent au quotidien. Pour centrer sa pratique sur l'occupation, elle utilise l'ELADEB, un bilan permettant d'identifier les activités du quotidien à réadapter. Il arrive cependant que ses objectifs ne soient pas centrés sur l'occupation et peuvent se concentrer sur l'amélioration de la thymie ou des fonctions cognitives : *« ça a pas forcément tout le temps un rapport avec l'occupation au final »*.

Les valeurs les plus importantes de l'ergothérapeute sont la bienveillance et le respect mutuel entre le professionnel et l'usager. Elle cite aussi l'écoute, l'attention et la compréhension. Nous notons que ces valeurs sont centrées sur la personne accompagnée et facilitent l'adhésion aux soins. Pour elle, l'adaptation est une valeur spécifique à l'ergothérapie. Toutes ces valeurs lui permettent d'accompagner le mieux possible les usagers, mais cet accompagnement est parfois limité par des freins institutionnels ou des contraintes matérielles (manque de place). L'ergothérapeute alerte aussi sur l'importance d'un cadre et la vigilance aux transferts afin que ces valeurs soient respectées. Ces dernières sont facilitées par le relationnel qu'elle entretient avec les personnes qu'elle ressent comme gratifiant.

Elle définit les occupations « sombres » comme des activités dérangeantes, illégales ou négatives. Elle a notamment rencontré des personnes consommant ou trafiquant de la drogue, ayant commis des actes de pédocriminalité, homicides, viols ou du grand banditisme. Ces activités ont principalement été rencontrées en milieu carcéral psychothérapeutique mais aussi en CATTP. Ces occupations sont prises en compte dans l'accompagnement, mais pas incluses, l'objectif étant de les arrêter ou de les limiter. Son accompagnement est occupation-axé en travaillant par exemple les habiletés sociales afin de retrouver une certaine fonctionnalité en société. Ayant travaillé longuement avec ces occupations, ses valeurs ne sont pas influencées négativement par celles-ci et peuvent même être galvanisées : *« tout le monde a le droit de commettre des erreurs mais peut-être un peu améliorer les choses ou enfin voilà apporter quelque chose à la personne pour justement qu'elle reparte de son incarcération avec d'autres outils [...] mais il y a des choses sur lesquelles on peut pas trop intervenir »*.

Ses valeurs ont cependant été influencées négativement lorsque l'occupation « sombre » est pratiquée dans le cadre des soins. Il est arrivé qu'un usager ayant l'habitude de pratiquer l'exhibitionnisme se masturbe pendant les séances et/ou en présence de l'ergothérapeute. Ces événements répétés ont eu un impact sur la vie quotidienne et personnelle de l'ergothérapeute : *« ça a commencé à me travailler même chez moi j'y repensais j'étais un peu traumatisée j'ai dû même aller voir une psycho en libéral pour parler de ça »*. La valeur de respect mutuel entre le

thérapeute et l'usager a été fortement impactée, de plus qu'une masturbation en public constitue légalement un outrage sexuel (Service Public, 2025). L'ergothérapeute a tout de même persévéré à avoir une attitude bienveillante et à aller « au bout de ses valeurs ».

L'expérience en milieu carcéral psychothérapique a permis à l'ergothérapeute de mieux connaître ses propres valeurs et de développer un mode d'accompagnement respectant celles-ci. Une occupation « sombre » ne remet pas en cause le mode de prise en soin, dès lors que la personne qui la pratique respecte le cadre thérapeutique ainsi que le thérapeute. Afin d'accompagner au mieux ces personnes, E5 conseille de séparer le passage à l'acte de la personne afin de percevoir le patient. Coanimer permet aussi de faire respecter le cadre thérapeutique.

2.2. Analyse transversale

2.2.1. Présentation

Les ergothérapeutes interrogées ont une expérience moyenne de 21 ans et pratiquent ou ont pratiqué dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie, avec des types et durées de suivis différents. E1 en Centre Psychothérapique notamment en unité d'addictologie, E2 en CATTP, E3 en centre de psychothérapie forensique, E4 en libéral (interventions en EHPAD et à son cabinet) et autrefois en Centre Psychothérapique, et E5 en unité de Soins Psychiatriques Pénitentiaires. Elles ont toutes rencontré des personnes ayant eu des occupations « sombres » mais ne connaissaient pas toutes le terme avant qu'il soit mentionné dans le questionnaire de pré-entretien. Les durées de suivis peuvent alors varier de quelques semaines à plusieurs années. Elles sont aussi entourées de professionnels différents. E1 exerçait avec une équipe pluridisciplinaire variée (psychologues, art-thérapeutes...). E1 et E4 font toutes les deux partie d'un groupe de réflexion en ergothérapie et interviennent en tant que professeures à l'IFE-LCA. E4 fréquente moins régulièrement d'autres professionnels de santé du fait de son exercice libéral. Elle est tout de même entourée d'autres professionnels tels que des médecins et psychologues. E2, E3 et E5 exercent aussi avec des équipes de professionnels variés.

2.2.2. L'occupation

La grande majorité des interlocutrices décrivent l'occupation comme des activités de vie quotidienne. E1 et E4 ajoutent les notions de signifiante, de subjectivité et de contexte. L'occupation est alors un ensemble d'activités de vie quotidienne, signifiantes et/ou significatives, qui est aussi subjective, contextualisée et analysable. E2 ajoute aussi que l'occupation inclut les activités pratiquées durant l'hospitalisation.

Toutes ces professionnelles centrent leur accompagnement sur l'occupation. Elles s'entretiennent dans un premier temps avec la personne afin d'identifier les problématiques occupationnelles à l'origine du déséquilibre psychique. La thérapie s'effectue ensuite à l'aide de différentes médiations telles que des activités manuelles ou d'expression (E1, E5). Les suivis sont tous **axés autour de l'occupation**, les objectifs ergothérapeutiques et thérapeutiques étant l'amélioration de la thymie ou l'éloignement de la crise suicidaire. Les occupations des personnes ne sont pas intégrées au sein de la thérapie, mais ces médiations permettent aux personnes de développer des compétences psychosociales ou cognitives afin de les reprendre. E3 et E5 parviennent cependant à avoir un **accompagnement fondé sur l'occupation**. Les personnes accompagnées par ces ergothérapeutes ont comme objectifs de réintégrer la société civile en rejoignant des associations afin de pratiquer un loisir ou en trouvant une activité de production (travail rémunéré, bénévolat...). Elles parviennent alors à accompagner ces personnes dans ces occupations et à les intégrer dans la prise en soins. Les principaux freins à l'intégration de l'occupation dans l'accompagnement sont institutionnels. Dans le cas de E2, les médiations pratiquées en séance sont prescrites à l'avance lors de réunions interdisciplinaires. Elle a alors suggéré à l'équipe de laisser la personne choisir les médiations qui l'intéressent, ce qui ne constitue plus un frein pour elle actuellement. Pour E3, ces freins sont aussi judiciaires. Il existe aussi des contraintes matérielles, comme la disponibilité de certaines salles d'activités ou de certains bilans.

Nous pouvons alors conclure que d'après les ergothérapeutes interrogées, les activités de vie quotidienne sont les principales composantes de l'occupation. Leurs accompagnements sont tous axés sur l'occupation à l'aide de médiations permettant aux usagers de retrouver des capacités permettant la reprise de leurs activités en post-hospitalisation. Lorsque l'objectif de l'hospitalisation est la réintégration de la société civile après une incarcération, l'accompagnement est alors fondé sur l'occupation. L'ergothérapeute accompagne et pratique

avec l'utilisateur l'activité à reprendre ou à adapter. Le principal frein à un accompagnement centré sur l'occupation est institutionnel.

2.2.3. Les valeurs

La valeur qui est citée par tous les ergothérapeutes est le respect mutuel entre le patient et le thérapeute. Le respect est cité de différentes manières, comme le respect de la singularité (E3), du rythme (E5) ou des choix de la personne (E1). E3 argumente que l'origine de la souffrance psychologique vient de l'absence de respect pour la singularité de la personne et de son rythme. D'autres valeurs sont souvent citées comme la bienveillance et l'écoute. E2 est la seule ayant hésité à donner une réponse et à dire qu'elle n'y avait jamais réfléchi. Les autres valeurs citées sont la transparence, la confiance, la communication et l'éthique. E5 explique que ces valeurs permettent de faciliter l'alliance thérapeutique.

L'adaptabilité est souvent citée comme valeur spécifique à l'ergothérapie. E1 et E4 ont énoncé des valeurs différentes, telles que la justice occupationnelle, l'autonomie occupationnelle ou la transition occupationnelle. D'autres valeurs sont aussi citées telles que le vocabulaire spécifique à l'ergothérapeute, mentionné par E2 et E3. Cette dernière valeur a beaucoup d'importance pour E3, elle différencie l'expression « accompagnement » d'autres expressions qui sont selon elle confondues avec cette dernière, comme « prise en charge » ou « prise en soins ». E1 et E4 mentionnent aussi le modèle PEO (Personne – Environnement – Occupation) qui est un modèle conceptuel spécifique à l'ergothérapie. E1 et E3 ne sont pas en accord concernant l'autonomie. E1 ne souhaite pas forcément qu'une personne retrouve son autonomie si ce n'est pas son objectif. E3 au contraire souhaite la favoriser et il est important pour elle de faire « avec » la personne et non de faire « pour ». Toutes ces valeurs s'expriment et s'appliquent à travers le relationnel que les thérapeutes entretiennent avec les personnes accompagnées. E4 applique aussi ses valeurs par le biais du consulting et du mentorat qu'elle exerce auprès d'autres professionnels ou étudiants. E2 et E5 précisent aussi appliquer leurs valeurs de bienveillance et de respect avec leurs collègues de travail.

Les freins à une pratique respectant ces valeurs sont principalement institutionnels. E1, E2, E3 et E5 ressentent une certaine pression et un manque de liberté concernant l'accompagnement. Le temps d'accompagnement et les moyens de prise en soins sont imposés par les membres des institutions dans lesquelles elles pratiquent. Ces freins ne leur permettraient

pas d'appliquer correctement leurs valeurs de respect de la personne, de sa singularité et de son rythme d'évolution dans la thérapie. E4 ne ressent pas ces freins grâce à sa pratique libérale lui permettant une liberté de choix des outils à utiliser et du temps d'accompagnement, qu'elle fixe directement avec la personne. Les interlocutrices ressentent aussi un manque de reconnaissance de la part d'autres thérapeutes, n'identifiant pas efficacement les missions et objectifs de l'ergothérapeute. Ces freins sont limités grâce à la reconnaissance que les usagers expriment et les ergothérapeutes se sentent soutenues par le relationnel qu'elles entretiennent avec eux, notamment lorsqu'une bonne alliance thérapeutique se construit ou qu'un usager exprime de la reconnaissance.

En conclusion, nous pouvons dire que la valeur générique la plus importante pour les ergothérapeutes est le respect. Celui-ci permet une bonne alliance thérapeutique entre le thérapeute et le patient. L'adaptabilité est mentionnée par tous les ergothérapeutes comme une valeur spécifique à l'ergothérapie. Ces valeurs sont appliquées avec les usagers malgré des freins institutionnels. Ceux-ci sont soulagés par la reconnaissance que les usagers expriment.

2.2.4. Les occupations « sombres »

Les ergothérapeutes interrogées ont des définitions assez variées des occupations « sombres » mais se rejoignant autour de plusieurs notions, comme la perception négative de ces occupations ou l'illégalité. E1 et E4 ajoutent qu'une occupation « sombre » est aussi signifiante pour la personne la pratiquant. E1 explique qu'une occupation n'est pas toujours « sombre » ou « éclairée ». Elle illustre ses propos avec l'exemple du burn-out qui serait pour elle la face « sombre » du travail. E4 n'aborde pas la notion d'illégalité mentionnée par les autres ergothérapeutes. Pour elle, une occupation est « sombre » car elle est honteuse ou cachée, mais aussi parce qu'elle n'est pas acceptée au sein d'une société, tout en pouvant l'être au sein d'une autre. La consommation de drogues est l'occupation « sombre » rencontrée par toutes les ergothérapeutes. D'autres occupations illégales ou criminelles ont été rencontrées par E1, E3 et E5 grâce à leur pratique en psychiatrie forensique ou pénale, comme des homicides, du trafic d'argent, proxénétisme, pédocriminalité et pédophilie ou de l'exhibitionnisme. Ces activités constituent dans ce contexte des occupations, comme le mentionne E3 : *« beaucoup de patients ici ont la particularité avant ou même encore aujourd'hui d'être pris dans ce type d'occupation sombre en fait. Donc ça fait partie de leur quotidien »*. Les motifs d'entrée des personnes dans ces dispositifs sont alors toujours dus à des occupations illégales ou criminelles. Une occupation

« sombre », néfaste pour la santé de la personne la pratiquant, mais n'étant pas illégale rencontrée par E3 est la consommation de pâtisseries sucrées chez une personne diabétique. E4 définit le fait de se ronger les ongles comme une occupation « sombre », car la personne le faisant considérerait cette activité comme non acceptée socialement et honteuse, bien qu'elle ne soit pas illégale ou néfaste pour sa santé.

Concernant l'intégration de ces occupations dans l'accompagnement ergothérapique, les occupations de nature illégale (criminelles, consommation de toxiques) ne sont jamais intégrées par aucune ergothérapeute, mais prises en compte afin de fixer des objectifs et de connaître la personne. L'objectif de l'accompagnement des personnes pratiquant ces occupations est justement l'arrêt de celles-ci afin de réintégrer la société en reprenant des activités prosociales, légales et saines. D'autres occupations légales mais néfastes pour la santé de la personne sont intégrées dans l'accompagnement afin de les remplacer par des alternatives plus saines. Par exemple, E3 a accompagné un patient diabétique aimant manger des pâtisseries sucrées. Elle a alors construit avec lui des recettes allégées ou sans sucre afin de permettre à la personne d'avoir un mode d'alimentation plus sain en maintenant son occupation. E2 a aussi accompagné un patient pratiquant le BDSM. Bien que la personne n'ait pas fait de demande concernant cette activité, E2 se disait prête à se renseigner afin d'accompagner au mieux la personne.

Les occupations « sombres » ont déjà touché les valeurs professionnelles et aussi personnelles des ergothérapeutes. La plupart des ergothérapeutes interrogées disent pouvoir ressentir un jugement envers les personnes pratiquant ces occupations. Elles peuvent même ressentir un certain découragement face à la poursuite de la pratique de ces occupations, notamment la consommation de drogue (E5). Ce jugement peut aller à l'encontre de la valeur de bienveillance énoncée précédemment. Dans des cas plus rares, les valeurs personnelles des ergothérapeutes peuvent être atteintes. Les valeurs d'écologie de E3 ont déjà été touchées lorsqu'un patient a jeté à la poubelle une quantité importante d'ingrédients. E5 a aussi ressenti une atteinte à ses valeurs personnelles lorsqu'elle a subi un outrage sexuel de la part d'une personne qu'elle accompagnait. E1, lors de son expérience en milieu psychiatrique pénal, s'est retirée lorsque ses valeurs personnelles ont été touchées. Elle ressentait de la peur l'empêchant de regagner sa posture professionnelle protectrice. E2 rejoint cet avis. Bien qu'elle puisse ressentir un certain jugement face à ces occupations, celles-ci ne devraient pas avoir d'influence sur les valeurs professionnelles ou sur l'accompagnement. En cas d'influence, elle se retire et confie l'accompagnement de la personne à un autre ergothérapeute. E1, E2, E3 et E5 disent ne pas modifier leur accompagnement face à des occupations « sombres ». Les médiations restent

les mêmes, mais les objectifs et la perception de la personne diffèrent. E4 ressent au contraire une différence, car la non-dicibilité de ces occupations retarde leur intégration à l'accompagnement. Elle s'adapte cependant au rythme de la personne et à ses objectifs.

Afin d'accompagner au mieux des personnes avec des occupations « sombres » et de les intégrer dans la pratique de manière à protéger leurs valeurs professionnelles, les ergothérapeutes conseillent de se faire superviser par d'autres professionnels. Elles conseillent aussi de poser un cadre thérapeutique, de le respecter et de le faire respecter. La métacognition constitue d'après les ergothérapeutes une compétence indispensable à un exercice protégeant leurs valeurs professionnelles. E4 conseille également de réaliser régulièrement des analyses réflexives de pratique professionnelle.

Les occupations « sombres » sont toujours définies comme négatives et illégales, bien que nuancées par certaines ergothérapeutes. Les occupations illégales ne sont jamais intégrées dans la prise en soins ergothérapique mais toujours prises en compte afin de les limiter, remplacer ou arrêter. Si elles ne le sont pas, elles sont alors incluses afin de les adapter et de les poursuivre. Les valeurs professionnelles des ergothérapeutes sont touchées et celles-ci disent ressentir du jugement face à ces occupations. Il est aussi arrivé que les valeurs personnelles des participantes soient impactées négativement. Afin de limiter cette influence, elles conseillent de se faire superviser et d'analyser régulièrement leur pratique.

3. Vérification de l'hypothèse

La question de recherche nous menant à la partie exploratoire était la suivante : **dans quelle mesure les occupations « sombres » questionnent-elles les valeurs professionnelles de l'ergothérapeute ?**

Nous avons alors formulé l'hypothèse que **les ergothérapeutes prennent en compte les occupations « sombres » en adaptant leurs modes de pratique. Cependant, cette inclusion peut provoquer un dilemme éthique et défier les valeurs professionnelles.**

Premièrement, les ergothérapeutes prennent bien en compte les occupations « sombres ». Elles ne sont incluses réellement au sein de l'accompagnement que si celles-ci sont légales et non dangereuses pour autrui. Elles restent tout de même considérées afin d'établir une bonne alliance thérapeutique et des objectifs. Les occupations avec des caractéristiques illégales

doivent être arrêtées, limitées au maximum ou remplacées par des activités légales. Mais d'autres activités légales, bien que néfastes pour la personne, sont incluses durant les séances.

Ensuite, les ergothérapeutes adaptent leurs modes de pratique si l'occupation est faisable en séance et au sein de la structure, c'est-à-dire légale. Nous avons exclu au paragraphe précédent les activités illégales ou dangereuses pour autrui. Les autres activités, par exemple néfastes pour la santé, sont adaptées afin de les rendre plus saines. Les ergothérapeutes peuvent même parfois passer d'un accompagnement axé à un accompagnement fondé sur l'occupation si les moyens matériels et institutionnels permettent la pratique de l'activité à adapter.

Enfin, nous pouvons confirmer que l'inclusion de ces occupations impacte les valeurs professionnelles des ergothérapeutes. Elles peuvent ressentir du jugement, mettant à mal leurs valeurs professionnelles. Il arrive même que leurs valeurs personnelles soient touchées.

Grâce à ces éléments, l'hypothèse précédemment formulée est confirmée. Nous pouvons alors dire que les ergothérapeutes prennent en compte les occupations « sombres » et les incluent dans leur pratique si elles ne sont pas illégales, en adaptant leur mode de pratique. Ces occupations impactent négativement leurs valeurs professionnelles et peuvent mettre à mal leurs valeurs personnelles.

4. Limites de l'étude

Comme toute recherche, ce mémoire présente des limites et biais, principalement méthodologiques, qu'il convient d'aborder afin d'analyser justement les résultats obtenus. Premièrement, le nombre d'ergothérapeutes interrogées est restreint à cause de contraintes de temps et de disponibilité. Cet échantillon ne saurait représenter une réponse définitive et générale à la question de recherche.

Ensuite, quatre ergothérapeutes sur les cinq interrogées exercent et vivent en région Grand Est. Seule une ergothérapeute suisse a pu apporter un regard issu d'un autre contexte régional et national. Interroger des professionnels venus d'autres régions ou pays aurait permis d'enrichir notre étude. Pour des raisons logistiques et géographiques, quatre ergothérapeutes sur cinq ont été interrogées à distance via des appels téléphoniques ou en visioconférence. Ceci a régulièrement impacté la qualité des échanges et de leurs retranscriptions.

Même si les ergothérapeutes interrogées pratiquent selon des modalités d'exercice différentes, elles pratiquent toutes dans le milieu psychiatrique. Ceci est dû notamment au mode de recrutement. Il pourrait exister un lien entre psychiatrie et occupations « sombres », mais cette étude néglige la possibilité de rencontrer ces occupations dans d'autres domaines de pratique. Des ergothérapeutes exerçant en SMR ou dans des lieux de vie (EHPAD, MAS...) pourraient rencontrer des occupations « sombres » différentes de celles régulièrement vues dans notre étude et pourraient aussi avoir des valeurs différentes. Quatre ergothérapeutes sur cinq exerçaient depuis plus de 13 ans et la cinquième exerçait depuis moins de 2 ans. Il aurait été intéressant de rencontrer plus d'ergothérapeutes pratiquant depuis moins 10 ans afin de comparer leurs réponses avec celles de professionnels avec plus d'expérience.

De plus, toutes les ergothérapeutes rencontrées étaient des femmes. Un avis masculin aurait permis une représentation plus juste de la parité au sein de la profession d'ergothérapeute. Etudier les valeurs professionnelles et l'influence des occupations « sombres » sur celles-ci chez un professionnel masculin aurait enrichi l'étude.

Bien que la grille d'entretien soit un guide sans être un outil rigide, il ne faut pas exclure des biais, aussi méthodologiques, lors de sa passation. N'étant pas experte dans l'utilisation de cet outil, la protagoniste a pu influencer les réponses des participantes à cause de reformulations ou de manque de précision dans les questions. L'interprétation des questions par chaque participante a aussi pu impacter la cohérence des réponses données.

Pour conclure, même si le but de cette étude est d'éclairer le concept des occupations « sombres » et leur influence sur les valeurs professionnelles des ergothérapeutes, elle est tout de même composée de limites non négligeables. Des biais méthodologiques comme le mode de recrutement, les profils d'ergothérapeutes similaires, les complications logistiques ainsi que l'utilisation de l'outil d'étude impactent la qualité de la recherche. Cet échantillon n'est alors pas représentatif des avis, opinions et réponses des ergothérapeutes à travers le monde. Ces limites sont une porte ouverte à une recherche plus efficace en nombre et profils de personnes interrogées afin d'améliorer la compréhension de ce concept dans le domaine ergothérapique.

Discussion

4.1. Retour à la partie théorique

1.1. Définition et perception de l'occupation

Pour E2, E3 et E5, les occupations sont des activités de vie quotidienne, se rapprochant de la définition de l'occupation au sens commun et non ergothérapique. E4 ajoute qu'elles sont aussi signifiantes et significatives, se rapprochant de la définition de S. Meyer validée par la WFOT et en accord avec la partie théorique. E1 donne quant à elle la définition de D. Pierce. Cette définition plus complète de l'occupation par ces deux participantes peut s'expliquer par leur entourage d'autres ergothérapeutes assurant alors une veille scientifique.

Toutes nos interlocutrices sont axées sur l'occupation. En effet, les objectifs thérapeutiques de l'ergothérapeute en psychiatrie concernent surtout l'éloignement de l'utilisateur de sa crise suicidaire, une amélioration de sa thymie et la reprise d'activités prosociales. Les objectifs ne sont alors pas en lien avec les occupations de la personne. L'accompagnement de l'ergothérapeute en psychiatrie permet aussi à la personne de retrouver des compétences psychosociales et d'arrêter les activités néfastes ou d'éviter les comportements menant aux situations de crise. Elles restent tout de même centrées sur l'occupation, car la finalité de l'accompagnement est de permettre aux personnes de retrouver leurs occupations antérieures leur procurant du bien-être ou d'en trouver de nouvelles à l'aide de différentes médiations (activités manuelles, jeux d'expression...) pour tendre vers un équilibre occupationnel. Celles-ci ne sont pas toujours pratiquées en séance, d'où leur prise en soins occupation-axée. Ce mode d'accompagnement n'est alors pas en accord avec la partie théorique, où les ergothérapeutes danois sont fondés sur l'occupation. Ces derniers exercent peut-être dans d'autres types de structures où les objectifs et mode d'exercice permettent un accompagnement occupation-fondé. E3 et E5 parviennent à être occupation-fondées en raison d'un suivi différent des autres ergothérapeutes interrogées. En psychiatrie forensique et pénale, les suivis durent plusieurs années et les objectifs de fin de prise en soins doivent permettre à la personne de réintégrer la société. Pour ce faire, elle doit retrouver des activités prosociales de loisir ou de productivité, rémunérées ou non. Il revient alors à l'ergothérapeute de l'accompagner dans ce genre d'activités, le rendant alors fondé sur l'occupation.

Pour toutes nos participantes, les principaux freins à un accompagnement centré sur l'occupation sont institutionnels. Ceci est en accord avec notre partie théorique, où les

ergothérapeutes se sentent limités par des contraintes logistiques, administratives et de temps. Les attentes des ergothérapeutes et celles du personnel administratif ou d'autres thérapeutes sont souvent différentes. E4 est la seule à ne pas ressentir ce frein du fait de sa pratique libérale, où l'ergothérapeute est à elle-même sa propre institution. Elle a la liberté de choisir la durée et les outils utilisés pour l'accompagnement.

1.2. Les valeurs des ergothérapeutes

La valeur la plus importante des ergothérapeutes interrogées est le respect, notamment le respect mutuel, de la singularité et du rythme de la personne accompagnée. Cette valeur se rapproche de la définition de la dignité humaine donnée dans la partie théorique, qui était aussi la valeur la plus importante. D'autres valeurs mentionnées par les ergothérapeutes comme la bienveillance ne sont pas en accord avec la partie théorique, tandis que d'autres mentionnées dans cette dernière n'apparaissent pas en entretien, comme le holisme et l'écologie. Nous pouvons retenir que les valeurs des interlocutrices sont centrées sur l'utilisateur et en accord avec les valeurs des ergothérapeutes dans la littérature, empreintes d'humanité.

E2 est la seule à avoir hésité et à confier qu'elle « *n'y avait jamais pensé avant* » au moment de donner ses valeurs. Elle est aussi l'ergothérapeute du groupe ayant commencé à pratiquer le plus récemment. Il est possible que cette hésitation concernant ses valeurs s'explique par la construction encore en cours de son identité professionnelle en tant qu'ergothérapeute.

La valeur spécifique la plus mentionnée est l'adaptabilité, ce qui n'est pas mentionné dans la partie théorique, abordant la justice occupationnelle, l'autonomie occupationnelle et la signification occupationnelle. E4 est la seule en accord avec une valeur spécifique de la littérature, la justice occupationnelle. E1 mentionne aussi avoir retrouvé des valeurs spécifiques à l'ergothérapie après sa retraite, en se rapprochant d'un groupe de réflexion en ergothérapie. Il semblerait que les ergothérapeutes essentiellement entourés d'autres ergothérapeutes ont des valeurs majoritairement spécifiques. Les ergothérapeutes exerçant dans un milieu pluridisciplinaire semblent avoir des valeurs plus génériques.

1.3.Occupations « sombres » et influence sur les valeurs professionnelles

Les ergothérapeutes interrogées donnent des adjectifs principalement négatifs pour définir les occupations « sombres », en accord avec les réponses des ergothérapeutes danois étudiés dans la partie théorique. L'adjectif « illégal » est le plus souvent énoncé, ce qui est aussi en accord avec les résultats de recherche de la partie théorique. Des définitions plus complètes sont données par E1 et E4 en ajoutant la notion de signifiante, de contexte sociétal et de face « sombre » de l'occupation, se rapprochant de la définition donnée en partie théorique. Ces sujets connaissaient aussi déjà ce terme avant de remplir le questionnaire de pré-entretien. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'elles font toutes les deux partie d'un groupe de réflexion en ergothérapie et intervenantes régulières en institut de formation en ergothérapie, assurant alors une veille scientifique sur ce concept.

Toutes les ergothérapeutes interrogées ont rencontré comme occupation « sombre » la consommation de drogues. E1, E3 et E5 ont aussi rencontré des occupations illégales du fait de leur expérience en milieu pénal et forensique. Comme mentionné précédemment, les occupations illégales ne sont pas intégrées dans la pratique. Ceci est en accord avec l'avis des ergothérapeutes danois étudiés dans la littérature qui ne souhaitaient pas soutenir ou inclure des activités illégales ou nuisant à autrui. L'accompagnement des activités criminelles n'est alors pas centré sur l'occupation. Il devient axé sur celle-ci lorsque l'ergothérapeute, en accord avec le patient, permet de faire développer à ce dernier des capacités pour reprendre ou découvrir d'autres activités légales et saines. D'autres activités légales, même si elles sont néfastes pour la santé, sont incluses dans l'accompagnement et adaptées avec l'ergothérapeute. L'accompagnement peut alors être occupation-fondé si la durée de suivi et l'environnement institutionnel le permettent.

Les valeurs professionnelles des interlocutrices sont touchées, en particulier la valeur de respect. Les valeurs spécifiques restent cependant conservées, ce qui n'est pas en accord avec la partie théorique. Cependant, la littérature et l'étude de terrain montrent toutes les deux que l'ergothérapeute doit fournir un effort supplémentaire pour regagner sa posture professionnelle. Les interlocutrices, comme les ergothérapeutes étudiés en partie théorique, ressentent de la détresse lorsque leurs valeurs sont fortement touchées. Cette détresse peut s'illustrer avec l'exemple de l'ergothérapeute E1, qui s'est retirée de la psychiatrie pénale, et de E5 qui a dû consulter une psychologue libérale pour se confier après avoir subi un outrage sexuel par un usager. Les ergothérapeutes E1 et E2 mentionnent directement le fait de se retirer de la prise en

soins en cas d'atteinte importante des valeurs, tandis que les autres conseillent d'analyser le comportement d'un point de vue psychopathologique pour le comprendre. E1 et E2 sont aussi les thérapeutes rencontrant le plus rarement des occupations « sombres ». Nous pouvons penser que celles-ci pourraient être plus enclines à se retirer à cause d'un manque d'expérience ou de connaissance pratique de ces occupations, mais ceci resterait à confirmer avec une autre étude comparative. Alors que les ergothérapeutes les connaissant ont tendance à persévérer dans la prise en soins. Ceci n'empêche pas les thérapeutes expérimentés de se retirer en cas d'atteinte importante, comme E5 qui a arrêté son accompagnement avec la personne pratiquant l'exhibitionnisme. Elle respecte alors l'article 13.4 des Règles Professionnelles de l'ANFE énonçant que l'ergothérapeute a le devoir de se retirer si ses valeurs professionnelles ne sont pas respectées.

L'accompagnement des ergothérapeutes interrogées ne diffère pas en fonction du type d'occupation rencontrée. Elles utilisent les mêmes médiations et restent axées sur l'occupation, qu'elle soit « sombre » ou non. Dans la littérature, les ergothérapeutes passent d'un accompagnement habituellement fondé sur l'occupation à axé sur l'occupation lorsque celle-ci est « sombre ».

2. Occupations « sombres » et psychiatrie, biais ou lien réel ?

Nous avons étudié précédemment les limites de cette recherche, une de celles-ci étant le profil des ergothérapeutes interrogées. Elles exercent toutes dans le domaine psychiatrique. Cependant, E1 dit en fin d'entretien qu'il y a « *forcément* » un lien entre occupation « sombre » et psychiatrie.

Les ergothérapeutes interrogées ont toutes rencontré des personnes consommant des toxiques. Elles exercent ou ont toutes exercé dans le domaine psychiatrique. D'après E. Taschini dans « *Pratiques cliniques en addictologie* », l'analyse de ces comportements permettrait de dire que la prise de substances vient réguler les émotions (Taschini, 2017). Dans les concepts psychanalytiques, « *les addictions apparaissent comme une recherche de plaisir narcissique et d'apaisement des tensions pulsionnelles qui serviraient à protéger le sujet contre la dépression* » (Taschini, 2017). Cela ne veut pas dire que toutes les personnes suivies en psychothérapie consomment ou ont des comportements addictogènes ou que toutes les personnes consommant ont un trouble psychiatrique, mais il existerait un lien.

Les ergothérapeutes interrogées ont aussi rencontré régulièrement des personnes ayant commis divers crimes et actes illégaux. Dans « *Criminalité et troubles mentaux* », A. Artus se questionne si les troubles psychiatriques peuvent être à l'origine d'un crime, ou si un crime peut être à l'origine d'un trouble psychiatrique. L'auteure démontre qu'il n'existe aucune automaticité du passage à l'acte chez les personnes ayant un trouble psychiatrique et qu'il est difficile d'avérer une dangerosité chez ces personnes (Artus, 2023). De plus, il est difficile d'évaluer a posteriori du crime l'état mental de la personne au moment du passage à l'acte. Il est alors important de différencier le crime de l'état mental de la personne, et qu'il y a une minorité de criminels parmi ces personnes. En outre, il existe beaucoup de criminels ne présentant aucun trouble psychiatrique. Dans les structures de E3 et E5 (psychiatrie forensique ou pénale), l'état mental de la personne a été établi au moment du passage à l'acte. Mais ces structures sont assez rares en France, et de plus E3 exerce en Suisse. Ceci représenterait donc un biais dans le recrutement et ne saurait être représentatif : une occupation illégale n'est pas forcément en lien avec la psychiatrie.

D'après ces éléments, il semblerait intéressant lors d'une prochaine recherche d'étudier la récurrence des occupations « sombres » en fonction du type de suivi et des motifs d'accompagnement, psychiatrique ou non.

3. Préconisations

3.1. Aborder les valeurs spécifiques à l'ergothérapie en institut de formation

Au cours de notre étude, nous avons mis en évidence un besoin de connaissances théoriques concernant les valeurs spécifiques à l'ergothérapie. Ainsi il apparaît nécessaire d'apporter un apprentissage durant la formation menant à une réflexion en lien avec les valeurs de l'ergothérapeute. Cette réflexion s'établira tout au long de la vie professionnelle, comme en témoignent les ergothérapeutes expérimentées. Cet apprentissage peut s'inscrire dans l'UE 3.1 « Ergothérapie et science de l'activité humaine » au semestre 1 (Annexe V) . Cette unité d'enseignement apporte des connaissances théoriques sur les fondements historiques et philosophiques de l'ergothérapie. Des travaux dirigés au sujet des valeurs spécifiques à l'ergothérapie semblent adaptés à cette unité.

Ce travail dirigé peut s'effectuer en une seule séance d'environ deux heures. Ces cours seraient animés par un ou deux ergothérapeutes pour des groupes d'environ une dizaine

d'étudiants. Un groupe restreint favorise l'échange et le débat entre les personnes. Nous pourrions utiliser une pédagogie inversée où les étudiants devraient essayer de définir différentes valeurs spécifiques comme la justice occupationnelle, l'autonomie occupationnelle ou la signifiante occupationnelle. Les professeurs auraient alors le rôle de correcteurs et de guides afin d'apporter les définitions correctes. Des mises en situation permettant de faire appel à ces valeurs mettraient en application les enseignements théoriques apportés. Nous pourrions utiliser l'exemple d'un patient ayant une limitation de participation à une activité à cause d'un isolement géographique ou d'injustices sociales. Les étudiants devront identifier la problématique de la personne et la valeur liée à celle-ci, ici la justice occupationnelle, et éventuellement chercher des pistes de réflexion pour cette situation.

L'objectif de ces groupes ne serait pas d'imposer des valeurs aux étudiants, mais de leur faire découvrir des notions concernant celles-ci. Cet enseignement théorique est avant tout un outil d'initiation et un guide afin de préparer les étudiants à d'éventuelles situations similaires dans leur vie professionnelle.

3.2.Sensibiliser au concept des occupations « sombres »

Les occupations « sombres », comme mentionnées dans l'introduction de ce mémoire, ne sont abordées que succinctement au sein de la formation en ergothérapie de l'IFE-LCA de Nancy, et ne sont pas toujours connues par les professionnels. Les instituts de formations enseignent l'occupation d'après la définition de Sylvie Meyer, validée par l'ANFE. Elle est alors un ensemble d'activités significatives et analysables dans un contexte, mais aussi prosociales ou permettant la participation d'un individu au sein d'une société. Or nous avons dûment étudié qu'il existe des activités ne permettant pas la santé, antisociales ou encore illégales. Les ergothérapeutes accompagnant des personnes avec ces occupations pour la première fois ou occasionnellement peuvent se sentir déstabilisés face à celles-ci, mettant à mal leurs valeurs professionnelles voire personnelles. Pour éviter de telles situations, il semblerait pertinent de permettre aux étudiants d'aborder l'occupation comme un concept neutre et de discuter autour des faces « sombres » de l'occupation. Organiser des formations concernant ces concepts récents serait aussi bénéfique pour les professionnels en activité, afin d'assurer une veille scientifique.

Une formation serait ouverte aux professionnels Diplômés d'Etat et se déroulerait sur une journée. La matinée pourrait s'axer sur les bases et concepts théoriques de l'occupation « sombre », en redéfinissant l'occupation comme neutre, et en abordant ses faces antisociales, illégales, déviantes, immorales ou néfastes pour la santé. Il est aussi important d'aborder les droits et devoirs de l'ergothérapeute mentionnés dans les Règles Professionnelles de l'ANFE ou dans le Code de la Santé Publique. Cette formation doit aussi permettre un retour d'expérience des professionnels de ces occupations s'ils en ont déjà rencontré. La deuxième moitié de la journée s'axera autour de mises en situation. Avec une situation liée à une occupation « sombre », de petits groupes de professionnels devront débattre autour des problématiques qu'elle soulève, mais aussi la posture ou les objectifs thérapeutiques à avoir. Un partage et une discussion autour de cette formation auront lieu en fin de journée, afin de répondre à d'éventuelles questions soulevées au cours de celle-ci.

3.3. Analyse réflexive et cadre thérapeutique

Les interlocutrices conseillent toutes lors de l'étude de « bien se connaître » afin d'accompagner au mieux les personnes pratiquant des occupations « sombres ». Une démarche de métacognition et une analyse réflexive de pratique seraient à privilégier afin de proposer une prise en soins de qualité. Cette démarche est d'ailleurs une compétence à évaluer lors des stages professionnalisants durant la formation (IFE-LCA : Compétence 7) (Annexe VI). Cette évaluation se fait sous la forme d'échange entre le tuteur de stage, prenant le rôle de guide, et l'étudiant. Cette analyse doit se poursuivre tout au long de la vie professionnelle de l'ergothérapeute.

L'analyse réflexive doit permettre une remise en question d'éventuels biais cognitifs ou préjugés, mais aussi d'évaluer l'efficacité du cadre thérapeutique. Celui-ci doit être protecteur pour le professionnel, il permet de baliser la relation thérapeutique et d'établir des libertés et des limites pour l'usager. Il est envisagé comme un « contrat » que les deux parties se doivent de respecter. Si ce n'est pas le cas, il doit être repensé et revu, ou l'accompagnement doit s'arrêter. Le cadre doit mettre suffisamment à distance le côté « sombre » d'une occupation pour ne pas mettre à mal les valeurs du thérapeute, tout en assurant une sensibilité afin d'obtenir une alliance thérapeutique efficace. En lien avec les occupations « sombres », l'analyse doit permettre d'identifier les aspects de celles-ci ayant interrogé le professionnel. Elle peut par

exemple permettre de séparer la personne de son occupation « sombre » afin d'éviter des biais cognitifs, des préjugés ou des interprétations des dires et actions de la personne. L'analyse réflexive permettra alors d'établir une alliance thérapeutique efficace, une remise en question du professionnel et une identification de ses ressources.

Pour ce faire, échanger avec un pair permettra d'exprimer et de surveiller sa démarche d'accompagnement, notamment son cadre thérapeutique, et de soulever des problématiques liées à celle-ci. Une analyse réflexive peut venir du professionnel concerné par la situation, mais aussi d'un autre ergothérapeute. L'analyse réflexive doit être une discussion axée autour d'une situation que le professionnel juge nécessaire d'aborder. Pour assurer la poursuite de cet exercice au sein de la vie professionnelle, nous pouvons proposer des regroupements réguliers entre professionnels au sein d'une structure. Une fois par mois, quelques professionnels peuvent se retrouver de manière informelle pour échanger autour de situations qu'ils souhaitent analyser. Cette démarche doit être bienveillante et chaque personne doit apporter un élément de réflexion. A la fin de l'échange, chaque professionnel doit avoir identifié l'élément ayant posé question et s'engager à appliquer les pistes apportées par les autres participants.

Conclusion

Ce mémoire a développé certaines facettes non conventionnelles de l'occupation et l'attitude des ergothérapeutes face à celles-ci. Nous avons pu mettre en lumière l'impact négatif que la face « sombre » de l'occupation peut avoir sur les valeurs des professionnels.

Notre étude, se basant sur des entretiens semi-directifs, a permis d'interroger des ergothérapeutes sur leur conception de l'occupation, leurs valeurs professionnelles et leur accompagnement des occupations « sombres ». Nous avons constaté les difficultés que ceux-ci peuvent rencontrer face à des activités illégales ou néfastes pour la santé de la personne les pratiquant. Leurs valeurs et postures professionnelles sont mises à mal à cause d'un dilemme éthique ou d'une atteinte de leurs sphères personnelles. Ils se voient souvent adapter leurs modes de pratiques, en excluant les activités illégales de leur accompagnement, mais aussi en passant d'une pratique fondée sur l'occupation à axée sur celle-ci.

En comparant nos résultats à la littérature, nous avons soulevé une grande méconnaissance des occupations « sombres » chez les ergothérapeutes. Ce manque d'information peut s'expliquer par la nouveauté de ce concept, développé il y a moins de 15 ans. De plus, les ergothérapeutes rencontrant ces occupations occasionnellement ou n'y étant pas préparés peuvent y être plus sensibles et donc plus touchés. Les aborder avec les professionnels Diplômés d'Etat est alors crucial au travers de formations permettant une veille scientifique. Nous avons aussi mis en lumière que les ergothérapeutes construisent leurs valeurs lorsqu'ils sont entourés d'autres ergothérapeutes. Des valeurs professionnelles centrées sur l'utilisateur assurent une prise en soins et une posture professionnelle de qualité. Il est alors nécessaire d'apporter des bases théoriques sur les valeurs des ergothérapeutes aux étudiants. Ces connaissances leur permettront de débiter leurs vies professionnelles avec des outils sur lesquels ils pourront se reposer, en particulier s'ils sont isolés dans leur future pratique. Enfin, une démarche d'analyse de pratique est à privilégier lors de la prise en soins d'une personne ayant des occupations sombres. Cette analyse a pour objectifs d'assurer la qualité de l'accompagnement pour l'utilisateur et l'efficacité du cadre thérapeutique protégeant le thérapeute.

Après avoir exploré ces thèmes, une question émerge. En cas de refus d'accompagnement de la personne ayant une occupation dangereuse voire mortelle, quels sont les devoirs moraux et légaux de l'ergothérapeute ? Aussi, où se situent donc les libertés de la personne et les limites de l'ergothérapeute ?

Bibliographie/Sitographie

Académie Française. (2024). *Déontologie*. Dictionnaire de l'Académie française (9e éd.). <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9D1422>

Académie française. (2024). *Dévouement*. Dictionnaire de l'Académie française (9e éd.). <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9D2283>

ANFE. (2026.). *Qu'est-ce que l'ergothérapie*. https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/

ANFE. (2019). *Les règles professionnelles des ergothérapeutes*.

Artus, A. (2023). *Criminalité et troubles mentaux*. Éditions L'Harmattan. <http://www.harmatheque.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/ebook/criminalite-et-troubles-mentaux-76637>

Baillargeon-Desjardins, J., & Brousseau, M. (2019). Les ergothérapeutes francophones européens parviennent-ils à avoir une pratique fondée sur les occupations ? *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 5(1), 81–101. <https://doi.org/10.13096/rfre.v5n1.99>

Berro, M., & Deshaies, L. (2016). L'amélioration de la pratique fondée sur l'occupation au Centre de réadaptation national Rancho Los Amigos. In M. Dubois & S. T. Thiébaud Samson (Eds.), *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (pp. 309–321). De Boeck Supérieur.

Charret, L., & Samson, S. T. (2017). Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie. *Contraste*, 45(1), 17–36. <https://doi.org/10.3917/cont.045.0017>

CNTRL. (2012). *Déontologie : Définition de déontologie*. <https://www.cnrtl.fr/definition/academie9/d%C3%A9ontologie>

CNTRL. (2012). *Morale : Définition de morale*. <https://www.cnrtl.fr/definition/morale/1>

CNTRL. (2012). *Probité : Définition de probité*. <https://cnrtl.fr/definition/probit%C3%A9>

Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd.). Elsevier Masson.

Daret, E. (2016). *La mesure canadienne du rendement occupationnel au profit des personnes atteintes d'un syndrome coronaire aigu* [Thèse de doctorat, Université Claude Bernard Lyon 1]. <https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/01/DARET-Elise-9fd47b41.pdf>

Drolet, M.-J., Blais, J., & Whiteford, G. (2023). Le cadre collaboratif de la justice occupationnelle : un outil puissant en ergothérapie pour combattre les injustices occupationnelles et épistémiques. *French Journal of Occupational Therapy*.

Drolet, M.-J., & Désormeaux-Moreau, M. (2019). L'importance accordée par des ergothérapeutes canadiens à des valeurs phares de la profession. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 5(2), 15–46. <https://doi.org/10.13096/rfre.v5n2.108>

Drolet, M.-J., & Maclure, J. (2016). Les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie : perceptions d'ergothérapeutes. *Approches inductives*, 3(2), 166–196. <https://doi.org/10.7202/1037918ar>

Dubois, B., Thiébaud Samson, S., Trouvé, E., Tosser, M., Poriél, G., Tortora, L., & Guesné, J. (2017). L'objet du diagnostic : définir et expliquer l'état occupationnel d'une personne ou d'un groupe de personnes. In B. Dubois & S. T. Thiébaud Samson (Eds.), *Guide du diagnostic en ergothérapie* (pp. 19–32). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.colle.2017.01.0019>

Fisher, A. G. (2013). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? *Journal of Occupational Therapy*. <https://doi.org/10.3109/11038128.2012.754492>

Futsch, M. (2017). L'activité signifiante en ergothérapie, source de volition ?

IFOP & SOFRES. (2023). *L'homosexualité largement tolérée, mais loin d'être banalisée*. Observatoire des inégalités. <https://www.inegalites.fr/valeurs-homosexualite>

Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation: Theory and Application* (4th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Kiepek, N., Laliberte Rudman, D., Beagan, B., & Phelan, S. K. (2018). Silences around occupations framed as unhealthy, illegal and deviant. *Journal of Occupational Science*, 26(3), 341–353. <https://doi.org/10.1080/14427591.2018.1499123>

Larousse, É. (s. d.). *Occupation*. Dictionnaire de français Larousse. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/occupation/55508>

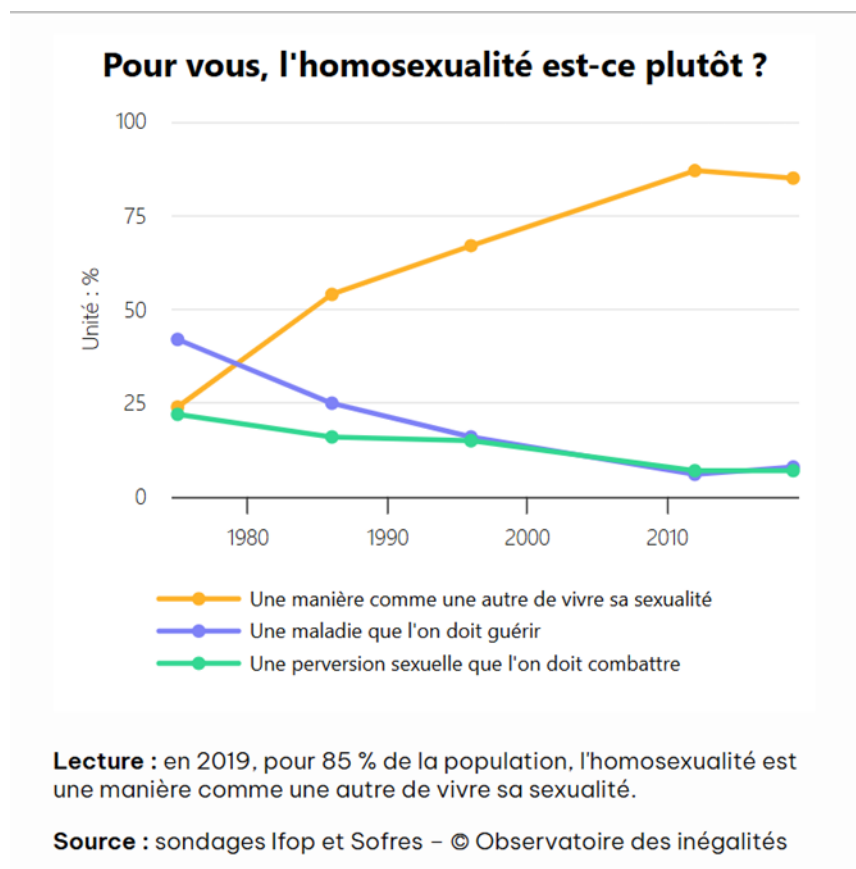
Leprince, C. (2018). Guérir des cerveaux malades : quand l'homosexualité redevient une maladie honteuse. *France Culture*. <https://www.radiofrance.fr/franceculture/guerir-des-cerveaux-malades-quand-l-homosexualite-redevient-une-maladie-honteuse-4047309>

Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation* (1re éd.). De Boeck Supérieur.

- Mønsted, N., Mahaffey, L., Jessen Winge, C., & Larsen, A. E. (2024). Perceptions of unilluminated occupations: A survey of Danish occupational therapists. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 31(1), 2373080. <https://doi.org/10.1080/11038128.2024.2373080>
- Ogien, A. (2012). Le normal et le pathologique. In A. Ogien (Ed.), *Sociologie de la déviance* (pp. 29–38). Presses Universitaires de France. <https://shs.cairn.info/sociologie-de-la-deviance--9782130593188-page-29?lang=fr>
- Pin, C. (2023). *L'entretien semi-directif* (LIEPP Fiche méthodologique, n°3).
- Ritchie, H., & Roser, M. (2022). *Consommation d'alcool*. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/alcohol-consumption>
- Ross-Nicolas, A. (2023). *Petit lexique d'ergothérapie*. Axo Physio. <https://axophysio.com/petit-lexique-dergotherapie/>
- Samaran, M. (2025). *L'approche systémique : une lecture globale pour mieux accompagner*. La communauté de l'inclusion. <https://communaute.inclusion.gouv.fr/>
- Taschini, E. (2017). Psychopathologie des conduites addictives. In E. Taschini (Ed.), *Pratiques cliniques en addictologie* (pp. 16–23). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.laque.2017.01.0016>
- winley, R. (2013). The dark side of occupation: A concept for consideration. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(4), 301–303. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12026>
- Twiney, R. (2021). *Illuminating the dark side of occupation*.
- Unapei. (2021). *L'autodétermination : du concept à la pratique*. <https://www.unapei.org/actions/autodetermination-concept-pratique/>
- WFOT. (2023). *Definitions of Occupational Therapy*. <https://www.wfot.org/resources/definitions-of-occupational-therapy>
- WFOT. (2024). *Principes directeurs pour une ergothérapie éthique*.
- Znaïen, N., & Bourmaud, P. (2020). L'alcool dans les mondes musulmans : histoire, lieux, pratiques et politiques (XVe-XXIe siècles). *Revue des mondes musulmans et de la Méditerranée*, 167, 133–150. <https://doi.org/10.4000/remmm.13379>

Annexes

1. Annexe I : Perception de l'homosexualité à travers le temps



2. Annexe II : Grille d'entretien

Questions	Relances	Objectif
Comment définiriez-vous « l'occupation » ?	Sont-elles des habitudes de vie ? En tenez-vous compte dans votre pratique ?	
Sur quels techniques ou moyens vous appuyez-vous pour personnaliser votre accompagnement ?	L'activité à réadapter/rééduquer est-elle pratiquée en séance ? Ou est-elle un objectif à atteindre et donc non pratiquée en séance ?	Connaître le mode de pratique du professionnel autour de l'occupation : occupation-fondé ou occupation-axé

	Avez-vous l'impression que ces moyens ont du sens pour vos usagers ?	
Votre milieu professionnel vous permet-il d'avoir un accompagnement personnalisé et centré autour des habitudes de vie de vos usagers ?	Cela a-t-il de l'importance pour vous ?	Evaluation de la capacité du professionnel à avoir une pratique centrée sur l'occupation
Quelles sont des valeurs importantes pour vous au sein de votre pratique ?	Pouvez-vous préciser et expliquer ces valeurs ? Pourquoi sont-elles importantes pour vous ?	Analyser si valeurs génériques ou spécifiques, comparer à la littérature
Quelles sont pour vous des valeurs spécifiques à l'ergothérapie ?	Ces valeurs sont-elles respectées dans votre pratique ?	Identifier les valeurs spécifiques
Comment appliquez-vous ces valeurs dans votre vie professionnelle ?	Quels sont les freins et leviers à une pratique respectant vos valeurs ?	
Pourriez-vous me donner une définition des occupations « sombres » ? (pré-entretien)	Si non ou réponse non concordante à la partie théorique : redonner des exemples ou définition simple (activités signifiante, mais avec un aspect illégal, immoral, contraire à la santé, non accepté par la société ... : consommation de toxiques, prostitution, activités violentes...)	Vérifier ou apporter une connaissance concernant les occupations « sombres »
Pourriez-vous me donner un ou plusieurs exemples	Si interlocuteur a pratiqué dans différents milieux : dans quel milieu de pratique avez-	

d'occupations sombres que vous avez rencontré ?	vous rencontré cette/ces occupations ?	
Quels sont pour vous des freins ou leviers à l'intégration de ces occupations ?	Intégrez-vous ces occupations lors des séances ? Votre milieu ou mode de pratique vous permet-il de les inclure ? Pourquoi les incluez-vous/souhaitez-vous les inclure ou non ?	Identifier si l'accompagnement diffère à cause de la nature des occupations sombres, et pourquoi.
Dans quelles mesures les occupations sombres influencent ou non vos valeurs ?	Pourquoi cela a-t-il une influence ou non ? Quelles valeurs sont influencées ? Les aspects légaux / éthiques / la santé ont-ils une influence sur vos valeurs dans le cadre des occupations sombres ?	Confirmation ou non de l'hypothèse
Votre accompagnement des occupations dites « sombres » est-il différent de celui d'occupations « non sombres » ?	Avez-vous mis en place des adaptations pour que vos valeurs soient respectées ?	
Quels conseils donneriez-vous à des ergothérapeutes accompagnant des personnes avec des occupations « sombres » ?		

3. Annexe III : Questionnaire de pré-entretien

Questionnaire de pré-entretien

Bonjour, merci d'avoir pris le temps de répondre à mon mail et d'être si nombreux à être volontaires pour réaliser un entretien dans le cadre de mon mémoire. Je suis Héloïse PONSART, étudiante en 3ème année à l'IFE-LCA, et mon mémoire porte sur « Les occupations sombres et les valeurs professionnelles de l'ergothérapeute ». Ce petit questionnaire me permettra d'en apprendre plus sur votre expérience professionnelle, afin de sélectionner les profils correspondant à ma recherche. Il ne devrait pas prendre plus de 5 minutes à compléter.

Merci à tous et toutes!

1/ Depuis quand exercez-vous l'ergothérapie ?

2/ En quelle année avez-vous obtenu votre Diplôme d'Etat d'ergothérapeute ?

3/ Pouvez-vous préciser votre ou vos secteurs de pratique actuels et passés ? (plusieurs réponses possibles)

- Santé mentale (psychiatrie, CMP...)
- SMR, rééducation, réadaptation
- Lieu de vie (établissement social ou médico-social, HAD, Unité Alzheimer...)
- Autre(s), préciser :

4/ Les occupations « sombres » sont des occupations à la fois signifiantes pour un individu mais aussi illégales, immorales, contraires à la santé et à l'éthique ou risquées (consommation de substances illégales, activités criminelles et/ou violentes, certaines pratiques sexuelles, prostitution ...). Avez-vous déjà, dans votre vie professionnelle en tant qu'ergothérapeute, rencontré un usager/patient pratiquant ce genre d'activités?

- Non, jamais
- Oui, une fois
- Oui, rarement
- Oui, souvent

5/ Si oui, pourriez-vous donner un ou plusieurs exemples? (même si vous n'êtes pas sûr.e qu'il s'agisse d'une occupation « sombre »)

6/ Le/les usager(s) pratiquant ce type d'occupation vous ont-ils demandé d'inclure leur occupation « sombre » dans leur processus de soins (que ce soit pour continuer la pratique de cette occupation ou au contraire ne plus la pratiquer) ?

- Non, jamais
- Oui, un ou plusieurs usagers m'ont déjà demandé une réadaptation permettant la pratique de cette activité
- Oui, un ou plusieurs usagers m'ont déjà demandé de les aider à arrêter cette occupation

- Autre(s), préciser :

7/ Etes-vous toujours intéressé.e pour participer à un entretien semi-dirigé avec moi? Celui-ci ne durera pas plus d'une heure et peut être fait en présentiel ou en visio-conférence. L'entretien sera enregistré, mais entièrement anonymisé.

- Oui, je suis toujours intéressé.e
- Je ne suis pas sûr.e
- Non, ça ne m'intéresse plus

8/ Merci de me transmettre ici vos coordonnées (mail et/ou numéro de téléphone...) ainsi que votre nom et prénom. Ceci me permettra de vous contacter afin que nous puissions organiser un entretien. Merci du temps accordé à la complétion de ce questionnaire!

4. Annexe IV : Retranscription entretien E1

Alors est-ce que vous pouvez juste me rappeler, enfin, je vais juste citer vos critères d'inclusion à mon mémoire et vous pouvez me confirmer. Alors vous êtes bien c'est ergothérapeute depuis 1981 ?

E1 : Oui.

Vous avez travaillé dans le domaine de la santé mentale ainsi qu'en ETP douleur et chirurgie bariatrique. Alors est-ce que vous pouvez juste me rappeler actuellement dans quel type, enfin, il me semble que vous êtes retraitée maintenant c'est ça ?

E1 : Oui. Actuellement je reste dans le domaine professionnel dans la mesure où j'enseigne encore, d'ailleurs la semaine prochaine je pars une semaine à Lançon. Je continue aussi dans le domaine du copilotage du groupe du GRESM, le groupe de réflexion sur la santé mentale sur l'ergothérapie et la santé.

Ok, d'accord. Vous avez donc bien accompagné des personnes, enfin des usagers, avec des occupations sombres ?

E1 : Oui tout à fait.

Et du coup ces occupations ont déjà été incluses dans le parcours de soins, que ce soit pour arrêter ou continuer la pratique de ces occupations ?

E1 : C'est bien ça, tout à fait.

Donc je vous le rappelle une dernière fois pendant que l'enregistrement est en cours, mais ce sera complètement anonymisé. Moi j'ai un petit carnet pour prendre des notes en même temps pour pouvoir rebondir plus facilement sur ce que vous dites, mais il n'y a pas votre nom il y a juste marqué E1. Voilà c'est juste pour moi pouvoir noter en même temps ce que vous dites afin d'être plus attentive et de rebondir plus facilement. Si vous êtes d'accord, sinon je peux ne pas noter. C'est comme vous préférez.

E1 : Non il n'y a pas de soucis, tu peux noter.

Et bah écoutez déjà comment vous allez ?

E1 : Ça va

Alors on va pouvoir commencer l'entretien. Alors est-ce que vous pouvez me dire comment vous définiriez l'occupation ?

E1 : Alors pour moi une occupation humaine, ce sont toutes les activités que nous pouvons faire. Alors aussi bien dans notre vie, les activités de vie quotidienne, les activités professionnelles, les activités de repos. Moi j'inclus dedans les activités aussi de création qui pour moi ne sont pas des activités de loisirs, mais que c'est autre chose. Et les activités d'expression, les activités relationnelles, sociales pour moi c'est quelque chose de très vaste, il y a aussi la sexualité. Voilà toutes les occupations, toutes les activités qu'une personne peut faire et je m'appuie moi très souvent sur la définition de Doris Pierce, donc la définition de base à savoir que c'est à la fois une activité extrêmement personnelle, subjective, à un temps T et qui n'est pas reproductible parce que c'est lié à une seule et unique personne, mais c'est aussi une activité qui peut être analysée sur un plan global général, culturel, social, etc. et qu'on peut analyser. Donc il y a des grandes catégories aussi d'activités et d'occupation.

Ok d'accord. Est-ce que vous pouvez me préciser un petit peu plus comment vous en avez tenu compte tout le long de votre pratique ?

E1 : Alors tout le long de ma pratique, moi j'ai plus travaillé sur les catégories de soins personnels. En essayant d'aider les personnes en psychiatrie à soutenir, à découvrir des autosoins, tels que la relaxation, l'auto-hypnose, le travail sur soi, la création aussi qui permet l'expression et l'introspection. Donc j'étais plus dans ce domaine de soutien à des soins personnels. Sachant que moi je considérais aussi la thérapie comme une forme d'occupation de la personne. Alors on peut le rentrer dans les activités productives si on veut parce que quand les gens étaient hospitalisés c'était leur principal travail. C'est un travail psychique, certes, mais

un travail quand même donc on peut le rentrer dans les activités. Ça dépend un petit peu comment chacun voit ça. Moi j'étais plus centrée sur ce type d'activité, voilà, de soins personnels.

D'accord merci j'aimerais approfondir un petit peu là-dessus. Est-ce que vous pouvez me dire avec sur quelles techniques ou moyens vous vous êtes appuyée pour personnaliser votre accompagnement ?

E1 : Alors moi les techniques que j'ai récupérées que j'ai refaites en formation qui étaient essentiellement des techniques d'automassage de relaxation et d'hypnose. Je me suis aussi appuyé beaucoup sur la dimension ludique et les jeux de façon à pouvoir intégrer ces jeux d'expression aussi bien en psychiatrie dans les domaines d'éducation thérapeutique, d'éducation à la santé. Et cette dimension ludique, c'est-à-dire de faire quelque chose en groupe de façon ludique, souvent avec des cartes de Dixit, avec différentes sortes de cartes permettent aux gens de s'exprimer, des cartes sur les ressources, des cartes sur la maison, j'étais plutôt sur ce genre d'outils pour permettre aux personnes d'exprimer leur vécu, leur représentation personnelle.

Ok d'accord, donc pour vous tout ça est-ce que c'est inclure l'occupation au sein par exemple d'une séance ? Ou est-ce que c'est plus un objectif à atteindre et l'occupation n'est pas vraiment pratiquée en séance.

E1 : Pour moi dans la mesure où l'expression est une occupation, l'expression elle est pratiquée en séance. Parce que la personne va pouvoir faire une expression. L'expression pour moi est une occupation et l'introspection est un outil qui permet d'aller vers l'expression. Donc si tu veux dans la mesure où j'utilise cette définition-là, j'ai écrit un article là-dessus d'ailleurs sur le fait que l'expression est une occupation. Pour moi c'était une occupation que j'utilisais. Par contre souvent on pense les occupations comme activité de vie quotidienne. J'utilisais pas la cuisine ou les courses ou des choses comme ça pour aider la personne à aller vers ça. C'était plutôt l'expression de soi qui pouvait potentiellement déboucher ensuite sur un loisir créatif si la personne le souhaitait, de la relaxation à continuer si la personne le souhaitait, ou reprendre d'autres activités de sa vie quotidienne, mais qu'on aurait pas utilisé en tant que telle pour rééduquer.

Ah OK d'accord c'est très intéressant, merci. Est-ce que vous avez l'impression que les moyens que vous utilisez du coup ça a du sens pour vos usagers ?

E1 : Alors souvent ce sont des activités, alors le côté ludique c'était souvent des choses déjà connues donc c'était assez facile pour les gens. L'expression c'était déjà un petit peu plus compliqué parce que effectivement toutes les personnes n'ont pas l'habitude de parler d'elles, de leur ressenti de leurs émotions, de ce qui se passe à l'intérieur d'elles. Donc voilà c'est ça parfois c'était un peu ça la visée de ça, c'était que les personnes puissent donner du sens à ce qui leur arrivait. Donc forcément que ça avait du sens pour eux, mais c'était pas forcément des activités qu'ils pratiquaient avant et par exemple la relaxation en l'hypnose encore moins. Donc c'était souvent des activités moi que je considérais comme significatives à mes yeux et importantes, que je faisais découvrir aux gens et ça pouvait devenir signifiant pour eux, ça pouvait devenir des activités qu'ils intégraient ou pas ça pouvait être simplement un temps où ils découvraient l'intérêt de ça, mais sans forcément le reproduire ensuite. Moi je ne visais pas à faire à utiliser une occupation pour que la personne transfère ça après à l'extérieur. Moi j'utilisais l'occupation expression en prospection, relaxation, etc. pour que les gens découvrent leur espace psychique interne et ensuite prennent soin d'eux, apprennent à se débrouiller, apprennent à aller faire ce qui est bon pour eux.

Ok, c'est très intéressant. Merci beaucoup. Est-ce que vous vous pourriez juste me reparler un petit peu de votre milieu professionnel et dans quel type de structure vous avez travaillé ?

E1 : En psychiatrie, c'était dans un service, au départ ça s'appelait psychologie médicale et clinique. Puis à un moment donné, on a déménagé au [structure], donc on est devenu partie intégrante du [structure], donc du centre psychothérapique de [ville]. Et donc c'est un hôpital donc il y avait des hospitalisations contraintes, des hospitalisations libres. J'ai toujours travaillé dans un milieu hospitalier. J'ai fait quelques petits passages dans des CATTP, Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, mais ça a été j'ai envie de dire un petit peu, quelques années, pas beaucoup, et j'ai travaillé aussi, mais c'était aussi au milieu intra hospitalier, en addictologie, on travaille sur le sevrage. Et puis tout ce qui était ETP c'était, là on peut considérer les éducations thérapeutiques, c'est pas des hospitalisations de jour mais en tout cas c'est les patients qui viennent. Bon alors c'était toujours en milieu hospitalier, mais c'est les patients qui venaient pour faire des séances d'ETP.

OK, je tiens juste à rappeler que du coup enfin voilà c'est pour mon information personnelle pour pouvoir me restituer un petit peu votre parcours professionnel. Mais le nom des structures sera pas du tout mentionné, voilà ce sera anonymisé, vous serez non reconnaissable. Est-ce que vous avez l'impression que vos différents milieux

professionnels vous ont permis d'avoir un accompagnement personnalisé et centré autour des habitudes de vie de vos usagers ?

E1 : Moi je ne je ne cherchais pas en tout cas en psychiatrie, je ne cherchais pas à être centrée sur les habitudes de vie de la personne. Je cherchais au contraire à les aider à se décentrer de leurs habitudes de vie, de façon à ce qu'ils découvrent d'autres activités thérapeutiques. Par contre, pour les personnes en névralgie qui avaient des névralgies pudendales, là j'étais centrée sur leurs habitudes de vie au sens où il fallait qu'ils les modifient. Les personnes obèses, qui ont été opérées d'une chirurgie bariatrique en éducation thérapeutique, là aussi je me centrais sur la nourriture émotionnelle et sur le partage de stratégies entre eux pour qu'ils puissent trouver d'autres stratégies occupationnelles pour faire autre chose que de manger. Sachant que ça ne suffit pas s'il n'y a pas une psychothérapie approfondie.

D'accord, c'est OK ça m'éclaire un peu plus. Et est-ce que ça a de l'importance pour vous de pouvoir faire découvrir des occupations ou de faire en sorte que votre accompagnement soit personnalisé ? Comme vous l'avez mentionné pour tout ce qui est pudendal, l'accompagnement des personnes avec douleurs pudendales, etc. Est-ce que ça a de l'importance pour vous que ce soit personnalisé ?

E1 : Personnalisé dans quel sens ?

Personnalisé par exemple du coup vous avez dit que vous avez travaillé avec des personnes avec des douleurs pudendales et que vous travaillez justement autour de leurs occupations, etc et des gestes de la vie quotidienne pour qu'ils les fassent différemment. Est-ce que ça a de l'importance pour vous que ce soit enfin que justement ces habitudes de vie soient centrales dans votre pratique ou pas ?

E1 : Dans ces pratiques-là avec les personnes qui étaient en douleur au niveau des névralgies pudendales, effectivement on était sur la découverte de nouvelles postures, de nouvelles activités, de nouvelles actions, de choses à éviter, de coussins à utiliser parce qu'effectivement l'origine de cette douleur n'était pas les habitudes de vie néfaste, mais il y avait des choses qui pouvaient les renforcer qui pouvaient effectivement renforcer ses douleurs et donc il y avait une prise de conscience à faire.

OK d'accord ça marche.

E1 : Quand tu disais personnalisé, moi pour moi personnalisé, j'entendais individuel. Moi j'ai travaillé quasiment toute ma carrière, j'ai fait un peu d'individuel mais toute ma carrière je me suis appuyé sur la puissance et l'intérêt du groupe donc je travaillais beaucoup en groupe.

Ok d'accord ça marche. Je note ça pour mes prochains entretiens et je mettrai la nuance. Merci. Si vous le voulez bien, est-ce qu'on pourrait parler un petit peu de vos valeurs professionnelles ? Est-ce que vous pourriez me dire des valeurs qui sont importantes pour vous au sein de votre pratique ?

E1 : C'est aider la personne à s'aider elle-même. C'est-à-dire c'est aider la personne à se prendre en main, à retrouver des compétences, des capacités à croire en elle et pour moi c'est vraiment soutenir ça, soutenir le fait qu'elle puisse choisir par elle-même, qu'elle puisse retrouver son désir. Et que la thérapie ne vienne pas comme quelque chose qui s'impose. Pour moi, la valeur principale c'est que la personne introspecte, réfléchisse, conscientise et qu'ensuite elle puisse éventuellement aller vers un changement. Ce n'est jamais moi qui dit à la personne vers où il fallait qu'elle aille ou ce qu'il fallait qu'elle fasse. Et pourtant Dieu sait que la plupart des gens ont des patients qui attendent qu'on leur dise quoi faire et comment le faire. Alors ce qui fait que par exemple une de mes collègues faisait une nuance dans ma pratique, elle me disait que, parce que moi je proposais en relaxation par exemple c'était tout le temps la même séance de façon à ce que les gens l'apprennent. Donc c'était tout à fait directif dans la forme parce que je leur disais quoi faire il y avait une structure dans la séance mais dans le fond c'était totalement non directif parce qu'ils le faisaient à leur façon, à leur rythme et surtout ce qu'ils ressentaient, c'était tout à fait personnel. Donc moi je m'appuyais sur le fait que souvent les gens ils ont besoin d'être guidés donc je vais donner une structure mais qu'ils pouvaient s'approprier en trois ou quatre séances et surtout ce que je leur disais à la fin ce qui est important c'est ce que vous ressentez et la manière dont vous vous le faites.

OK d'accord, est-ce que vous seriez d'accord si je reformule en disant que vous aidiez la personne, enfin la guider, vers l'autonomie ? Est-ce que pour vous ça vous semble correct comme définition ?

E1 : Alors ça dépend de ce qu'on appelle autonomie. Parce que pour moi l'autonomie c'est effectivement l'autonomie physique et psychique. Et je cherchais plus à ce que la personne retrouve son désir intérieur et qu'elle puisse être elle-même plutôt que d'être autonome. Parce que moi dans toute ma carrière, ce que j'ai pu constater, c'est qu'il y avait beaucoup de patients dont on aurait souhaité qu'ils soient autonomes et qui eux ne souhaitaient pas forcément être

autonomes parce qu'ils souhaitaient être en appui sur quelqu'un, aidé par quelqu'un et donc viser l'autonomie. Moi quand j'ai coconstruit un groupe qui s'appelait « autonomie et projet » avec les patients, ils m'ont tous dit que c'était très compliqué ce mot d'autonomie parce qu'effectivement d'abord ils ne se sentaient pas forcément autonomes et ensuite il y a un biais dans ce mot-là parce qu'effectivement c'est comme si on devait se débrouiller systématiquement tout seul. Donc pour moi c'est pas rendre les gens autonomes, c'est rendre les gens plus proches de leurs désirs profonds, de leur façon d'être profonde et qu'ils arrivent à définir leurs choix, leurs envies, leurs désirs, leurs besoins, leurs demandes tout ce qui peut, voilà. Moi mon intention, ce n'était jamais de viser l'autonomie de la personne. C'était de l'aider à être ce qu'elle souhaitait. Donc si elle visait l'autonomie, pourquoi pas mais ce n'était pas mon intention à moi.

Ok, je comprends mieux. Est-ce que vous pourriez me dire un petit peu pourquoi ces valeurs sont importantes enfin cette valeur en particulier est importante pour vous ?

E1 : Cette valeur-là, ça permet de positionner la personne comme responsable d'elle-même. Donc de lui redonner un sentiment d'existence, de capacité à dire oui ou à dire non donc pour moi c'est fondamental parce que c'est le respect de l'être humain et c'est la possibilité de l'être humain d'être ce qu'il a envie tout au sein d'une réalité qui met parfois des contraintes, au sein d'une société qui met des règles et des limites et des lois, mais néanmoins pour permettre à la personne de pouvoir être la plus libre possible de ce qu'elle souhaite être et faire.

Ok d'accord, merci beaucoup. Est-ce que vous pourriez, enfin si ça vous parle, me dire si vous connaissez ou si pour vous vous pensez les appliquer, des valeurs spécifiques à l'ergothérapie qu'on ne partage pas forcément avec d'autres corps de métier.

E1 : Alors les valeurs spécifiques à l'ergothérapie... pendant toute ma carrière, j'étais plus proche des psychologues, je faisais de la psychothérapie, médiation, j'étais plus proche des art-thérapeutes parce que je j'utilisais des techniques créatives, projectives et introspectives. J'ai fini par découvrir que j'étais aussi plus proche des psychomotriciens parce que j'avais des valeurs et surtout des références conceptuelles au niveau du Moi-Peau, du travail corporel et de l'ancrage de la pensée dans le corps. Donc j'ai fini par retrouver un vocabulaire plus proche de celui des ergothérapeutes et des intentions plus proches de celui des ergothérapeutes depuis que je suis en retraite, c'est un paradoxe, mais depuis que je travaille avec les collègues du GRESM, donc ce groupe de réflexion. On essaye justement de comprendre comment les concepts psychiques et les concepts occupationnels peuvent matcher ou pas et quel sens les uns peuvent prendre par rapport aux autres. Ce qui fait que maintenant je peux dire que effectivement notre

spécificité que j'identifie de plus en plus, c'est le PEO (Personne-Environnement-Occupation). Non pas comme un modèle, même si c'était le tout premier modèle, celui-là, Personne-Occupation-Environnement. C'est le tout premier modèle qui a été posé et tous les autres modèles occupationnels en découlent. Mais moi ce qui me plaît dans cette articulation, c'est que on regarde comment ça se danse entre la personne, ses occupations et ses environnements. Et pour moi ça c'est quelque chose qui peut avoir du sens qui est très rapide, sachant que ce prisme-là, alors sans rien au centre c'est pas le POP avec le mot performance au milieu, sinon je vomis. Parce que pour moi le mot performance a un sens on est en France le mot performance a un sens particulier et on a beau m'expliquer ce que ça veut dire chez les Canadiens ou les Américains, je m'en fiche. En France, quand on me dit performance ou rendement, moi j'entends performance ou rendement. Je n'ai pas besoin qu'on me donne une traduction et une explication. Nos oreilles françaises dans notre culture et notre inconscient entendent ce que ça veut dire ici et maintenant. Et donc le PEO ça me parle, c'est cette imbrication voilà notamment parce que je me suis rendu compte que moi mon PEO à moi c'était dans la personne ce qui m'intéressait, c'était la dimension psychique et intra-psychique et inconsciente que dans la sphère des occupations, bah moi j'y voyais des tas d'autres occupations que les catégories occupationnelles décrites classiquement et notamment l'activité, la thérapie en tant qu'occupation donc là on peut mettre plein de choses et que les environnements, moi comme j'étais dans un environnement intra-hospitalier, je ne voyais que cet aspect du cadre thérapeutique, contenant, confidentiel, etc. Et moi j'avais développé mais si tu veux, alors bien évidemment que d'autres personnes qui développent des choses comme ça, mais c'est ce qui m'a permis de raccrocher les wagons avec la pensée plus ergothérapique issue des modèles des occupations et je commence maintenant à pouvoir utiliser un vocabulaire occupationnel, ça commence un peu plus à me parler. Moi j'appelais ça l'équilibre psychique. Maintenant je comprends que cette notion d'équilibre occupationnel a toute son importance. Simplement, moi j'aurais tendance à rajouter l'équilibre occupationnel et psyché. Les deux vont bien ensemble.

Alors du coup enfin voilà il y a ce modèle PEO qui vous parle beaucoup qui pour vous serait vraiment très spécifique à l'ergothérapie. En plus du coup des valeurs que vous semblez partager beaucoup avec d'autres professionnels. Et aussi une de vos valeurs principales, c'est aider la personne à s'aider elle-même. J'ai noté. Est-ce que vous pourriez enfin par rapport à tout ça est-ce que vous pourriez me dire quelles sont des freins ou des leviers à ce respect de vos valeurs au sein de votre pratique ?

E1 : Alors cette question, j'ai pas suivi

Alors pardon, quels sont des freins et/ou des leviers à une pratique qui respecte toutes ces valeurs-là pour vous ?

E1 : Alors le levier c'est mon engagement à moi. J'ai toujours été très engagée et très passionnée dans mon métier, donc c'est mon levier principal que j'ai. Voilà pour moi, je veux continuer à le faire, même en n'étant pas payé, ou d'une autre façon. Les freins principaux que je pouvais avoir c'était parfois les freins institutionnels parce qu'effectivement on n'a pas toujours les mêmes valeurs avec les collègues, et puis on peut parfois aussi perdre du temps. Dans le milieu institutionnel, il y a beaucoup de réunions, beaucoup de discussions, beaucoup d'incompréhensions. Donc pour moi le frein pouvait être un peu là.

D'accord, merci beaucoup alors maintenant on va passer au cœur du sujet si vous le voulez bien. Alors est-ce que vous pourriez me donner une définition des occupations « sombres » selon vous ?

E1 : Alors pour moi les dark occupations dans ce que j'ai compris, ce sont des occupations qui ont du sens aux yeux de la personne qui sont donc significatives pour la personne, importantes qui peuvent lui procurer du plaisir dans l'immédiateté, mais qui sont soit illégales, illicites, soit néfastes pour la personne. Donc pour moi au départ, tel que je les comprenais, j'avais le sentiment que c'était des occupations telles que les toxiques, l'abus d'alcool ou l'abus de toxiques, telles que la prostitution ou des pratiques sexuelles déviantes. Et puis petit à petit, j'ai fini par comprendre qu'il s'agissait pas d'occupations, mais que c'était la face sombre des occupations et j'ai fini par comprendre que un burnout, c'est la face sombre du travail, un excès de quoi que ce soit dans une occupation. Je le vois plus maintenant en terme de, alors il y a cette partie-là nocive, mais je séparerai illicite et nocive parce qu'effectivement une occupation tel que le travail qui peut être tout à fait pertinente pour la personne et voilà si il y a un excès d'investissement des difficultés, du harcèlement, je ne sais pas quoi et ben ça peut basculer dans un burnout et là pour moi ça c'est un excès donc là on est sûr de la nocivité par excès.

D'accord, ok c'est très intéressant c'est trop bien. Alors est-ce que vous pourriez me donner un ou plusieurs exemples d'occupation enfin de Dark occupations je m'adapte à vos termes, que vous avez rencontré ?

E1 : J'ai rencontré ayant travaillé en addictologie, j'ai rencontré beaucoup de personnes qui étaient addictes, l'alcool et aussi des personnes qui étaient addictes aux toxiques.

Ok, ça marche. Alors du coup vous avez rencontré dans ce milieu-là ces occupations là en addictologie donc en santé mentale c'est ça ?

E1 : En addictologie, non c'était un service d'addictologie. À l'époque, le service d'addictologie était dans l'hôpital et détaché de la psychiatrie. Maintenant, le service d'addictologie est revenu au [structure] donc dans le milieu de la psychiatrie, mais ça a été un long débat ça justement pour savoir si l'addictologie dépendait de la psychiatrie ou pas parce que il y a des processus qui sont très proches, nous on a des personnes qui étaient dépressives et qui avaient un apport alcoolique pour se stimuler et se booster, mais qui n'était pas forcément, qui pouvait s'arrêter qu'il n'y avait pas de problème de sevrage comme les personnes addict.

OK d'accord bah voilà désolé de la confusion du coup entre addictologie et santé mentale. Alors est-ce ce que vous pourriez me donner pour vous des freins ou des leviers à l'intégration de ces occupations dans votre pratique ?

E1 : On ne peut pas utiliser ces pratiques, les dark occupations dans nos pratiques à nous.

Est-ce que vous pourriez me dire est-ce que déjà vous vous avez l'impression d'intégrer ces occupations, pas lors des séances, mais est-ce que vous les prenez en compte dans votre pratique ou non ?

E1 : Donc en fait oui tout ce que tu poses comme question là c'est est-ce que notre intention est d'agir sur ces occupations-là ?

C'est ça.

E1 : Bah en addictologie, oui notre intention était d'agir directement sur ces pratiques-là. Il y avait en addictologie, on travaillait toute l'orientation, il y avait quinze jours de sevrage et toute l'orientation de tout le monde était dans une modalité d'ETP donc on fonctionnait tous par groupe où on aidait les patients à mettre en évidence ce qui n'allait pas dans leur balance motivationnelle, leur déséquilibre entre l'alcool et le reste de leurs occupations. Enfin on travaillait tous dans l'intention que cette occupation-là soit désignée comme nocive s'arrête. Donc on leur proposait même carrément un sevrage total, parce qu'effectivement la simple abstinence, il y avait une différence entre abstinence et je ne sais plus quel terme, mais il fallait, oui abstinence, je ne sais plus il y avait deux termes différents et le Professeur [nom] avec qui on bossait nous disait que aider les gens à être simplement, il fallait qu'ils soient sevrés totalement parce que sinon juste essayer de boire de façon raisonnée, ça ne fonctionnait jamais. Donc en addictologie, notre intention était effectivement que les gens cessent d'utiliser cette

addiction. Par contre, quand je travaillais en psychiatrie, la personne pouvait boire, fumer avant, prendre des toxiques etc. On n'était pas forcément dans l'intention de faire arrêter cette addiction. Elle s'arrêtait de fait, ceci étant il y avait des règles à l'hôpital si quelqu'un ramenait de l'alcool ou de la drogue, il se faisait éjecter. Mais notre intention était moins directe que dans un service d'addictologie. On allait aider la personne à prendre plus conscience d'elle-même pour retrouver un équilibre de vie qui soit meilleur, un bien-être de vie qui soit meilleur et donc quelque part se rendre compte que ces activités-là pouvaient être nocives pour elle, mais on ne les attaquait pas aussi frontalement qu'en addictologie.

OK d'accord, très bien merci alors c'est très intéressant parce que du coup il y a deux aspects pour des situations à peu près similaires. Vous avez le point de vue entre addictologie et santé mentale. C'est très intéressant. Est-ce que c'est déjà arrivé, que ces occupations « sombres » donc la consommation toxiques influence vos valeurs ou non ?

E1 : Alors dans là je comprends pas ta question.

Alors par exemple, vous m'aviez du coup parlé, du coup enfin vous avez fait face à des personnes qui consommaient des toxiques dans deux services différents en addictologie et en santé mentale. Est-il déjà arrivé que ces occupations influencent vos valeurs, les mettent à mal ou au contraire renforcent vos valeurs ? Est-ce que c'est déjà arrivé ?

E1 : Alors oui parce qu'effectivement particulièrement en addictologie, le professeur avec qui on travaillait nous demandait de ne pas parler de rechute et de ne pas voir les gens comme étant en échec, de ne pas parler de rechute, c'était un peu compliqué parce que on avait tendance à les visualiser. On parle souvent d'être congruent, d'être authentique, d'avoir une considération positive inconditionnelle envers la personne, ce qui moi me parle bien du côté des humanistes. Seulement au bout de la 15e hospitalisation, de la 15e fois où on voit la personne, ça peut effectivement sévèrement attaquer notre envie d'aider l'autre parce qu'on a l'impression que l'autre en face il fait rien pour lui. Donc effectivement ça a pu ça peut être parfois agaçant, mais moi je suis très patiente. Il en fallait déjà beaucoup avant de venir pouvoir m'agacer, mais ça peut effectivement, cette constance dans la répétition dans le fait que la personne est complètement addict, même à quelque chose de nocif pour elle, ça peut devenir énervant parce que ça peut redonner aussi un sentiment d'impuissance. C'est aussi pour ça que le professeur nous demandait de ne pas parler de rechute parce qu'il y avait cette dimension, on leur renvoyait un petit peu notre sentiment d'impuissance et d'agacement à nous en leur disant bon bah vous êtes encore là. En psychiatrie, par contre je perçois moins. Alors après il y avait aussi des

rechutes et des gens qui revenaient. Mais par exemple la schizophrénie était souvent moins, en tout cas pour moi, la schizophrénie était moins stigmatisée dans ma tête que l'alcool parce que l'alcool était souvent plus associé comme la nourriture et les personnes en situation d'obésité, je pouvais les associer plus facilement à une difficulté à être dans une action, dans une décision, alors que la schizophrénie pour moi c'était quelque chose qui était plus dans la personne. Voilà je pense que même si je m'en défendais, je pense que le sentiment que les gens ne se bougeaient pas assez les fesses en addictologie ou alors il faudrait que je te formule ça de façon plus professionnelle... Manquaient de volonté, c'est pas ce que je pensais vraiment, mais il y avait certainement plus ça, plus que du côté de la schizophrénie. Donc le fait d'utiliser des Dark occupations, des toxiques, ça peut amener un jugement de valeur effectivement.

D'accord, c'est super intéressant, merci.

E1 : Tu sais que ce qui est très intéressant dans ton truc avec tes autres collègues là parce que j'en ai déjà fait quelques-uns des entretiens, tu as une dimension philosophique que les autres n'ont pas. Tu nous amènes là vraiment avec tes questions à être dans une réflexion qui va bien sur les valeurs justement et qui va bien au-delà de ce que les autres cherchent. c'est super intéressant.

Merci, c'est gentil ça me touche. J'ai presque fini, il me reste plus que quelques questions. Alors du coup c'est super intéressant ce que vous dites par rapport à la psychiatrie du coup. Moi je me demande du coup en psychiatrie vous avez accompagné des personnes qui consommaient des toxiques et d'autres personnes qui n'en consommaient pas. C'est bien ça ?

E1 : Oui.

OK est-ce que vous avez l'impression que votre accompagnement était différent entre une personne qui consommait des toxiques et une personne qui n'en consommait pas. Est-ce que vous avez dû vous adapter ?

E1 : Alors mon accompagnement n'était pas différent mais ma perception interne de la personne, je pense qu'elle était différente. Donc on en parle et on en discute, on a beau dire cette fameuse considération positive inconditionnelle, c'est plus compliqué quand quelqu'un prend un toxique. Il y a un jugement intérieur qui peut être un petit peu plus... Je me rappelle, on a eu une séance comme ça avec des patients atteints de schizophrénie, qui se sont mis à discuter de tous les toxiques qu'ils avaient pu utiliser. Donc moi j'étais assez sidérée de découvrir tout ce

qu'ils avaient pu tester, tout ce qu'ils avaient pu essayer dont un notamment qui avait fumé du géranium et qui, alors ça nous a fait éclater de rire parce que en plus il avait un look très noir, très sombre, très original voilà très gothique, très original, et puis il faisait de la création de la nuit etc. Et il nous dit bah moi j'ai fumé des géraniums donc on était tous morts de rire il dit non mais attendez rigolez pas il s'est mis à baver, il a fini aux urgences parce que c'est extrêmement toxique. Mais je ne crois pas, en tout cas pas par rapport à ce patient-là, ça n'a pas modifié. Tu vois ça n'a pas modifié ma façon d'accompagner alors il y a eu des fois où ça a pu modifier dans ce groupe-là aussi avec les patients souffrant de schizophrénie, il y en a un qui devait sortir et aller faire un test dans un appartement un peu semi-seul, semi-accompagné. Donc en tout cas c'était un test pour voir s'il pouvait se débrouiller seul et on se doutait bien qu'il y avait un risque qu'il repicole donc on avait essayé de travailler avec lui sur une sorte d'éducation à la santé avec un stagiaire qui était là qui avait préparé une séance sur donc les effets nocifs et négatifs de l'alcool, donc il a on avait effectivement modifié notre accompagnement, mais en même temps moi je faisais ça systématiquement, c'est-à-dire que quand quelqu'un avait besoin de quelque chose, on s'adaptait à ce dont il avait besoin. Et là donc le stagiaire avait monté toute une séance et je me rappelle ça avait été très drôle parce que bon bien évidemment il avait fait un essai, bien évidemment il avait bu il était dans son vomi, il avait failli d'ailleurs mourir. Donc on voyait bien qu'il n'arrivait pas à se tenir tout seul donc quand il était en dehors de l'hôpital et quand il est revenu, il nous a engueulé parce qu'il nous a dit mais écoutez alors là je pouvais même plus picoler tranquille et apprécier parce que je me disais bah là l'alcool il est en train de passer dans mon cerveau, là l'alcool il est en train de passer là, l'alcool... Il pouvait pas s'empêcher de le faire et en plus on avait rajouté, on avait mis une couche sur le sentiment de culpabilisation. Alors nous on appelle ça responsabilité et lui il appelait ça culpabilisation. Et puis il disait, mais je me rendais bien compte que je me détruisais que je pouvais pas m'en empêcher, c'était encore pire. Même si on lui avait retiré quelque part le plaisir et ça m'avait fait beaucoup réfléchir justement sur notre façon à nous d'agir en tant que thérapeutes parce que pour eux c'est un plaisir et un bon objet. Pour nous l'alcool est un mauvais objet et donc on lutte contre. Et ça m'avait beaucoup fait réfléchir sur cette sur cette valeur comme ça que les gens attribuaient à l'alcool.

D'accord, ok, merci beaucoup. Je réfléchis à comment je vais reformuler ma question. Alors est-ce que vous avez l'impression que d'une occupation sombre à une autre, vous avez dû vous adapter de manière à ce que vos valeurs à vous soient respectées ?

E1 : Alors Il y a quelque chose, il y a une histoire qui me fait penser à ça qui fait un lien, j'ai une collègue un jour qui m'a dit, mais moi ça ne m'est pas arrivé à moi, mais qui m'a dit qu'il y avait un patient tétraplégique mais pas complet, en tout cas il pouvait encore bouger et lui il voulait retrouver sa capacité à rouler des joints parce qu'il fumait, ça lui faisait du bien. Et là ma collègue a eu une problématique éthique. En se demandant si c'était pertinent ou pas de la même façon que dernièrement, j'ai eu une collègue aussi qui montait et nous a parlé un peu de son projet. c'est-à-dire faire une... D'ailleurs, il faudrait que je retrouve qui c'est que je te mette en lien avec elle parce que elle a fait un Master, je demanderai à [nom] elle a fait un Master et dans son Master elle a proposé une borne d'adaptation pour les jeux parce qu'il y a les jeux aussi qui peuvent provoquer des addictions et il y a pas mal de gens qui ont réagi négativement en disant mais tu vas provoquer, tu vas aider les gens à aller vers une addiction au jeu et elle leur a répondu que par exemple elle avait un jeune handicapé qui ne pouvait jouer que par l'intermédiaire de sa mère à qui disait jouer d'utiliser manette etc. Elle prouvait que ça ne permettait pas à ce jeune-là d'avoir une autonomie dans son plaisir, même si ça pouvait être ressenti comme une addiction. Et elle ça l'avait questionné vraiment, elle trouvait que c'était pertinent parce que c'était répondre aux besoins de la personne. Mon autre collègue pour qui c'était rouler et fumer un joint, je ne me rappelle plus si elle l'a fait ou pas. Mais ce genre de situation-là éthique, moi j'avoue que je n'y ai pas vraiment été confronté. Ça ne m'a pas atteint dans mes valeurs et dans ma façon de travailler. Si ce n'est ce que je te disais tout à l'heure, je pense que j'avais un jugement un peu moral intérieur, le pire que j'ai pu ressentir, c'est quand je suis allée aider une de mes collègues en détention. C'était un peu compliqué pour elle donc et là moi j'arrivais en bas de la rue, j'avais peur vraiment peur de ces gens-là. Et donc quand je rentrais dans la détention et que j'étais avec eux, là ça mettait complètement à mal mes valeurs parce que je savais ce qu'ils avaient fait, parce que je savais que c'était illégal. Bon ça allait beaucoup plus loin que un simple shoot et là j'avais peur d'eux donc là ça modifiait complètement ma prise en charge et ma façon d'être avec eux parce que je ne pouvais pas avoir une authenticité. Si j'avais été authentique, je me serais barrée de la détention, je ne pouvais pas avoir de l'empathie. C'était très compliqué parce que dans le milieu, dans l'environnement de la détention, j'ai eu des pervers, après en milieu professionnel où là j'ai pu les considérer comme des patients et me demander et constater qu'ils avaient été eux-mêmes pervers et qu'ils avaient reproduit la perversion. Mais quand j'étais en détention dans l'environnement de détention avec le côté légal, j'avais surtout peur et je ne pouvais pas les considérer. Je me rappelle, il y avait un patient qui était donc meurtrier et récidiviste qui faisait du travail avec du sable coloré, donc il tailladait avec un cutter. Déjà moi je leur ai pas donné de cutter qui taillait un magazine pour

pouvoir faire ses trucs et après j'ai soulevé le magazine et j'ai montré ça à ma collègue c'était une femme qui était tailladée de partout. Alors elle m'a dit bah oui mais il s'appuie pour faire du découpage pour son truc. Non pour moi ça avait un autre sens et ça me rentrait dedans parce que j'entendais bien ce que ça pouvait vouloir dire et c'était pas supportable. Donc mais je n'ai pas, oui si dans ce contexte-là, ça m'est arrivé mais les contextes de toxiques ou d'alcool ne m'ont jamais fait réagir de façon aussi intense.

Ok, j'en profite pour rebondir du coup sur votre expérience vous avez accompagné votre collègue dans le milieu de la détention. Est-ce que vous avez, alors je sais pas comment le formuler, est-ce que vous avez pu passer au-delà de cette peur et de ce jugement ou jamais et c'est resté tout le long de votre pratique ?

E1 : Tant que c'était la détention, j'y suis restée que quelques mois pour l'été. C'était dans le milieu de la détention, c'était pas possible. Quand j'avais ce type de patient-là qui avaient fait, peu importe les délits, et que j'étais en milieu intrahospitalier, oui parce que le milieu intrahospitalier me mettait dans le rôle de soignant, de thérapeute et donc je pouvais y retrouver véritablement mon rôle alors que dans le milieu de la détention, j'avais trop peur. Il fallait traverser les grands couloirs avec les mecs qui te regardent. Moi j'avais peur donc je me suis surprise d'ailleurs, j'allais à l'hôtel, je sais plus pour un stage etc. Je me suis surprise à mettre une chaise derrière la porte et quand je me suis surprise à faire ça, je me suis dit non mais là la détention il faut que j'arrête parce qu'effectivement ça m'impactait vraiment négativement. Je te mettrai en contact aussi avec ma collègue qui a bossé en détention. Elle supportait ça mais sans aucun souci. Moi j'avais l'impression de voir et de ne pas supporter. Enfin je veux dire, je savais qu'il y avait un petit papy qui avait une problématique perverse. Enfin moi c'était pas possible de dépasser ça. Je restais dans un jugement intérieur. Mais dans le milieu de la détention encore une fois c'était assez particulier, ça m'avait un peu étonné parce que j'en ai revu après et là j'étais pas dans le même type de jugement.

D'accord, écoutez j'ai une toute dernière question. Quel conseils vous donneriez à des ergothérapeutes accompagnant des personnes avec des Dark occupations ?

E1 : Je pense que là il faut être en supervision. La supervision c'est aller voir des psychanalystes des thérapeutes pour aller réfléchir sur l'impact que ça nous fait à nous parce que les dark occupations, ça amène à des questions éthiques, morales et philosophiques et donc on est sur d'autres questions que juste un rôle professionnel. Ça nous impacte nous donc c'est très problématique si on reste dans un jugement vis-à-vis de la personne et ça on ne pourra s'en

débarrasser que en faisant un travail de psychothérapie personnelle ou de supervision. Ça dépend le niveau sur lequel on veut travailler. Mais quand on fait une psychanalyse ou une psychothérapie ou qu'on explore, on explore soi-même ses propres faces sombres. Et donc on est un peu plus au clair, donc on peut être plus tolérant, mais n'empêche que ça peut rester quand même compliqué et ça peut faire écho à des choses à l'intérieur de nous. Enfin moi je suis quelqu'un d'addict au travail et au jeu. Mon père était personnellement addict à l'alcool, donc ce qui fait que je sais que j'ai des composants d'addiction potentielle. Heureusement pas l'alcool, c'est plutôt le travail et les jeux et je sais que ce que ça peut toucher chez moi quand je bosse avec des gens qui sont avec une addiction. Donc si tu ne fais pas un travail personnel, tu peux aussi basculer dans, la collègue qui se posait la question de « est-ce que je l'aide à fumer ou pas ? », ben je veux dire elle s'est appuyée sur la loi, elle s'appuie sur l'institution et ben c'est non, si elle s'appuie sur les besoins de la personne c'est oui et on s'appuie sur quoi et donc moi pour moi les valeurs internes, notre morale, notre éthique et notre façon d'être à nous donc de nous connaître, c'est sur ça qu'on peut s'appuyer. À condition qu'on ne soit absolument pas dans des, on ne va pas conforter la personne dans quelque chose d'illicite, mais en même temps si c'est son plaisir, ça questionne sur un plan éthique.

D'accord, écoutez merci beaucoup. Moi j'ai posé toutes mes questions Et voilà je vais pouvoir couper mon enregistrement, sauf si vous avez quelque chose à rajouter.

E1 : Vraiment, je souligne que tu es dans une autre dimension que les entretiens de mémoire que je fais depuis des années d'autres personnes, et je trouve ça extrêmement intéressant. Et ça me conforte vraiment alors si tu veux que ton mémoire soit intégrée dans le site, tu me l'enverras quand il sera fini bien évidemment

Ce serait un honneur !

E1 : Et ça me conforte ça vraiment dans l'idée que les Dark Occupation pour nous qui avons bossé en psychiatrie, ce sera l'occasion de pouvoir faire un pont avec les occupations parce que cette dimension des Dark occupations, elle est forcément psychique, elle est forcément liée à la l'addiction à la dépendance. Et donc ça va obliger quelque part tous les ergothérapeutes à se questionner parce que moi j'en ai marre qu'on considère que les ergothérapeutes qui bossent en psychiatrie, c'est juste une petite cerise sur le gâteau dans un coin. La problématique de la santé psychique et de la santé mentale, elle concerne tout le monde. Et quand j'ai commencé à entendre parler des dark occupations, ça m'a fasciné parce que je me suis dit là nous qui avons bossé en psychiatrie pendant des années, on a notre rôle à jouer et notre mot à dire parce

qu'effectivement ces occupations-là elles relèvent de la problématique psychique. Donc ça m'a vraiment intéressé quand tu m'as parlé de ça, je me suis dit youpi tu commences à travailler dessus c'est très bien.

C'est Ok, merci, je vais couper l'enregistrement.

5. Annexe V : Référentiel de formation : UE 3.1 « Ergothérapie et science de l'activité humaine »

Unité d'Enseignement 3.1 S1 : Ergothérapie et science de l'activité humaine		
Semestre : 1		Compétence : 2
CM : 16	TD : 24	T perso : 41
ECTS : 3		
Pré-requis		
Objectifs Définir l'ergothérapie Identifier les fondements scientifiques de l'ergothérapie Expliciter la complexité de l'activité humaine, ses liens avec la santé, la maladie et le handicap, ainsi que les interactions avec l'environnement		
Eléments de contenu Ergothérapie : Histoire et Philosophie de l'ergothérapie, définition et champ d'exercice de la profession Valeurs professionnelles de l'ergothérapeute Fondement scientifique de l'ergothérapie : science de l'Activité Humaine Science de l'activité humaine Dimensions de l'activité pour l'être humain Relation personne-activité-environnement Concept d'Activité signifiante et significative Concepts de qualité de vie et de bien-être en lien avec l'activité Concepts d'indépendance et d'autonomie Liens entre activité et santé		
Recommandations pédagogiques : L'étudiant devra se percevoir lui-même comme un « être d'activité » en lien avec son environnement avant de percevoir l'impact de la pathologie ou de la vulnérabilité sur le bien-être et la qualité de vie. Cette approche peut passer par la valorisation d'une activité signifiante et significative de l'étudiant, par exemple un hobby, une passion ou une activité à transmettre aux autres.		Modalités d'évaluation Travail écrit commun à UE 3.1 S1 et UE 3.5 S1, sous forme de QROC ou dossier relatif à l'analyse d'une étude de cas : une partie répond à des questions en lien avec l'ergothérapie et la science de l'activité humaine (UE 3.1 S1), l'autre partie aborde la question du diagnostic et du processus d'intervention (UE 3.5 S1) Critères et modalités d'évaluation Pertinence de la définition de l'objectif de l'ergothérapie Les éléments facilitant ou faisant obstacle à la santé, l'autonomie ou l'indépendance sont organisés.

6. Annexe VI : Référentiel de compétences : Compétence 7 « Evaluer et faire évoluer la pratique professionnelle »

Compétence 7 :

Evaluer et faire évoluer la pratique professionnelle

1. Analyser sa pratique professionnelle au regard des valeurs professionnelles, de la déontologie, de l'éthique, et de l'évolution du monde de la santé, de la société, des modèles de pratique et de la culture des personnes concernées
2. Evaluer les interventions en ergothérapie en fonction de la réglementation, des recommandations, des principes de qualité, d'ergonomie, de sécurité, d'hygiène, de traçabilité, et au regard des résultats de la recherche scientifique et de la satisfaction des bénéficiaires
3. Adapter sa pratique professionnelle et réajuster les interventions thérapeutiques en fonction de l'analyse et de l'évaluation et selon la démarche qualité
4. Développer une pratique visant à promouvoir les droits à la participation sociale liée à l'évolution de sciences et des techniques et analysée au regard d'une étude bénéfices/risques
5. Confronter sa pratique professionnelle à celle de ses pairs, de l'équipe ou d'autres professionnels afin de s'assurer que l'accent est mis sur l'activité, la performance dans les activités et la participation
6. Identifier les domaines de formation personnelle à développer visant l'amélioration de l'ergothérapie

7. Annexe VII :Attestation d'utilisation éthique d'une intelligence artificielle (IA)



Attestation d'utilisation éthique d'une Intelligence Artificielle (IA)

Je, soussigné(e) Héloïse Ponsart, étudiant(e) à l'IFE-LCA, déclare avoir utilisé l'IA dans la réalisation de mon mémoire d'initiation à la recherche.

Utilisation de l'IA (indiquez votre auto-évaluation pour chacun des items) :

- Aide à la compréhension de concepts / recherche bibliographique :

X Pas du tout	☐ Un peu	☐ Moyennement	☐ Beaucoup
---------------	---------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

- Traduction :

X Pas du tout	☐ Un peu	☐ Moyennement	☐ Beaucoup
---------------	---------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

- Reformulation / amélioration du style :

O Pas du tout	X Un peu	☐ Moyennement	☐ Beaucoup
---------------	----------	--------------------------------------	-----------------------------------

- Planification ou structuration de l'écrit :

X Pas du tout	☐ Un peu	☐ Moyennement	☐ Beaucoup
---------------	---------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

- Génération de contenu (texte, images, figures...) :

X Pas du tout	☐ Un peu	☐ Moyennement	☐ Beaucoup
---------------	---------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

- Traitement des résultats et analyse des données :

X Pas du tout	☐ Un peu	☐ Moyennement	☐ Beaucoup
---------------	---------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

- Elaboration des préconisations :

☒ Pas du tout	☐ Un peu	☐ Moyennement	☐ Beaucoup
---	---------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Autre(s) utilisation(s) à préciser :

Vérification norme APA 7.

Outil(s) d'IA utilisé(s) (ChatGPT, Perplexity, Mistral, Gemini, ...) :

Linnk.ai

Engagement :

☒ Je m'engage à ce que cette déclaration reflète fidèlement mon usage de l'IA dans le respect des règles d'honnêteté académique de mon établissement.

☒ Je m'engage à suivre les textes réglementaires en vigueur (règlement intérieur, charte sur les IA, règlement des examens...).

Je déclare également avoir :

☒ Vérifié les informations fournies par l'intelligence artificielle

☒ Cité les sources de mes emprunts

☒ Apporté une contribution personnelle suffisante à l'élaboration de ce mémoire d'initiation à la recherche

Date : 13/05/2026

Signature de l'étudiant(e) :

Adapté de l'attestation éthique d'utilisation de l'IA de

Compilatio
PRÉVENTION ET DÉTECTION DU PLAGIAT

8. Annexe VIII : Déclaration sur l'honneur contre le plagiat



DECLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE PLAGIAT
--

Je soussigné(e), Héloïse Ponsart

Certifie qu'il s'agit d'un travail original. Toutes les sources ont été indiquées dans leur totalité.

Je certifie n'avoir ni recopié, ni utilisé des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine. Les citations intégrales sont signalées entre guillemets.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites disciplinaires ainsi que devant les tribunaux de la République Française.

Fait à Nancy, le : 11/05/2026

Signature

9. Annexe IX : Abstract

Promotion 2023-2026

Héloïse Ponsart

Les occupations « sombres » et les valeurs de l'ergothérapeute

Résumé : Les occupations « sombres » sont un concept développé récemment qui semblent être des occupations significatives pour l'individu et lui apportant du bien-être mais de nature illégale, immorale, contraires à la santé ou à l'éthique ou non acceptées au sein d'une société. Les ergothérapeutes sont alors amenés à s'interroger quant à l'accompagnement de ces occupations. Les devoirs légaux et sanitaires de l'ergothérapeute ainsi que les mœurs de la société dans laquelle il s'inscrit posent alors un dilemme éthique quant à l'accompagnement de ces occupations. Nous nous demandons donc dans quelle mesure les occupations « sombres » questionnent-elles les valeurs professionnelles des ergothérapeutes ? Pour répondre à cette question, des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès d'ergothérapeutes, afin d'examiner les points de vue et les pratiques des ergothérapeutes quant à ce sujet. Les données récoltées ont été comparées avec des recherches bibliographiques permettant d'appuyer l'analyse. Ces données recueillies permettent de constater que les valeurs professionnelles des ergothérapeutes sont ébranlées par les occupations sombres et mènent le thérapeute à percevoir différemment la personne pratiquant ces occupations d'autres patients sans occupations « sombres ». La posture professionnelle, le cadre et l'analyse de l'occupation permettent tout de même de protéger les valeurs de l'ergothérapeute. Il est alors important d'être supervisé dans sa pratique, d'assurer une veille scientifique quant à ces concepts et d'identifier ses propres valeurs professionnelles.

Mots-clés : ergothérapie – occupation - occupation sombre – valeurs – éthique

Class of 2023-2026

Héloïse Ponsart

Dark occupations and the values of occupational therapists

Abstract : The concept of “dark occupations” has recently been developed to describe activities that bring meaning and well-being to an individual. However, these activities are also illegal, immoral, unhealthy, unethical, or otherwise socially unacceptable). Therefore, occupational therapists are led to question whether they should support these occupations. Consequently, supporting these occupations creates an ethical dilemma for therapists, who must balance conflicting legal duties, health-related responsibilities, and social norms. We would therefore wonder to what extent dark occupations challenge the professional values of occupational therapists. To address this issue, semi-structured interviews were conducted with occupational therapists. Data collected were compared with the results from a literature review to support the analysis. These data suggest that occupational therapists' professional values are affected by dark occupations and lead the therapist to perceive the person engaging in these occupations differently from other patients without dark occupations. Nevertheless, the occupational therapist's professional stance, the framework and the analysis of the occupation help protect their professional values. It is therefore important to receive supervision in one's practice, to be aware of the scientific literature on these concepts and to identify one's own professional values.

Keywords : Occupational therapy – occupation – dark occupation – values - ethics