

# Le rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes placées en chambre de soins intensifs psychiatriques : une revue de la portée

**Marine LEUTHOLD**

**Travail présenté pour l'obtention du**

**Bachelor of Science HES-SO en ergothérapie**

**Haute école de travail social et de la santé Lausanne | HETSL | Lausanne**

**Le jury d'évaluation :**

- Denis Pouliot-Morneau, directeur
- Tiziana Tarabori, codirectrice

**Lausanne, mai 2024**

## **Remerciements**

Je souhaite tout d'abord remercier la direction et co-direction de mon travail, Monsieur Denis Pouliot-Morneau ainsi que Madame Tiziana Tarabori pour leur accompagnement, leurs conseils et leur bienveillance tout au long de la rédaction de mon travail.

Un grand merci à Thibault Leuthold qui a relu et commenté mon travail pour me permettre de l'améliorer et le finaliser.

Je remercie également les ergothérapeutes du Centre de psychiatrie du Nord vaudois (CPNVD) qui m'ont accueillie le temps d'une journée pour me permettre de me familiariser avec le milieu de pratique.

Finalement, un grand merci à tous mes proches pour leur soutien et leurs encouragements durant la réalisation de ce travail.

Ce travail a été réalisé dans le cadre d'un travail de bachelor pour l'obtention de 15 ECTS. Le contenu et les opinions émises dans le travail n'engagent que les auteur·e·s. La responsabilité de l'école se limite à la définition et au contrôle de l'atteinte des objectifs pédagogiques relatifs aux travaux de bachelor.

## Résumé

**Introduction :** Les ergothérapeutes peuvent intervenir dans différents contextes qui offrent des services dans le domaine de la santé mentale, notamment dans celui des soins aigus psychiatriques en milieu hospitalier. Dans ce contexte, les mesures de contention, dont l'isolement, sont utilisées comme moyen de gestion de la violence pour les personnes présentant des risques de comportements auto- ou hétéro-agressifs. En Suisse romande, les ergothérapeutes qui travaillent dans ce contexte interviennent auprès des personnes placées en isolement. Il existe cependant peu de littérature sur le rôle spécifique de l'ergothérapeute dans ce contexte.

**But :** L'objectif de ce travail est d'explorer le rôle de l'ergothérapeute auprès de la clientèle adulte placée en isolement.

**Méthode :** La méthodologie choisie pour ce travail est la revue de la portée, articulée selon la structure proposée par Arksey & O'Malley (2005). Cette revue explore le rôle des ergothérapeutes auprès de la clientèle en isolement en prenant en compte des articles à la fois dans le contexte de l'isolement, mais également dans le contexte plus global des soins aigus psychiatriques. Les données ont ensuite été traitées par le biais d'une analyse thématique selon la marche à suivre proposée par Braun & Clarke (2006).

**Résultats :** Dix articles ont été inclus, cinq concernant la pratique en isolement et cinq concernant la pratique en soins aigus psychiatriques. L'analyse thématique a permis d'identifier trois thèmes principaux quant au rôle de l'ergothérapeute : les objectifs et résultats des interventions, les caractéristiques des interventions et finalement, les barrières et facilitateurs.

**Conclusion :** Cette revue de la portée met en avant différents éléments qui permettent de mieux appréhender les différents buts, méthodes et enjeux autour de la pratique des ergothérapeutes auprès de la clientèle en isolement. Les résultats indiquent un manque important de littérature spécifique à cette pratique.

**Mots-clés :** isolement, ergothérapie, santé mentale, soins aigus psychiatriques

## **Table des matières**

<b>Remerciements</b> .....	<b>II</b>
<b>Résumé</b> .....	<b>III</b>
<b>1. Introduction</b> .....	<b>6</b>
<b>2. Recension des écrits scientifiques</b> .....	<b>7</b>
2.1 Les soins aigus psychiatriques .....	7
2.2 Les spécificités de l'ergothérapie dans le milieu des soins aigus psychiatriques .....	9
2.3 Les mesures de contrainte et d'isolement en psychiatrie .....	15
2.4 La pratique de l'ergothérapie dans le contexte des chambres de soins intensifs .....	16
2.5 Problématique et question de recherche .....	17
<b>3. Méthodologie</b> .....	<b>18</b>
3.1 Type d'étude choisie .....	18
3.2 Délimitation du champ d'investigation .....	19
3.3 Collecte de données .....	19
3.3.1 Étape 1 : identification de la question de recherche .....	19
3.3.2 Étape 2 : identification des études pertinentes .....	20
3.3.3 Étape 3 : sélection des études .....	20
3.3.4 Étapes 4 et 5 : cartographie des données & synthèse et présentation des résultats .....	22
3.4 Méthode d'analyse de données envisagée .....	22
<b>4. Présentation et analyse des résultats</b> .....	<b>23</b>
4.1 Première partie : rôle de l'ergothérapeute dans le contexte de l'isolement .....	23
4.1.1 Caractéristiques générales des études sélectionnées .....	23
4.1.2 Tableau récapitulatif des études sélectionnées .....	24
4.1.3 Analyse thématique .....	25
4.2 Deuxième partie : rôle de l'ergothérapeute en soins aigus psychiatriques .....	30
4.2.1 Caractéristiques générales des études sélectionnées .....	30
4.2.2 Tableau récapitulatif des études sélectionnées .....	31
4.2.3 Analyse thématique .....	32
4.3 Applicabilité des résultats de la deuxième partie pour le contexte de l'isolement .....	38
4.3.1 Objectifs et résultats .....	38
4.3.2 Caractéristiques des interventions .....	41

4.3.3 Barrières et facilitateurs.....	44
<b>5. Discussion .....</b>	<b>47</b>
5.1 Discussion des résultats en lien avec la partie théorique.....	47
5.1.1 Approche occupationnelle et paradigmes en ergothérapie .....	47
5.1.2 Environnement et privation occupationnelle.....	48
5.1.3 Sécurité et prise de risque.....	49
5.2 État de la littérature sur la pratique de l'ergothérapie en isolement .....	50
5.3 Intérêt des résultats pour la pratique professionnelle.....	51
5.3.1 Synthèse par thème .....	51
5.3.2 Réflexion sur l'aspect éthique de la pratique de l'ergothérapie en isolement.....	52
5.4 Forces et limites du travail.....	54
<b>6. Conclusion .....</b>	<b>55</b>
<b>7. Liste de références .....</b>	<b>57</b>

## **Liste des tableaux**

<b>Tableau 1</b> : Définition des concepts avec l'acronyme PCC.....	<b>19</b>
<b>Tableau 2</b> : Vue d'ensemble des mots-clés en français et en anglais.....	<b>20</b>
<b>Tableau 3</b> : Première partie : caractéristiques des cinq études sélectionnées .....	<b>24</b>
<b>Tableau 4</b> : Deuxième partie : caractéristiques des cinq études sélectionnées .....	<b>31</b>

## **Liste des figures**

<b>Figure 1</b> : Vue d'ensemble des objectifs et des résultats des interventions .....	<b>40</b>
<b>Figure 2</b> : Vue d'ensemble des caractéristiques des interventions .....	<b>44</b>
<b>Figure 3</b> : Vue d'ensemble des barrières et facilitateurs .....	<b>45</b>

## 1. Introduction

La santé psychique est une préoccupation majeure, en termes de santé de la population et de coûts de la santé. Selon Schuler et al. (2023), en 2021, 79'513 hospitalisations ont été enregistrées dans les services de psychiatrie en Suisse. Sur ce total, 28,3% des personnes ont reçu des services d'interventions de crise, qui consistent en « la prise en charge rapide et limitée dans le temps de personnes en proie à une souffrance psychique aiguë » (Schuler et al., 2023, p. 6). Ces interventions ont lieu en hôpital, dans des services de soins aigus psychiatriques. Ce nombre tend à augmenter : en effet, une hausse des personnes hospitalisées pour des interventions de crise est observée depuis 2014 en Suisse (Schuler et al., 2023). Simultanément, les méthodes utilisées en psychiatrie, surtout celles en soins aigus, font toujours l'objet de débats, notamment au niveau éthique. C'est surtout le cas des mesures de contention telles que la contention physique et l'isolement (Colaizzi, 2005). La place prépondérante qu'a pris l'autonomie des client·es<sup>1</sup> dans les soins depuis 60 ans a d'autant plus relancé le débat sur leur utilisation (Prinsen & Van Delden, 2009). Bien qu'elles fassent débat, celles-ci sont largement utilisées dans les pays européens (Janssen et al., 2011).

En Suisse romande, les chambres d'isolement sont utilisées dans des services hospitaliers de soins aigus psychiatriques. Ces chambres d'isolement sont aussi appelées chambres de soins intensifs (CSI) (Bovet et al., 2017). Depuis une vingtaine d'années, les ergothérapeutes de divers milieux de soins interviennent auprès de la clientèle placée dans ces chambres. Les équipes de soins en milieu psychiatrique aigu sont cependant interprofessionnelles, ce qui peut engendrer des tensions en raison de la coexistence de plusieurs perspectives de soins. Cela pose donc la question du rôle de l'ergothérapeute dans ce milieu et de l'apport spécifique que celle-ci peut amener en lien avec les compétences spécifiques à la profession.

Bien que l'ergothérapie soit pratiquée dans ce contexte, il existe peu de littérature sur les objectifs et les moyens utilisés par les ergothérapeutes en isolement. Le but de cette étude est donc de déterminer le rôle de l'ergothérapeute auprès des client·es adultes placés en chambre d'isolement. Cela permettra de soutenir la pratique des ergothérapeutes qui travaillent dans ce domaine et de participer à la promotion de l'ergothérapie dans ce milieu, cela dans une perspective respectueuse des droits des client·es, une valeur au cœur de la profession (World Federation of Occupational Therapists [WFOT], 2019).

---

<sup>1</sup> Le langage épïcène et la féminisation sont utilisés dans ce travail afin de ne pas invisibiliser les femmes par le langage. En effet, celles-ci constituent l'écrasante majorité du personnel soignant mentionné à de nombreuses reprises. De plus, le mot « ergothérapeute » est féminisé car la grande majorité des ergothérapeutes en Suisse sont des femmes. Le guide « Pour une communication inclusive » (HES-SO, 2019) est utilisé comme référence.

## **2. Recension des écrits scientifiques**

La recension des écrits vise à donner une vue d'ensemble de la littérature existante sur le sujet de la recherche (Tétreault, 2014). Celle-ci débute par une présentation du contexte dans lequel les chambres d'isolement sont utilisées : le milieu des soins aigus psychiatriques. Les spécificités des interventions en ergothérapie dans ce contexte sont ensuite exposées, ainsi que les tensions entre les différentes perspectives de soins. La suite de la recension présente les mesures de contention et d'isolement ainsi que les enjeux liés à leur utilisation. Finalement, la pratique des ergothérapeutes au sein des chambres de soins intensifs est discutée.

### **2.1 Les soins aigus psychiatriques**

La présente recherche se concentre sur la pratique des ergothérapeutes dans un milieu spécifique : celui des soins aigus psychiatriques. Selon Sims (2014), ces services accueillent des personnes ayant des pathologies psychiatriques diverses pour des interventions de crise, c'est-à-dire lorsque celles-ci font face à un épisode aigu. Un tel épisode se caractérise par une intensification des symptômes, ce qui peut affecter les processus cognitifs, les croyances, les perceptions et les comportements d'une personne (Sims, 2014). Ainsi, la cause des hospitalisations est souvent la mise hors de danger de la personne ou de ses proches (Bowers et al., 2007).

En Suisse, les hospitalisations en psychiatrie peuvent être décidées par ou avec la ou le client-e, ou être imposées par la contrainte dans le cadre d'une mesure prise par les autorités de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA) (art. 428 al.1 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 [CC]) ou par un médecin habilité par les autorités cantonales (art. 429 al.1 CC). Cette mesure est appelée « placement à des fins d'assistance » (PLAFA). En 2021, en Suisse, les PLAFA en établissement psychiatrique ont concerné 16'487 personnes sur les 79'513 hospitalisations en psychiatrie, soit un peu moins d'un cinquième des cas (Observatoire suisse de la Santé, 2022).

L'une des spécificités des interventions dans le cadre de la psychiatrie aiguë est qu'elles sont relativement brèves. En effet, l'objectif de ces services de soins est d'offrir un suivi pendant une phase aiguë et non au long cours (Shorten & Crouch, 2014). Ainsi, à la sortie de l'hospitalisation en soins aigus, la personne peut, selon ses besoins, être suivie par d'autres services de soins hospitaliers, ambulatoires ou à domicile (Canton de Vaud, s. d.-a). La mission première des structures en aigu est « d'établir le suivi clinique et les soins thérapeutiques les mieux adaptés pour permettre aux patients de redevenir autonomes et acteurs de leur vie dans leur environnement habituel » (Canton de Vaud, s. d.-a). Pour ce faire, les interventions utilisées mettent l'accent sur la réduction des symptômes par le biais

d'interventions médicamenteuses. La priorisation des interventions centrées sur la réduction des symptômes et l'utilisation de médicaments sont l'expression du modèle biomédical dans le milieu des soins aigus (Ashby et al., 2015). Le modèle biomédical est un modèle centré sur les symptômes psychiatriques comme manifestation d'une maladie psychique sous-jacente et sur les processus biologiques qui la constituent (Bolton, 2020). Ainsi, selon ce modèle, les pathologies psychiatriques sont dues à des dysfonctionnements biologiques principalement localisés dans le cerveau et pouvant donc être traité par des médicaments qui les ciblent (Deacon, 2013). Le modèle biomédical est un modèle dominant de la pratique des soins aigus psychiatriques (Ashby et al., 2015), mais est également dominant dans le système de santé en Suisse. La critique principale adressée au modèle biomédical est qu'il constitue une approche réductionniste car manquant de considération pour les aspects sociaux, psychologiques et comportementaux de la maladie, ainsi que pour l'expérience subjective du vécu de la maladie par la ou le patient·e (Engel, 1997, cité dans Siksou, 2008).

L'environnement est également un facteur important dans le contexte des soins aigus psychiatriques, que ce soit sous ses aspects physique, social, culturel ou institutionnel. Dans les cas d'hospitalisations, la personne perd l'accès à ses effets personnels, ainsi qu'à sa famille et à la société ; l'environnement dans ce contexte est donc considéré comme restrictif. En effet, celui-ci ne permet pas ou peu l'accès à la réalisation d'occupations pour les client·es (Gallagher et al., 2023). De fait, les client·es rencontrent fréquemment des barrières à la participation à des occupations significatives, c'est-à-dire à des occupations qui ont du sens pour elles et eux (Ormston, 2002). Ce manque d'accès à des occupations est parfois nommé « privation occupationnelle ». Ce concept définit l'absence de possibilité ou de ressource pour participer à des occupations (Wolf et al., 2010), ce qui est considéré comme une forme d'injustice occupationnelle. Le concept de justice occupationnelle définit quant à lui le droit d'avoir accès et de prendre part à des occupations significatives qui favorisent le bien-être et la participation à la vie communautaire (Backman et al., 2021). Ce concept s'inscrit dans une tendance de l'ergothérapie qui met l'accent sur les facteurs sociaux et politiques (Larivière, 2019). Selon Slemon et al. (2017), la mise en place et la pérennisation d'un environnement restrictif et contrôlant seraient causées par le discours sur la sécurité, se manifestant par le fait de considérer la sécurité comme la valeur la plus importante dans le milieu hospitalier psychiatrique. Ce discours se révèle dans l'organisation de l'environnement, tel qu'en témoigne le fonctionnement de service en secteur verrouillé, les postes de soins fermés et les espaces créés pour faciliter l'observation des personnes hospitalisées. De plus, le discours sur la sécurité renvoie à une compréhension de la patientèle comme étant la cause principale de la violence dans ce milieu (Slemon et al., 2017).



Les professionnel·les qui travaillent en psychiatrie aigüe sont particulièrement confronté·es à la gestion de l'agressivité et de la violence. En effet, plusieurs études établissent le personnel qui travaille en santé mentale comme étant plus à risque d'être victime de violence de la part d'un·e client·e que les autres professionnel·les de santé (Anderson & West, 2011). Les comportements agressifs en milieu de soins aigus sont attribués à différents facteurs. Ainsi, ils peuvent être identifiés comme étant en lien avec des facteurs internes aux client·es, tels que le diagnostic, des facteurs externes, tel que l'environnement physique du milieu de soins, et, finalement, des facteurs situationnels/interactionnels tel que l'utilisation de mauvaises stratégies de communication par le personnel soignant (Duxbury & Whittington, 2005). La plupart des chercheuses et chercheurs s'accordent à dire que la violence est déclenchée par une combinaison de facteurs (Rueve & Welton, 2008). Néanmoins, la place donnée aux facteurs individuels varie considérablement (Rueve & Welton, 2008), notamment à cause de représentations et de valeurs divergentes (Duxbury & Whittington, 2005). En effet, malgré la coexistence d'avis différents, la littérature sur le sujet a tendance à mettre en évidence la ou le client·e comme seul·e autrice ou auteur de la violence (Cowman, 2006). Afin de gérer les violences, le personnel soignant utilise plusieurs techniques, notamment des stratégies de désescalade verbale, de la médication de manière préventive et des moyens de contention. Les mesures de contention sont fréquemment utilisées et animent de vifs débats, les enjeux autour de leur utilisation seront traités dans la suite de ce travail (voir la section 2.3).

## **2.2 Les spécificités de l'ergothérapie dans le milieu des soins aigus psychiatriques**

Afin de mieux saisir les spécificités de l'ergothérapie dans le contexte des soins psychiatriques aigus, il est important de comprendre en quoi consiste l'approche en ergothérapie et sur quoi celle-ci s'appuie. L'ergothérapie a eu différentes périodes conceptuelles au cours de son développement. Comme de nombreuses autres disciplines, l'ergothérapie s'est trouvée, il y a une trentaine d'années, dans une phase où émergeait le besoin de consolider ses bases théoriques. C'est dans ce contexte qu'ont commencé à se développer les sciences de l'occupation (Molineux & Whiteford, 2021). Depuis ses débuts, le but de ces sciences est d'étudier l'activité humaine et de produire des connaissances sur les relations entre la santé et les occupations, ceci afin de soutenir la pratique de l'ergothérapie (Meyer, 2018b; Pierce, 2016). Ces recherches produisent des données qui permettent aux ergothérapeutes de questionner, soutenir et réorienter leur pratique professionnelle. Cependant, bien que les sciences de l'occupation se développent depuis environ 30 ans, celles-ci se développent plus tardivement en Europe francophone, notamment du fait que son développement primaire est issu des pays anglophones (Meyer, 2018b; Quevillon, 2015).

Depuis les débuts du développement de l'ergothérapie en tant que profession, l'engagement dans les occupations est considéré à la fois comme le moyen, mais aussi comme le but principal des interventions (Fisher, 2013). Le terme « centré sur l'occupation » ou « *occupation-centred* » est également utilisé pour qualifier la perspective en ergothérapie (Fisher, 2013; Meyer, 2020). Le terme « basé sur l'occupation » ou « *occupation-based* » est aussi utilisé fréquemment. Il se réfère quant à lui à l'utilisation de l'occupation comme fondation du processus thérapeutique et, plus spécifiquement, au fait d'engager la personne dans une occupation comme moyen d'évaluation ou d'intervention (Fisher, 2013). C'est pourquoi le terme d'*approche occupationnelle* sera utilisé dans la suite de ce travail pour qualifier l'approche spécifique à l'ergothérapie. Cependant, il est important de noter que la centralité du concept d'occupation en ergothérapie est relativement récente (Meyer, 2022). Ainsi, bien que l'approche occupationnelle soit une approche centrale actuellement, d'autres approches sont également utilisées parallèlement ou conjointement. Parmi celles-ci, on peut noter des approches centrées sur l'exercice des fonctions (par exemples cognitives ou motrices), qui s'inscrivent dans le modèle biomédical cité précédemment (Meyer, 2018a).

Les fondements de l'ergothérapie s'appuient sur l'idée que toute personne a la possibilité d'influencer sa santé de manière positive par la réalisation de ses occupations, ainsi que sur l'idée que celles-ci donnent un sens à la vie (Hammell, 2009). Bien que cela soit une compréhension largement répandue parmi les ergothérapeutes, certaines autrices et certains auteurs remettent en question diverses hypothèses fondatrices de l'ergothérapie. C'est par exemple le cas de Karen Whalley Hammell (2009), qui souligne dans un article le manque de regard critique quant à celles-ci. Hammell dénonce notamment le manque de recherches et de données probantes sur ces hypothèses, ainsi que leur caractère faussement universel car centré sur le monde dit occidental. Elle mentionne par exemple que les théories les plus importantes en ergothérapie ont été développées dans des régions urbaines de pays occidentaux anglophones et qu'elles reflètent donc uniquement la réalité de cette minorité-là.

Une autrice brésilienne, Beatriz A. do Nascimento, a également remis en question certaines hypothèses fondatrices, notamment celle qui concerne le caractère thérapeutique de l'activité. Son écrit qui traite du sujet date de 1990 et s'inscrit dans un mouvement de désinstitutionnalisation au Brésil, c'est-à-dire dans un contexte de transition des politiques de santé mentale vers la mise en place de structures en dehors des hôpitaux psychiatriques (Kinker & Imbrizi, 2015). Elle considère que l'aspect thérapeutique intrinsèque à l'activité est un mythe qui pousse les ergothérapeutes à utiliser l'activité comme un « remède » à appliquer. Elle rappelle que l'utilisation des activités dans les contextes hospitaliers durant le développement de la psychiatrie n'a pas empêché l'installation de rapports de pouvoir, la

limitation de certains droits et l'imposition d'une forme de normalité. Elle suggère donc que les objectifs des ergothérapeutes sont soumis à ceux des institutions pour lesquelles elles travaillent, d'où l'importance de ne pas considérer que l'activité est forcément thérapeutique en elle-même (Nascimento, 1990).

Ces deux autrices ne remettent pas en question le fait d'utiliser une activité comme moyen thérapeutique, mais encouragent à questionner les mythes et croyances qui constituent l'ergothérapie en les fondant sur les preuves et en prenant en compte le contexte politique et institutionnel dans chaque situation. Bien qu'il existe des remises en question de ces fondements, la majorité des ergothérapeutes considèrent que l'activité est thérapeutique en elle-même (Nascimento, 1990), que chacun peut influencer positivement sa santé par ses occupations et que celles-ci donnent un sens à la vie (Hammell, 2009).

Malgré l'existence de bases communes à l'exercice de la profession, les spécificités de chaque milieu façonnent la pratique et le rôle des ergothérapeutes dans leur contexte. Selon Sims (2014), dans le milieu des soins psychiatriques aigus, la pratique est affectée par les courtes durées d'hospitalisation. Le processus thérapeutique en ergothérapie se déroule donc dans des délais très courts. Les objectifs posés dans ce contexte concernent donc fréquemment la préparation de la sortie de l'hôpital ainsi que la prévention des rechutes. Dès lors, les objectifs principaux en ergothérapie sont de permettre à une personne de pouvoir maintenir ses compétences, de récupérer celles qui ont été perdues et de retrouver un niveau de fonctionnement occupationnel sécuritaire pour sa sortie de l'hôpital (Sims, 2014).

L'aspect interprofessionnel est également un facteur important des suivis en ergothérapie dans ce contexte. En effet, la communication avec les autres membres de l'équipe autour des progrès des client·es est nécessaire afin d'assurer la coordination des services thérapeutiques (Sims, 2014). De plus, la variété des savoirs disciplinaires implique la coexistence de plusieurs perspectives de soins. Il existe donc des tensions entre les différentes perspectives. À noter que les tensions peuvent également être présentes entre les perspectives des professionnel·les d'une même discipline. Une étude relève que dans ce contexte, les tensions sont particulièrement fortes entre le modèle biomédical et l'approche occupationnelle, notamment en ce qui concerne les objectifs des interventions (Ashby et al., 2015). Des professionnel·les de l'étude d'Ashby et al. (2015) mentionnent par exemple des désaccords quant à l'importance des médicaments, des interruptions de leurs séances interprétées comme un manque de respect ou encore un manque d'opportunité d'utiliser des activités et de modifier l'environnement. Leurs expériences témoignent de points de vue divergents qui se traduisent par des différences de priorités, d'objectifs et de moyens de traitement. Ces autrices suggèrent que la dominance du discours biomédical implique un risque pour l'ergothérapie :

la marginalisation des perspectives basées sur l'occupation. En effet, cela crée des tensions dans les équipes et encourage les ergothérapeutes à quitter la profession ou à diminuer leurs interventions basées sur l'occupation au profit d'autres interventions, notamment issues de la psychologie (Scanlan et al., 2010, cité par Ashby et al., 2015). De plus, cela diminue l'efficacité que les autres professionnels attribuent aux interventions basées sur l'occupation, ce qui participe à leur marginalisation (Ashby et al., 2015).

La pratique en ergothérapie en soins aigus tend à s'inscrire dans l'approche du rétablissement (Sims, 2014). La définition du rétablissement fait cependant l'objet de débats (Davidson et al., 2005). En effet, le rétablissement peut avoir différents sens selon qui le définit (Kuek et al., 2023). Le concept de rétablissement a d'abord été utilisé par des personnes ayant, pour la plupart, été diagnostiquées d'un trouble psychiatrique et ayant été suivies dans des structures de soins. Celles-ci remettent en cause le fonctionnement des systèmes de soins en santé mentale, ainsi que la manière de concevoir, diagnostiquer et traiter les patient·es en psychiatrie (Morrison, 2013). Selon l'autrice Linda J. Morrison (2013), ces revendications et remises en question du système sont communes à différents groupes, formant un mouvement social complexe et multifacette parfois regroupé sous le nom de mouvement des consommateurs, des survivants et des ex-patients de la psychiatrie. L'une des figures importantes dans le développement du concept, Patricia Deegan, définit le rétablissement comme un processus qui permet de retrouver un sens de soi et un but nouveau, ce qui n'est pas équivalent à une guérison ou une réhabilitation (Deegan, 1988).

Dès les années 90, les milieux de soins se sont approprié le rétablissement comme une ligne directrice pour les soins en psychiatrie (Roberts & Wolfson, 2004). Celui-ci a rapidement été reconnu comme important dans différents domaines de soins et notamment dans celui de l'ergothérapie (Gibson et al., 2011). En effet, selon Kuek et al. (2023), les similitudes conceptuelles entre les pratiques en ergothérapie et l'approche du rétablissement créent une opportunité pour les ergothérapeutes de mettre en place des interventions dont les résultats sont orientés vers le rétablissement. Ces similitudes sont par exemple la prise en compte des interactions complexes entre la personne, l'occupation et l'environnement ainsi que les valeurs centrées sur la personne telles que l'autonomie, la collaboration ou le développement des forces déjà existantes de la personne (Kuek et al., 2023). À noter que les similitudes mentionnées font référence à des conceptions récentes de l'ergothérapie. En effet, bien que le concept d'occupation et les valeurs citées ci-dessus soient centrales dans le paradigme actuel, elles ne le sont pas dans le paradigme précédent. Celui-ci est aussi appelé « paradigme biomédical » et se concentre davantage sur les « défaillances » des systèmes neuromoteur, musculosquelettique et psychique, cela en utilisant l'entraînement des fonctions

corporelles ou cognitives comme moyen de traitement principal (Kielhofner, 2009). Ces conceptions sont plus au moins présentes dans les différents milieux de pratiques et dans certains, elles coexistent ou sont en conflit avec la perspective occupationnelle. Ainsi, bien que l'approche occupationnelle ait des similitudes conceptuelles avec le rétablissement, ce n'est pas le cas pour toutes les approches qui coexistent dans la pratique de l'ergothérapie.

De plus, il existe des tensions entre les perspectives du rétablissement et du modèle dominant, le modèle biomédical. Cela se manifeste par exemple par le fait que dans le modèle biomédical, l'objectif premier est la guérison, ce qui implique de se centrer sur la disparition des symptômes. Au contraire, le rétablissement peut avoir lieu sans qu'il y ait une disparition totale des symptômes (Anthony, 2000), puisque sa focale n'est pas sur les limitations et les symptômes, mais sur le fait d'instiller et d'alimenter l'espoir, ainsi que de reprendre une vie satisfaisante (Sims, 2014). Les objectifs sont donc différents. De plus, la perspective du rétablissement prend en compte les aspects sociaux (Anthony, 2000), ce qui n'est pas le cas du modèle biomédical. Selon un article de 2004, l'approche du rétablissement a eu de la difficulté à s'imposer dans les milieux de soins, notamment à cause de la dominance du modèle biomédical, culturellement ancré dans la pratique (Roberts & Wolfson, 2004). Cependant, comme mentionné précédemment, on observe également en parallèle une appropriation du rétablissement par les milieux de soins, se manifestant par une tendance globale à définir le rétablissement comme un principe sous-jacent aux prestations de soins dans les contextes de santé mentale (Oshodi & Rush, 2011).

Étant donné les origines de cette approche, c'est-à-dire développée par des personnes concernées en réaction au système de santé psychiatrique, son utilisation par le corps médical ne fait pas l'unanimité (Morrison, 2013). Selon Slade (2009), l'une des critiques adressées à l'appropriation du rétablissement concerne tout d'abord sa transformation en modèle médical. Une seconde critique est liée au fait que cela soit devenu un modèle, qui de par sa nature, ne permet pas de valoriser l'individualité du parcours de chacun, ce qui était initialement un élément important dans l'approche du rétablissement (Slade, 2009). Il existe également une préoccupation quant au fait que le rétablissement soit utilisé comme un gage de qualité sans que les prestations fournies ne soient en adéquation avec les valeurs de cette approche (Jacobson & Greenley, 2001, cité dans Davidson et al., 2005).

La littérature à propos de la pratique de l'ergothérapie dans le milieu de la psychiatrie aigüe n'est pas aussi abondante que pour d'autres professions (D'Amico et al., 2018). En effet, avant les années 2000, la littérature existante a eu tendance à se concentrer principalement sur les démences, la réhabilitation, les approches communautaires et la psychiatrie carcérale (Craik, 1998, cité dans Lim et al., 2007). Les articles sur le milieu aigu semblent cependant devenir

de plus en plus nombreux depuis une quinzaine d'années. Les ergothérapeutes qui travaillent en psychiatrie aigüe disposent donc de preuves pour soutenir leur pratique dans ce domaine. Une revue systématique présente par exemple des preuves solides auprès de cette population pour les interventions basées sur l'occupation pour diverses activités de la vie quotidienne et pour la participation sociale. Pour le repos et le sommeil, les preuves sont modérées. Cette revue systématique indique toutefois des preuves solides pour les interventions cognitives, de psychoéducation, ainsi que des preuves modérées pour celles basées sur les habiletés (D'Amico et al., 2018). Toutes les interventions citées ne sont pas spécifiques à l'ergothérapie, qui utilise des pratiques issues de plusieurs domaines, tel que la psychologie ou les neurosciences.

Une autre revue de littérature, par Kirsh et al. (2019), indique des résultats positifs pour diverses interventions en ergothérapie dans les soins en psychiatrie, sans s'intéresser à un contexte de pratique spécifique. Cela concerne les interventions à propos de l'emploi et la poursuite des études, l'utilisation de la psychoéducation, des activités créatrices, des interventions basées sur l'activité, de la gestion du temps, du développement d'habiletés, de la modification du style de vie, ainsi que de l'utilisation de la pratique de groupe. L'étude conclut cependant que beaucoup des études n'ont pas une méthodologie assez rigoureuse ou un échantillon assez important pour que les résultats soient considérés comme solides (Kirsh et al., 2019).

La revue de littérature précédemment citée conclut que plus de recherches devraient être effectuées pour soutenir la pratique des ergothérapeutes auprès des adultes dans les contextes de santé mentale. En effet, toutes les interventions réalisées dans ce contexte ne sont pas soutenues par des preuves (Kirsh et al., 2019). De plus, une partie des études ne cherchent pas à montrer l'efficacité d'interventions basées sur l'occupation. De fait, l'amélioration des symptômes reste un résultat recherché par de nombreuses études (D'Amico et al., 2018). Ceci est notamment induit par le fait que le modèle biomédical est dominant, contrairement à d'autres orientations, dont l'approche occupationnelle. Une autre explication concerne le type de littérature produite. En effet, selon Kinsella & Whiteford (2009), il existe une hiérarchie des preuves qui se manifeste par le fait que tous les types de méthodologie n'ont pas la même reconnaissance. Ces autrices soutiennent donc que le problème n'est pas la quantité de littérature disponible, mais plutôt la valeur accordée à la littérature existante en ergothérapie (Kinsella & Whiteford, 2009). L'une des autrices soutient la valorisation de différents types de littérature et souligne qu'il est nécessaire d'adopter une perspective pluraliste sur ce qui constitue les preuves (Whiteford, 2005, cité dans Kinsella & Whiteford, 2009).

Les résultats recherchés par les études tendent cependant à changer : les deux revues de littérature précédemment citées notent une augmentation du nombre d'études publiées qui mesurent les résultats d'interventions basées sur l'occupation dans le domaine de la santé mentale durant la dernière décennie (D'Amico et al., 2018 ; Kirsh et al., 2019).

### **2.3 Les mesures de contrainte et d'isolement en psychiatrie**

Comme mentionné précédemment, le personnel qui travaille en psychiatrie aigüe est particulièrement confronté à la gestion de la violence. Il existe différentes manières de gérer des comportements agressifs dans les contextes de soins. Dans les soins aigus psychiatriques, des mesures de contrainte peuvent être utilisées. Celles-ci regroupent plusieurs types d'interventions : l'*isolement*, c'est-à-dire le fait d'être mis à part dans un espace sans avoir la possibilité d'en sortir, la *contention mécanique*, correspondant au fait d'être immobilisé par la force ou d'être attaché à l'aide de sangles ou de ceintures et, enfin, la *contention chimique*, c'est-à-dire la prise de médication forcée. Selon certaines lignes directrices (*guidelines*), les interventions restrictives devraient être utilisées en dernier recours, c'est-à-dire lorsque la médication utilisée en prévention, ainsi que toutes les stratégies préventives et de désescalade verbale ont échouées, mais qu'il reste un risque d'atteinte à l'intégrité de la ou du client·e ou d'autrui (Académie Suisse des Sciences Médicales, 2018; National Institute for Health and Care Excellence, 2015). De plus, ce choix devrait être proportionné au risque et à la gravité du préjudice potentiel, devrait être l'option la moins restrictive et ne devrait pas être utilisé pour une longue durée (Académie Suisse des Sciences Médicales, 2018).

Les mesures de contrainte tels que l'isolement, la contention physique et la médication forcée sont largement utilisées dans la pratique clinique des pays européens (Janssen et al., 2011). Il y a cependant une grande variabilité au niveau international (en référence, ici, à dix pays européens, au Japon et à la Nouvelle-Zélande), que ce soit dans le type, la fréquence ou la durée d'utilisation des mesures de contention utilisées (Steinert et al., 2010).

Il y a peu de données précises sur l'utilisation des mesures de contention en Suisse. En effet, certaines études semblent témoigner de différences de pratiques au sein du territoire. Selon un rapport du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), les moyens de contention les plus utilisées en psychiatrie adulte en 2008 dans le canton de Vaud sont la contention chimique et l'isolement dans les chambres de soins intensifs. La contention mécanique est utilisée de manière exceptionnelle, représentant seulement deux cas entre 2007 et 2009 (Service de psychiatrie générale du centre hospitalier universitaire vaudois, 2009). Cela contraste cependant avec l'étude de Martin et al. (2007), dans laquelle, sur 7 hôpitaux issus de la Suisse

alémanique, les mesures de contention mécaniques ont été utilisées pour 6,6% de la clientèle durant l'année 2004. Il est donc difficile d'avoir une vue d'ensemble complète et détaillée des différentes pratiques à travers la Suisse, d'autant plus que les données présentées constituent les dernières données disponibles et qu'elles datent seulement de 2008.

L'étude et le rapport précédemment cités mentionnent également des taux concernant le nombre de client·es qui passent par les chambres de soins intensifs. Le rapport du CHUV estime qu'en 2008, entre 2,3% et 19,1% de la clientèle a fait un séjour en chambre de soins intensifs dans leurs différents services, précisant cependant que ces chiffres sont amplifiés à cause de l'utilisation des CSI comme chambre « classique » lors de périodes de suroccupation (PGE CHUV, 2009). Selon l'autre étude, réalisée sur 7 hôpitaux en Suisse alémanique en 2004, 17,8% des personnes hospitalisées en soins aigus psychiatriques pour une schizophrénie sont touchées par des mesures d'isolement (Martin et al., 2007). L'étude souligne cependant une grande variabilité entre les hôpitaux.

Que ce soit en Suisse ou à l'international, les mesures de contention font débat. En effet, celles-ci renvoient à un dilemme éthique entre le respect du droit à l'autonomie des client·es et la responsabilité d'éviter toute atteinte à soi-même et à autrui (Steinert et al., 2010). Si certains jugent que les mesures de contention sont le reflet d'une approche paternaliste et vont à l'encontre de la dignité humaine (Prinsen & Van Delden, 2009), d'autres s'accordent à dire qu'il n'est pas possible de faire autrement tant qu'il n'y a pas d'autres alternatives (Chieze et al., 2018, Needham et al., 2002, cité dans Steinert et al., 2010). Ainsi, depuis une quinzaine d'années, on note un intérêt grandissant pour les initiatives de réduction des mesures d'isolement et de contrainte aux États-Unis et dans certains pays européens, notamment en Suisse (Steinert et al., 2010). Il ne semble cependant pas y avoir de preuves suffisantes sur l'efficacité de méthodes alternatives pour pouvoir complètement abolir l'isolement (Chieze et al., 2018, 2019).

#### **2.4 La pratique de l'ergothérapie dans le contexte des chambres de soins intensifs**

Le rôle des ergothérapeutes à propos des mesures de contention varie d'un contexte à l'autre. Ainsi, au Québec, l'acte « Décider de l'utilisation des mesures de contention » fait partie des actes réservés aux ergothérapeutes (ainsi qu'à d'autres professionnel·les des soins) (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2006). Au contraire, en Suisse, les ergothérapeutes n'ont pas de rôle décisionnel direct concernant l'utilisation des mesures de contention auprès de leurs client·es. Cependant, du fait de leur présence dans les milieux aigus psychiatriques, certaines ergothérapeutes interviennent auprès de la clientèle en chambre de soins intensifs.



Si les interventions dans ce contexte étaient traditionnellement réalisées principalement par des médecins et du personnel infirmier, l'introduction d'interventions d'autres corps de métiers est plus récente. Les ergothérapeutes du site du CHUV à Yverdon-les-Bains (CPNVD) ont par exemple commencé à intervenir dès 2003. Cela a notamment été permis par une modification de la perspective sur l'isolement, tel qu'en témoigne le changement d'appellation de « chambre d'isolement » à « chambre de soins intensifs » lors de la construction du nouveau complexe hospitalier (Bütschi et al., 2022). Les interventions des ergothérapeutes dans ce domaine sont donc relativement nouvelles en Suisse, ce qui implique qu'il n'existe pratiquement pas de littérature spécifique sur le sujet. L'article de Bütschi et al. (2022), seul article suisse traitant directement du sujet identifié à ce stade, met d'ailleurs en avant dans ses recommandations le besoin de développer la promotion de cette pratique par le biais de publications. Cette recension a également permis une première exploration de la littérature internationale sur le sujet et a mis en avant une lacune dans les écrits existants.

## **2.5 Problématique et question de recherche**

La précédente recension des écrits a montré que la diversité des professionnel·les qui travaillent en soins aigus psychiatriques engendre la coexistence de diverses perspectives de soins, ce qui peut engendrer des tensions (Ashby et al., 2015). Le corps médical qui travaille dans ce contexte est particulièrement confronté à la violence (Anderson & West, 2011), dont les personnes hospitalisées sont souvent considérées comme les seules autrices (Cowman, 2006). L'isolement y est fréquemment utilisé comme moyen de gestion de la violence. Cela pose la question du rôle de l'ergothérapeute dans ce contexte, particulièrement auprès de la clientèle en isolement. En effet, bien que certaines ergothérapeutes interviennent en CSI en Suisse romande, la littérature ne fait, à ma connaissance, pas état de recherches sur le sujet. Il paraît donc pertinent de faire une synthèse des connaissances déjà existantes sur le rôle de l'ergothérapeute dans ce contexte afin de soutenir le développement de cette pratique.

Le but de ce travail est donc d'explorer dans la littérature les différents objectifs et moyens d'interventions qui sont ou pourraient être utilisés par les ergothérapeutes dans ce contexte, ceci afin de répondre à la question suivante : Quel est ou pourrait être le rôle de l'ergothérapeute auprès de la clientèle adulte placée en chambre de soins intensifs psychiatriques (CSI)?

### **3. Méthodologie**

#### **3.1 Type d'étude choisie**

Le but de cette recherche étant d'identifier le rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes adultes placées en chambre de soins intensifs en psychiatrie, dans un contexte de rareté de littérature sur le sujet, ce travail s'oriente vers une étude de type revue de littérature. La méthodologie qui semble la plus indiquée est la revue de la portée ou *scoping review*. Ce type de revue vise à cartographier les concepts clés qui sous-tendent un domaine de recherche ainsi que ses principales sources et types de preuves disponibles (Mays et al. 2001, cité dans Arksey et O'Malley, 2005 ; Peters et al., 2020). Elles prennent en compte différents types de littérature sans détailler leur qualité (Peters et al., 2020). En effet, le but n'est pas d'évaluer la qualité des études, mais de fournir une vue d'ensemble de la littérature existante (Peters et al., 2015). Ces revues permettent donc d'identifier le volume, la nature et les caractéristiques de la littérature existante sur un sujet, ainsi que de la résumer afin de pouvoir la diffuser plus facilement (Arksey & O'Malley, 2005). Étant donné le but de ce type de revue et le peu de littérature sur le sujet de la recherche, ce travail a pris en compte des documents aux méthodologies variées, tel que recommandé par Whiteford (2005). Tous les documents ne s'apparentent donc pas à des articles dits scientifiques.

Les revues de la portée sont particulièrement utiles pour les sujets émergents car elles permettent de répondre à des questions autres que celles qui concernent l'efficacité ou l'expérience d'une intervention (Peters et al., 2015). Cela est cohérent avec les informations récoltées lors de la recension des écrits. En effet, étant donné le peu de littérature qui existe sur le sujet, une revue de la portée permet de faire ressortir les concepts principaux qui gravitent autour du but identifié.

Afin de structurer cette recherche, le présent travail utilise la structure méthodologique présentée dans l'article d'Arksey et O'Malley (2005). Ces autrices proposent de construire une revue de la portée en cinq étapes :

1. Identification de la question de recherche
2. Identification des études pertinentes
3. Sélection des études
4. Cartographie des données
5. Synthèse et présentation des résultats

Les articles de Peters et al. (2015 ; 2020) ont également été mobilisés pour réaliser ce travail. Ces articles ont pour but la mise à jour de la méthodologie de la revue de la portée afin de

permettre une meilleure guidance aux personnes qui l'utilisent (Peters et al., 2020). Ceux-ci ont non seulement permis de préciser les indications à la réalisation de ce type de revue, mais aussi d'améliorer le caractère systématique grâce à leurs précisions concernant les étapes d'extraction, d'analyse et de présentation des données.

### **3.2 Délimitation du champ d'investigation**

Cette revue de la portée utilise l'acronyme PCC (Population, Concept, Contexte) afin de définir plus précisément les concepts de la question de recherche, tel que recommandé par Peters et al. (2020).

Population	<p>La population à l'étude est la clientèle adulte placée en isolement dans le contexte de soins aigus psychiatriques.</p> <p>La littérature concernant l'âge avancé est exclue. En effet, en Suisse romande, et notamment dans le canton de Vaud, la psychiatrie adulte et la psychiatrie de l'âge avancé (dès 65 ans) constituent deux missions différentes (Canton de Vaud, s. d.-b), ce qui implique des structures de soins et des manières de procéder différentes.</p> <p>Le terme « isolement » peut se référer à plusieurs pratiques. Dans ce travail, il fait référence à l'isolement d'un individu dans une chambre prévue à cet effet, une chambre appelée chambre de soins intensifs ou CSI en Suisse romande. L'individu est libre de ses mouvements mais ne peut sortir de la pièce, car celle-ci est verrouillée.</p>
Concept	<p>Le concept principal est le rôle de l'ergothérapeute. Celui-ci se décline en plusieurs concepts durant la phase de recherche des articles tel que les moyens, les interventions ou les objectifs.</p>
Contexte	<p>Le contexte concerne le milieu hospitalier, et plus précisément les services de soins aigus psychiatriques.</p>

Tableau 1 : Définition des concepts avec l'acronyme PCC

### **3.3 Collecte de données**

#### **3.3.1 Étape 1 : identification de la question de recherche**

L'identification de la question de recherche a été détaillée dans les sections précédentes (voir les sections 2.5 et 3.2). La question de recherche est la suivante : Quel est ou pourrait être le rôle de l'ergothérapeute auprès des client·es adultes placé·es en chambre de soins intensifs psychiatriques (CSI)?

Mots-clés en français	Mots-clés en anglais
rôle intervention but / objectif	role intervention goal / objective
ergothérapeute ergothérapie	occupational therapist occupational therapy
isolement chambre d'isolement / de soins intensifs	seclusion seclusion room
service / milieu aigu en santé mentale hospitalier	acute mental health service / setting inpatient
population adulte / adulte	Adult population / adult

Tableau 2 : Vue d'ensemble des mots-clés en français et en anglais

### **3.3.2 Étape 2 : identification des études pertinentes**

Afin d'identifier les études pertinentes, la première étape était l'identification des concepts clés, puis des mots-clés à partir de la question de recherche. Ceux-ci ont ensuite été traduits à l'aide des thésaurus spécifiques à la santé et au domaine médical : HeTOP et le MeSH bilingue de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm).

L'étape suivante était la formulation des équations de recherches à l'aide des mots-clés et des opérateurs booléens tel que dans l'exemple suivant pour la base de données Cinahl : (occupational therap\*) AND ((role\*) OR (intervention\*) OR (goal\*)) AND ((seclusion) OR (seclusion room\*)). L'étape d'après était la réalisation des recherches dans les bases de données et moteurs de recherche suivants : Cochrane, Pubmed, Cinahl, Renouveau et Swisscovery.

### **3.3.3 Étape 3 : sélection des études**

Les études ont été sélectionnées selon les critères d'inclusion et d'exclusion suivants :

Inclusion :

- Concerne les interventions, les moyens, les objectifs ou le rôle des ergothérapeutes auprès de la clientèle en isolement
- Concerne spécifiquement le milieu des soins psychiatriques aigus
- Concerne la population adulte
- Publié entre 2000 et 2023

- Publié en anglais ou en français

Exclusion :

- Concerne la population de l'âge avancé, l'adolescence ou l'enfance
- Concerne l'isolement longue durée dans des contextes carcéraux
- Concerne l'isolement au sens de la pratique en unité fermée

Les recherches ont été précisées à l'aide de filtres, selon les critères de la période de publication, entre 2000 et 2023, ainsi que de la langue de rédaction, en français et en anglais, pour des raisons de compétences linguistiques. Cette revue de la portée a pris en compte des études de tout type de designs méthodologiques. Au vu du peu de littérature sur le sujet, certains documents qui ne sont pas des articles scientifiques ont également été pris en compte, tel que recommandé par Whiteford (2005). Les titres et les résumés des articles ont tout d'abord été évalués selon les critères d'inclusion et d'exclusion. L'étape suivante était la lecture complète des articles identifiés afin de sélectionner uniquement ceux qui répondaient à la question de recherche.

Pour la première partie des recherches, le concept de « population adulte » a été mis de côté, car celui-ci limitait trop le nombre de résultats. Les articles qui ne traitent pas de la population adulte ont été éliminés plus tard dans le processus, lors de l'étape de la sélection des articles. Toutes les recherches ont été réalisées entre le 7 et le 12 décembre 2023. Ces premières recherches ont permis d'identifier cinq articles pertinents.

Étant donné le nombre limité de résultats, de nouvelles équations ont été formulées afin d'identifier des nouveaux articles sur le rôle de l'ergothérapeute en soins psychiatriques aigus, sans que ceux-ci ne soient spécifiquement sur le thème de l'isolement. Afin de répondre à la question de recherche, les résultats de ces articles et leur application au contexte de l'isolement sont détaillés dans l'analyse. Pour la deuxième partie des recherches, les mots-clés pour les concepts de l'ergothérapie et du rôle sont restés les mêmes, alors que ceux qui concernent le concept d'isolement ont été supprimés. Étant donné que la littérature sur ce sujet est plus étoffée, le filtre de la période de publication a été réduit afin de se concentrer uniquement sur les articles de 2014 à 2024. Cela a par exemple permis de passer le nombre de résultats de 18'568 à 706 articles lors de la recherche dans la base de données Cinahl. De plus, les termes qui se réfèrent au contexte du milieu de soins (« acute », « inpatient », « mental health service » et « mental health setting) ont été ajoutés dans l'équation pour recentrer encore davantage les résultats. En effet, il était nécessaire de le préciser, car la suppression du concept d'isolement de l'équation a engendré une augmentation des articles qui traitent d'autres contextes de pratique dans les résultats. Un critère d'exclusion a

également été ajouté ; les articles qui concernent uniquement la pratique de groupe n'ont pas été pris en compte. En effet, cette pratique n'est pas cohérente avec le principe même de l'isolement. Les recherches dans les bases de données ont été réalisées entre le 29 et le 30 janvier 2024. Ces deuxièmes recherches ont permis d'identifier cinq nouveaux articles.

### **3.3.4 Étapes 4 et 5 : cartographie des données & synthèse et présentation des résultats**

La quatrième étape consiste à représenter les articles sélectionnés dans un tableau d'extraction de données (voir les sections 4.1.2 et 4.2.2), comme recommandé dans les articles d'Arksey et O'Malley (2005) et Peters et al. (2020). Pour terminer, la dernière étape correspond à la section 4 de ce travail, c'est-à-dire la présentation et l'analyse des résultats. Les méthodes utilisées pour l'analyse sont détaillées dans la section suivante.

### **3.4 Méthode d'analyse de données envisagée**

Dans un premier temps, une brève synthèse des caractéristiques générales des articles sélectionnés a été présentée, en parallèle du tableau d'extraction de données. Dans un second temps, les données ont été traitées selon une analyse thématique, tel que le suggèrent plusieurs autrices pour ce type de revue (Arksey & O'Malley, 2005; Levac et al., 2010). Ce type d'analyse permet la « transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce, en rapport avec l'orientation de recherche » (Paillé & Mucchielli, 2016, p. 236). Pour cela, le présent travail a utilisé le processus proposé par les autrices Braun & Clarke (2006). Celui-ci est constitué de six phases : la familiarisation avec les données, la génération de code initiaux, la recherche de thèmes, l'examen des thèmes, la définition et l'appellation des thèmes et finalement la production d'un rapport (Braun et Clarke, 2006, cité dans Fortin & Gagnon, 2022). Pour terminer, une section discussion a repris et discuté les résultats en lien avec les aspects théoriques.

Plusieurs auteurs et autrices relèvent également l'utilité d'utiliser des représentations graphiques des résultats pour permettre une meilleure accessibilité des données (Peters et al., 2020; Tétreault & Blais-Michaud, 2014). Dans cette même optique d'accessibilité, les représentations graphiques ont été accompagnées d'une synthèse narrative des résultats.

## **4. Présentation et analyse des résultats**

La présentation et analyse des résultats est divisée en plusieurs parties. La première (4.1) concerne les cinq articles identifiés pour le rôle des ergothérapeutes en isolement, alors que la seconde (4.2) présente les cinq articles à propos du rôle des ergothérapeutes dans le contexte plus large des soins aigus psychiatriques. Finalement, la dernière section (4.3) synthétise les résultats et discute de l'applicabilité des résultats de la seconde section pour la pratique en isolement.

### **4.1 Première partie : rôle de l'ergothérapeute dans le contexte de l'isolement**

#### **4.1.1 Caractéristiques générales des études sélectionnées**

Pour le premier groupe de résultats, qui concerne le rôle des ergothérapeutes dans le contexte de l'isolement, cinq documents ont été sélectionnés. Les caractéristiques de ces documents sont représentés dans le Tableau 3. Ils ont tous été publiés entre 2014 et 2023 et proviennent de Suisse [1], du Royaume-Uni [2,4], de France [3] et d'Australie [5]. Le choix des documents ne s'est pas limité à des articles scientifiques. En effet, parmi les cinq, deux sont des revues de littérature, l'un consiste en un chapitre de livre, un autre en un article d'une newsletter d'un réseau qualité et enfin, le dernier, en un poster présenté dans le cadre d'une conférence. Quatre de ces articles traitent du rôle de l'ergothérapeute auprès de la clientèle en isolement [1-4], le dernier traite de ce rôle dans l'optique de diminuer le risque d'avoir besoin de recourir à cette pratique [5].

Les deux revues de littérature sont issues de journaux d'ergothérapie. L'une des revues propose une analyse selon un modèle en ergothérapie, sans que les articles sélectionnés ne soient issus d'études en ergothérapie [2]. La seconde revue de littérature regroupe des articles internes et externes à la profession et fait le lien entre les résultats obtenus et le rôle de l'ergothérapeute [5]. Les trois autres documents relatent plutôt des expériences de développement et de pratique de l'ergothérapie en isolement [1,3,4].

#### 4.1.2 Tableau récapitulatif des études sélectionnées

	<b>Auteur-s ou autrice-s et année</b>	<b>Titre</b>	<b>Pays</b>	<b>But de l'étude</b>	<b>Type de document / méthodologie</b>
<b>1</b>	Bütschi, Décastel & Tarabori (2022)	Intervention précoce en situation de crise : Réduire les situations de déprivation occupationnelle en milieu hospitalier psychiatrique, 10 ans d'expérience	Suisse	Développer et documenter l'intervention précoce en ergothérapie en CSI dans une perspective de prise en soins pluridisciplinaire	Poster présenté dans le cadre d'une conférence
<b>2</b>	Knight, Bowser & Donovan- Hall et al. (2023)	A Qualitative Synthesis Exploring the Potential Role for Mental Health Occupational Therapists Working with Patients in Seclusion	Royaume -Uni	Comprendre les expériences d'isolement des patients et des soignants pour renseigner sur le rôle de l'ergothérapeute	Revue de littérature de type <i>Qualitative synthesis research</i>
<b>3</b>	Lançon (2014)	Curieux endroit pour une rencontre : une expérience d'ergothérapie pour les patients placés en isolement	France	Soutenir l'introduction précoce de l'ergothérapie dans les chambres d'isolement	Chapitre de livre
<b>4</b>	Love & Gardner (2019)	Occupational Therapy and Seclusion – an Anathema or Opportunity?	Royaume -Uni	Non précisé	Article dans la newsletter d'un réseau de qualité
<b>5</b>	Scanlan & Novak (2015)	Sensory approaches in mental health: A scoping review	Australie	Donner une vue d'ensemble de la recherche sur l'utilisation des méthodes sensorielles utilisées en psychiatrie dans un but de réduction de l'isolement	Revue de littérature de type revue de la portée

Tableau 3 : Première partie : caractéristiques des cinq études sélectionnées



### 4.1.3 Analyse thématique

L'analyse thématique a permis d'identifier trois thèmes en lien avec le rôle de l'ergothérapeute en l'isolement : les objectifs et résultats, les caractéristiques des interventions et finalement, les barrières et facilitateurs.

#### **Objectifs et résultats**

L'ensemble des documents mentionnent les objectifs des interventions des ergothérapeutes en chambre d'isolement. Les objectifs les plus présents sont : créer le lien thérapeutique, donner du pouvoir d'agir, procéder à une évaluation, lutter contre la privation occupationnelle, diminuer le temps passé en isolement, donner une structure, faciliter le rétablissement et finalement, faciliter la suite du traitement. Les objectifs mentionnés dans un seul des écrits sont également listés à la fin de cette section.

L'objectif qui revient le plus est celui de créer le **lien thérapeutique** et la possibilité pour les client·es d'être en lien avec d'autres personnes [1-4]. Deux documents soulignent l'importance de l'aspect relationnel, identifié dans les deux cas par des personnes qui ont vécu une expérience d'isolement [2,4]. Un des écrits précise que les personnes interrogées identifient le besoin d'être en lien comme le plus important, particulièrement dans ce contexte qu'elles jugent déshumanisant et humiliant [2]. Un autre article mentionne que la discussion et l'établissement du lien prennent une place conséquente dans les séances, ce qui permet d'humaniser les soins [3]. Un des articles suggère d'ailleurs que l'établissement de ce lien pourrait également permettre de réduire le temps d'isolement [2]. De plus, l'ergothérapeute a un rôle « privilégié » pour établir la relation thérapeutique puisqu'elle n'a pas la responsabilité de donner la médication ni celle de prendre des décisions concernant la mise en isolement [1,3].

Le deuxième objectif qui ressort le plus est celui de redonner le **pouvoir d'agir**, notamment en donnant la possibilité de faire des choix [1,2,3,5]. Ceci inclut notamment la possibilité de refuser une séance d'ergothérapie [3]. Un article mentionne que cet objectif a pour but de répondre au besoin de la clientèle qui a identifié un sentiment de perte de contrôle [2]. Ce sentiment s'explique par la restriction des occupations, causée par l'environnement de la chambre ainsi que par le contexte plus large de privation de liberté [2].

Un autre objectif identifié fréquemment est celui de **l'évaluation** des habiletés fonctionnelles et de la performance occupationnelle [1,2,4]. Un autre écrit mentionne aussi que le fait d'utiliser plusieurs fois la même activité peut permettre d'observer et d'évaluer une progression dans les performances du ou de la client·e [3].

Un autre objectif fréquent est celui de lutter contre la **privation occupationnelle** [1,2]. En effet, dans ce contexte de manque d'activités, il est important de promouvoir et de proposer des opportunités d'engagement dans des activités qui ont du sens pour la personne [2,4]. Cela renvoie à nouveau aux expériences de personnes concernées, qui identifient un manque d'activités de la vie quotidienne et d'activités qui ont du sens, ainsi qu'une perte de rôle [2]. La clientèle interrogée propose dans un des écrits des activités qui pourraient être mises en place, telles que téléphoner à la famille, l'accès à de la musique et à la radio, ainsi qu'à des journaux, des livres ou des quizz [4].

La **baisse de l'utilisation de l'isolement** est également identifiée dans plusieurs documents comme un objectif récurrent [2,4,5]. Deux des documents mentionnent la possibilité que les interventions en ergothérapie dans ce contexte pourraient participer à une diminution, sans qu'il n'y ait de preuves avancées [2,4]. Une des revues de littérature identifie que la baisse de l'utilisation des mesures de contention et d'isolement est l'un des sujets qui fait partie des résultats les plus recherchés dans la littérature à propos de l'efficacité des approches sensorielles [5].

Plusieurs écrits mentionnent aussi le bénéfice que l'ergothérapie pourrait apporter en termes de **structure** [3,4]. En effet, les séances pourraient permettre à la fois de structurer la journée, d'orienter la personne dans le temps, mais aussi de proposer un espace cadrant [1,3,4]. Ce but semble cohérent avec un effet négatif expérimenté en CSI par les personnes concernées, à savoir une perte de routine et de repères [2].

L'un des derniers objectifs identifié est celui de participer à **faciliter le rétablissement** de la personne et de croire en ses capacités à se rétablir [1,2,5]. Deux des écrits mentionnent les interventions en chambre d'isolement comme participant au rétablissement [1,2] alors que le troisième mentionne cet objectif dans une optique de prévention et considère que mettre en place des interventions pour éviter une période d'isolement participe au rétablissement [5].

Le dernier objectif identifié à plusieurs reprises est celui de **faciliter la suite du traitement** [1,2]. En effet, les interventions en isolement permettraient de gagner en efficacité, de mieux cibler les objectifs, ainsi que de faciliter une prise en charge centrée sur la ou le client·e [1,2].

**D'autres objectifs** ont également été mentionnés, chacun dans un seul écrit : favoriser la récupération sensori-motrice pour pouvoir travailler rapidement sur des objectifs plus élevés, être un·e intermédiaire entre les client·es et l'équipe, offrir des séances qui permettent un ancrage dans la réalité [1], donner la possibilité de recueillir, de transformer et de donner du sens au vécu d'isolement, ouvrir un espace d'expression [3], être un soutien pour l'équipe multidisciplinaire, améliorer le vécu en isolement [4], faciliter un état de calme [5]. Un écrit

mentionne également un ergothérapeute qui identifie qu'avant que les interventions en ergothérapie ne soient implantées dans l'unité de manière régulière, son rôle était occasionnellement d'aider l'équipe lorsque celle-ci avait l'impression d'être en échec thérapeutique ou d'aider la personne en isolement à surpasser l'ennui [3].

### **Caractéristiques des interventions**

Différentes interventions sont décrites à travers les documents sélectionnés, à différents niveaux. Le premier niveau concerne les interventions auprès de la clientèle, le second, à un niveau plus large, concerne les interventions au sein de l'institution et en promotion.

#### Interventions auprès de la clientèle

Les interventions auprès de la clientèle telles que décrites au travers des différents documents ont des caractéristiques communes. Plusieurs écrits mentionnent par exemple des **cadres de référence** communs dans lesquels s'inscrivent les soins. Le rétablissement est le cadre mentionné le plus de fois [1,2,4,5]. La pratique centrée sur la ou le client·e fait l'objet d'une mention [2], certains de ses principes ressortent cependant dans d'autres documents bien que celle-ci ne soit pas explicitement nommée. Finalement, l'un des articles mentionne l'approche psychanalytique comme moyen d'appréhender la situation et d'analyser les productions d'un client [3].

Le **moyen de traitement** le plus utilisé est l'**occupation** [1-4]. Ce choix est justifié par les caractéristiques du milieu de soin qui engendre un manque d'opportunités de réaliser des occupations [1-4]. L'aspect significatif des activités, c'est-à-dire le fait que l'activité ait du sens pour la personne, ressort également à plusieurs reprises [1,2,4]. Le type d'activités n'est pas précisé dans la plupart des documents, mais des limitations dans la palette de possibilités sont tout de même identifiées, que ce soit en termes de sécurité ou pour faciliter la mise en œuvre [1,3,4]. Ceci peut entraîner une limitation des activités proposées à la clientèle [3]. Les séances sont décrites comme courtes, avec des durées qui vont de quinze minutes à une heure selon l'état et la disponibilité de la personne en isolement [1,3]. Plusieurs écrits soulignent que les ergothérapeutes ont des compétences d'adaptation et de gradation de l'activité qui leur permettent de proposer des activités adaptées et pertinentes pour les personnes en situation de crise [1,2], ainsi que de soutenir leur engagement dans celles-ci [2].

Les **approches sensorielles** sont également un des moyens cités dans trois des cinq documents [1,2,5]. Elles regroupent l'utilisation de chambres sensorielles, de groupes sensoriels, de kits sensoriels et de programmes d'intégration sensorielle. Dans un des écrits, elles sont utilisées pour favoriser la récupération sensori-motrice afin de pouvoir rapidement travailler sur d'autres objectifs [1]. Dans un autre, il est soutenu que leur utilisation pourrait améliorer l'expérience de l'isolement [2]. Les autrices de ce même article soulignent que les

ergothérapeutes sont souvent formées dans les approches sensorielles et que ces méthodes peuvent être adaptées pour l'isolement, notamment par le biais d'un kit sensoriel [2]. Le dernier document traite des approches sensorielles dans une optique de prévention, c'est-à-dire comme moyen d'éviter le temps en isolement. Cette revue de littérature a identifié des études qui montrent une efficacité significative pour la réduction de l'isolement. Elle souligne cependant des résultats contradictoires entre les études et recommande d'implanter les approches sensorielles dans une stratégie plus large de réduction de la contention [5].

L'un des documents mentionne aussi la création **d'outils** pour permettre de proposer des activités plus variées et adaptées à la personne. Ces outils consistent par exemple en la création d'une liste d'activités à bas risque pour l'ensemble des professionnel·les du service ou encore la création d'une checklist à remplir par les personnes lorsqu'elles ne sont pas en isolement, ceci afin de connaître à l'avance leurs intérêts [4]. Un autre écrit mentionne également une liste d'activités semblable, mais y ajoute une section concernant les stratégies sensorielles appréciées par la personne [2].

Finalement, les ergothérapeutes ont un rôle en lien avec **l'environnement** durant les séances. Plusieurs articles soutiennent que les ergothérapeutes ont une expertise pour adapter l'environnement [1-3], notamment dans le but d'aménager un espace de rencontre [3], de permettre la performance occupationnelle [2] ou de gérer les éléments qui pourraient fragiliser l'aspect contenant du cadre de la séance [3]. Leurs compétences leur permettent également de penser une progression de l'environnement des séances, par exemple de la CSI, à la chambre, à la salle d'ergothérapie [1].

#### Rôle dans l'institution et promotion

Certains des écrits identifient également d'autres rôles pour les ergothérapeutes, notamment au sein de l'institution et dans le domaine de la promotion. Ceux-ci mentionnent notamment le rôle de diriger l'implantation des approches sensorielles et de former d'autres professionnel·les des soins à ces techniques [2,5], ou encore celui d'organiser des ateliers multidisciplinaires autour du thème de l'isolement, coanimé avec une personne qui a vécu cette expérience [4]. L'un des écrits propose aussi l'organisation de discussions entre les ergothérapeutes qui travaillent dans ce domaine, ainsi qu'avec la clientèle qui a eu une expérience en chambre d'isolement [4]. La collaboration au sein de l'équipe est également un thème transversal très présent dans l'ensemble des articles, ce qui sous-tend le rôle de collaborateur ou collaboratrice au sein de l'équipe [1,2,3,5].

Les ergothérapeutes ont également un rôle à propos de l'environnement du milieu de soins plus large, c'est-à-dire dans l'aménagement des CSI et des espaces de soins [1,2]. Ce rôle est mis en lien avec les compétences des ergothérapeutes à comprendre l'effet de

l'environnement sur la performance occupationnelle (c'est-à-dire la réalisation d'une activité) [2], ainsi qu'avec leurs compétences d'adaptation de l'environnement, comme cité dans la section précédente. Par ce travail d'aménagement, elles peuvent par exemple permettre à la personne d'avoir un contrôle sur son environnement [2] ou créer un espace de soin propice au rétablissement [1]. L'un des écrits souligne que l'ergothérapeute doit défendre les droits de la clientèle (ou *advocate*) afin que celle-ci puisse avoir un environnement thérapeutique, même dans le contexte de l'isolement [2].

Finalement, plusieurs articles identifient un manque d'informations et de littérature sur les interventions des ergothérapeutes en chambre de soin et soulignent un besoin de continuer les recherches et de promouvoir cette pratique [1,2,4].

### **Barrières et facilitateurs**

La majorité des documents témoignent de la mise en place et du développement des interventions d'ergothérapeutes en isolement, et notamment des éléments facilitateurs et des barrières dans cette implémentation. L'ensemble de ces éléments peuvent se regrouper dans différentes catégories : l'institution, l'équipe et enfin la clientèle.

Le premier élément est l'**institution**. Celui-ci est identifié à la fois comme une barrière et un facilitateur. En effet, le contexte institutionnel est souvent considéré comme un environnement qui crée des injustices et qui limite les opportunités occupationnelles [1-5]. De plus, l'implantation d'interventions ergothérapeutiques en CSI dépend notamment du soutien de la hiérarchie, qui peut accorder ou non des ressources et de la flexibilité pour la mise en place des projets [1,3]. Un écrit souligne également le problème de suroccupation des CSI. En effet, cela peut engendrer le transfert d'une personne dans la CSI d'un autre service que celui de son hospitalisation, ce qui implique un changement d'équipe de soins et complexifie la continuité des soins [3]. Certaines ergothérapeutes soulignent également un manque de formation quant à la pratique en isolement, ce qui impacte leur confiance en leurs compétences pour intervenir dans ce contexte [2,4]. Les règles de sécurité sont un autre facteur institutionnel important. En effet, le fait de partager un espace commun avec une personne en isolement est perçu comme un risque [3], notamment matérialisé par la présence d'un agent de sécurité et d'un dispositif d'alerte en cas d'agression lors des interventions [1]. Bien que l'aspect sécuritaire soit jugé nécessaire, il est mentionné à plusieurs reprises comme un facteur qui limite l'utilisation de matériel et la réalisation de certaines activités, limitant également le choix de la personne en isolement [1,2,4]. De plus, les aspects sécuritaires demandent une organisation et une anticipation conséquente lors de la préparation de la séance [1]. L'une des revues de littérature mentionne cependant que la prise de risque positive est un élément essentiel pour réaliser une intervention efficace, et que celle-ci est possible en

raison des compétences d'analyse et de gradation d'activités mobilisées par les ergothérapeutes [2].

Le deuxième élément est **l'équipe**, qui peut également être un facteur facilitant ou limitant. L'implantation dépend non seulement de la flexibilité accordée par la hiérarchie, mais aussi de la flexibilité de l'équipe par rapport à l'organisation de l'unité [1,3]. L'équipe peut également être un soutien à l'implantation des interventions en isolement, notamment lorsque les professionnel·les ont une bonne compréhension réciproque de leurs rôles [1]. L'équipe peut également être un soutien, notamment en lien avec le fait que la pratique peut être émotionnellement pesante, ce qui peut affecter l'engagement des thérapeutes [3,4].

Le dernier élément est la **clientèle**. En effet, l'état psychologique et les possibilités de compréhension de la personne peuvent avoir des effets sur l'acceptation ou non de séances d'ergothérapie ainsi que sur l'établissement du lien thérapeutique. En effet, le rôle de l'ergothérapeute peut être difficile à appréhender et à différencier des autres professionnel·les pour le ou la client·e, notamment dans les cas de psychose [3]. Un ergothérapeute reporte également que pour les client·es, les premières séances avec un nouveau thérapeute peuvent engendrer une intensification de l'anxiété, ce qui complexifie la mise en place de potentielles futures séances [3].

## **4.2 Deuxième partie : rôle de l'ergothérapeute en soins aigus psychiatriques**

### **4.2.1 Caractéristiques générales des études sélectionnées**

Cinq articles ont été sélectionnés, tous publiés entre 2017 et 2024. Ils proviennent de France [8,9], des États-Unis [6], d'Australie [7], ainsi que du Royaume-Uni [10]. Parmi ces documents, il y a une revue de littérature qualitative [10], une étude employant une méthode recherche-action [6], une étude utilisant des méthodes mixtes [7], et deux articles de revues sans méthodologie spécifique [8,9]. Les caractéristiques de ces documents sont représentées dans le Tableau 4.

Chacun des articles traite du rôle de l'ergothérapeute en soins aigus dans une perspective différente. Deux des études abordent la question par le biais du point de vue de la clientèle, l'un en explorant sa perspective des interventions en ergothérapie [10], l'autre en s'intéressant à sa satisfaction ainsi qu'aux barrières et aux facilitateurs à l'engagement dans les loisirs [7]. Un autre discute l'implantation d'interventions centrées sur la justice et les occupations selon l'avis d'un groupe d'ergothérapeutes [6]. Finalement, les deux derniers reflètent l'expérience d'une ergothérapeute et de sa pratique dans ce contexte [8,9]. Ces deux articles sont écrits par la même autrice, l'un des deux est cependant co-écrit avec une infirmière [9].

#### 4.2.2 Tableau récapitulatif des études sélectionnées

	<b>Auteur-s ou autrice-s Année</b>	<b>Titre</b>	<b>Pays</b>	<b>But de l'étude</b>	<b>Type de document / méthodologie</b>
<b>6</b>	Gallagher, Bagatell, Godwin & Peters (2023)	Using Practice-Based Inquiry to Enact Occupation-Centered, Justice-Oriented Practice in an Acute Mental Health Setting	États-Unis	Décrire la reconceptualisation et le redesign des services d'ergothérapie en santé mentale aigue selon la perspective d'ergothérapeutes qui travaillent dans ce domaine	Recherche-action basée sur la pratique (practice-based inquiry)
<b>7</b>	Levick, Broome, Gray, Theodoros, Morrison & Kar Ray (2024)	Investigation of the Consumer Perspective on Leisure in Mental Health Inpatient Units	Australie	Explorer les barrières à l'engagement dans l'activité et la satisfaction de la clientèle en unité de santé mentale aigue hospitalière	Méthode mixte (quantitatif et qualitatif) (mixed-methods approach)
<b>8</b>	Riou (2017)	Ergothérapie : bénéfique d'une intervention précoce en phase maniaque	France	Exposer les bénéfices de l'introduction d'interventions précoces des ergothérapeutes auprès des personnes en phase de manie	Article de revue, méthodologie non précisée
<b>9</b>	Riou & Le Roux (2017)	L'hospitalisation en psychiatrie : de la privation occupationnelle au soin	France	Exposer les enjeux autour des interventions en soins infirmiers et en ergothérapie dans le contexte hospitalier psychiatrique	Article de revue, méthodologie non précisée
<b>10</b>	Steede & Gough (2022)	Service User Experiences of Occupational Therapy in Acute Mental Health Settings: A Qualitative Evidence Synthesis	Royaume-Uni	Donner un aperçu du rôle de l'ergothérapie dans le contexte de la santé mentale aigue pour les adultes selon la perspective des usagers	Revue de littérature qualitative

Tableau 4 : Deuxième partie : caractéristiques des cinq études sélectionnées

### **4.2.3 Analyse thématique**

Afin de faciliter la comparaison des deux sections d'analyse thématique, les articles ont été analysés par le prisme des trois mêmes catégories que la section précédente, à savoir *objectifs et résultats*, *caractéristiques des interventions* et enfin *barrières et facilitateurs*. Les articles ont ensuite été passés en revue une nouvelle fois afin de vérifier qu'aucun thème important n'a été écarté par cette catégorisation.

#### **Objectifs et résultats**

Les cinq études mentionnent de multiples objectifs et résultats d'interventions pour les interventions ergothérapeutiques en soins aigus psychiatriques. Les objectifs les plus souvent nommés sont : donner accès à des opportunités occupationnelles significatives, soutenir l'engagement dans l'activité, permettre à la personne d'être actrice de ses soins, préparer la sortie de l'hôpital, évaluer, développer des compétences sociales et appartenir à un groupe, exprimer ses émotions, offrir une structure et finalement, réduire les symptômes.

Un des objectifs fréquemment cité est celui de faire en sorte que la clientèle ait accès à des meilleures **opportunités occupationnelles** [7], notamment dans ce contexte de privation occupationnelle [9]. L'une des études souligne l'importance de ces opportunités à travers l'avis de la clientèle. En effet, elle indique que la grande majorité des client-es estiment que les loisirs ont une grande valeur pour elles et eux. Cependant, 40% des personnes interrogées estiment ne pas être satisfaites ou être mitigées par rapport aux activités proposées en soins aigus. Certaines soulignent aussi l'importance d'avoir la possibilité de faire des activités pour éviter l'ennui [7]. Une des études relève également l'importance du **caractère significatif** des opportunités occupationnelles proposées [8], alors qu'une autre souligne que la clientèle qui a accès à des activités significatives en soins aigus estime être impactée positivement [10]. En effet, proposer des opportunités occupationnelles significatives pour la personne permet de lutter contre l'aliénation occupationnelle et donc contre une forme d'injustice occupationnelle [9]. Un article appuie l'importance de cet aspect en affirmant que la lutte contre l'injustice est une valeur centrale du métier d'ergothérapeute depuis sa création [6].

Plusieurs études identifient également le but d'être un **soutien à l'engagement dans l'activité** [6,7,8,10]. En effet, l'une d'elle souligne que les client-es s'engagent plus facilement dans des activités s'il y a quelqu'un pour les encourager ou les aider à le faire [7]. L'encouragement à maintenir le degré d'engagement est également cité comme objectif afin de permettre de créer des expériences de flow [8]. Finalement, l'un des articles nomme ce même but en le liant au concept *doing* (selon les écrits de l'autrice Ann Wilcock) et le définit comme le fait de faciliter la participation et la performance d'activités significatives malgré l'environnement restrictif [6]. De plus, une étude relève que la clientèle trouve des bénéfices



au fait de réussir à s'engager dans des activités, à savoir le fait de se relaxer, se faire plaisir, se distraire du stress, augmenter la confiance en soi, améliorer l'humeur, atteindre un but ou se rappeler des bons souvenirs [10].

Quatre des études soulignent aussi l'objectif de **permettre à la personne d'être actrice de ses soins et de reprendre un contrôle sur sa maladie** [7,8,9,10]. Cela passe par exemple par le fait d'attribuer des responsabilités, tel que la gestion de matériel ou la prise d'initiative [9], donner l'opportunité de gérer son emploi du temps ou donner la possibilité de faire des choix [9]. Certain·es client·es estiment que l'autonomie et la possibilité de faire des choix permettent de créer de la motivation et de l'espoir, ainsi que de redonner du sens [10]. Deux autrices insistent quant à elles sur l'importance de considérer la personne comme capable de penser et d'agir par elle-même, notamment car cela peut l'aider dans son image d'elle-même [9]. De plus, cet objectif va dans le sens des demandes d'activités formulées par la clientèle dans une des études. En effet, les résultats indiquent que la majorité des demandes vont dans le sens de pouvoir accéder à des activités qui peuvent être réalisées de manière indépendante [7].

Plusieurs études soulignent également des objectifs concernant la **préparation à la sortie de l'hôpital**, notamment en axant sur le développement de compétences pour : éviter les rechutes, améliorer les performances de certaines activités, travailler sur le plan cognitif [8], maintenir sa santé physique et son bien-être, ainsi que pour d'autres compétences pratiques tel que la cuisine [10]. Ces objectifs peuvent être pertinents s'ils sont établis en prenant en compte les enjeux de la vie quotidienne de la personne [8]. Le fait de prendre en compte le futur se retrouve aussi dans la dimension *becoming* (selon le concept d'Ann Wilcock), décrite dans le contexte des soins aigus comme le fait de cultiver un sens d'espoir et de permettre à la personne de s'engager dans des activités en gardant en tête le futur [6].

Un autre objectif récurrent est **l'évaluation**. En effet, l'objectif est non seulement d'évaluer les difficultés, mais aussi les ressources, les valeurs, les croyances, les motivations et le degré d'engagement dans les soins [8]. De plus, poursuivre l'évaluation durant les soins aigus permet la continuité de l'évaluation clinique tout au long du parcours de soin [9]. Les séances d'ergothérapie peuvent également avoir pour objectif d'accompagner la personne dans une auto-évaluation de ses capacités, ce qui peut permettre de travailler sur la conscience de la maladie et procurer un sentiment de compétence personnelle [8], ou encore de permettre au thérapeute de confronter la personne à sa situation [9]. L'objectif peut également être de faire une évaluation subjective du niveau de satisfaction de la personne [8].

Un autre objectif fréquemment cité est le développement des **compétences sociales** et **l'appartenance à un groupe** [6,7,10]. Cet objectif est notamment mentionné dans une étude

comme faisant partie de la dimension *belonging* (selon les écrits d'Ann Wilcock), définie comme le fait de créer un sens de communauté et d'appartenance [6]. Les client·es indiquent également que les interventions en ergothérapie ont pour but de donner plus d'opportunités de contacts sociaux [7,10], notamment par le biais d'activités de groupe [7]. Certain·es client·es identifient aussi le développement de compétences sociales, de communication et de résolution de conflit comme des buts importants [10].

**L'expression des émotions** est également un objectif des interventions ergothérapeutiques, identifié à la fois par des ergothérapeutes [6] et par des client·es [9]. Cela souligne la nécessité de valider les émotions, un élément identifié comme faisant partie de la dimension *being* (selon les écrits d'Ann Wilcock) [6]. La validation des émotions implique aussi d'être à l'écoute, particulièrement du vécu d'enfermement en unité fermée [9].

Enfin, plusieurs articles mentionnent le caractère **structurant** des activités [8,9,10]. En effet, celles-ci permettent d'instaurer un rythme de vie régulier en donnant des repères temporels [8] et un cadre structurant [9].

Le dernier objectif, la réduction des symptômes, n'est mentionné qu'une fois. En effet, une ergothérapeute note que selon son expérience, travailler à **réduire les symptômes** permet de trouver une stabilité psychomotrice ou de réduire l'intensité et la durée d'un épisode maniaque. Selon elle, cela peut également participer à rassurer la personne sur le fait que ses capacités ne sont pas altérées définitivement [8].

### **Caractéristiques des interventions**

Comme pour la section d'analyse précédente, la littérature identifie deux types d'interventions différentes : celles auprès de la clientèle, dont les objectifs ont été détaillés au chapitre précédent, et celles auprès de l'institution et en promotion.

#### **Interventions auprès de la clientèle**

Les interventions présentées dans les études s'inscrivent dans différentes approches et témoignent de l'utilisation de divers moyens de traitement. Cependant, l'ensemble des articles mentionnent des interventions selon une **approche occupationnelle** [6,7,8,9,10]. Cela s'exprime notamment à travers les buts mentionnés dans la section précédente, comme en témoignent ceux centrés sur l'engagement dans les activités, sur les opportunités occupationnelles, ainsi que sur le caractère significatif des activités. De plus, la conclusion de la revue de littérature qualitative soutient l'utilisation de cette approche, en effet, ses résultats montrent des liens positifs entre les occupations, la santé et le bien-être [10]. L'une des études est même spécifiquement consacrée à détailler la reconceptualisation de cette approche selon le point de vue d'un groupe d'ergothérapeutes [6]. Une autre étude conclut que cette approche

est une modalité thérapeutique sous-estimée en santé mentale, notamment dans l'utilisation d'activités de loisirs dans les contextes aigus [7].

En plus de la focalisation sur l'approche occupationnelle, les études mentionnent d'**autres approches**. L'un des articles se concentre notamment sur la pratique axée sur la justice, en plus de l'approche centrée sur l'occupation [6]. Cette étude relève aussi que la mise en place de ces interventions se fait dans un milieu orienté vers le modèle biomédical [6]. Deux des études mentionnent aussi le rétablissement, et le fait que la mise en place d'une approche occupationnelle participe à celui-ci [6,7]. Finalement, un autre article décrit l'approche en ergothérapie comme holistique, ce que l'auteur définit comme centrée sur la personne dans sa globalité. Selon elle, cela implique de fortement rechercher l'engagement et la participation de la personne [8].

Bien que toutes les études traitent de l'approche occupationnelle, toutes ne détaillent pas concrètement les **activités** proposées. Deux études donnent tout de même des exemples : l'utilisation de la méditation pleine conscience [8] et dans l'étude qui interroge la clientèle, une liste des activités les plus appréciées : marcher dans les couloirs, parler avec les autres, jouer au basket, écouter de la musique, regarder la télévision, faire des jeux de société, utiliser son téléphone pour regarder des films ou faire des jeux. Cette même étude mentionne aussi les activités non disponibles mais souhaitées par les personnes interrogées : activités de groupe, accès à de la musique, ressources pour faire des activités de manière indépendante, jeux, photographie, golf, jeux sur ordinateur, visites d'amis [7]. L'aspect qui ressort le plus des études n'est pas le type d'activités réalisées, mais plutôt la façon de les choisir, tel qu'en témoignent les objectifs sur le caractère significatif des activités dans la section précédente. L'une des études suggère d'ailleurs d'utiliser des outils de type checklist pour identifier les intérêts des client·es [7]. Pour que les interventions en ergothérapie aient du sens pour la personne, une étude relève qu'il est nécessaire de clarifier avec la ou le client·e le but de l'activité ainsi que de rendre compréhensible le caractère transférable de celle-ci [10]. Une autre mentionne aussi un avantage de l'utilisation de l'activité : elle permet, dans les situations où la verbalisation est difficile, d'engager la personne dans le processus de soin ainsi que d'éviter les tensions et les passages à l'acte. Toujours selon elle, l'activité fait aussi office de média pour encourager l'expression verbale autour de l'histoire de vie, de la rupture ayant mené à l'hospitalisation, des représentations, de l'identité ou des futurs projets [9].

Plusieurs articles décrivent aussi le contexte des séances, notamment en termes d'**environnement et de cadre**. Dans plusieurs études, l'atelier d'ergothérapie est considéré par des ergothérapeutes et par des personnes hospitalisées comme un espace qui a un impact positif et qui est à part du reste de l'hôpital [8,9,10]. Cet espace permet ainsi de s'échapper de

l'unité et de penser à autre chose [10], ainsi que d'évoluer dans un espace d'expression démedicalisé [9]. Une ergothérapeute relève que le fait que l'atelier soit un espace restreint avec un choix d'activités limité permet d'offrir un espace qui ne crée pas de surstimulations [8]. Si le lieu est partagé avec d'autres personnes, il peut aussi permettre d'expérimenter le fait d'être en groupe et d'avoir des règles sociales à respecter [9]. L'un des articles mentionne que les séances d'ergothérapie sont un moyen de ne pas ressentir le contexte de soin comme trop restrictif et enfermement [9]. Les articles mentionnent aussi le cadre à plusieurs reprises. Un article indique l'importance de penser le cadre en avance et de prendre le temps de l'expliquer à la personne hospitalisée [7]. Pour les interventions précoces, une ergothérapeute relève que le cadre défini doit être précis. Elle donne ensuite un exemple de cadre : des sessions individuelles courtes, avec un choix d'activités limitées et un objectif de soin que la personne peut clairement identifier. Ce même article précise que l'ergothérapeute peut progressivement faire évoluer le cadre, notamment en termes de longueur de séance mais aussi de modalité, notamment en passant à des séances de groupe [8]. Cette même autrice précise aussi que le cadre peut varier selon la pathologie de la personne [9].

#### Rôle dans l'institution et promotion

La majorité des articles de cette deuxième phase de recherche ne traite pas du rôle de l'ergothérapeute dans l'institution ou en promotion de la profession. En effet, la plupart décrivent des démarches d'interventions directement auprès des client·es ou relatent le vécu de la clientèle.

Cependant, l'une des études traite de cet aspect et identifie que les **interventions au niveau systémique** sont nécessaires dans l'implantation d'interventions axées sur la justice et centrées sur les occupations. Pour cela, les autrices et auteurs de l'article définissent trois rôles : *advocating*, c'est-à-dire défendre les droits des client·es ainsi que la profession, *educating*, qui correspond au fait de former et d'informer les collègues, et finalement *disseminating*, qui regroupe le fait de partager les idées autour de ces interventions, à la fois aux personnes ayant un pouvoir de changement, aux autres professionnel·les de l'institution, mais aussi aux ergothérapeutes d'autres structures. L'article précise que ces interventions demandent du temps et de la persévérance, notamment à cause de résistances aux changements. L'article conclut que les ergothérapeutes doivent développer des compétences pour comprendre les barrières systémiques et endosser ces trois rôles [6].

Un autre rôle mentionné à plusieurs reprises est celui de **chercheuse ou chercheur**. En effet, plusieurs articles mettent en évidence un manque de littérature au sujet de certaines interventions en ergothérapie en soins aigus psychiatriques [7,10]. Les sujets de recherches mentionnés sont : les activités auxquelles les client·es souhaiteraient avoir accès et l'impact

que celles-ci auraient sur elles et eux [7], les bénéfiques des interventions dans et en dehors des unités de soins et finalement, les points de vue de la clientèle dans les contextes aigus [10].

### **Barrières et facilitateurs**

Cette section synthétise les éléments qui, dans les articles, sont identifiés comme des barrières et des facilitateurs dans la mise en place d'interventions en ergothérapie. Ces éléments sont mis en lien avec trois catégories : l'institution, l'équipe et la clientèle.

L'**institution** est principalement considérée comme une barrière. En effet, les politiques de soins exercent une influence sur les prestations, un des articles affirme donc qu'il est nécessaire de se battre au niveau institutionnel [6]. Les règles institutionnelles de sécurité peuvent également être une barrière à la mise en place de certaines activités [6]. L'aspect sécuritaire se manifeste notamment dans l'environnement, qui est jugé limitant et identifié comme cause de privation occupationnelle [6,7,9,10].

Le deuxième élément pouvant être considéré comme un facteur limitant ou facilitant est l'**équipe**. En effet, la coordination entre les professionnel·les peut impacter positivement ou négativement les interventions [8,9]. Le manque de cohésion et d'alignement entre les philosophies de soins peut quant à lui être une barrière [6]. Un des articles relève également le fait que les ergothérapeutes se sentent parfois sous-évaluées et mal reconnues dans leur rôle au sein des équipes, ce qui peut influencer négativement leur rôle [6]. Dans le même sens, un article note que la compréhension des interventions en ergothérapie par les autres professionnel·les est un facteur facilitateur [8]. La quantité de personnel ainsi que le temps disponible peuvent aussi être des facilitateurs ou à l'inverse des barrières [7]. Les horaires du personnel constituent également un facteur limitant. En effet, l'accès aux activités est limité aux heures de travail du personnel [7]. De plus, une des études indique que l'ergothérapeute peut elle-même être un facteur limitant si elle n'a pas conscience de l'impact des situations de privation occupationnelle [9]. Finalement, le fait que l'ergothérapeute soit souvent identifiée par la clientèle comme différente du reste de l'équipe est un facteur facilitateur [8,9,10]. Cela est notamment dû au fait qu'elle ne participe pas à la négociation des consignes contraignantes et du contrat de soin [9].

Le dernier élément identifié comme une barrière ou un facilitateur est l'état de santé de la ou du **client·e**. Cela peut par exemple être une barrière à cause : d'effets de la médication tel qu'un ralentissement, des tremblements, une dysarthrie ou un état de somnolence, de troubles cognitifs trop importants pour s'engager dans une activité [7,8], d'un manque de conscience des troubles, de la non-adhérence aux soins, d'une accélération de la pensée [8], ou si la personne n'a pas le désir de s'engager dans une activité [7]. Certaines personnes interrogées

ont également identifié que l'incompréhension pouvait être une barrière, notamment si elles ne comprennent pas le but des séances ou si elles ne sont pas certaines que cela sera utile lors de la sortie de l'hôpital [10].

### **4.3 Applicabilité des résultats de la deuxième partie pour le contexte de l'isolement**

Le but de cette section est de discuter de l'applicabilité des résultats de la deuxième partie d'analyse au contexte de la première partie, c'est-à-dire de discuter des éléments identifiés pour le rôle de l'ergothérapeute en soins aigus psychiatriques afin de compléter les résultats identifiés pour ce même rôle en isolement. En effet, la question de recherche concerne spécifiquement le rôle de l'ergothérapeute en isolement et non celui en soins aigus psychiatriques. Pour ce faire, cette section synthétise les éléments communs aux deux parties d'analyse en reprenant les trois thèmes identifiés lors des analyses thématiques. Cette section discute également de l'applicabilité des éléments uniquement présents dans la deuxième analyse pour la pratique en isolement.

#### **4.3.1 Objectifs et résultats**

De nombreux objectifs sont communs aux deux parties d'analyse : donner le pouvoir d'agir et permettre à la personne de reprendre un contrôle sur sa maladie, procéder à une évaluation, donner accès à des opportunités occupationnelles et lutter contre la privation occupationnelle, offrir une structure, réduire les symptômes et finalement exprimer ses émotions.

Le premier objectif est « **donner le pouvoir d'agir et permettre à la personne de reprendre un contrôle sur sa maladie** ». Les deux sections suggèrent pour cela de donner la possibilité de faire des choix. La deuxième section va cependant plus loin en suggérant d'attribuer graduellement des responsabilités à la personne ou de donner accès à des activités qui peuvent être réalisées de manière indépendante. Ces derniers points pourraient être applicables dans une certaine mesure dans le contexte de l'isolement, pour autant que les critères de sécurité soient réfléchis au préalable.

Le deuxième objectif commun est « **procéder à une évaluation** ». En effet, les deux analyses soulignent qu'afin de pouvoir observer une progression, il est important d'être constant·e dans l'évaluation tout au long du parcours de soins. Elles relèvent aussi comme objectif l'évaluation d'habiletés fonctionnelles et de performances occupationnelles. La deuxième analyse va plus loin dans cet objectif et suggère d'évaluer également les valeurs, les croyances, les ressources et les motivations de la personne. Cela semble possible dans le contexte de l'isolement, cependant, la mise en œuvre pourrait être limitée par la disponibilité de la personne hospitalisée et par sa capacité à élaborer sur le sujet à ce moment précis. La deuxième section

mentionne également la possibilité d'accompagner la personne dans une auto-évaluation. À nouveau, ceci pourrait être possible dans une certaine mesure, mais le caractère aigu de la situation pourrait empêcher la personne d'avoir les capacités cognitives de le faire. De plus, il est probable que l'auto-évaluation ne soit pas l'objectif priorisé lors d'un moment de crise.

Les objectifs de « **lutter contre la privation occupationnelle** » et « **donner accès à des opportunités occupationnelles** » sont aussi présents dans les deux analyses. Tous deux mettent l'accent sur l'environnement limitant, que ce soit à propos du contexte d'isolement ou du contexte hospitalier aigu en général. Dans les deux cas, l'environnement est identifié comme un facteur qui limite les opportunités d'engagement dans les activités, et plus particulièrement dans celles qui ont du sens pour les personnes hospitalisées. Les articles sur le contexte des soins aigus mettent d'ailleurs l'accent sur le manque de caractère significatif des activités proposées. Les études à propos de l'isolement mettent quant à elles davantage en avant le manque d'activités proposées. Bien que l'aspect significatif soit moins ressorti dans la littérature qui traite du contexte d'isolement, celui-ci est également central dans cette pratique et peut permettre, non seulement de lutter contre la privation occupationnelle, mais aussi contre l'aliénation occupationnelle.

L'objectif « **offrir une structure** » est également présent dans les deux analyses. Toutes deux mentionnent le fait de retrouver une régularité, de structurer la journée ainsi que d'avoir des repères temporels.

L'objectif « **réduire les symptômes** » n'est mentionné explicitement que dans la littérature à propos de la pratique en milieu hospitalier aigu, avec comme exemple le fait de trouver une stabilité psychomotrice dans le cas d'un épisode maniaque. Dans la littérature à propos de l'isolement, seul le fait de faciliter un état de calme en cas d'agitation est mentionné.

Finalement, « **exprimer ses émotions** » est le dernier objectif mentionné dans les deux analyses. Dans la première partie de l'analyse, cet objectif n'est mentionné qu'une seule fois, et est formulé dans le sens d'ouvrir un espace d'expression et de donner du sens au vécu d'isolement. Dans la deuxième partie, cet objectif est identifié comme important par les ergothérapeutes ainsi que par la clientèle. L'expression des émotions est également mise en lien avec le vécu d'enfermement, ce qui appuie les résultats trouvés dans la première analyse.

Néanmoins, tous les objectifs ne sont pas communs aux deux sections d'analyse. En effet, certains ne sont pas apparus dans la première partie d'analyse, mais sont ressortis dans la deuxième. Il s'agit des objectifs suivants : soutenir l'engagement dans l'activité, préparer la sortie de l'hôpital et finalement, développer des compétences sociales et appartenir à un groupe.

Le premier objectif, « **soutenir l'engagement dans l'activité** », n'est pas nommé explicitement dans les articles traitant de l'isolement. Cependant, celui-ci est cohérent avec des éléments mentionnés dans certains écrits, à savoir l'utilisation par les ergothérapeutes de compétences pour adapter et graduer l'activité. Ces compétences sont mobilisées dans le but de proposer des activités accessibles et de soutenir l'engagement des personnes hospitalisées dans celles-ci.

L'objectif « **préparer la sortie de l'hôpital** » est également spécifique à la deuxième section d'analyse. Celui-ci ne semble pas pertinent dans le contexte de l'isolement car non prioritaire durant cette phase de l'hospitalisation. De plus, les activités réalisables dans ce contexte sont limitées et ne permettent pas de travailler sur toutes les activités quotidiennes. L'état et la disponibilité de la ou du client-e peuvent aussi être une barrière à la réalisation de cet objectif. La projection dans un retour à domicile peut être difficile, par exemple dans le cas où la personne est désorientée dans le temps. Cependant, cela n'empêche pas de commencer à travailler sur certaines compétences qui seront utiles par la suite pour le retour à domicile.

Le dernier objectif, « **développer des compétences sociales et appartenir à un groupe** » ne semble pas pertinent dans le contexte de l'isolement. En effet, celui-ci sous-tend l'utilisation d'interventions de groupe, ce qui n'est pas en adéquation avec le but de l'isolement. Cependant, les compétences sociales et de communication peuvent être un objectif et être travaillées par le biais des échanges avec l'ergothérapeute.

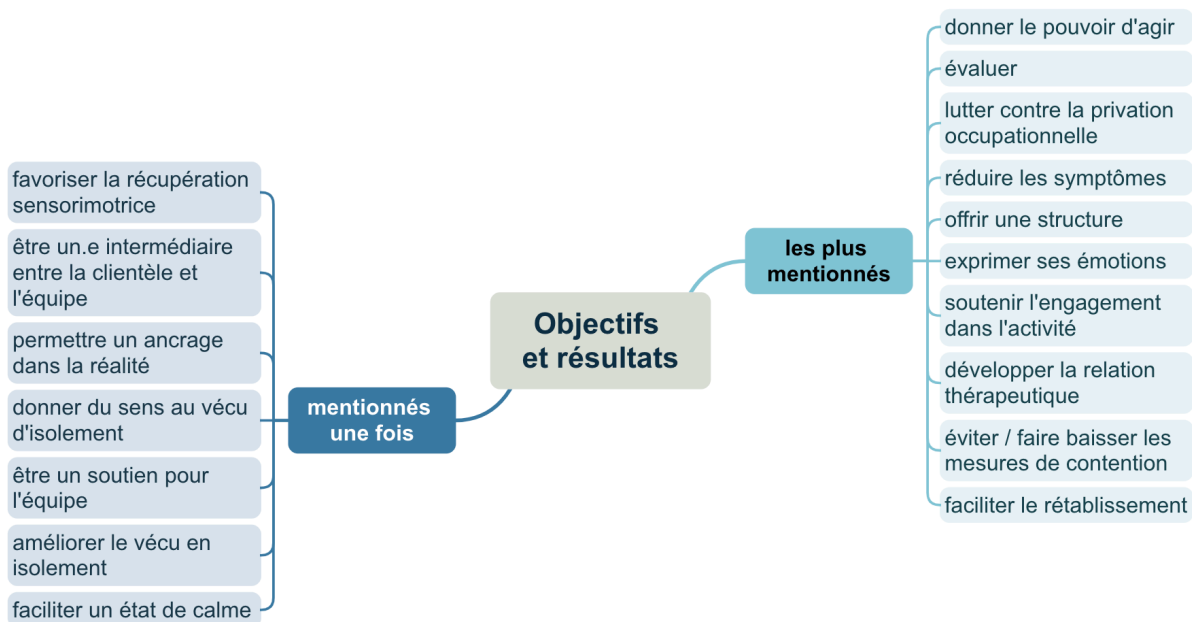


Figure 1 : Vue d'ensemble des objectifs et des résultats des interventions



### **4.3.2 Caractéristiques des interventions**

Afin de faciliter la comparaison des deux analyses, les deux sous-thèmes de cette section ont été repris. Le premier sous-thème concerne les caractéristiques des interventions auprès de la clientèle et le second auprès de l'institution et en promotion.

#### Interventions auprès de la clientèle

Certains éléments des interventions **auprès de la clientèle** sont communs aux deux sections d'analyse : l'utilisation de l'approche occupationnelle, l'environnement et le cadre ainsi que la mention de certains cadres de référence. L'utilisation de l'**approche occupationnelle** est commune à l'ensemble des articles sélectionnés. Celle-ci est soit mentionnée explicitement, soit visible à travers le choix des différents moyens d'interventions et des objectifs. Dans les deux analyses, le choix de l'approche est justifié par le caractère restrictif de l'environnement. À nouveau, le caractère significatif des activités proposées ressort davantage dans la deuxième partie de l'analyse. Afin d'atteindre ce but, certains articles suggèrent, comme pour la littérature en isolement, d'utiliser une *checklist* pour connaître les intérêts de la personne en avance. Un article de la seconde analyse mentionne également que pour que la personne saisisse le sens de l'intervention, il est nécessaire de clarifier avec elle le but de la séance et de mettre en avant le caractère transférable de l'activité. Expliciter le sens de l'activité semble être faisable et utile dans le contexte de l'isolement. Discuter du caractère transférable de l'activité pourrait également être faisable, mais au vu des différents objectifs identifiés précédemment, cela ne semble pas être une priorité dans la pratique en isolement. L'une des études mentionne aussi qu'engager la personne dans une activité a un avantage, celui de permettre l'engagement dans le processus de soins même si la verbalisation est difficile pour celle-ci. Selon cette même autrice, l'activité a aussi l'avantage d'être un média pour encourager la personne à s'exprimer. Cela est aussi valable dans le contexte de l'isolement.

Finalement, la deuxième analyse identifie aussi les loisirs comme un type d'activités sous-estimé en soins aigus. Les différents articles à propos de l'isolement ne mentionnent pas de littérature spécifique aux loisirs, mais mentionnent l'utilisation de certains loisirs comme moyens d'interventions, principalement les activités créatrices et sensorielles. L'utilisation des loisirs en isolement semble limitée par les aspects sécuritaires ainsi que par le fait que le matériel n'est pas toujours transportable.

Les articles de la deuxième analyse mentionnent aussi les activités auxquelles la clientèle souhaiterait le plus avoir accès. La plupart des activités identifiées ne semblent cependant pas être transférables au contexte d'isolement. En effet, plusieurs d'entre elles impliquent de sortir de la chambre d'isolement, d'avoir accès à du matériel peu transportable et posant des questions de sécurité, ou encore de faire des séances de groupe. Bien que ces résultats

n'informent pas directement sur les activités qui pourraient être reprises en isolement, la différence entre les deux analyses montre un manque de recherches qui s'intéressent aux activités appréciées par la clientèle en isolement.

Le deuxième élément en commun est l'**environnement**. Cependant, celui-ci n'est pas traité de la même manière dans les deux contextes. En effet, dans le contexte de l'isolement, les articles mettent l'accent sur les compétences d'adaptation de l'environnement afin d'atteindre différents buts. Dans le contexte des soins aigus, les articles se concentrent plutôt sur l'aménagement de l'atelier d'ergothérapie, décrit comme un espace démedicalisé, à part du reste de l'hôpital, n'offrant pas de surstimulations, qui permet de s'échapper de l'unité, de penser à autre chose ou d'expérimenter le fait d'être en groupe. Il est probable que dans la plupart des structures hospitalières, l'environnement physique ne permette pas de réaliser des séances d'ergothérapie dans un autre lieu que dans la chambre d'isolement ou un espace proche adjacent. Cependant, les caractéristiques positives de l'espace d'ergothérapie décrites ci-dessus peuvent être des pistes pour l'aménagement d'un espace dédié.

Les deux sections traitent également du **cadre** et soulignent l'importance de le réfléchir en avance et de le définir précisément. Plusieurs articles sur la pratique en soins aigus insistent sur le fait qu'expliquer le cadre de la séance à la personne est un élément important. Bien que ces éléments ressortent moins des articles sur la pratique en isolement, ceux-ci peuvent également être applicables à ce contexte. Le fait de faire évoluer le cadre et les modalités d'interventions ressort également des deux analyses, autant géographiquement qu'en termes de longueur de séance. Le seul facteur qui n'apparaît pas dans la littérature sur l'isolement est le passage aux séances de groupe, car cela n'est pas cohérent avec le principe même de l'isolement.

Finalement, le dernier élément commun est la mention de l'utilisation de **cadres de références** et d'autres approches en plus de l'approche occupationnelle. Les seules approches communes sont le rétablissement et la pratique centrée sur la personne, qui implique de beaucoup rechercher la participation et l'engagement de la personne. La littérature à propos des soins aigus fait mention du modèle biomédical pour décrire le contexte de pratique dans lequel évoluent les ergothérapeutes qui travaillent dans ce milieu. Elle fait également mention de l'implantation de la pratique axée sur la justice. Cette pratique, telle que décrite dans un des articles, paraît applicable au contexte d'isolement. Elle est décrite par l'utilisation de concepts redéfinis par un groupe d'ergothérapeutes, à savoir les concepts *being*, *doing*, *belonging* et *becoming*, initialement développés par Ann Wilckok.

### Rôle dans l'institution et en promotion

Cette seconde section du chapitre concerne le deuxième sous-thème, à savoir le rôle de l'ergothérapeute dans l'institution et en promotion. À nouveau, plusieurs éléments sont communs aux deux analyses : l'*advocacy* ou défense des droits, la formation et finalement, le manque de littérature. La dissémination des informations est quant à elle mentionnée uniquement dans la deuxième analyse.

Le premier élément commun est l'**advocacy**, ou la défense des droits. Dans le contexte de l'isolement, ce concept est uniquement mis en lien avec les droits de la clientèle, alors que dans le second, il est également mis en lien avec la défense de la profession.

Le second aspect commun est la **formation**. Dans le contexte de l'isolement, elle est spécifiquement mis en lien avec l'enseignement de méthodes sensorielles. Dans le contexte des soins aigus, elle est mis en lien avec le fait de former et d'informer les collègues des différentes pratiques et approches qui constituent l'ergothérapie. L'engagement de l'ergothérapeute dans la défense des droits ou la formation peut permettre d'agir sur la compréhension de l'ergothérapie au sein de l'institution et ainsi influencer positivement le développement des interventions en isolement.

Le dernier élément commun est le **manque de littérature**. Dans le milieu des soins aigus, le manque identifié concerne spécifiquement les thèmes suivants : les activités que les client·es souhaiteraient faire et l'impact que celles-ci pourraient avoir sur elles et eux, les bénéfices des interventions dans et en dehors des services de soins et pour finir, les points de vue de la clientèle sur les soins dans le contexte aigu. Dans la première section d'analyse, c'est l'ensemble de la littérature sur l'ergothérapie en isolement qui est considérée comme sous-développée. Les manques identifiés dans la deuxième analyse sont donc également valables pour le contexte de l'isolement.

Finalement, l'un des aspects est uniquement mentionné dans la deuxième analyse, à savoir la **dissémination**, qui consiste à partager l'approche de l'ergothérapie, à la fois au sein et à l'extérieur de la structure. Cela ne s'applique pas spécifiquement au contexte de l'isolement, puisque ces interventions sont spécifiques au rôle auprès de la structure. Cependant, les interventions auprès de la structure peuvent impacter les politiques institutionnelles, ce qui aura un effet sur les prestations et donc sur la pratique en isolement.

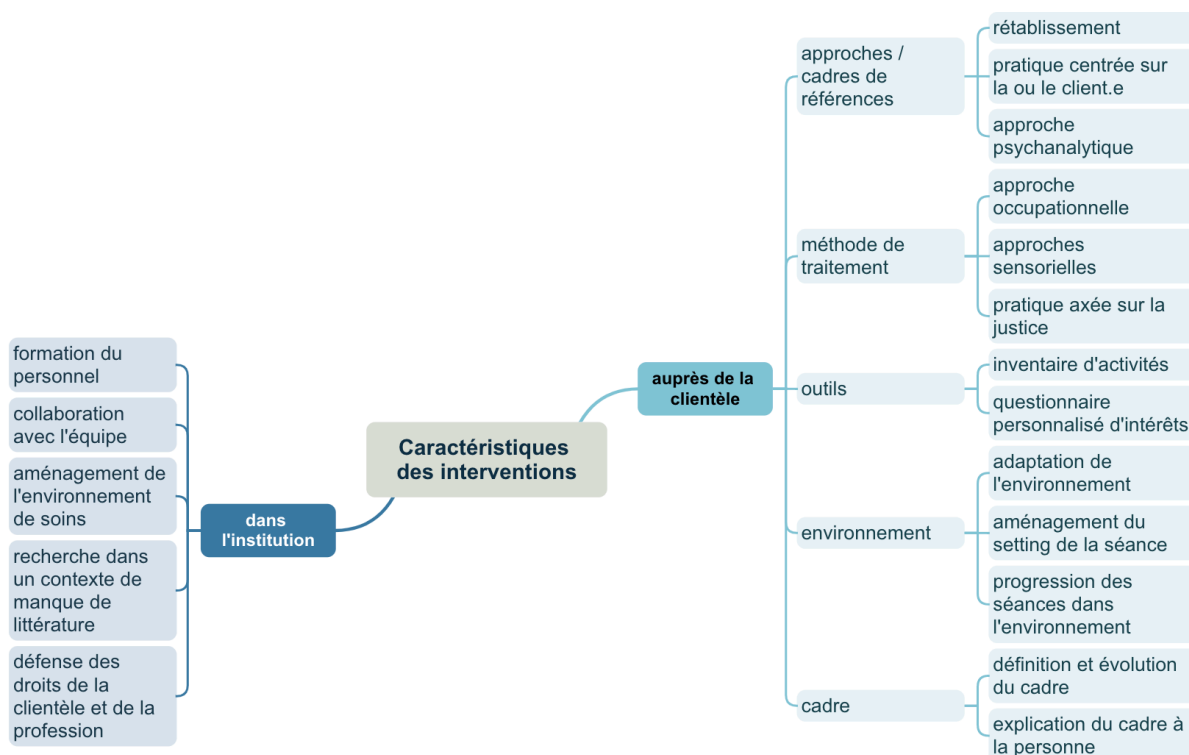


Figure 2 : Vue d'ensemble des caractéristiques des interventions

### **4.3.3 Barrières et facilitateurs**

Comme dans les deux analyses, les barrières et facilitateurs sont divisés en trois parties : l'institution, l'équipe et la clientèle.

Dans les deux analyses, l'**institution** est identifiée à la fois comme une barrière et un facilitateur. Le soutien ou non de la hiérarchie peut par exemple être un facilitateur ou une barrière à la mise en place des interventions en isolement. Les règles institutionnelles de sécurité sont également une barrière à la mise en place de certaines activités, que ce soit en isolement ou en soins aigus. La deuxième analyse souligne que l'aspect sécuritaire se manifeste à travers le déroulement des séances, mais aussi par l'organisation de l'environnement. Un autre des articles de la seconde analyse identifie principalement l'institution comme une barrière, notamment dans l'implantation de certaines interventions. Il met l'accent sur le rôle des ergothérapeutes dans ce processus en précisant que les changements institutionnels demandent du temps et de la persévérance.

Le second élément est l'**équipe**, qui peut être soit limitante, soit facilitatrice. Il y a deux éléments communs entre les analyses. Le premier est l'importance de la coordination au sein de l'équipe. Le second concerne la compréhension du rôle de l'ergothérapeute par les autres

professionnel·les. En effet, une bonne compréhension est un facteur facilitateur dans l'implantation de nouvelles interventions.

Certains éléments apparaissent uniquement dans la littérature à propos de l'isolement, à savoir la flexibilité de l'équipe par rapport à l'organisation et le soutien. Les articles à propos des soins aigus soulignent quant à eux différents éléments limitants et facilitateurs. Les facteurs limitants sont : le manque de cohésion et d'approches de soins communes entre les professionnel·les, les horaires du personnel et finalement, le manque de connaissances des ergothérapeutes sur l'impact de la privation occupationnelle. À l'inverse, le fait que l'ergothérapeute soit souvent identifiée comme une membre différente du reste de l'équipe de soins est considéré comme un facteur facilitateur. Certains articles relèvent que plusieurs éléments peuvent être facilitateur ou limitant, c'est par exemple le cas de la quantité de personnel ou du temps à disposition. Étant donné que les équipes de soins évoluent dans le contexte des soins aigus même lors d'interventions en isolement, l'ensemble des résultats identifiés dans la deuxième partie s'appliquent aussi à la pratique en isolement. Ils permettent donc de comprendre quels facteurs peuvent influencer l'implantation d'interventions en ergothérapie, que ce soit dans le contexte des soins aigus ou de l'isolement.

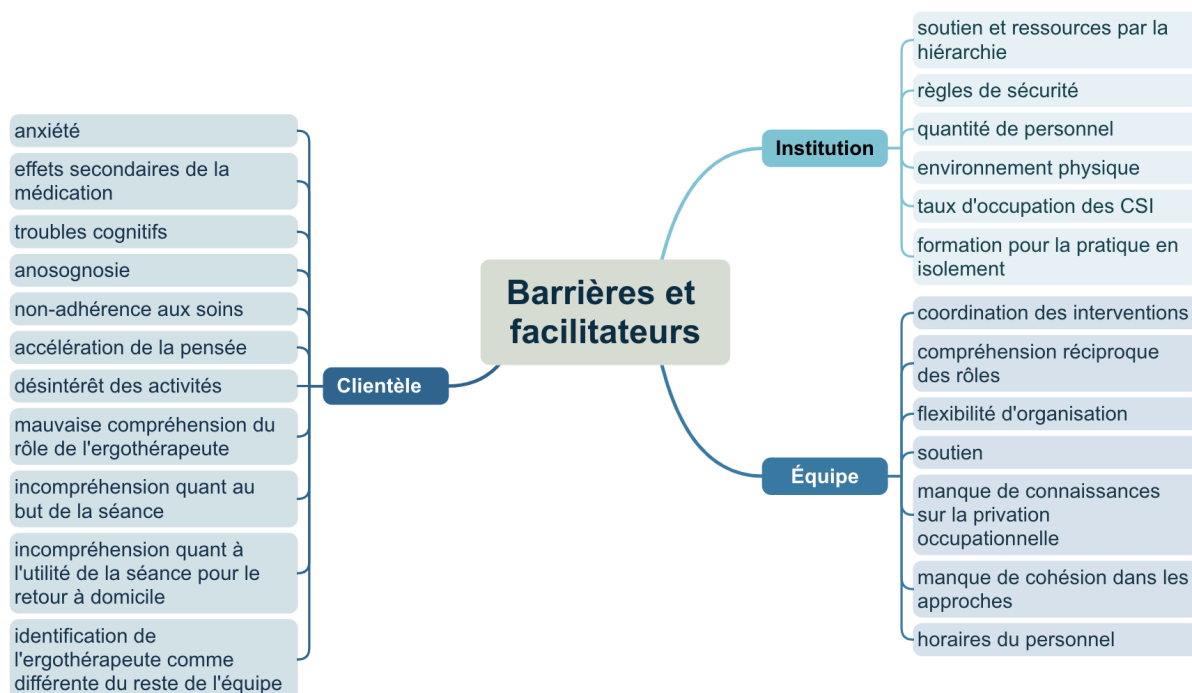


Figure 3 : Vue d'ensemble des barrières et facilitateurs

Finalement, le dernier élément est la ou le **client·e**. Les deux contextes mentionnent l'état de santé comme potentielle barrière à la réalisation des séances. La première analyse cite comme unique exemple l'anxiété, qui peut notamment augmenter suite à la mise en place d'un nouveau suivi avec un·e thérapeute. La deuxième analyse permet d'étayer les exemples de

barrières : des effets de la médication, des troubles cognitifs, une anosognosie, une non-adhérence aux soins, une accélération de la pensée ainsi que le fait que la personne n'ait pas envie de faire une activité. Les difficultés de compréhension sont également communes aux deux analyses. Dans la littérature sur le contexte en isolement, c'est plus particulièrement le rôle de l'ergothérapeute qui est cité comme élément pouvant être mal compris. Dans la littérature sur le contexte en soins aigus, les incompréhensions concernent le but de la séance ainsi que l'utilité à long terme. À nouveau, les exemples cités dans la deuxième analyse permettent de donner des pistes et une meilleure vue d'ensemble des facteurs qui peuvent influencer l'engagement dans les séances, que ce soient des interventions en soins aigus ou en isolement.

## 5. Discussion

L'objectif de cette revue de la portée était de répondre à la question de recherche suivante : Quel est ou pourrait être le rôle de l'ergothérapeute auprès des client·es adultes placé·es en chambres de soins intensifs psychiatriques (CSI) ? Les résultats présentés ont permis de donner des pistes sur les objectifs, les méthodes et les enjeux autour de ce rôle. La présente section a pour but de discuter certains éléments des résultats afin de les mettre en lien avec la théorie, à savoir l'approche occupationnelle, l'environnement et la privation occupationnelle et finalement, les aspects sécuritaires en lien avec la prise de risque. La discussion dresse ensuite un bilan de l'état de la littérature sur le sujet de la recherche. Une partie est ensuite dédiée à l'intérêt des résultats pour la pratique professionnelle par le biais d'une synthèse et d'une réflexion personnelle sur l'aspect éthique de la pratique en isolement. Finalement, la discussion se termine par une analyse des forces et des limites de ce travail.

### **5.1 Discussion des résultats en lien avec la partie théorique**

#### **5.1.1 Approche occupationnelle et paradigmes en ergothérapie**

Le premier élément traité est la grande place donnée à l'**approche occupationnelle** dans les résultats de ce travail. En effet, tous les articles identifiés la mentionnent, de manière directe ou par le biais d'objectifs et de méthodes. Les résultats mettent particulièrement en avant l'occupation comme moyen d'intervention, c'est-à-dire selon une approche *occupation-based*. Cette tendance à mettre en avant l'approche occupationnelle reflète une tendance plus large dans la littérature en ergothérapie. En effet, selon Meyer (2022), la promotion des occupations humaines est au premier plan depuis déjà plusieurs années. Elle précise néanmoins que la place prépondérante de cet aspect en ergothérapie est relativement récente. En effet, comme mentionné dans la recension des écrits, l'ergothérapie a connu différents paradigmes, c'est-à-dire différentes manières de conceptualiser la discipline. Pour rappel, le paradigme précédent l'actuel est le « paradigme biomédical », dont le concept central n'est pas l'occupation, mais plutôt le fait de travailler sur les différents systèmes qui composent le corps afin de réduire les incapacités de celui-ci (Kielhofner, 2009). Ainsi, malgré la présence importante du concept d'occupation, il est nécessaire de rappeler que plusieurs conceptions coexistent au sein de la discipline et dans les milieux de soins.

Cependant, malgré la présence de plusieurs perspectives et approches au sein de l'ergothérapie, la tendance de la littérature est plutôt de vouloir se défaire du modèle biomédical. En effet, selon Meyer (2022), l'ergothérapie connaît une extension vers « un engagement social et politique plus clair qui met la défense, le respect, la promotion des occupations humaines à l'avant-plan en essayant de s'abstraire du modèle médical et de la

prégnance de la culture occidentale » (p. 4). La volonté de s'abstraire de ce modèle est visible dans les résultats de ce travail. Celle-ci se manifeste par exemple dans l'opposition de ce modèle à la pratique de l'ergothérapie dans l'article de Gallagher et al. (2023) ou encore dans le fait que seul un article mentionne la réduction des symptômes comme objectif des interventions en ergothérapie. Les écrits à propos de l'utilisation de différentes approches font état d'avis divergents. En effet, Meyer (2022) remet par exemple en perspective les différentes approches et propose de ne pas limiter les moyens d'interventions aux occupations. Elle suggère que d'autres moyens peuvent être pertinents dans la pratique de l'ergothérapie lorsqu'ils sont passés dans un « filtre occupationnel », c'est-à-dire lorsqu'ils sont interprétés selon une perspective occupationnelle. Fisher (2013) indique au contraire que les ergothérapeutes ne peuvent pas continuer à utiliser des méthodes qui sont détachées du cœur de la profession, c'est-à-dire détachées de la performance occupationnelle et du « faire ». Elle soutient donc que les interventions des ergothérapeutes devraient être *occupation-based*, c'est-à-dire qu'elles devraient utiliser l'occupation comme moyen d'évaluation ou d'intervention (Fisher, 2013). Elle souligne également que dans le cas où il n'est pas possible de faire des interventions *occupation-based*, les ergothérapeutes devraient utiliser des modèles de pratique qui permettent de relier explicitement les interventions aux principes fondamentaux de la profession (Fisher, 2013).

### **5.1.2 Environnement et privation occupationnelle**

Le concept de **privation occupationnelle** est lui aussi très présent dans les études analysées. Dans les résultats, ce concept est spécifiquement mis en lien avec l'environnement des chambres d'isolement et des services de soins aigus psychiatriques. En effet, l'environnement est décrit dans la plupart des études comme restrictif et limitant les activités proposées durant les séances d'ergothérapie. Cela rejoint les informations récoltées lors de la recension des écrits. En effet, selon Ormston (2002), la clientèle est souvent confrontée à des barrières qui empêchent la participation à des occupations significatives, c'est-à-dire à des occupations qui ont du sens pour elle. De plus, les études donnent une importance particulière à l'environnement, puisque la présence des ergothérapeutes dans les chambres d'isolement est justifiée par le fait que le contexte de pratique est identifié comme particulièrement restrictif. Le rôle de l'ergothérapeute est souligné à la fois en ce qui concerne l'aménagement du setting, mais aussi des espaces de soins lors de la conception de ceux-ci.

L'utilisation du concept de « privation occupationnelle » renvoie à une conception engagée de l'ergothérapie. Pour rappel, la privation occupationnelle est une forme d'injustice occupationnelle, c'est-à-dire une forme de limitation de l'accès à des occupations qui ont du sens (Backman et al., 2021). En effet, selon Larivière (2019), la justice occupationnelle est un



concept qui soutient le développement d'aspects sociaux et politiques dans l'ergothérapie. La présence répétée de ce concept dans les résultats témoigne donc de la tendance de la littérature à s'inscrire dans une forme d'ergothérapie plus sociale et politique, comme identifiée par Meyer (2022). Cette tendance est également visible par la présence des notions de défense des droits de la clientèle, ainsi que par l'importance donnée aux barrières institutionnelles. En effet, bien que la question de recherche concerne les interventions directement auprès de la clientèle, le rôle de l'ergothérapeute au sein de l'équipe et de l'institution est ressorti comme un thème important lors de l'analyse thématique.

### **5.1.3 Sécurité et prise de risque**

La notion de **sécurité** est aussi un point important de l'analyse. En effet, celle-ci est ressortie à plusieurs reprises des articles, identifiée à la fois comme une barrière environnementale et organisationnelle aux interventions, mais également comme une barrière à l'application des résultats de la deuxième analyse au contexte de l'isolement. Les éléments identifiés s'apparentent au discours sur la sécurité cité lors de la recension. En effet, selon Slemon et al. (2017), ce discours se manifeste par le fait de considérer la sécurité comme la valeur la plus importante, ce qui provoque notamment le maintien d'un environnement restrictif et contrôlant. Malgré le fait que cette barrière soit citée de nombreuses fois, aucun des articles ne parle spécifiquement du rôle de l'ergothérapeute dans la gestion de la prise de risque.

Une étude de Robertson & Collinson (2011) traite du sujet de la **prise de risque** positive en unité psychiatrique adulte. Elle mentionne que le personnel soignant rencontre des difficultés à cause du fait que la relation avec la clientèle est influencée par une négociation quant au pouvoir que les thérapeutes ont sur la vie de celle-ci dans ce contexte. La plupart des professionnel·les essaient donc de trouver un équilibre entre le soutien des besoins et le contrôle. Deux auteurs mentionnent cependant que malgré la tendance à vouloir trouver un équilibre, la plupart des professionnel·les se trouvent dans des situations complexes qui les poussent à mettre en place des stratégies qui empiètent sur les droits des client·es et à faire usage de contentions (Davidson & Campbell, 2007, cités dans Robertson & Collinson, 2011). Les professionnel·les interrogé·es soulignent cependant que l'absence de directives pratiques uniformes sur le sujet ne leur permet pas de saisir leur propre responsabilité lorsqu'elles et ils doivent faire face à des situations qui impliquent des prises de risques. Les auteurs concluent cependant que la prise de risque est nécessaire pour améliorer la qualité de vie de la personne (Robertson & Collinson, 2011). Les ergothérapeutes ont elles aussi une forme de contrôle sur la clientèle, par exemple par le choix de la fréquence des séances ou des activités qu'elles proposent. La formation autour du thème de la prise de risque est donc une piste de réflexion qui pourrait permettre d'atténuer la barrière que représente la sécurité.

## **5.2 État de la littérature sur la pratique de l'ergothérapie en isolement**

Cette revue de la portée a mis en avant un élément important : la rareté de littérature sur le sujet de la pratique des ergothérapeutes en isolement et en soins aigus psychiatriques. En effet, ce manque a été très visible, notamment lors de la phase de recherches d'articles. Premièrement, l'absence de littérature a influencé la structure du travail, puisque cela a créé la nécessité de réaliser une deuxième partie de recherches et d'analyse qui s'intéresse à un contexte plus large que celui de l'isolement. Deuxièmement, le peu de littérature a influencé les types de documents sélectionnés. Pour rappel, parmi les dix documents identifiés, seule la moitié sont des articles scientifiques avec une méthodologie détaillée. Les cinq autres sont : des articles de revue sous forme narrative, un article de newsletter, un poster présenté dans le cadre d'une conférence de la WFOT, ainsi qu'un chapitre de livre. Ils s'apparentent donc davantage à des partages d'expériences de mise en place ou de réalisation d'interventions en isolement ou dans le contexte aigu psychiatrique. Ces articles ont donc des faiblesses méthodologiques qui questionnent la transférabilité des résultats identifiés. Cependant, ils constituent les seuls documents sur le sujet et sont donc importants et nécessaires pour répondre à la question de recherche. De plus, comme souligné par Kinsella et Whiteford (2009), le problème réside souvent dans la valeur accordée à la littérature et non dans la quantité de littérature disponible. Ainsi, la prise en compte de ces articles s'inscrit dans la recommandation de Whiteford (2005) d'adopter une perspective pluraliste sur ce qui constitue les preuves. La sélection de ceux-ci est également nécessaire dans la réalisation d'une revue de la portée car son but est de faire état des preuves disponibles (Peters et al., 2020). Finalement, le manque de littérature est aussi apparu dans les résultats des deux analyses, notamment à propos du point de vue de la clientèle sur les activités et sur les soins aigus, sur les potentiels bénéfiques des occupations dans ce contexte, ainsi que sur l'ensemble des pratiques des ergothérapeutes en isolement.

Le manque d'écrits sur le sujet est aussi identifié dans la littérature par plusieurs autrices et auteurs. Comme mentionné dans la recension, la littérature qui traite de la pratique de l'ergothérapie en psychiatrie aiguë n'est pas aussi riche que dans d'autres professions (D'Amico et al., 2018). En effet, plusieurs autrices concluent par exemple que les recherches sur les contextes de soins hospitaliers en ergothérapie sont sous-représentées, notamment celles qui concernent l'engagement des client-es dans les activités (Hitch & Lhuede, 2015) et le point de vue de la clientèle (Zedel & Chen, 2021). Dans le même sens, deux auteurs soulignaient déjà en 2010 un manque de littérature sur l'ergothérapie en psychiatrie aiguë. Ils mettent cette absence de recherches en lien avec un changement de perspective dans les prises en charge en santé mentale, en effet, celles-ci tendent à aller vers une approche plus

communautaire (Lloyd & Lee Williams, 2010). Selon Hawkes et al. (2008, cité dans Lloyd & Williams, 2010), ce changement de perspective a commencé au début des années 80 et a pour but de traiter les personnes dans la communauté dans laquelle elles vivent, c'est-à-dire dans leur environnement habituel, cela dans le but d'améliorer la qualité des soins.

### **5.3 Intérêt des résultats pour la pratique professionnelle**

#### **5.3.1 Synthèse par thème**

Les résultats de cette revue permettent de mieux appréhender le rôle de l'ergothérapeute auprès des adultes en isolement. Le premier thème identifié regroupe les objectifs des interventions en isolement, ce qui permet d'avoir une vue d'ensemble des buts recherchés par les ergothérapeutes lors de leurs séances. Cela pourrait permettre aux ergothérapeutes qui travaillent dans ce contexte d'avoir une nouvelle perspective sur ce qui peut être travaillé dans ce contexte en les comparant à leurs propres objectifs. Cette section peut également permettre d'informer d'autres professionnel·les de la santé sur les objectifs en ergothérapie, cela afin de permettre une meilleure coordination des interventions vers un but commun.

Le second thème traite des caractéristiques des interventions. Cette section a tout d'abord permis de donner une vue d'ensemble des types d'interventions présentes dans les études, et notamment d'outils et de procédés quant à la réalisation des séances. De plus, cette section a permis d'élargir la question du rôle auprès de la clientèle en l'étendant au contexte institutionnel. En effet, le rôle auprès de la clientèle est influencé par le rôle que l'ergothérapeute prend dans l'équipe et au sein de l'institution. Les articles de cette revue montrent que l'ergothérapeute doit se considérer comme fournissant des prestations à la clientèle, mais aussi comme membre d'une équipe, d'une unité et d'une institution. Ils soulignent l'importance de la collaboration en équipe et traite d'une variété de rôles en lien avec la formation, l'aménagement de l'espace, la défense des droits de la clientèle et la défense de la profession. Le secteur de la recherche est également important, notamment au vu du manque de littérature sur le sujet.

Finalement, le dernier thème traite des barrières et facilitateurs à l'implantation et la réalisation de séances dans ce contexte. Bien que les questions de recherche des articles ne soient pas directement centrées là-dessus, ce sujet est tout de même ressorti comme un thème à part entière dans l'analyse thématique. Les articles soulignent d'ailleurs largement plus les barrières que les facilitateurs, ce qui témoigne de difficultés à implanter cette pratique dans certains milieux. Ces informations peuvent donc être des outils de réflexion pour penser et soutenir l'implantation ou le développement des pratiques en isolement.

### **5.3.2 Réflexion sur l'aspect éthique de la pratique de l'ergothérapie en isolement**

Il me paraît important de rappeler ici que l'utilisation des mesures de contention fait débat. La question du rôle de l'ergothérapeute se pose donc quant à celles-ci. Dans cette revue, certains des articles sélectionnés mentionnent l'objectif de diminuer ou d'éviter l'utilisation des mesures de contention, ce qui s'aligne avec la tendance identifiée par Steinert et al. (2010) d'un intérêt grandissant pour la diminution de l'utilisation des mesures de contention dans de nombreux pays. C'est notamment le cas de l'article de Scanlan & Novak (2015), qui mentionne que les interventions sensorielles peuvent faire partie de programmes de réduction de la contention.

Cependant, bien que la diminution de l'utilisation de la contention soit parfois mentionnée, j'ai tout de même été frappée par le peu de place que prend **l'aspect éthique** dans ces écrits. L'aspect éthique me semble pourtant primordial puisque dans ce contexte, l'utilisation de contentions peut constituer une limitation des droits des personnes hospitalisées. Cela m'a amenée à me questionner sur la manière dont la littérature sur l'ergothérapie en isolement traite l'aspect éthique de cette pratique. En effet, tous les articles ne mentionnent pas les enjeux éthiques liés à l'utilisation de ces mesures et la plupart de ceux qui le font ne s'arrêtent que brièvement sur cet aspect. Celui-ci est rarement approfondi et se conclut souvent de la même manière : l'élimination des moyens de contention est impossible car il n'y a pas de solutions alternatives dont les preuves sont suffisamment solides. Le traitement de cette question s'arrête à cette conclusion, ce qui, à mon sens, participe à invisibiliser la question éthique de la pratique de l'isolement dans ces articles.

De plus, la littérature semble se concentrer majoritairement sur la recherche de solutions orientées vers la clientèle. En effet, lors de la recension des écrits, j'ai pu constater que de nombreux articles traitent de la diminution de l'isolement avec comme point d'attention la réduction des comportements violents de la part des client·es. Cela rejoint les propos des articles de Cowman (2006) et Rueve & Welton (2008), cités précédemment, qui soutiennent que la majorité des écrits identifie les client·es comme cause principale de la violence, malgré le consensus sur l'origine multifactorielle de celle-ci. Il me semble que cela pourrait être un facteur qui explique la tendance à chercher des solutions centrées sur la clientèle.

L'absence d'alternatives crédibles semble effectivement concerner uniquement les interventions directement auprès de la clientèle en isolement, sans que le contexte de pratique ne soit remis en question. En effet, ce questionnement n'est pas apparu dans les articles identifiés dans cette revue, si ce n'est brièvement dans l'article de Scanlan & Novak (2015) qui souligne que la mise en place d'interventions pour réduire l'utilisation des mesures de contention ne peut pas faire changer la culture et les pratiques associées à l'utilisation de

celles-ci. Néanmoins, cette observation n'a pas fait l'objet d'une critique plus approfondie de la pratique psychiatrique en institution.

Pourtant, la recension des écrits a mis en lumière des éléments qui suggèrent que la violence est également causée par des **facteurs institutionnels** tels que le caractère forcé de certaines hospitalisations, les potentiels effets négatifs de l'environnement physique des hôpitaux ou encore l'utilisation de mauvaises stratégies de communication par le personnel. Il me paraît questionnant que les institutions, qui sont en partie responsables de la violence en leur sein, utilisent dans le même temps des stratégies de gestion de la violence qui impliquent la limitation des droits de leur clientèle.

La question se pose donc de l'adéquation des valeurs de l'ergothérapie avec les valeurs représentées par ce contexte de pratique. Comme mentionné précédemment, la **justice occupationnelle** est un axe important de l'ergothérapie actuelle. Ce concept est ressorti des résultats de cette revue, notamment en lien avec le rôle de l'ergothérapeute de défense des droits de la clientèle. À mon sens, la limitation des droits des client·es dans le contexte de l'isolement entre en conflit avec cette valeur de l'ergothérapie. Bien que les ergothérapeutes n'aient pas de rôle décisionnel quant aux mesures de contention en Suisse, il me semble que travailler dans une institution qui limite les droits de la clientèle par son utilisation des mesures de contention constitue une forme d'acceptation de cette pratique. De plus, comme expliqué au paragraphe précédent, l'institution elle-même est en partie responsable de la violence par laquelle elle justifie l'utilisation de ces mesures.

Cependant, je ne pense pas que les ergothérapeutes devraient arrêter de travailler dans le contexte de l'isolement à cause de cela. En effet, cette réflexion ne cherche pas à nier l'utilité des interventions des ergothérapeutes auprès de la clientèle en isolement, dont je suis personnellement convaincue, mais plutôt à remettre en question les enjeux éthiques de cette pratique dans son contexte plus large. À mon sens, les ergothérapeutes peuvent évoluer dans ce milieu tout en se battant pour les valeurs auxquelles elles donnent de l'importance, malgré les contradictions que cela implique. La présence de cette réflexion dans ce travail tend plutôt à encourager les ergothérapeutes à ne pas minimiser l'importance de l'aspect éthique de cette pratique, bien que celui-ci puisse créer de l'inconfort de par les contradictions avec certaines valeurs de l'ergothérapie.

Cette réflexion tend également à souligner la nécessité d'intervenir à plusieurs niveaux, ce qui rejoint les résultats de cette revue. À mon sens, le rôle de l'ergothérapeute est à la fois d'intervenir au niveau individuel auprès de la clientèle, mais aussi, en tant que personne qui travaille dans ce contexte, de donner une voix aux intérêts de la clientèle et de défendre la perspective de la justice occupationnelle au-delà des chambres de soins. Je pense que ces

deux rôles passent notamment par le fait de mettre en lumière les enjeux éthiques des mesures de contention ainsi que par le fait de questionner la part systémique de la violence dans les institutions psychiatriques. Pour cela, il est nécessaire que les ergothérapeutes prennent leur place dans le débat public et au sein du milieu professionnel, que ce soit par un investissement au sein de leur institution, dans des associations ou encore dans le milieu de la recherche.

#### **5.4 Forces et limites du travail**

La première **force** de ce travail est l'utilisation d'articles d'autres autrices et auteurs pour sa méthodologie. En effet, utiliser la structure d'Arksey & O'Malley (2005), les compléments méthodologiques de Peters et al. (2015 ; 2020), ainsi que la méthode d'analyse thématique de Braun & Clarke (2006) permet de structurer le travail ainsi que de donner au lectorat toutes les informations sur la réalisation de celui-ci. Une seconde force est la prise en compte d'articles concernant un contexte plus large que celui de l'isolement. En effet, cela permet d'apporter des éléments nouveaux ou de souligner la pertinence de certaines interventions dans le contexte de l'isolement. Finalement, une autre force de ce travail est le choix de la méthodologie, la revue de la portée, qui permet de prendre en compte des documents de différents types et ainsi de traiter la question de recherche avec une plus grande variété de sources. C'est notamment cela qui a permis de traiter un sujet très peu présent dans la littérature.

Cette dernière force est cependant en lien avec une potentielle **limite**. En effet, du fait du peu d'articles sur le sujet, les documents sélectionnés comprennent des écrits dont les qualités méthodologiques ne sont pas optimales, ce qui pourrait limiter la transférabilité des résultats dans le cas où celle-ci est l'objectif recherché. Une seconde limite est également liée à la sélection des articles, notamment de la deuxième analyse. En effet, la sélection a concerné uniquement des articles qui traitaient explicitement du contexte de soins aigus psychiatriques. Cela a pu limiter l'identification de certains articles, notamment ceux qui mentionnent des objectifs ou des moyens de traitement transversaux à plusieurs contextes de soins. Pour finir, le fait d'être seule pour réaliser l'analyse des données est également une limite. En effet, cela ne permet pas de confronter plusieurs interprétations des résultats lors de l'analyse thématique.

## 6. Conclusion

La présente revue de la portée a permis d'explorer les différentes facettes du rôle de l'ergothérapeute auprès de la clientèle adulte en isolement. Après une recension des écrits, la formulation de mots-clés et d'équations de recherches a permis de sélectionner dix articles. Parmi ceux-ci, cinq traitent de la pratique de l'ergothérapie en contexte psychiatrique d'isolement et cinq autres en soins aigus psychiatriques. L'analyse thématique a permis d'identifier trois thèmes principaux : les objectifs et résultats d'interventions, les caractéristiques des interventions, et pour terminer les barrières et facilitateurs. Ces résultats permettent de mieux se représenter le rôle de l'ergothérapeute par les objectifs et les méthodes utilisées dans ce contexte, mais aussi par les différentes facettes du rôle de l'ergothérapeute au sein de son équipe et de son institution. De plus, la section qui traite des barrières et des facilitateurs permet de mieux cerner les enjeux autour de ces interventions, ceci afin de mieux comprendre quel rôle peut avoir l'ergothérapeute pour favoriser l'implantation ou le développement de la pratique en isolement dans son propre contexte.

Cette revue de la portée fait également ressortir un élément important : le manque de littérature sur la pratique de l'ergothérapie en isolement. En effet, l'exploration de la littérature lors de la sélection des articles a montré peu de résultats. De plus, plusieurs articles de cette revue identifient un manque d'études sur le sujet. Cette conclusion est cohérente avec la littérature qui note également que la majorité des recherches en ergothérapie qui concerne la santé mentale ne se concentre pas sur les soins aigus. Cette revue de la portée recommande donc de développer davantage la littérature sur la pratique des ergothérapeutes en soins aigus psychiatriques et plus spécifiquement celle sur la pratique dans le contexte de l'isolement.

Le manque de littérature est un aspect d'autant plus important du fait que l'ergothérapie en isolement existe actuellement en Suisse et cela depuis déjà une vingtaine d'années. En effet, le fait que cette pratique ne s'inscrive pas dans une pratique fondée sur les preuves pose problème, notamment à cause de l'absence de guidance pour les ergothérapeutes sur le terrain, ainsi qu'en termes de reconnaissance de leurs interventions dans ce contexte. Les futures recherches ont cependant déjà à leur disposition des preuves disponibles qui, de plus en plus nombreuses, s'appuient sur les expériences des personnes concernées par les hospitalisations en soins aigus psychiatriques. Ces preuves doivent être intégrées pour envisager de nouvelles manières de penser les soins qui prennent en compte la population concernée. Bien que ce travail s'intéresse uniquement à la littérature en ergothérapie, une autre piste pour se baser sur une pratique fondée sur les preuves pourrait être de s'intéresser à la littérature déjà existante d'autres corps de métiers. En effet, d'autres professionnel·les

interviennent en isolement et s'intéresser à leurs pratiques pourrait permettre de mettre en lumière les potentiels transferts et parallèles à faire avec la pratique des ergothérapeutes.

Bien que l'aspect éthique soit peu traité dans les articles de cette revue, il constitue un élément important de ce contexte de pratique qui questionne le rôle de l'ergothérapeute. Il est donc nécessaire d'également prendre en compte, dans les réflexions autour de ce sujet, la littérature qui s'intéresse aux questions éthiques de l'utilisation des mesures de contention en psychiatrie. En effet, celle-ci donne des pistes qui permettent de remettre en question le contexte dans lequel se déroule la pratique des ergothérapeutes, ceci afin de ne pas participer à la banalisation de cette dernière. Ces dernières considérations témoignent des multiples facettes du rôle de l'ergothérapeute qui ne peut être pris qu'avec l'ensemble de son contexte pour être exploré dans toute sa complexité, mais aussi dans toute sa richesse.



## 7. Liste de références

- Académie Suisse des Sciences Médicales. (2018). *Les mesures de contrainte en médecine*. Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM).  
<https://www.samw.ch/fr/Publications/Directives.html>
- Anderson, A., & West, S. G. (2011). Violence against mental health professionals : When the treater becomes the victim. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(3), 34-39.
- Anthony, W. A. (2000). A recovery-oriented service system : Setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2), 159-168.  
<https://doi.org/doi:10.1037/h0095104>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies : Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32.  
<https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Ashby, S., Gray, M., Ryan, S., & James, C. (2015). Maintaining occupation-based practice in Australian mental health practice : A critical stance. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(7), 431-439. <https://doi.org/10.1177/0308022614564168>
- Backman, C. L., Christiansen, C. H., Hooper, B. R., Pierce, D., & Price, M. P. (2021). Occupational Science Concepts Essential to Occupation-Based Practice : Development of Expert Consensus. *The American Journal of Occupational Therapy*, 75(6), 7506205120. <https://doi.org/10.5014/ajot.2021.049090>
- Bolton, D. (2020). Le modèle biopsychosocial et le nouvel humanisme médical: (J. Tinland, Trad.). *Archives de Philosophie*, Tome 83(4), 13-40.  
<https://doi.org/10.3917/aphi.834.0013>
- Bovet, E., Bangerter, G., Constantin, V., & Stantzios, A. (2017). De la musique en chambre de soins intensifs. *Psychiatrie*, 60, 4.
- Bowers, L., Van Der Werf, B., Vokkolainen, A., Muir-Cochrane, E., Allan, T., & Alexander, J. (2007). International variation in containment measures for disturbed psychiatric inpatients : A comparative questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(3), 357-364. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.01.005>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bütschi, M.-C., Tarabori, T., & Décastel, L. (2022, août). *Intervention précoce en situation de crise : Réduire les situations de déprivation occupationnelle en milieu hospitalier psychiatrique, 10 ans d'expérience [Poster]*. 18ème congrès de la World Federation of Occupational Therapists, Paris, France.  
<https://poster.econference.io/app/wfot/bzxHrTN/poster/101707>
- Canton de Vaud. (s. d.-a). *Dispositifs de soins vaudois : Offre des soins en psychiatrie*. Consulté 13 novembre 2023, à l'adresse <https://www.vd.ch/themes/sante-soins-et-handicap/dispositifs-de-soins-vaudois/offre-des-soins-en-psychiatrie>
- Canton de Vaud. (s. d.-b). *Hôpitaux de psychiatrie adulte et de l'âge avancé*. Consulté 4 décembre 2023, à l'adresse <https://www.vd.ch/toutes-les-autorites/departements/departement-de-la-sante-et-de-l'action-sociale-dsas/controle-interdisciplinaire-des-visites-en-etablissements-sanitaires-et-sociaux-civess/sante-mentale/hopitaux-de-psychiatrie-adulte-et-de-lage-avance>
- Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S., & Sentissi, O. (2019). Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry : A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 491.  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00491>

- Chieze, M., Hurst, S., & Sentissi, O. (2018). Contrainte en psychiatrie : État des lieux des preuves d'efficacité. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 169(4), 104-113.
- Code civil suisse du 10 décembre 1907 (= CC ; RS 210 ; état le 23 septembre 2023).
- Colaizzi, J. (2005). Seclusion & Restraint : A Historical Perspective. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 43(2), 31-37. <https://doi.org/10.3928/02793695-20050201-07>
- Comité directeur pour la bioéthique du Conseil de l'Europe. (2000). *Livre blanc sur la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, en particulier de celles placées comme patients involontaires dans un établissement psychiatrique*. Conseil de l'Europe. [https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08\\_Psychiatry\\_and\\_human\\_rights\\_en/DIR-JUR\(2000\)2LivreBlanc.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/DIR-JUR(2000)2LivreBlanc.pdf)
- Cowman, S. (2006). Safety and Security in Psychiatric Clinical Environments. In D. Richter & R. Whittington (Éds.), *Violence in Mental Health Settings* (p. 253-271). Springer New York. [https://doi.org/10.1007/978-0-387-33965-8\\_13](https://doi.org/10.1007/978-0-387-33965-8_13)
- D'Amico, M. L., Jaffe, L. E., & Gardner, J. A. (2018). Evidence for Interventions to Improve and Maintain Occupational Performance and Participation for People With Serious Mental Illness : A Systematic Review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 72(5), 7205190020p1-7205190020p11. <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.033332>
- Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M., & Evans, A. C. (2005). Recovery in Serious Mental Illness : A New Wine or Just a New Bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480-487. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.5.480>
- Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder : A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 846-861. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.007>
- Deegan, P. E. (1988). Recovery : The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19. <https://doi.org/10.1037/h0099565>
- Duxbury, J., & Whittington, R. (2005). Causes and management of patient aggression and violence : Staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 469-478. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03426.x>
- Fisher, A. G. (2013). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused : Same, same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(3), 162-173. <https://doi.org/10.3109/11038128.2012.754492>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (4e édition). Chenelière éducation. [https://renouvaud1.primo.exlibrisgroup.com/permalink/41BCULAUSA\\_LIB/1c1cd88/alm-a991022213394002852](https://renouvaud1.primo.exlibrisgroup.com/permalink/41BCULAUSA_LIB/1c1cd88/alm-a991022213394002852)
- Gallagher, M., Bagatell, N., Godwin, K., & Peters, D. (2023). Using Practice-Based Inquiry to Enact Occupation-Centered, Justice-Oriented Practice in an Acute Mental Health Setting. *The American Journal of Occupational Therapy*, 77(1), 7701205060. <https://doi.org/10.5014/ajot.2023.050046>
- Gibson, R. W., D'Amico, M., Jaffe, L., & Arbesman, M. (2011). Occupational Therapy Interventions for Recovery in the Areas of Community Integration and Normative Life Roles for Adults With Serious Mental Illness : A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(3), 247-256. <https://doi.org/10.5014/ajot.2011.001297>

- Hammell, K. W. (2009). Les textes sacrés : Un examen sceptique des hypothèses qui sous-tendent les théories sur l'occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(1), 14-22. <https://doi.org/10.1177/000841740907600106>
- HES-SO. (2019). *Pour un communication inclusive*. HES-SO. [www.hes-so.ch/egalite-diversite](http://www.hes-so.ch/egalite-diversite)
- Hitch, D., & Lhuede, K. (2015). Research priorities in mental health occupational therapy : A study of clinician perspectives. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(5), 326-332. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12223>
- Janssen, W. A., van de Sande, R., Noorthoorn, E. O., Nijman, H. L. I., Bowers, L., Mulder, C. L., Smit, A., Widdershoven, G. A. M., & Steinert, T. (2011). Methodological issues in monitoring the use of coercive measures. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(6), 429-438. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2011.10.008>
- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy practice* (4th ed). F.A. Davis Company.
- Kinker, F. S., & Imbrizi, J. M. (2015). O Mito das Oficinas Terapêuticas / The Myth of the Therapeutic Workshops. *Revista Polis e Psique*, 5(3), 61-79. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.58440>
- Kinsella, E. A., & Whiteford, G. E. (2009). Knowledge generation and utilisation in occupational therapy : Towards epistemic reflexivity. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(4), 249-258. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2007.00726.x>
- Kirsh, B., Martin, L., Hultqvist, J., & Eklund, M. (2019). Occupational Therapy Interventions in Mental Health : A Literature Review in Search of Evidence. *Occupational Therapy in Mental Health*, 35(2), 109-156. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2019.1588832>
- Knight, L., Bowser, A., & Donovan-Hall, M. K. (2023). A Qualitative Synthesis Exploring the Potential Role for Mental Health Occupational Therapists Working with Patients in Seclusion. *Occupational Therapy in Mental Health*, 1-27. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2023.2245972>
- Kuek, J. H. L., Tan, B. L., Tan, C. J. N., Boh, C., Koh, G. K., Owyong, J. Q. Y., & Goh, Y. S. (2023). Occupational therapy students' perception on mental health recovery : A descriptive qualitative exploration. *British Journal of Occupational Therapy*, 86(8), 568-576. <https://doi.org/10.1177/03080226231172310>
- Lançon, J.-F. (2014). Curieux endroit pour une rencontre : Une expérience d'ergothérapie pour les patients placés en isolement. In F. Klein, *Être ergothérapeute en psychiatrie : Narrations cliniques pour une poétique du soin* (Érès, p. 93-138). Érès éd.
- Larivière, N. (2019). La justice sociale et occupationnelle. In E. Jasmin, *Des sciences sociales à l'ergothérapie : Mieux comprendre la société et la culture pour mieux agir comme spécialiste en habilitation à l'occupation* (p. 129-153). Presses de l'Université du Québec.
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies : Advancing the methodology. *Implementation Science: IS*, 5, 69. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- Levick, J., Broome, K., Gray, M., Theodoros, T., Morrison, T., & Kar Ray, M. (2024). Investigation of the Consumer Perspective on Leisure in Mental Health Inpatient Units. *OTJR: Occupational Therapy Journal of Research*, 44(1), 67-77. <https://doi.org/10.1177/15394492231175067>

- Lim, K. H., Morris, J., & Craik, C. (2007). Inpatients' perspectives of occupational therapy in acute mental health. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54(1), 22-32. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2006.00647.x>
- Lloyd, C., & Lee Williams, P. (2010). Occupational therapy in the modern adult acute mental health setting : A review of current practice. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 17(9), 483-493. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2010.17.9.78038>
- Love, M., & Gardner, J. (2019). Occupational Therapy and Seclusion – an Anathema or Opportunity? *Royal College of Psychiatrists : Quality Network for Forensic Mental Health Services*, 44, 9-10. [https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/ccqi/quality-networks/secure-forensic/forensic-newsletters-qnfms/issue-44---research-and-quality-improvement.pdf?sfvrsn=f8ddfa12\\_2](https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/ccqi/quality-networks/secure-forensic/forensic-newsletters-qnfms/issue-44---research-and-quality-improvement.pdf?sfvrsn=f8ddfa12_2)
- Martin, V., Bernhardsgrütter, R., Goebel, R., & Steinert, T. (2007). The use of mechanical restraint and seclusion in patients with schizophrenia : A comparison of the practice in Germany and Switzerland. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-3-1>
- Meyer, S. (2018a). L'occupation, concept central de l'ergothérapie. *Journal de l'Association suisse des ergothérapeutes*, 2, 19-22.
- Meyer, S. (2018b). *Quelques clés pour comprendre la science de l'occupation et son intérêt pour l'ergothérapie* [Application/pdf]. <https://doi.org/10.13096/RFRE.V4N2.116>
- Meyer, S. (2020). L'occupation en thérapie et la thérapie comme occupation. *ErgOTHérapies*, 77, 37-44.
- Meyer, S. (2022). *Le mot de la fin* [Application/pdf]. <https://doi.org/10.13096/RFRE.V8N1.222>
- Molineux, M., & Whiteford, G. (2021). Occupational science : Genesis, evolution and future contribution. In E. A. S. Duncan, *Foundations for Practice in Occupational Therapy* (6th ed, p. 198-207). Elsevier Health Sciences.
- Morrison, L. J. (2013). *Talking Back to Psychiatry : The Psychiatric Consumer/Survivor/Ex-Patient Movement*. Taylor and Francis.
- Nascimento, B. A. do. (1990). O mito da atividade terapêutica (D. Pouliot-Morneau, 2023, Trad.). *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 4(1), 17-21.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *Violence and aggression : Short-term management in mental health, health and community settings*. National Institute for Health and Care Excellence.
- Observatoire suisse de la Santé. (2022). *Placements en établissement psychiatrique à des fins d'assistance*. <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/placements-en-etablissement-psychiatrique-a-des-fins-dassistance>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (Éd.). (2006). *Les mesures de contention : De la prévention à leur utilisation exceptionnelle. Guide de l'ergothérapeute*. [https://www.oeq.org/DATA/NORME/33~v~lignes\\_directrices\\_contention.pdf](https://www.oeq.org/DATA/NORME/33~v~lignes_directrices_contention.pdf)
- Ormston, C. (2002). Roles and settings. In J. Creek, *Occupational therapy and mental health* (3rd ed., p. 175-190). Churchill Livingstone.
- Oshodi, A., & Rush, G. (2011). Recovery from mental illness : Changing the focus of mental health services. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 28(3), 161-164. <https://doi.org/10.1017/S0790966700012180>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4e éd). Armand Colin.

- Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *JBI Evidence Implementation*, 13(3), 141. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evidence Synthesis*, 18(10), 2119-2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
- Pierce, D. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. De Boeck supérieur.
- Prinsen, E. J. D., & Van Delden, J. J. M. (2009). Can we justify eliminating coercive measures in psychiatry? *Journal of Medical Ethics*, 35(1), 69-73. <https://doi.org/10.1136/jme.2007.022780>
- Quevillon, E. (2015). Construire la science de l'activité humaine en France. In M.-C. Morel-Bracq, *L'activité humaine, un potentiel pour la santé ?* (p. 323-330). De Boeck-Solal.
- Riou, G. (2017). Ergothérapie : Bénéfice d'une intervention précoce en phase maniaque. *Soins Psychiatrie*, 38(312), 35-40. <http://dx.doi.org/10.1016/j.spsy.2017.06.011>
- Riou, G., & Le Roux, F. (2017). L'hospitalisation en psychiatrie : De la privation occupationnelle au soin: VST - *Vie sociale et traitements*, N° 135(3), 104-110. <https://doi.org/10.3917/vst.135.0104>
- Roberts, G., & Wolfson, P. (2004). The rediscovery of recovery : Open to all. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(1), 37-48. <https://doi.org/10.1192/apt.10.1.37>
- Robertson, J. P., & Collinson, C. (2011). Positive risk taking : Whose risk is it? An exploration in community outreach teams in adult mental health and learning disability services. *Health, Risk & Society*, 13(2), 147-164. <https://doi.org/10.1080/13698575.2011.556185>
- Rueve, M. E., & Welton, R. S. (2008). Violence and mental illness. *Psychiatry (Edgmont (Pa.: Township))*, 5(5), 34-48.
- Scanlan, J. N., & Novak, T. (2015). Sensory approaches in mental health : A scoping review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(5), 277-285. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12224>
- Schuler, D., Tuch, A., Sturny, I., & Peter, C. (2023). *Santé psychique : Chiffres clés 2021* (Obsan Bulletin 01/2023). Observatoire suisse de la santé.
- Service de psychiatrie générale du centre hospitalier universitaire vaudois. (2009). *Mesures de contention dans les hôpitaux psychiatriques du Canton de Vaud*. Centre hospitalier universitaire vaudois.
- Shorten, C., & Crouch, R. (2014). Acute Psychiatry and the Dynamic Short-Term Intervention of the Occupational Therapist. In R. Crouch & V. Alers, *Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health*. John Wiley & Sons, Incorporated. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/hesso/detail.action?docID=1757957>
- Siksou, M. (2008). Georges Libman Engel (1913-1999) : Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical. *Le Journal des psychologues*, 260(7), 52. <https://doi.org/10.3917/jdp.260.0052>
- Sims, K. L. (2014). The acute setting. In W. Bryant, J. Fieldhouse, & K. Bannigan, *Creek's Occupational Therapy and Mental Health* (p. 346-358). Elsevier Health Sciences. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/hesso/detail.action?docID=1724199>
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness : A guide for mental health professionals* (1. publ). Cambridge University Press.

- Slemon, A., Jenkins, E., & Bungay, V. (2017). Safety in psychiatric inpatient care : The impact of risk management culture on mental health nursing practice. *Nursing Inquiry*, 24(4), e12199. <https://doi.org/10.1111/nin.12199>
- Steede, K., & Gough, R. (2022). Service User Experiences of Occupational Therapy in Acute Mental Health Settings : A Qualitative Evidence Synthesis. *Occupational Therapy in Mental Health*, 38(4), 364-382. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2022.2064031>
- Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrütter, R., Conca, A., Hatling, T., Janssen, W., Keski-Valkama, A., Mayoral, F., & Whittington, R. (2010). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals : A literature review and survey of international trends. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(9), 889-897. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0132-3>
- Tétreault, S. (2014). Recension des écrits (literature review). In *Guide pratique de recherche en réadaptation* (p. 137-149). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.guill.2014.01.0137>
- Tétreault, S., & Blais-Michaud, S. (2014). Étude de la portée (scoping review). In *Guide pratique de recherche en réadaptation* (p. 151-160). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.guill.2014.01.0151>
- Wolf, L., Ripat, J., Davis, E., Becker, P., & MacSwiggan, J. (2010). Applying an occupational justice framework. *Occupational Therapy Now*, 12(1), 15-18.
- World Federation of Occupational Therapists. (2019). *Déclaration de position : Ergothérapie et droits de l'Homme*. <https://wfot.org/resources/occupational-therapy-and-human-rights>
- Zedel, J., & Chen, S.-P. (2021). Client's Experiences of Occupational Therapy Group Interventions in Mental Health Settings : A Meta-Ethnography. *Occupational Therapy in Mental Health*, 37(3), 278-302. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2021.1900763>