

# Accompagner le changement

**Carine Daoud Bonjour, Julie Deriaz, Ophélie Küenzi, Sylvie Moroszlay, Magali Steffen, Julie Wassmer, Rebecca Weisflog** Cette publication fait suite au cercle de qualité «Ergo Dom Romandie 2022» dont le thème a été le suivant: «Comment améliorer ma manière d'accompagner les client·e·s vers le changement?» Ces articles ont pour but de présenter le fonctionnement du cercle de qualité, d'expliquer les théories auxquelles le groupe se réfère (infime partie des théories sur le sujet), ainsi que d'exposer les changements de pratique expérimentés.

Deutsche Version des Artikels unter [ergotherapie.ch](http://ergotherapie.ch) > Mitgliederbereich > PR + Medien > Zeitschrift oder direkt via QR-Code



Cette publication se fait en trois parties, soit dans les éditions du mois de février, avril et juin de l'«Ergotherapie». Cette première partie porte sur le déroulement du cercle de qualité (CQ) et la perception que l'ergothérapeute a d'un·e client·e face au(x) changement·s. Celle d'avril se centrera sur les interactions avec les client·e·s pour cheminer vers un possible changement. Celle de juin mettra l'accent sur la structure de l'intervention pour soutenir l'engagement dans le(s) changement(s).

## CQ – Ergo Dom Romandie – 2022

Le CQ «Ergo Dom Romandie 2022» a été modéré par les ergothérapeutes Julie Deriaz et Magali Steffen. Les dix participantes sont des ergothérapeutes travaillant à domicile. Ce CQ s'est déroulé sur huit rencontres (abrégié R) de deux heures et du travail inter-rencontres (cf. figure 1). R1 à R4 permettent de définir le fonctionnement du groupe, de discuter des représentations de la qualité en ergothérapie, puis d'entrer dans un



Figure 1: Les rencontres du cercle de qualité «Ergo Dom Romandie 2022».

processus d'amélioration de cette dernière en choisissant le thème: «Accompagner le changement». En effet, tout traitement d'ergothérapie implique, vise ou intègre des changements (d'activités, de rôles, d'environnements, d'habiletés, etc.). Qu'ils soient induits par une maladie, un deuil ou encore la perte du permis de conduire, cela conduit les participantes à formuler la question suivante: «Comment améliorer ma manière d'accompagner les client·e·s vers le(s) changement(s)?» La délimitation du thème et la sélection des théories de référence ont été effectuées sur la base de la réalisation d'une carte conceptuelle et certaines des interrogations suivantes:

- Quels sont les objets du changement?
- Quels sont les résultats attendus du changement?
- Quels sont les risques et les bénéfices du changement?
- Pour qui changer?
- Quand changer?
- Que dire de l'«état» ou du «statut» d'une personne face au changement (motivation, capacités, intérêts, valeurs, sentiment de compétence, etc.)?
- Quelles sont les théories utiles à ma pratique pour accompagner le changement?
- Comment ajuster mon attitude à l'«état» du·de la client·e face au(x) changement(s)?
- Comment collaborer avec le réseau pour soutenir le processus de changement ou de non-changement du·de la client·e?

Des indicateurs de qualité portant sur des «savoirs-être» et des «savoirs-faire» (soft skills) sont définis. Puis, ils sont convertis en une «échelle d'autoévaluation du sentiment de compétence». Cette dernière est complétée par chacune et sert de mesure initiale. Une situation clinique, «Mme Rose», permet ensuite au groupe de s'exercer à identifier les «objets du changement». R4 aboutit sur l'organisation du travail pour les rencontres suivantes (R5-R6-R7).

Pour les R5-R6-R7, deux groupes de travail de deux personnes par rencontre sont constitués. En amont de la rencontre, le groupe «Références théoriques» (un groupe différent pour chaque rencontre) cherche de la littérature et met à disposition des documents de référence (trois à quatre articles) et prépare une présentation des points clés. Le groupe «Expérimentation» (un groupe différent pour chaque rencontre), quant à lui, a pour tâche de préparer des jeux de rôles ou autres activités permettant d'améliorer des compétences relatives aux théories abordées lors de la rencontre. Lors de R5-R6-R7, les groupes «Références théoriques» présentent les éléments théoriques centraux et les groupes «Expérimentation» animent les activités. Celles-ci sont suivies d'un partage visant le transfert de savoirs-faire et/ou savoirs-être dans les traitements.



**Les auteures** (de haut en bas): **Julie Deriaz** Ergothérapeute Bsc. Indépendante pour le Collectif Ergo. Traitements à domicile auprès de diverses populations. Praticienne formatrice. Formatrice romande des modérateurs·trices de Cercle Qualité. **Julie Wassmer** Ergothérapeute Msc. Travaille dans l'aide et soins à domicile. Traitements à domicile auprès de diverses populations. **Rebecca Weisflog** Ergothérapeute Bsc. Travaille pour Ergo du Gros-de-Vaud. Traitements à domicile en santé physique. **Ophélie Küenzi** Ergothérapeute Bsc. Travaille pour un CMS et indépendante pour le Collectif Ergo. Traitements à domicile auprès de diverses populations. **Magali Steffen** Ergothérapeute Bsc. Indépendante pour le Collectif Ergo. Traitements à domicile auprès de diverses populations. Chargée de cours à la HETSL et en formation continue ASE. Formatrice romande des modérateurs·trices de Cercle Qualité. **Carine Daoud Bonjour** Ergothérapeute HES. Indépendante. Traitements à domicile en santé mentale. **Sylvie Moroszlay** Ergothérapeute HES. Indépendante. Traitements à domicile et en cabinet, spécialisée en basse vision.

**Les autres participantes du CQ:** Floriane Bonadei, Emma Bourlout, Aurélie Golay, Céline Le Meste, Emilie Playoust, Rabhia Seddiki.

Lors de R8, le groupe reprend les objets du changement de «Mme Rose» et les discute en regard des nouvelles connaissances et compétences acquises. Les participantes s'évaluent à l'aide de «l'échelle d'autoévaluation du sentiment de compétence» et mesurent leurs progrès. Pour finir, elles font part de leurs propres projets afin de poursuivre l'amélioration de la qualité dans ce domaine.

### Des pratiques cliniques aux références théoriques

Le processus d'amélioration de la qualité débute probablement au moment où le thème du changement est analysé, et que les ergothérapeutes se questionnent et échangent sur leurs pratiques. Au fil des échanges, les participantes proposent trois axes de réflexion donnant lieu au programme de R5-R6-R7.

**L'axe 1:** Comment mieux comprendre l'état du-de la client-e face au(x) changement(s)? Les participantes partagent toutes cette conviction: accompagner les client-e-s dans leurs changements c'est «savoir-être» en phase avec le-la client-e. Il s'agit d'améliorer la perception du niveau de motivation d'une personne face au changement, à un moment donné de sa vie. Les participantes choisissent de s'appuyer sur le Modèle transthéorique du changement (MTT) (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) et sur le Continuum du changement occupationnel décrit dans le Modèle de l'occupation humaine (Kielhofner, 2008; Taylor, 2017).

**L'axe 2:** Comment interagir avec les client-e-s qui ne voient pas la nécessité d'un changement jugé indis-

pensable par autrui ou qui sont ambivalent-e-s face au(x) changement(s) à réaliser? Cette préoccupation amène le groupe à comprendre comment améliorer ses habiletés de communication et d'interaction pour soutenir l'engagement du-de la client-e et l'émergence de sa motivation au changement. L'entretien motivationnel (Miller & Rollnick, 2019) fournit des clés d'analyse et des outils pour une utilisation du langage au service du changement.

**L'axe 3:** Comment organiser le traitement d'ergothérapie pour soutenir l'engagement dans le(s) changement(s)? Le groupe se questionne sur des approches reconnues comme étant efficaces pour organiser et structurer l'intervention, et applicables à domicile. Elles retiennent: le Processus de remotivation (décrit comme une intervention) (De las Heras, Llerena, Kielhofner, 2003), qui s'appuie sur le Modèle de l'occupation humaine (MOH) (Kielhofner, 2008) et l'un de ses instruments, le Volitional Questionnaire (VQ) (De las Heras, Geist, Kielhofner & Li, 2007) et l'activation comportementale (AC) (décrite comme une thérapie comportementale proposant différents programmes) (Dondé, Moirand & Carre, 2018).

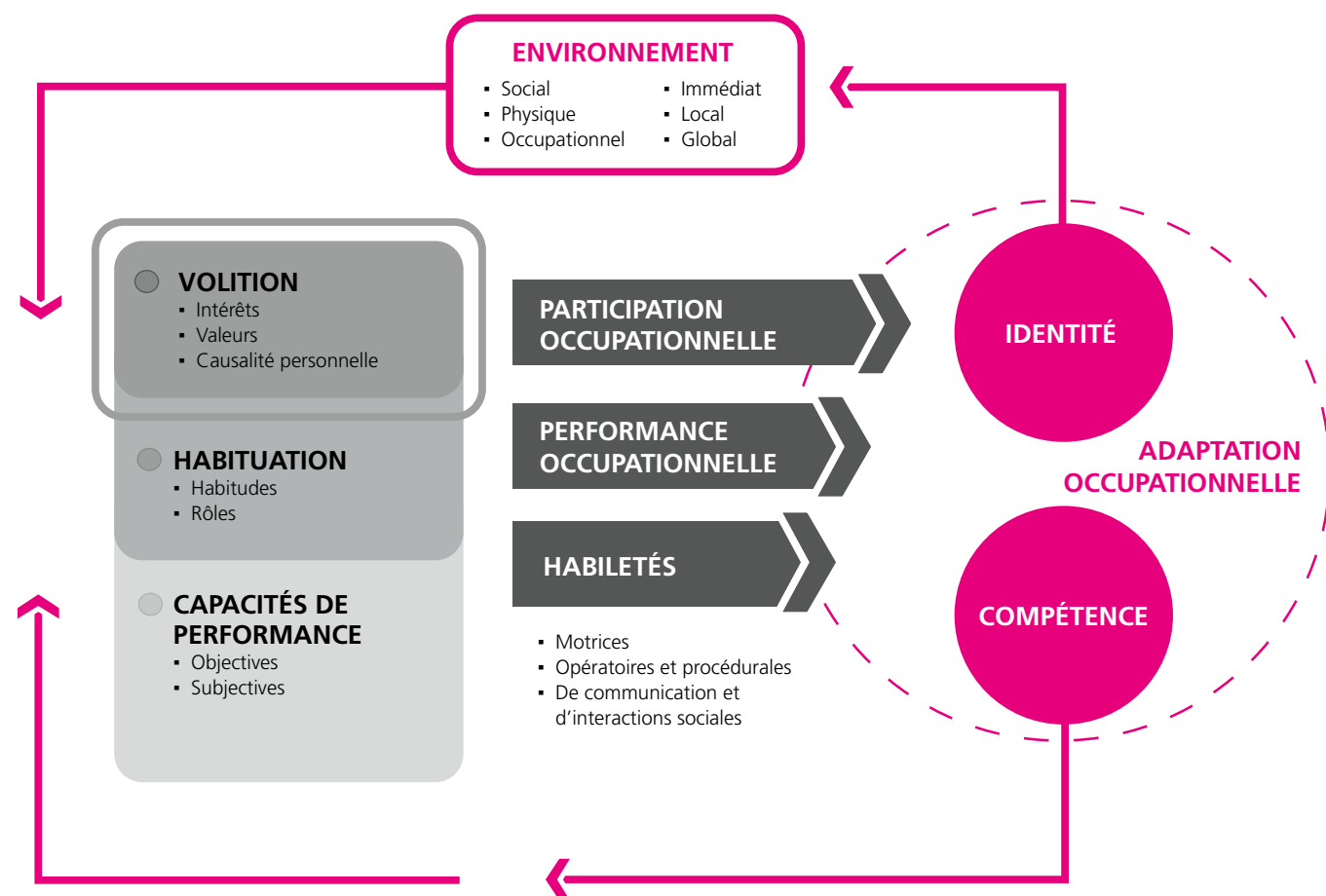


Figure 2: Le Modèle de l'occupation humaine et la volition. Cercle de qualité «Ergo Dom Romandie 2022», 2023, adapté de Macroux (2017).

### Comment l'ergothérapeute perçoit le-la client-e face au(x) changement(s)?

Dans cette publication, les éléments théoriques retenus lors du CQ pour décrire l'état du-de la client-e face au(x) changement(s) (cf. axe 1) vous sont présentés dans:

- Le Continuum du changement occupationnel (Kielhofner, 2008, p. 197; Taylor 2017)
- Le Modèle transthéorique du changement (MTT) (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992)

Kielhofner, dans le Modèle de l'occupation humaine (MOH) (Taylor, 2017), décrit le concept de volition (cf. figure 2). La volition est au cœur du thème du changement, puisque tout changement nécessite un engagement dans l'action, basé sur une motivation à agir sur son environnement. Selon Kielhofner (2008) et Taylor (2017), le concept de volition illustre le besoin inné d'être son propre acteur et de faire des choix occupationnels précis. La volition tente de répondre à trois questions au sujet des pensées et des sentiments de l'individu. Ces dernières renvoient aux trois composantes de la volition:

- **Les déterminants personnels ou causalité personnelle:** sentiments de compétence, perception de son efficacité et de ses capacités de rendement.
  - *Suis-je apte à réaliser cette occupation?*
- **Valeurs:** importance, signification, convictions personnelles et obligations.
  - *Est-ce que cette occupation à une valeur pour moi?*
- **Intérêts:** plaisirs et satisfactions.
  - *Est-ce que j'aime cette occupation?*

L'évolution de la volition est considérée au travers du Continuum de changement occupationnel et s'appuie sur un processus qui se déroule en trois phases définies par Mary Reilly (1974) cité par Kielhofner (2008): exploration, compétence et accomplissement. Le Continuum de changement occupationnel (Kielhofner, 2008, Taylor, 2017) rend compte du degré de volition.

**1. L'exploration:** Lors de cette phase, le niveau de volition est bas. À travers l'expérimentation de nouvelles formes d'occupations, la personne découvre de nouvelles façons d'exprimer ses habiletés. Elle peut ainsi acquérir de nouveaux rôles, apprendre à connaître ses capacités, ses préférences et valeurs. L'environnement sécurisant et sans exigence est déterminant pour que la personne apprécie ses capacités et développe son sentiment de compétence (Taylor, 2017).

**2. La compétence:** Lors de cette phase le niveau de volition est moyen. La personne s'adapte à la situation et à l'environnement. Elle acquiert de nouvelles habiletés et améliore celles déjà acquises. Son engagement

dans la durée permet que les habiletés se transposent en habitudes, favorisant ainsi le rendement occupationnel (Taylor, 2017).

**3. L'accomplissement:** Lors de cette phase, le niveau de volition est haut. La personne a acquis suffisamment d'habiletés et d'habitudes pour réaliser, de façon autonome, de nouvelles tâches et ainsi, remodeler son identité occupationnelle. Les rôles et les activités de routine sont adaptés au nouveau comportement, favorisant ainsi la compétence occupationnelle (Taylor, 2017, p. 209).

### Le Modèle transthéorique du changement

Dans le Modèle transthéorique du changement (MTT) (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) les auteurs observent que des programmes de traitement sont fréquemment mis en place sans que les professionnels ne vérifient si les personnes sont prêtes à agir. Leur modèle vise à décrire à quel stade de changement se trouve une personne et propose un mode d'accompagnement adapté au stade de manière à soutenir la motivation. Le «blocage» dans un des stades peut devenir une cible thérapeutique. Les stades et stratégies d'intervention (cf. figure 3) sont décrits ainsi (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992; Prochaska & Velicer, 1997):

**1. Précontemplation:** La personne n'a pas conscience de la problématique, n'envisage pas de changement. C'est l'entourage qui s'inquiète. Exemple de discours: «Ce n'est pas moi qui n'entends pas bien, ce sont mes petits-enfants qui ne se donnent même plus la peine d'articuler». La personne peut être perçue comme «résistante» et «non motivée». L'objectif consiste à la prise de conscience. L'attitude recommandée est de questionner les représentations de la personne (liées au problème) et de transmettre des informations avec son accord, sans donner de conseil.

**2. Contemplation:** La personne est ambivalente, l'intention de changer commence à apparaître. Elle s'informe et attend la situation idéale pour initier les changements de comportement. Exemple de discours: «Cela serait bien de pouvoir refaire seule mes courses, mais avec un rollator, j'aurais l'air un peu vieux.» L'objectif consiste à faire pencher la balance en faveur du changement. L'attitude recommandée est d'encourager la réflexion sur le comportement cible et d'explorer les deux versants de l'ambivalence en envisageant les conséquences de chaque possibilité sans pousser au changement, ni prendre parti ou prodiguer des conseils.

**3. Préparation (ou détermination ou décision):** La personne élabore un plan d'action, matérialise le changement avec un moyen, un lieu, une date. Exemple de



discours: «Il faut vraiment que j'ose reprendre le bus, cela ne peut plus durer.» L'objectif est de définir un plan de changement acceptable et approprié. L'attitude recommandée est de soutenir la création du plan d'action, de faire l'inventaire du réseau d'aide et de fixer des objectifs à court terme en veillant à ne pas mettre en doute la détermination des personnes à changer.

**4. Action:** C'est le stade le plus observable. Il est caractérisé par l'engagement dans le changement. Des modifications concrètes, liées au comportement cible, sont mises en place. Exemple de discours: «Vous êtes la meilleure ergothérapeute du monde, je ne pensais jamais pouvoir refaire ça!» L'objectif est d'accompagner la personne dans le changement. L'attitude recommandée comprend le soutien et le renforcement po-

sitif de chaque progrès accompli. Il s'agit également de prévenir la rechute.

**5. Maintien d'action:** Le changement est déjà bien intégré dans le temps. Exemple de discours: «Cela fait maintenant deux mois que je n'ai pas touché une goutte d'alcool.» L'objectif repose sur le soutien des efforts en cours. L'attitude recommandée consiste, d'une part, à consolider les bénéfices, comprendre les difficultés rencontrées, rappeler les efforts réalisés et, d'autre part, à prévenir la rechute en discutant des éventuels obstacles et des solutions possibles.

**6. Changement définitif (ou terminaison):** Le changement est considéré comme intégré. Le nouveau comportement est plus facile à adopter et maintenir lorsque des soutiens sont présents dans l'environnement du sujet.

**7. Rechute:** La rechute peut faire partie du processus de changement. L'anticipation d'une rechute, aux stades précédents, peut permettre le déclenchement d'une demande d'aide rapide. La rechute n'est pas perçue comme un échec, mais comme une occasion d'apprentissage. L'objectif consiste à aider à dédramatiser et à dépasser cet événement. Le mode d'accompagnement préférentiel évite le découragement en analysant les séquences qui conduisent à la rechute, afin d'en apprendre quelque chose d'utile.

Lors du CQ, les participantes notent que les stades de changement décrits ne se réfèrent pas à l'état d'une personne face au changement en général, mais à l'état d'une personne face à un «objet de changement» en particulier. Par exemple, «Mme Javance» est au stade de contemplation pour la reprise de ses courses de manière indépendante, et elle est au stade de décision pour se doucher seule. Une personne ne se résume pas à un stade. L'attitude du thérapeute et les moyens de traitement ne sont pas les mêmes pour ces deux «objets du changement».

Csillik (2009), en référence au MTT précise: «Un processus de changement représente les actes posés par un individu qui veut modifier ses pensées, ses comportements ou ses sentiments par rapport à un problème particulier» (p. 357). L'auteure répertorie dix processus de changement, répartis en deux catégories: les processus expérientiels et les processus comportementaux. Les processus expérientiels (processus de réflexion) interviennent essentiellement aux stades de la précontemplation et de la contemplation. Ils comprennent: la prise de conscience (1), la réaction émotionnelle suite à l'analyse du problème et des solutions (2), la réévaluation de l'influence du problème sur son environnement personnel (3), la réévaluation personnelle de ses émotions et opinions par rapport à son

propre problème de comportement (4) et la facilitation sociale par l'augmentation des alternatives de comportements acceptables par la société (5). Les processus comportementaux interviennent, quant à eux, aux stades d'action et du maintien du changement, ils désignent: la récompense par l'autofélicitation ou par les félicitations de tiers (6), le contre-conditionnement qui consiste à trouver des solutions alternatives pour gérer l'anxiété liée aux comportements problématiques (7), la relation d'aide à travers la compréhension des proches (8), la prise de décision (9) et le contrôle des stimuli pour éviter les comportements problématiques (10). Pour chacun de ces processus l'auteure évoque différentes suggestions d'interventions telles que les jeux de rôle, la clarification des valeurs, l'établissement d'un plan de changement, la relaxation, etc.

**Des références théoriques aux changements des pratiques cliniques**

Lors du CQ, la présentation des éléments théoriques s'est poursuivie par des jeux de rôle basés sur une vidéo d'entretien réalisée par une participante. Une discussion permet aux participantes de prendre conscience, du moins en partie, de leurs propres fonctionnements. Puis, elles identifient des pistes concrètes visant la modification des pratiques. Des participantes soulignent que l'expérimentation en toute confiance au sein du CQ, avant l'ajustement de la pratique, est un facteur de motivation à changer leurs habitudes cliniques. Certaines participantes relèvent également que, jusqu'alors, elles se sentaient plus compétentes lorsque la personne n'était pas ou plus ambivalente face à un changement potentiel (stade de décision ou d'action), et plus légitimes d'intervenir lorsque l'action était visible et les moyens de traitement familiers. Les participantes souhaitent augmenter leurs compétences pour accompagner spécifiquement les client-e-s en stade de pré-contemplation, de contemplation, ou lors de rechute. La capacité à identifier les objets du changement et les états du-de la client-e face au(x) changement(s) améliorent le processus réflexif de chacune et ont des résultats concrets en thérapie avec, notamment, un meilleur ajustement du rythme du thérapeute à celui du-de la cliente.

Nous espérons que cette première publication aiguise positivement votre curiosité. Envie de poursuivre l'aventure avec nous? Prochain rendez-vous en avril!

**Pour les références bibliographiques:**  
ergotherapie.ch > Zone pour les membres > PR + Médias > Journal ou code QR



**Pour l'achat du Processus de remotivation:**



**Pour l'accès au VQ:**



Figure 3: Le Modèle transthéorique du changement: stades, attitudes et processus. Cercle de qualité «Ergo Dom Romandie 2022». Inspiré et adapté de Csillik (2009); Prochaska, DiClemente & Norcross (1992); Prochaska & Velicer (1997) et La Graine (2016).

# Soutenir l'engagement vers un changement

**Carine Daoud Bonjour, Julie Deriaz, Ophélie Küenzi, Sylvie Moroszlay, Magali Steffen, Julie Wassmer, Rebecca Weisflog** Cette publication est la deuxième d'une série de trois et fait suite au cercle de qualité «Ergo Dom Romandie – 2022» dont le thème a été le suivant: «Comment améliorer ma manière d'accompagner les client-e-s vers le changement?» Ces articles ont pour but de présenter le fonctionnement du cercle de qualité, d'explicitier les théories auxquelles le groupe se réfère (infime partie des théories sur le sujet), ainsi que d'exposer les changements de pratique expérimentés.

La publication dans l'édition du février (Daoud Bonjour et al., février 2024) s'intéressait au déroulement du cercle de qualité (CQ) et à la perception que les ergothérapeutes ont de leurs client-e-s face au(x) changement(s). Cette deuxième publication est, quant à elle, centrée sur les interactions avec les client-e-s pour cheminer vers un possible changement. La dernière publication, en juin, mettra l'accent sur la structure de l'intervention pour soutenir l'engagement dans le(s) changement(s).

## Des pratiques cliniques aux références théoriques

Lors des rencontres du cercle de qualité «Ergo Dom – 2022», les participantes se posent régulièrement la question: «Qu'est-ce qui me donne le sentiment de faire un travail de qualité?» Elles prennent conscience qu'elles se sentent plus compétentes lorsque les client-e-s ne sont pas, ou plus ambivalent-e-s face à un changement potentiel, c'est-à-dire lorsqu'ils-elles sont en stade de décision ou d'action en référence au Modèle Transthéorique du changement (MTT) (Prochaska, DiClemente, et Norcross, 1992). De même, elles sont souvent plus à l'aise lorsque le niveau volitionnel d'un-e client-e est moyen ou élevé. En référence au Continuum du Changement Volitionnel (Kielhofner, 2008; Taylor, 2017), cela correspond au stade de compétence ou d'accomplissement. Ainsi, les participantes relèvent le fait qu'elles ont l'impression de faire un travail de qualité lorsqu'elles ont pu, lors de la séance, par exemple:

- Identifier avec le-la client-e des objectifs relatifs à des activités.
- Élaborer un plan d'action avec le-la client-e.
- Mettre en œuvre un plan d'action avec la participation active du-de la client-e.
- Constater que les changements réalisés lors de la séance précédente ont été maintenus.

- Relever le fait que le-la client-e a pu évoluer de manière autonome entre les séances.
- Entendre le-la client-e manifester de la satisfaction quant à l'évolution de sa situation.

A contrario, le sentiment d'impuissance éprouvé dans les situations d'incapacité à trouver «les bons leviers» provoque parfois de l'agacement envers les client-e-s. Lors des échanges, les participantes témoignent: «J'ai vraiment l'impression que parfois je galère, je pousse, je tire, finalement je ne sais pas trop où on va!» ou encore: «Je suis un peu comme une vendeuse de tapis, à argumenter, à justifier, à insister!» Certaines pensées ou actes d'évitement sont partagés dans le groupe, comme:

- Stopper le traitement d'ergothérapie alors que le-la client-e manifeste de l'insatisfaction quant à ses activités et présente tout de même un déséquilibre occupationnel et/ou une altération des performances occupationnelles.
- Transmettre le suivi à un-e collègue que l'on juge plus tolérant-e, plus compétent-e, plus créatif-ve afin qu'il-elle nous libère d'un «fardeau».
- Annuler des séances.
- Procrastiner les tâches de suivi inter-séances.

En de telles circonstances, la qualité de la communication avec les client-e-s n'est probablement pas optimale. Se poser la question du «statut de-la du client-e face au(x) changement(s)» (selon le Modèle Transthéorique du changement ou le Continuum du changement occupationnel) est un prérequis perçu par les participantes comme indispensable pour ajuster son attitude thérapeutique, mais pas suffisante. En effet, affiner notre manière de communiquer et d'interagir avec les client-e-s permet d'améliorer l'intervention, en particulier auprès des client-e-s présentant des difficultés à réaliser qu'un changement est nécessaire ou qui sont ambivalent-e-s face au(x) changement(s) à réaliser.



**Les auteures (photo):** Magali Steffen (derrière), Carine Daoud Bonjour, Sylvie Moroszlay (devant) et (sans photo) Julie Deriaz, Julie Wassmer, Rebecca Weisflog, Ophélie Küenzi

Les autres participantes du CQ: Floriane Bonadei, Emma Bourlout, Aurélie Golay, Céline Le Meste, Emilie Playoust, Rabhia Seddiki

Deutsche Version des Artikels unter [ergotherapie.ch](http://ergotherapie.ch) > Mitgliederbereich > PR + Medien > Zeitschrift oder direkt via QR-Code



### Quelques références théoriques

L'Entretien Motivationnel (Miller & Rollnick, 2019) a été choisi par les participantes du CQ comme référence pour appréhender les situations frustrantes décrites plus haut. Nous verrons ci-après comment améliorer nos habiletés de communication et d'interaction pour soutenir l'engagement du-de la client-e et l'émergence de sa motivation au changement.

### L'Entretien Motivationnel

Dans les années 80, les psychologues Miller et Rollnick définissent L'Entretien Motivationnel (EM) comme un style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement (AFDEM, 2023). L'EM soutient que changer pour quitter le status quo (la situation qui pose problème) nécessite que la personne se sente libre de décider de sa vie. Lorsque les thérapeutes prodiguent des conseils non souhaités ou qu'ils-elles formulent des objectifs de traitement en fonction de leurs désirs (p. ex. client-e-s plus indépendant-e-s ou davantage en sécurité), ils-elles font preuve d'un «réflexe correcteur» (Miller & Rollnick, 2019) et de manque d'empathie. Ce réflexe correspond au désir des professionnel-le-s de décider à la place de la personne ce qu'ils estiment adéquat. Cette attitude suscite de la réactance psychologique, c'est-à-dire «le désir de restaurer sa liberté» (réactance normale, qui peut être qualifiée «d'attitude oppositionnelle»). Une participante prend conscience qu'elle suscite de la réactance chez une cliente ambivalente, lorsqu'elle

argumente en faveur d'un changement. Celle-ci se met alors à défendre âprement l'autre versant de son ambivalence, à savoir le maintien de la situation actuelle. L'EM considère l'autre comme un partenaire: les thérapeutes ne donnent pas d'informations ou de conseils sans préalablement demander si cela est souhaité. Si tel est le cas, il s'agit de vérifier comment cela est reçu. Par exemple: Est-ce que cette information est utile pour vous? Pensez-vous faire quelque chose des éléments dont je viens de vous parler? Cet outil de l'EM s'abrège DDPD pour «Demander-Demander-Partager-Demander». L'une des participantes découvre qu'elle a passé une grande partie de sa carrière à ne jamais vérifier ce qu'autrui peut bien faire de ses conseils.

L'EM définit quatre processus successifs: l'engagement dans la relation, la focalisation, l'évocation et la planification:

**1. Le processus d'engagement réfère à la question: voulez-vous voyager avec moi?** Le thérapeute et la personne établissent une relation de travail. L'engagement peut prendre quelques secondes ou plusieurs semaines en fonction des situations.

**2. Le processus de focalisation réfère à la question: où irions-nous?** Ce processus détermine la direction; l'horizon vers lequel les client-e-s souhaitent se tourner (la préoccupation du-de la client-e, l'objet du changement).

**3. Le processus d'évocation réfère à la question: dites-moi «si» et «pourquoi»?** Les thérapeutes amènent la personne à verbaliser ses propres arguments

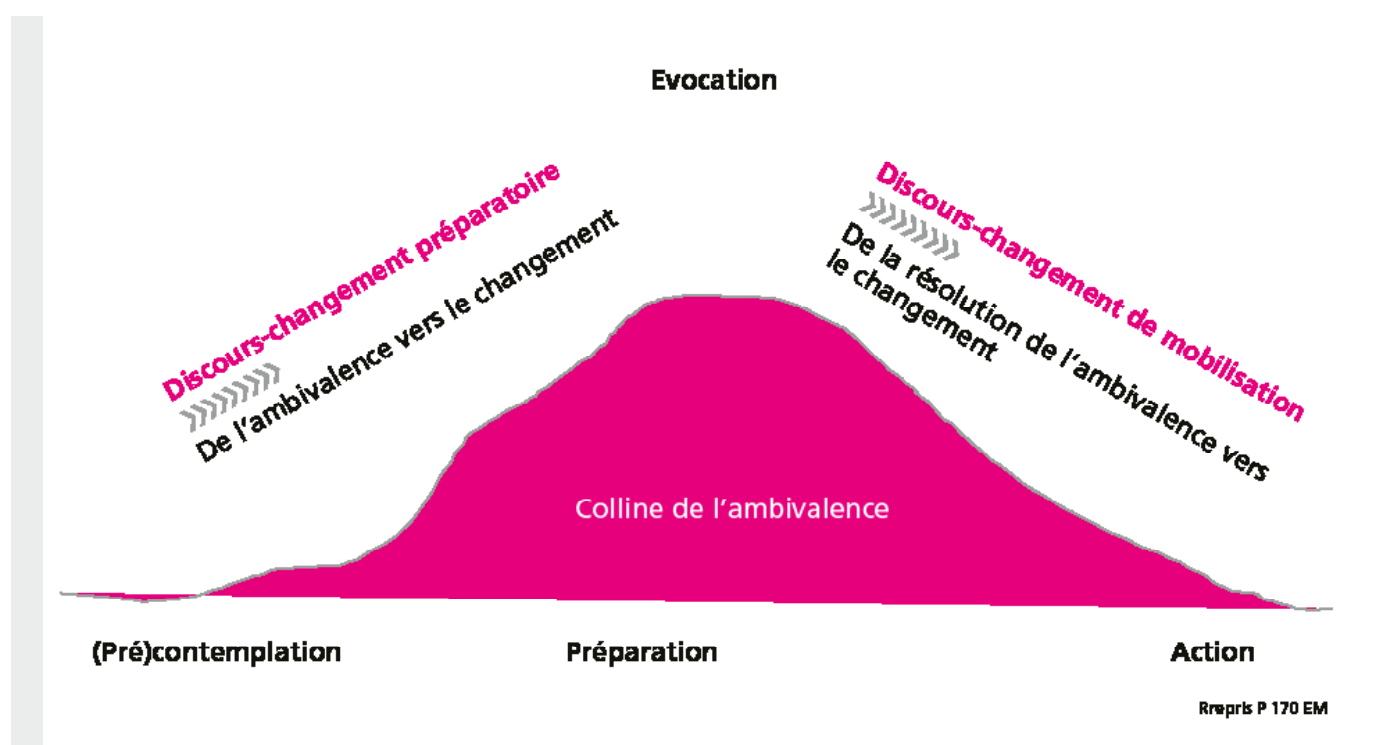


Figure 1: La colline de l'ambivalence (adaptée de Miller & Rollnick, 2019, p. 170)

et motivations à changer. L'évocation est une préparation au changement. L'EM donne des clés pour analyser le langage des client·e·s afin d'y déceler l'état dans lequel ils-elles se trouvent par rapport au changement. On distingue un discours-changement préparatoire et un discours-changement de mobilisation (cf. figure 1). Dans le premier, est évoqué ce qui a trait au désir de changer, à sa capacité de changer, aux raisons de changer et aux besoins de changer. Le discours-changement de mobilisation contient des paroles indiquant un passage à l'acte imminent, ainsi que des premiers pas réalisés (Miller & Rollnick, 2019, p. 166–167). Miller et Rollnick (2019) recommandent d'éviter d'explorer les deux versants de l'ambivalence mais de favoriser le discours changement (préparatoire ou de mobilisation), en opposition au discours de maintien du comportement, afin de résoudre l'ambivalence. Selon les auteurs, l'augmentation du discours-changement par les client·e·s prédit le changement de comportement. En effet, «les gens ont tendance à plus s'engager dans ce qu'ils se sont entendus eux-mêmes dire» (Miller & Rollnick, 2019, p. 173) et en particulier devant témoin. Une participante évoque sa prise de conscience: «J'ai souvent cru que j'étais plus efficace en réalisant l'activité avec la personne. J'ai compris avec l'EM que le choix des mots que j'emploie peut, dans certaines circonstances, avoir un plus grand impact que ce que je peux faire.» Une autre participante témoigne du changement dans sa pratique: «Désormais, un post-it de rappel est collé sur mes dossiers: Ai-je bien vérifié auprès de mes client·e·s ce qu'ils-elles savent déjà? Ce qu'ils-elles ont déjà essayé? Ce qu'ils-elles envisagent de faire?»

**4. Le processus de planification réfère aux questions: comment et quand?** Un plan d'action est défini à travers l'émergence de solutions proposées par les client·e·s.

### Refléter et résumer

Chacun de ces processus séquentiels repose sur le précédent avec un possible retour en arrière. Les compétences essentielles en EM, en plus de l'analyse du discours, consiste à poser des questions ouvertes, valoriser une personne et ses efforts, informer et conseiller avec la permission, refléter et résumer. Ces éléments sont décrits comme étant les outils de l'EM. Ils permettent à la personne de se sentir écoutée. Ils contribuent aussi à mobiliser du Discours-changement (DC), ce qui permet d'augmenter la motivation et donc la probabilité de changer. Plus en détail, l'EM décrit deux types de reflets: les reflets simples et les reflets complexes. Les reflets simples sont des reflets de l'explicite. Ils répètent ou paraphrasent simplement ce que la personne a dit. Les reflets complexes sont des reflets de l'implicite. Les auteurs de l'EM en recensent six types différents, p.ex., un reflet nommé «prolongement de l'idée» fournit une hypothèse sur ce qui

pourrait venir après; alors qu'un «reflet d'émotion» nomme l'émotion sous-jacente perçue dans le discours. Les résumés sont des outils servant à rassembler et mettre en lumière les différents aspects du vécu amenés par la personne. Un résumé peut également lier ou faire une transition. Par exemple: «Vous avez expliqué faire un détour pour que vos voisins ne vous voient pas avec une canne blanche. Vous m'avez aussi dit que ce détour vous a fait prendre un chemin très peu fréquenté et que vous avez eu peur. Seriez-vous d'accord que nous parlions de ce que la canne blanche évoque pour vous?»

### Des références théoriques aux changements des pratiques cliniques

Les théories apportées et les jeux de rôle réalisés lors du CQ permettent aux participantes de prendre conscience que la nature des échanges entre les ergothérapeutes et leurs client·e·s est un déterminant de changement. En effet, le discours des client·e·s découle en partie des habiletés de communication des thérapeutes: Que disent-ils-elles? Comment le disent-ils-elles? A quel moment le disent-ils-elles? La dynamique de groupe, dont bénéficient les membres du CQ, encourage à identifier et à critiquer sa propre pratique. Le travail effectué au sein du CQ au sujet de l'EM a permis de cibler ce qui peut être entrepris en pratique clinique afin d'améliorer la qualité de la communication avec les client·e·s. Il s'agit, d'une part, de soutenir l'engagement de nos client·e·s en se sentant moins impuissantes, et d'autre part, d'éviter de rendre ces dernier·e·s responsables de leurs difficultés à avancer.

Nous espérons que cette seconde publication aiguise positivement votre curiosité. Envie de poursuivre l'aventure avec nous? Rendez-vous en juin.

#### Références:

- AFDEM. (2023). L'Entretien Motivationnel: Qu'est-ce que c'est? Récupéré de <https://afdem.org/entretienmotivationnel/>
- Daoud Bonjour, C., Deriaz, J., Küenzi, O., Moroszlaj, S., Steffen, M., Wassmer, J. & Weisflog, R. (2024). Accompagner le changement: un thème abordé par un cercle de qualité: Comment l'ergothérapeute perçoit le-la client·e face au(x) changement(s)? «Ergothérapie», 2|24
- De las Heras, C. G., Kielhofner, G., Llerena, V. (2003). Guide de l'intervenant. Le processus de remotivation: continuum de l'intervention auprès des personnes atteintes d'un trouble grave de la volition (version 1.0). Chicago: University of Illinois.
- Kielhofner, G. (2008). A model of human occupation: Theory and application. Fourth Edition. Baltimore: Lippincott, Williams and Wilkins.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2019). L'entretien motivationnel: Aider la personne à engager le changement. Interéditions.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47 (9), 1102-1114. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>
- Taylor, R. R. (Éd.). (2017). Kielhofners model of human occupation: Theory and application (5th edition). Lippincott Williams and Wilkins.

**Note:** Des formations en l'Entretien Motivationnel (EM) sont régulièrement organisées par différents organismes.



# Structurer l'intervention pour favoriser le changement

**Carine Daoud Bonjour, Julie Deriaz, Ophélie Küenzi, Sylvie Moroszlay, Magali Steffen, Julie Wassmer, Rebecca Weisflog** Cette publication est la troisième d'une série de trois et fait suite au cercle de qualité «Ergo Dom Romandie – 2022» dont le thème a été le suivant: «Comment améliorer ma manière d'accompagner les client·e·s vers le changement?» Ces articles ont pour buts de présenter le fonctionnement du cercle de qualité, d'explicitier les théories auxquelles le groupe se réfère (infime partie des théories sur le sujet), ainsi que d'exposer les changements de pratique expérimentés.

Les publications précédentes se sont intéressées au déroulement du cercle de qualité (CQ) et à la perception que l'ergothérapeute a du·de la client·e face au(x) changement(s) (Daoud Bonjour et al., février 2024), puis sur les interactions avec les client·e·s pour cheminer vers un possible changement (Daoud Bonjour et al., avril 2024). Cette dernière publication mettra l'accent sur la structure de l'intervention pour soutenir l'engagement dans le(s) changement(s). Nous décrirons également l'impact sur les pratiques des participantes et discuterons les modalités du CQ «Ergo Dom Romandie – 2022».

## Des pratiques cliniques aux références théoriques

Lorsque l'engagement dans le changement concerne des personnes dont la volition est basse, les participantes expriment que les évaluations tout comme les interventions doivent être pensées et réalisées en s'appuyant sur d'autres raisonnements que ceux qu'elles utilisent plus couramment. Elles expriment douter que leur travail soit fondé sur des preuves scientifiques. Elles s'interrogent sur la manière dont elles conduisent l'intervention et peinent parfois à identifier des théories qui justifient ou décrivent leurs pratiques. Les participantes soulignent également ne pas toujours être en mesure d'explicitier leurs choix et leurs actions de manière professionnelle bien qu'elles les jugent pertinents. Elles relèvent manquer de vocabulaire et pensent que cela décrédibilise leur travail. En ce sens, l'une des participantes raconte: «Le client a proposé de nous faire un sirop pendant la séance, c'est une belle évolution! Mais je ne peux pas dire ça comme ça au médecin!» En outre, plusieurs d'entre elles précisent que les traitements d'ergothérapie auprès des client·e·s avec un déficit volitionnel important génèrent du stress lié, entre autres, aux regards des autres professionnels, aux réactions des assurances, mais aussi par le fait de

voir le-la client·e en souffrance et l'inquiétude des proches. Ce type de questionnement semble être partagé:

- Est-ce que je peux prendre autant de temps «juste» pour que certain·e·s client·e·s se douchent une fois par semaine, puissent ranger leur appartement ou se rendent à leur RDV?
- Comment est-ce que je peux expliquer à l'assurance qu'il a fallu neuf séances pour que le-la client·e puisse sortir de chez lui-elle?
- Est-ce que je m'y prends mal pour que cela prenne tant de temps?

En regard de ce qui précède, les participantes souhaitent s'appuyer sur des interventions reconnues efficaces pour les personnes présentant un déficit de la volition.

Deux approches scientifiquement validées ont été sélectionnées afin de soutenir la pratique des participantes auprès des personnes qui présentent une altération de la volition. Il s'agit, d'une part, de l'activation comportementale (AC) et, d'autre part, du processus de remotivation (PR) (De las Heras, Kielhofner, Llerena, 2003) qui s'appuie sur le modèle de l'occupation humaine (MOH) (Kielhofner 2008; Taylor 2017) et l'un de ses instruments, le *volitional questionnaire* (VQ) (De las Heras et al., 2007).

## L'activation comportementale

L'activation comportementale (AC) (en anglais: behavioral activation, BA) est une approche thérapeutique qui vise à mettre rapidement la personne en action. Selon Blanchet et Provencher (2013) et Dondé, Moirand & Carré (2018) la thérapie d'AC est une sous-composante de la Thérapie cognitive et comportementale (TCC) dite de 3<sup>ème</sup> vague. L'AC est issue des théories behavioristes (comportementalistes) de B.F Skinner (1953, 1974), Ch. Fester (1973) et P. Lewinshon (1975)



**Les auteures (photo):** Julie Deriaz (derrière), Julie Wassmer (à droite), Rebecca Weisflog (à gauche), Ophélie Küenzi (devant) et (sans photo) Magali Steffen, Carine Daoud Bonjour, Sylvie Moroszlay

Les autres participantes du CQ: Floriane Bonadèi, Emma Bourlourd, Aurélie Golay, Céline Le Meste, Emilie Playoust, Rabhia Seddiki

Deutsche Version des Artikels unter [ergotherapie.ch](http://ergotherapie.ch) > Mitgliederbereich > PR + Medien > Zeitschrift oder direkt via QR-Code



puis des théories du contextualisme fonctionnel de S. Hayes (1985). L'AC considère que «l'action précède l'envie». L'AC consiste à remplacer les stratégies d'évitement par des stratégies de gestion des difficultés plus bénéfiques. Elle cherche l'augmentation de la participation à des activités sociales et personnelles plaisantes, afin d'amplifier le niveau d'affects positifs. En s'appuyant sur des outils de monitoring des activités, l'AC inclut un menu détaillé: la prise de conscience des activités engagées par la personne, l'identification d'activités qui permettent d'être en adéquation avec ses valeurs, la gradation des activités puis la planification de ces dernières dans un horaire journalier. Les programmes d'AC préconisent également l'intégration de psychoéducation et une approche de résolution de problème (Soucy et al., 2013; Dondé, Moirand & Carré, 2018).

L'AC est efficace pour diminuer les symptômes dépressifs et anxieux, améliorer la qualité de vie et diminuer la consommation de substances. Elle a également montré son efficacité auprès de différentes populations (p. ex: adolescents, proches aidant de personne atteinte de démence) et de personnes atteintes dans leur santé somatique (p. ex: cancer, diabète) (Blairy, Baeyens & Wagener, 2020; Soucy et al., 2013; Dondé, Moirand & Carré, 2018).

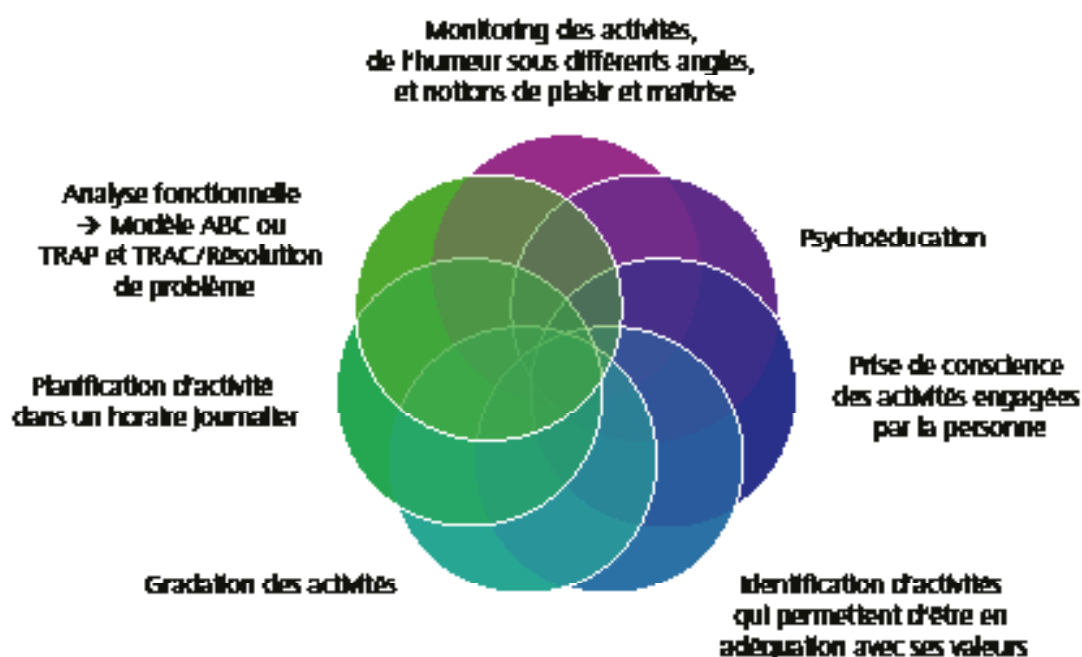
Selon Blairy, Baeyens et Wagener (2020, p. 14–16), les travaux de Jacobson et al. (1996) ont permis d'établir que l'un des principes actifs de la TCC est la «modification comportementale». Ainsi, différents

programmes de thérapies utilisant l'AC se sont développés au début des années 2000.

Dans le cadre du CQ, les participantes se sont concentrées sur l'un des programmes de référence: le «Brief Behavioral Activation Treatment for Depression – Revised» (BATD-R) qui a été élaboré par Lejuez et al. en 2001 et révisé en 2011. Il s'agit d'un programme en accès libre, traduit en français, structuré en dix séances dont le contenu est détaillé. Les grandes lignes du programme sont les suivantes (Lejuez et al., 2011): Lors des séances 1 à 3 sur les 10, aucun changement n'est demandé aux client-e-s. Il s'agit de faire un état des lieux et de prendre conscience de leur fonctionnement, de leurs valeurs et des activités qui concourent aux affects négatifs et celles qui, au contraire, permettent de rejoindre ces valeurs.

**1. Au terme de la 1<sup>ère</sup> séance**, les client-e-s sont invité-e-s à compléter un document par jour intitulé «Formulaire 1: Suivi quotidien». Il s'agit d'un relevé des activités réalisées au cours des 24 heures.

**2. Lors de la 2<sup>ème</sup> séance**, les client-e-s sont invité-e-s, au travers du document «Formulaire 2: Inventaire des domaines de vie, des valeurs et des activités» à identifier leurs valeurs en s'appuyant sur dix domaines de vie et à identifier des activités qui permettent d'être en adéquation avec leurs valeurs (p. ex: Domaine: Vie familiale – Valeurs: «Être à l'écoute de ma femme» – Activité «Manger avec elle chaque soir»).



L'activation comportementale (AC) cherche l'augmentation de la participation à des activités sociales et personnelles plaisantes, afin d'amplifier le niveau d'affects positifs.



**3. Lors de la 3<sup>ème</sup> séance**, les client-e-s sélectionnent dans le formulaire 2, quinze activités qu'ils-elles valorisent le plus ou pour lesquelles ils-elles ont le plus d'intérêts et les notent dans le document «Formulaire 3: Sélection et classement des activités». Ils-elles doivent ensuite les grader en fonction de la complexité qu'ils-elles perçoivent.

**4. Lors des séances 4 à 10**, les client-e-s sont invité-e-s à compléter le document «Formulaire 4: Contrats» qui accompagnante la réflexion «Qui pourrait m'aider à faire cette activité?» visant ainsi à augmenter leur participation sociale.

Les client-e-s sont amené-e-s à utiliser un «Formulaire 1: Suivi quotidien» par jour entre chaque séance. Dès la 3<sup>ème</sup> séance le «Formulaire 1: Suivi quotidien» est enrichi de deux à trois des activités issues du «Formulaire 3: Sélection et classement des activités». Cela permet d'enrichir l'engagement dans des activités. Le nombre d'activités planifiées augmentera progressivement entre la séance 4 et la séance 10, tout comme la complexité des activités à réaliser.

### MOH – VQ et le processus de remotivation

Le processus de remotivation (PR) (De las Heras, 2006) est issu du modèle de l'occupation humaine (MOH) (Kielhofner, 2008; Taylor, 2017). Le PR s'utilise en perspective d'un instrument du MOH, le *volitional questionnaire* (VQ) (De las Heras et al., 2007). Le VQ évalue, en continu et par l'observation, les composantes de la volition de sujets dont les habiletés cognitives et/ou verbales peuvent être diminuées. Au travers de seize énoncés, le VQ identifie finement où se situe une personne sur le continuum du changement occupationnel (continuum volitionnel). Suite aux expérimentations réalisées dans le CQ, une participante relève: «Je me suis basée sur le VQ et l'OSA (*occupational self assessment*, un instrument du MOH) pour rédiger mon rapport pour le médecin traitant. Le fait de me référer à des termes utilisés dans des évaluations validées donne plus de poids à mes propos.»

Le PR souligne l'importance de reconnaître la progression unique de chaque individu dans ce continuum et d'utiliser des interventions adaptées au degré de volition de chacun (De Las Heras, Kielhofner & Llerena, 2003). Le PR est une intervention de réadaptation essentielle qui permet aux client-e-s concerné-e-s de retrouver leurs capacités fonctionnelles. Il comprend trois phases: l'exploration, la compétence et l'accomplissement. Chaque phase contient plusieurs stades pour lesquels des objectifs sont indiqués, ainsi que les stratégies à utiliser. Pour la phase d'exploration, pour ne donner qu'un exemple, l'un des stades concerne la prise de décision. L'objectif sera de renforcer l'acquisition de l'estime et de la confiance en soi en offrant la possibilité aux client-e-s de choisir leurs activités. Pour

atteindre cet objectif, le-la thérapeute utilise comme stratégie avec le-la client-e l'encouragement ou l'incitation à participer plus souvent aux activités.

**Dans la phase d'exploration**, le-la client-e et le-la thérapeute s'attachent à des buts concrets à court terme. Le-la thérapeute encourage la personne à faire des activités qui font sens pour elle. Il est possible d'introduire un changement, mais il faut conserver une routine familière pour que la personne se sente en sécurité dans le nouvel environnement. Il s'agit de s'engager progressivement dans des rôles afin de stimuler le goût de la découverte, l'estime de soi, la confiance en ses capacités et, également, d'améliorer l'efficacité dans la prise de décision. Le-la thérapeute apporte, d'une part, un accompagnement physique dans les situations nouvelles ou difficiles pour accroître le sentiment d'efficacité et, d'autre part, un soutien émotionnel en rappelant à la personne ses réussites et en la rassurant sur sa capacité à atteindre la prochaine étape (De Las Heras, Kielhofner & Llerena, 2003).

**Dans la phase de compétence**, le-la client-e apprend de nouvelles habiletés, et perfectionne aussi celles déjà acquises. De nouvelles habiletés apparaissent dans des situations inhabituelles. La compétence renforce chez la personne le sentiment de disposer d'une véritable volonté d'agir. L'objectif consiste à améliorer sa propre efficacité, d'affirmer le sentiment de compétence et de maîtrise face aux décisions et renforcer le rendement occupationnel.

Le-la thérapeute soutient physiquement et émotionnellement le-la client-e dans les situations nouvelles ou difficiles, il-elle facilite l'apprentissage des habiletés et laisse des temps de réflexions ou de déstabilisations au cours du processus de changement. Il-elle favorise la prise de conscience intuitive en analysant la situation et en posant des questions plus approfondies (De Las Heras, Kielhofner & Llerena, 2003).

**Dans la phase d'accomplissement**, le-la client-e est capable de poser et réaliser des objectifs personnels, de faire des choix d'occupations et de rechercher de nouveaux défis dans des environnements occupationnels pertinents. L'apprentissage continu des habiletés essentielles se poursuit, ainsi que le recours à des nouvelles stratégies et aux outils nécessaires dans la recherche et la réalisation de nouveaux défis.

Le-la thérapeute favorise cette autonomie en adoptant un rôle de conseiller, fournissant informations et ressources. Finalement, le retrait du-la thérapeute aboutira à l'expérimentation d'une autonomie propre (De Las Heras, Kielhofner & Llerena, 2003).

Une participante explique: «Ma cliente n'arrive pas à dire ce qu'elle veut faire en séance, elle a beaucoup de difficulté à faire les choses en lien avec sa maladie. J'ai

réalisé que c'est thérapeutique d'amener une activité et de la faire. Même si Madame ne participe pas physiquement, elle interagit avec moi, et ça peut lui donner confiance. Elle est dans la phase d'exploration du processus de remotivation. C'est rassurant de pouvoir expliquer ma pratique avec la théorie.»

### Des références théoriques aux changements des pratiques cliniques

Cette dernière publication montre comment *l'activation comportementale et le processus de remotivation* apportent des moyens thérapeutiques pour soutenir l'engagement dans le changement. Ces apports théoriques paraissent pertinents par leur caractère concret et leur applicabilité au contexte des traitements à domicile.

### Le CQ «Ergo Dom Romandie – 2022»

Notre pratique s'est améliorée grâce au processus réflexif centré sur la thématique du «changement» et nous observons des résultats concrets en thérapie. L'exploration du modèle transthéorique du changement, du continuum du changement occupationnel, de l'entretien motivationnel (EM), du processus de remotivation (PR) et de l'activation comportementale (AC) enrichit notre vocabulaire professionnel et nos connaissances, et développe le sentiment de compétence auprès du-e de la client-e, mais aussi des réseaux interprofessionnels. Ces outils favorisent des aptitudes de communication envers le-la client-e et son entourage pour engager, soutenir et maintenir le changement. L'ensemble du groupe relève l'importance d'être attentif dans l'analyse des freins et leviers de changement. Une attention toute particulière est également portée aux objets ainsi qu'aux stades du changement comme étapes indispensables avant de définir des objectifs, que nous sommes parfois tentés de poser trop rapidement. Nous sommes aussi dans un nouvel élan pour créer des alliances avec les intervenants médico-sociaux pour réfléchir aux attitudes thérapeutiques en fonction du

«statut face au changement» d'un-e client-e et de les argumenter de manière efficace grâce à nos nouvelles connaissances. De tels échanges réduisent le sentiment d'impuissance professionnelle devant certaines situations complexes. Suite au CQ, certaines participantes se forment à l'EM afin de diversifier les outils d'entretien, s'approprient certaines grilles ou lisent des articles. D'autres s'engagent à s'exercer consciemment, lors d'un suivi, à expérimenter les processus ou savoir-faire des outils découverts et testés lors du CQ.

Concernant le fonctionnement du CQ, nous avons particulièrement apprécié de nous retrouver entre collègues d'une pratique à domicile. Riches de cette pratique commune, les participantes ont partagé leurs expériences et, malgré les spécificités cliniques de chacune et la non-connaissance du thème au départ, il a été possible de trouver un sujet faisant sens pour toutes. Nous avons apprécié que nos modératrices effectuent un travail logistique inter-séance afin de structurer nos échanges, faciliter nos prises de position et soutenir notre travail inter-séance en binôme. Les temps d'expérimentations nous ont beaucoup plu. Les mises en situation et jeux de rôle ont permis d'être au plus proche de notre contexte de travail. Par ailleurs, le fait d'être un groupe fermé a favorisé l'instauration d'une dynamique bienveillante; un climat de confiance s'est instauré et la pause «apéro» a permis de continuer à échanger de manière détendue.

Ces points positifs nous amènent à partager quelques réflexions et propositions d'améliorations. Premièrement, nous avons pris presque autant de temps à délimiter notre thème qu'à l'étudier. Ce temps nous a permis de trouver un consensus de thème et à entamer un processus de réflexion mais, avec le recul, nous aimerions pouvoir optimiser ce processus afin d'avoir plus de temps pour traiter le sujet. Deuxièmement, nos rencontres étaient parfois éloignées l'une de l'autre. Nous pensons que se retrouver une fois par mois permettrait de garder un rythme de travail et de réflexion sous tension. Enfin, la théorie était exposée de manière succincte, ce qui convenait à toutes, mais sans qu'il y ait suffisamment de temps pour que chacune puisse interroger ou clarifier sa compréhension de la théorie. Même si les expérimentations nous permettaient un court temps d'échange, il n'y a pas eu suffisamment d'occasions formelles de partager des retours de pratiques.

### La formation de modérateur-trice de cercle de qualité

La formation de modérateur-trice de cercle qualité (cf. encadre), a été l'opportunité de créer un groupe de travail sur les soins à domicile avec des regards riches d'expériences plurielles. L'opportunité donnée nous permet d'être au plus près de nos questionnements et

#### Références bibliographiques et Programme BATD-R:

En ligne sous [ergotherapie.ch](http://ergotherapie.ch) > zone pour les membres > journal > numéros ou directement par



Pour l'achat du **Processus de remotivation**:  
[www.coopzone.ca](http://www.coopzone.ca)

Pour l'accès au **VQ**:  
<https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation>



#### FORMATION DE MODERATEUR·TRICE DE CERCLE DE QUALITÉ

L'ASE recommande la participation à un cercle de qualité dans le but d'améliorer la qualité. Vous trouverez des informations sur la formation des modératrices et modérateurs de cercle de qualité sur:

[www.sgaim.ch/fr/themen/qualite/cercles-de-qualite](http://www.sgaim.ch/fr/themen/qualite/cercles-de-qualite) ou directement par le code QR:



de notre pratique clinique face à ce vaste sujet qu'est le changement. Le cadre et la fréquence des rencontres nous permettent d'acquérir des compétences, de les tester et de solliciter les membres du groupe pour soutenir le développement de connaissance, échanger sur les expériences vécues, critiquer et enrichir la pratique de chacune. Cette pratique large et diverse amène le groupe à prendre conscience de la responsabilité de l'ergothérapeute à être agent de changement dans l'application concrète de nos traitements à domicile. Riche de toutes ces expériences concrètes et partagées au sein du CQ, une partie du groupe accepte de poursuivre l'aventure en rédigeant cette publication. Une façon de poursuivre et clore le CQ d'une manière originale.

### Conclusion

En conclusion, le CQ «Ergo Dom Romandie – 2022» s'est mis à table afin de vous concocter un menu à la carte, s'articulant autour de différents plats cuisinés à la sauce du changement. Cet article, le dernier de trois parutions, met ainsi un terme à notre escapade gourmande. Nous nous sommes efforcées de sélectionner quelques produits certifiés AOP, tous apprêtés dans une recherche approfondie du produit authentique de la pratique probante. Comme à la fin de chacune des trois parties, nous vous rappelons que cette balade reste une dégustation, et que chaque menu traité, s'il a titillé vos papilles, peut être approfondi pour les plus gourmand-e-s.

Zweiklassenmedizin?

**Nein!**  
zur schädlichen  
Kostenbremse-Initiative  
9. Juni 2024

### NEIN ZUR KOSTENBREMSE-INITIATIVE

Am 9. Juni 2024 wird über die Kostenbremse-Initiative abgestimmt. Der EVS hat sich dem Nein-Komitee angeschlossen, um zusammen mit anderen Organisationen zu verhindern, dass die Gesundheitsausgaben an die Wirtschaftsentwicklung gekoppelt werden. Dieser Mechanismus birgt die Gefahr, dass benötigte Gesundheitsleistungen in der Grundversicherung nicht mehr von der obligatorischen Krankenversicherung gedeckt werden. Ein Kostendeckel trifft auch das Gesundheitspersonal und der Sparzwang verstärkt den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen, was wiederum zu Versorgungsengpässen führt. Detaillierte Informationen unter [nein-zur-kostenbremse.ch](http://nein-zur-kostenbremse.ch)

Sagen auch Sie am 9. Juni NEIN zur Kostenbremse-Initiative.



Médecine à deux vitesses ?

**Non!**  
à l'initiative dangereuse  
«Frein aux coûts»  
9 juin 2024

### NON À L'INITIATIVE «FREIN AUX COÛTS»

Le 9 juin 2024 aura lieu le vote sur l'initiative «Freins aux coûts». L'ASE est membre du comité Non à l'initiative sur le frein aux coûts. L'association professionnelle souhaite ainsi, avec d'autres organisations, empêcher que les dépenses de santé soient liées à l'évolution économique. Ce mécanisme comporte le risque que les prestations de santé nécessaires dans l'assurance de base ne soient plus couvertes par l'assurance maladie obligatoire. Un plafond des coûts touche également le personnel de santé et la nécessité de faire des économies renforce la pénurie de personnel qualifié dans le secteur de la santé, ce qui entraîne à son tour des pénuries de soins. Informations détaillées sous [frein-aux-couts-non.ch](http://frein-aux-couts-non.ch)

Le 9 juin, disons NON à l'initiative sur le frein aux coûts.



Medicina a due velocità?

**NO!**  
alla dannosa iniziativa  
«Per un freno ai costi»  
9 giugno 2024

### NO ALL'INIZIATIVA «PER UN FRENO AI COSTI»

Il 9 giugno 2024 la popolazione svizzera sarà chiamata a votare sull'iniziativa «Per un freno ai costi». L'ASE è membro del comitato «No» all'iniziativa sul freno ai costi. Insieme ad altre organizzazioni, l'associazione professionale vuole evitare che la spesa sanitaria sia legata allo sviluppo economico. Questo meccanismo comporta il rischio che le prestazioni sanitarie necessarie nell'assicurazione di base non siano più coperte dall'assicurazione sanitaria obbligatoria. Un tetto ai costi si ripercuote anche sul personale sanitario e la necessità di risparmiare aumenta la carenza di professionisti della sanità, che a sua volta porta a strozzature nell'offerta. Informazioni dettagliate su [freno-ai-costi-no.ch](http://freno-ai-costi-no.ch)

Il 9 giugno, diciamo NO all'iniziativa «Per un freno ai costi».

