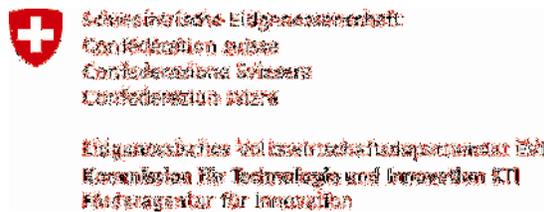


RECOMMANDATIONS POUR LA FORMULATION DES OBJECTIFS EN ERGOTHERAPIE

Emmanuelle Rossini
Sylvie Meyer
Isabel Margot

Financement



Stiftung für Ergotherapie Zürich



Partenaires de terrain :



Ce document doit être cité de la manière suivante:

Rossini, E., Meyer, S. & Margot, I. (2014). *Recommandations pour la formulation des objectifs en ergothérapie*. Berne : Association suisse des ergothérapeutes (ASE). Récupéré de l'association suisse des ergothérapeutes (ASE) <http://www.ergotherapie.ch>

Recommandations pour la formulation des objectifs en ergothérapie

Introduction	4
La position des objectifs dans la démarche professionnelle.....	4
Le contenu des objectifs.....	6
Le rôle des modèles et des instruments d'évaluation.....	7
La formulation des objectifs	8
Les critères SMART	8
L'évaluation de la réalisation des objectifs avec le GAS	10
Conclusion	11
Références bibliographiques	13

Recommandations pour la formulation des objectifs en ergothérapie

Introduction

Le succès d'une intervention en ergothérapie est tributaire des objectifs posés et de la possibilité d'évaluer leur atteinte (Bovend'Eerd, Botell & Wade, 2009). Elle dépend également de la capacité de l'ergothérapeute à établir, en coopération avec le client, des objectifs clairs, réalistes, communicables, centrés sur l'occupation et qui prennent sens pour sa vie de tous les jours (Bowmann & Mogensen, 2010 ; Pollock, Missiuna, & Rodger, 2010 ; Sumsion & Law, 2006). La formulation des objectifs est un enjeu à la fois de la réussite de l'intervention parce que cela renforce la motivation, et, de la communication avec le client comme avec les multiples acteurs du système de santé (Sames, 2010 ; Wade, 2009).

Dans les professions de la santé, la formulation des objectifs devrait satisfaire une série de critères, notamment des caractéristiques dites « SMART [spécifique, mesurable, agréé, réaliste, temporellement défini] » (Bowman & Mogensen, 2010) ou répondre à cinq questions : « qui, quoi, où, quand et comment » (Amini, 2007 ; Wade, 2009). Les modèles d'ergothérapie soulignent souvent la nécessité d'établir avec le client et son entourage des objectifs clairs, significatifs et mesurables, mais sans toujours expliquer comment le faire. En anglais plusieurs auteurs exposent des procédés intéressants (Bowman & Mogensen, 2010 ; Park, 2009, 2011 ; Sames, 2010). Rien de tel ni en français ni en italien. En allemand, Scheiber, (1995), Habermann et Kolster (2002), ainsi que Kolster (2001) donnent des indications mais spécifiques à un domaine.

L'étude menée en Suisse sur la formulation des objectifs d'intervention par des ergothérapeutes en pratique indépendante a montré plusieurs problèmes (Margot-Cattin *et al.*, 2012). Les objectifs posés sont souvent imprécis et sans critères de vérification de leur accomplissement. Ils sont peu centrés sur l'occupation et le contexte de vie du client. De plus, les ergothérapeutes rencontrés durant l'étude communiquent des difficultés, tantôt à les imaginer, tantôt à les négocier avec leurs clients.

Cette brochure propose quelques recommandations à l'attention des ergothérapeutes pour les soutenir dans l'élaboration, la négociation et la formulation d'objectifs d'intervention. Elle est issue d'un projet de recherche "Goal-phrasing in Swiss Occupational Therapy" mené entre 2010 et 2013 par un groupe de chercheurs des hautes écoles de Lausanne, Manno et Winterthur (direction de projet : Prof. Dr. Julie Page) (Cattin *et al.*, 2012; Roos *et al.*, 2010). Le projet a été financé par la Commission pour la Technologie et l'Innovation (CTI) et Stiftung Ergotherapie Zürich (Fondation pour le soutien de l'ergothérapie). L'Association Suisse des Ergothérapeutes (ASE) et la Croix-Rouge Suisse (CRS) en ont été les partenaires de terrain. L'un des produits de l'étude est une offre de formation continue de l'ASE visant la formulation des objectifs d'intervention en ergothérapie. Ce cours comme les recommandations de cette brochure sont basés sur les résultats de la recherche et les évidences scientifique disponibles. Ils sont adaptés aux besoins des régions du pays tant sur le plan des contenus que sur le plan linguistique.

La position des objectifs dans la démarche professionnelle

Un objectif est communément défini comme le résultat qu'on se propose d'atteindre (Grand Robert, <http://gr.bvdep.com/> Consulté le 16 avril 2013). Il y a donc une cible à viser, mais également un effort à fournir pour y parvenir. Dans la littérature francophone en ergothérapie, différents termes ou expressions répondent à cette définition : objectifs, buts, résultats attendus ou même finalité (Meyer, 2007). Dans ce manuel, le terme « objectif » est

choisi ; il traduit « goal », le vocable le plus fréquemment trouvé dans la littérature anglophone en ergothérapie.

Les objectifs s'insèrent dans la démarche de l'ergothérapie qui peut être simplement modélisée en quatre grandes étapes (Figure 1) :

- l'évaluation* du client qui comprend l'établissement du profil occupationnel* et l'examen* approfondi des performances*, des habiletés* et des éléments de l'environnement* pour établir les problèmes occupationnels,
- la planification de l'intervention qui comprend la définition des objectifs et des moyens pour les atteindre,
- la réalisation de l'intervention qui met en œuvre les moyens et permet les progrès vers l'accomplissement des objectifs,
- la réévaluation du client qui examine les résultats de l'intervention et l'atteinte des objectifs.



Figure 1. Les étapes de la démarche d'ergothérapie

La plupart des interventions en ergothérapie comprennent plusieurs objectifs qui s'organisent dans le temps (Creek & Bullock, 2008 ; Pollock et al., 2010 ; Radomski, 2008). Ainsi, des objectifs qui correspondent aux résultats attendus en fin d'intervention sont posés. Ceux-ci sont atteints progressivement en passant par divers objectifs à plus court terme qui portent sur des performances dans des activités particulières auxquelles le client aura abouti avant la fin de l'intervention. Park (2009) envisage également des objectifs à long terme – dépassant la fin de l'intervention planifiée – correspondant à des aspirations occupationnelles. Bien qu'inatteignables dans un avenir proche, ces dernières donnent du sens aux efforts nécessaires à la réalisation des autres objectifs.

A priori, les objectifs apparaissent au terme de l'évaluation (Meyer, 2007). Cependant dans la mesure où la démarche d'ergothérapie est récurrente, ceux-ci peuvent aussi se dégager durant l'étape de réalisation, à la faveur d'un examen qui aurait été différé ou d'une nouvelle opportunité entrevue par le client (Chisholm & Boyt Schell, 2014 ; Park, 2009). Ainsi, on peut représenter les objectifs en montrant au fil du temps les moments de leur émergence et de leur atteinte respectives, ainsi que le temps pris pour les conduire à bien (Figure 2).

pouvoir évaluer sans ambiguïté la réussite, il vaut mieux établir plusieurs objectifs spécifiques plutôt que de recourir à un générique ou d'accoler différentes occupations et plusieurs indicateurs dans le même objectif. Par exemple, éviter un objectif équivoque comme « réaliser les activités instrumentales de la vie quotidiennes » mais spécifier dans plusieurs objectifs celles qui sont visées et pour chacune envisager un indicateur pertinent.

L'indicateur de réussite peut mesurer l'atteinte de l'objectif de diverses manières (Bovend'Eerdt *et al*, 2009 ; Bowman & Mogensen, 2010 ; Moyers & Dale, 2007 ; Park, 2009) :

- la réalisation de la performance : entièrement, partiellement, le nombre de répétitions... ;
- la qualité de la performance ou de son résultat : la quantité d'erreurs, les tremblements, la précision du geste, l'application, les hésitations, l'effort, la rapidité, la fluidité du geste, la sécurité, le niveau d'engagement, la précipitation... ;
- la perception ou les sentiments du client : la douleur, la pénibilité, le plaisir, la satisfaction, le malaise, l'assurance, l'ennui, le bien-être, l'anxiété... ;
- les conditions temporelles : la durée, la fréquence (toujours, parfois, jamais)... ;
- l'assistance : la nature de l'aide (physique, verbale, surveillance), la prise d'initiative, la coopération, la quantité d'aide, les aides techniques nécessaires, l'aménagement requis...

Des indicateurs qui ne se limitent pas à la réalisation efficace d'une performance mais la qualifient de manière différenciée sont adaptés à des interventions dans lesquelles la progression est faible. Des indicateurs portant sur la perception du client ou de ses proches se prêtent à des situations dans lesquelles l'action elle-même n'est pas modifiée par l'intervention (p. ex. Paul accepte que sa femme l'assiste aux transferts).

Le rôle des modèles et des instruments d'évaluation

Les modèles développés en ergothérapie ou les cadres de référence appliqués à l'ergothérapie définissent des éléments de la personne, de l'occupation ou de l'environnement à propos desquels des objectifs peuvent être posés. Par exemple, le cadre conceptuel de l'Association américaine des ergothérapeutes détermine les domaines occupationnels dans lesquels des objectifs sont envisageables : les activités de base et instrumentales de la vie quotidienne, le repos et le sommeil, la formation, le travail, les loisirs, le jeu, la participation sociale (AOTA, 2008). La CIF, de son côté, permet de détailler les fonctions* mentales, sensorielles, de l'appareil moteur et liées au mouvement, à partir desquelles des objectifs sont concevables (OMS, 2001). Souvent, les modèles* et les cadres de référence* facilitent le choix d'objectifs typiques de la profession dans la mesure où ils proposent eux-mêmes des objectifs génériques que l'ergothérapeute va préciser en rapport avec la condition de santé et la situation du client, et avec son contexte de vie.

Divers instruments de mesure* ont été mis au point pour soutenir la production des objectifs. Ainsi, la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel [MCRO] (Law *et al.*, 2011), le *Perceived Efficacy and Goal Setting System* [PEGS] (Missiuna, Pollock, & Law, 2004), ou encore plusieurs outils d'évaluation appartenant au modèle de l'occupation humaine, comme le *Child Occupational Self Assessment* [COSA] ou l'*Occupational Performance History Interview II* [OPHI II] (Kielhofner 2008), permettent d'identifier des objectifs généralement à travers le discours du client.

Le soutien des modèles, des cadres de référence ou des instruments de mesure est possible lorsqu'ils sont centrés sur l'occupation, tout autant que lorsqu'ils sont centrés sur des fonctions. Cependant, dans ce dernier cas, l'objectif précisera l'occupation finalement visée (p.ex. Zazie augmente son contrôle postural central pour se tenir assise sans appui sur les membres supérieurs et ainsi s'habiller rapidement). L'enjeu est de formuler clairement des objectifs qui seront ensuite transmissibles verbalement et consignés dans les dossiers des clients (Sames, 2010).

La formulation des objectifs

Du point de vue du contenu, les objectifs ont une perspective occupationnelle. Ils sont centrés sur la personne, sont en contexte et comportent une indication de réussite. Ces divers éléments se retrouvent dans leur formulation orale et écrite.

Un objectif correctement formulé est une phrase avec :

- Un sujet (**Qui**) qui est, dans la plupart des cas, le client, ou éventuellement une tierce personne comme les parents ou l'employeur, – en aucun cas, le thérapeute (Meyer, 2007 ; Park 2009, 2011 ; Pollock, et al, 2010).
- Un verbe d'action (**Quoi**), Sames (2010) en propose une série, permet de décrire la performance occupationnelle visée et de garantir son observabilité de manière à ce qu'elle soit évaluable. La formulation « être capable » est inadmissible puisque la réalisation effective intéresse et non les capacités.
- Des compléments d'objet précisent sur quoi porte l'objectif, par exemple « lever des charges », « lever les bras » « lever son conjoint ».
- Des compléments circonstanciels (**Comment, Quand, Où**) parachèvent la formulation de manière à ce que chacun sache comment la performance attendue est réalisée, quand et où le résultat est attendu. Ces circonstances sont des variations de l'environnement : « sur une surface irrégulière », « des habits qui ont des boutons », « à l'aide d'un moyen auxiliaire spécifique ». Elles sont le degré d'assistance nécessaire : « avec l'aide physique d'une personne » « avec la supervision de sa mère ». Elles sont l'endroit dans lequel le comportement est démontré : « une salle de bain de l'hôpital », « l'ascenseur de son immeuble ». Les caractéristiques temporelles clarifient tantôt la fréquence de l'action tantôt le délai dans lequel le résultat sera atteint : « dans quatre séances, Zazie enfle toujours son pull à l'endroit »

Dans la mesure où la position des objectifs s'inscrit dans une pratique centrée sur le client*, leur formulation est faite dans un langage compréhensible par le client lui-même et par tout son entourage (Bowmann & Mogensen, 2010 ; Radomski, 2008 ; Pollock, et al, 2010 ; Radomski, 2008). Les énoncés sont suffisamment différenciés et univoques pour que les partenaires qui accèdent au dossier du client ou avec lesquels l'ergothérapeute a des interactions ne fassent pas de confusion (Gateley & Borcharding, 2012). Park (2009) propose de privilégier des formes rédactionnelles positives plutôt que négatives prétendant que viser la suppression d'un comportement est moins motivant que viser l'émergence d'une nouvelle performance (p.ex. mange équilibré quatre fois par semaine, plutôt que « évite » le fast-food quatre fois par semaine). Enfin, soulignons que dans la mesure où l'indicateur de réussite peut s'appuyer sur l'évaluation par le client, sa formulation le traduira : la réussite est objectivable par la subjectivité du client (p.ex. Jules est satisfait de la télécommande mentonnière de son fauteuil électrique).

Les critères SMART

La formulation écrite des objectifs peut s'appuyer sur diverses méthodes, mais la plus fréquemment rencontrée est la méthode SMART (Gateley & Borcharding, 2012 ; Sames, 2010). SMART est un acronyme en anglais formé à partir des règles décrites par Locke et ses collègues (1968) pour définir les caractéristiques d'un « bon » objectif :

- **Spécifique** (*specific*),
- **Mesurable** (*measurable*)
- **Accepté par le client** (*agreed*)
- **Réaliste** (*realistic*)
- **Temporellement défini** (*timed*)

Un objectif est spécifique, s'il est formulé de façon concrète, claire et précise. Il est mesurable lorsqu'un indicateur permettant de vérifier son atteinte est donné. Cela ne signifie pas forcément qu'un instrument de mesure ou une mesure sont spécifiés (p.ex. augmenter la flexion du coude de 30°), ni non plus que l'observateur « voit » la performance (p.ex. entrer dans sa baignoire) parce qu'elle peut être communiquée par le client. Cette mesure peut porter sur la qualité perçue par le client de sa performance (p.ex. il prend avec plaisir un bain chaque semaine). Par objectif accepté, il faut en ergothérapie, généralement entendre négocié. Un objectif est réaliste lorsqu'il est atteignable dans le délai imparti compte tenu de la condition de santé du client et des circonstances. Temporellement défini, signifie qu'il sera atteint dans un délai indiqué.

Remarquons que l'élaboration d'objectifs dans le cadre d'une séance de traitement obéit aux mêmes règles de formulation que celles des objectifs de l'intervention, tout particulièrement au fait qu'ils sont spécifiques aux activités menées dans la séance. L'ergothérapeute veille cependant à ce qu'ils aillent à la rencontre d'objectifs d'intervention à court ou long terme sans quoi la séance n'aura pas d'intérêt.

Exemples

Matthieu a perdu la vue après une infection du nerf optique. Il désire (A) pouvoir faire ses courses là où il le faisait avant. Cela semble réaliste (R) à l'ergothérapeute de le faire avec les transports publics, mais nécessite un entraînement :

D'ici un mois (T), Matthieu (Qui) prend seul (Comment) le bus (Quoi) en bas de chez lui qui le mène au supermarché à la périphérie de la ville (S) (Où). L'ergothérapeute le constate (indicateur de réussite) dans le dernier entraînement (M).

Durant la séance du 6 janvier (T), Matthieu accompagné par l'ergothérapeute prend sans assistance (M) le ticket de bus et à l'arrivée (S) du bus s'oriente (S) suffisamment rapidement (M) vers une des portes sans être gêné (M) par les autres passagers.

Mathilde est une adolescente atteinte d'une anorexie qui souhaite participer à la chorale de son école. Après discussion (A) avec l'ergothérapeute sur la faisabilité et l'engagement de Mathilde (R) un objectif à court terme est posé :

Mathilde (Qui), dans deux semaines (T), aura fait les démarches afin d'être inscrite au cours de chorale (Quoi) que propose son école, tous les vendredi soir de la semaine (S)(Quand). Elle montrera son inscription (M) (Indicateur de réussite).

Jérémy a 7 ans et un trouble de la coordination motrice. Lors d'une discussion entre Jérémy, ses parents et l'ergothérapeute, il exprime son désir d'entreprendre une activité expressive - la batterie - et tous s'accordent (A) sur le fait qu'il s'agit d'un objectif à long terme qui nécessite un travail préliminaire sur la coordination motrice (R) pour lequel il est nécessaire de consulter un expert.

D'ici la prochaine séance, dans trois semaines (T) (Quand), Jérémy et ses parents (Qui) auront pris contact (Comment) avec un professeur de batterie afin de vérifier sa disponibilité à enseigner à Jérémy la batterie en acceptant de recevoir toutes les 3 séances son ergothérapeute (S) (Quoi). Ils donneront le numéro de téléphone du professeur (indicateur de réussite) afin que l'ergothérapeute puisse le contacter (M).

Marc est maraîcher et a eu à fin juin un accident à sa main dominante en utilisant une machine à fendre le bois. Il a une amputation des doigts longs au niveau de l'interphalangienne proximale et du pouce au niveau de l'interphalangienne. Les premières phalanges des cinq doigts sont fracturées. Comme la récolte des fruits commence à mi-septembre, il a besoin de conduire son tracteur et son vélomoteur (souhait du client). L'ergothérapeute pense que c'est possible (R), mais il faut travailler intensément la sensibilité, la mobilité du petit doigt, du pouce et des articulations métacarpophalangiennes, ainsi sur la force de préhension et l'endurance de la main (stratégie de traitement). Le client et l'ergothérapeute décident (A) de l'objectif.

A mi-septembre (T) (Quand), Marc (Qui) conduit son tracteur et son cyclomoteur (S) (Quoi) jusqu'à deux heures (Combien) par jour et se sent à l'aise et sûr (M) (indicateur de réussite). Durant la séance (T), Marc réussit à saisir 12 fois une boule de pétanque de 710 g posée sur une table devant lui et de la lancer à trois mètres (S) (M) (R).

La méthode SMART n'est pas spécifique à l'ergothérapie, cependant appliquée à l'ergothérapie, elle le devient grâce à la formulation d'objectifs centrés sur l'occupation. Dans chaque intervention, plusieurs objectifs SMART sont posés, lorsqu'ils sont tous atteints l'intervention est considérée par l'ergothérapeute comme réussie. Le GAS est un moyen de mettre en évidence cette réussite.

L'évaluation de la réalisation des objectifs avec le GAS

Le Goal Attainment Scale [GAS] (Kiresuk, Smith, & Cardillo, 1994) est un instrument répandu dans la littérature qui donne une indication quantitative de l'accomplissement des objectifs quelle que soit leur nature, pour autant qu'ils soient formulés et comprennent un indicateur d'atteinte.

Le GAS se présente comme un tableau doté de cinq échelles de -2 à +2. Sur chaque échelle, il est possible de rédiger la performance altérée du client, établie dans l'examen approfondi (état de base) et de lui attribuer la cote -1 (sur la ligne bleue dans la figure 3). Puis, pour chacun de ces états de base, des objectifs échelonnés valant respectivement 0, +1 et +2 peuvent être négociés et sont transcrits dans le tableau. La cote -2 indique que le client perd une performance qu'il avait au début de l'intervention. Les cotes 0, +1 et +2 montrent une progression. Bovend'Eerd, Botell et Wade, (2009) indiquent que les niveaux peuvent être mieux articulés en ajoutant, supprimant ou changeant les aides externes nécessaires pour la réalisation de l'objectif, ou encore en intervenant sur les critères qualitatifs de la performance attendue (temps, endurance, aisance, confiance, etc.).

+ 2					
+ 1					
0					
- 1 état de base					
- 2					
valeur obtenue					

Figure 3. Le GAS

Le GAS s'adapte à toutes les clientèles et il est compatible avec tous les modèles et les cadres de référence appliqués. Il convient à des interventions de durées fort variées, à des situations de prévention, de maintien ou de remédiation. Sa pertinence, sa spécificité et sa sensibilité dépendent de l'habileté du thérapeute à poser des objectifs négociés, adaptés au client comme au contexte, et aussi fins que nécessaire. Des objectifs SMART s'y prêtent bien.

Le GAS est l'instrument choisi par l'Association Suisse des Ergothérapeutes (ASE) pour collecter des informations sur les résultats de traitement des ergothérapeutes en pratique indépendante dans le cadre de la procédure d'assurance qualité. La version du GAS proposée par l'ASE est téléchargeable sur son site <http://www.ergotherapie.ch>.

Conclusion

Ces recommandations ont pour ambition de soutenir les ergothérapeutes dans l'élaboration des objectifs d'intervention, puis dans leur formulation en considérant que ce qui se conçoit clairement s'énonce ensuite plus facilement.

Le défi des ergothérapeutes est aujourd'hui d'être systématiquement centrés sur le client et les occupations. Etablir explicitement des objectifs à caractère SMART est l'occasion de le relever en engageant une collaboration avec le client dans un projet qui lui est adapté et qui a des chances de le motiver à aller à la rencontre de ses intérêts dans l'exercice des occupations qu'il veut, doit ou a besoin d'effectuer. Considérer la subjectivité du client dans l'élaboration des indicateurs d'accomplissement des objectifs renforce d'autant la prise en compte de sa satisfaction et s'ajuste bien à une clientèle dont l'engagement occupationnel et la participation sont fragiles.

Formuler explicitement, oralement ou par écrit, des objectifs d'intervention favorise leur communication aux proches comme aux partenaires dans le système de santé et leur montre à quoi les ergothérapeutes s'intéressent et ce qui est visé dans leurs interventions professionnelles. La profession a besoin d'une telle vitrine dans un contexte où il faut rendre des comptes aux clients et aux payeurs. Elle pourra de moins en moins se contenter de proposer de vagues objectifs exprimés dans le vocabulaire de la biomédecine car ils ne conduisent à confondre la profession avec d'autres et méprisent trop souvent les répercussions des dysfonctions dans la vie de tous les jours.

Lexique

Cadre de référence : Un ensemble de concepts qui ont été développés en dehors de l'ergothérapie et qui sont applicable en ergothérapie lorsqu'ils sont judicieusement utilisés (Duncan, 2011).

Client : bénéficiaire de la prestation d'ergothérapie.

Environnement : Des facteurs externes, physiques, socioculturels et temporels, qui requièrent et influencent la performance (Meyer, 2013).

Evaluation : Une démarche d'obtention, d'interprétation et d'appréciation d'informations sur les performances occupationnelles, qui vise à prioriser les problèmes et les besoins des usagers, à planifier et à modifier les interventions, ainsi qu'à juger de la valeur des interventions (Meyer, 2013).

Examen : Une démarche de collecte, d'analyse et d'interprétation d'informations portant sur les dispositions personnelles des individus ou sur l'environnement, qui recourt à l'observation, à des épreuves et à des mesures pour prendre des décisions d'intervention et contrôler des changements (Meyer, 2013).

Fonction : Les composantes physiques, psychiques qui permettent l'action (Meyer, 2013).

Habilité : une aptitude, développée par l'expérience, qui permet l'action effective (Meyer, 2013).

Instruments de mesure : un outil standardisé ou non, permettant de collecter des données spécifiques (Duncan, 2011).

Modèle (ou modèle conceptuel de pratique) : Des construits et des propositions théoriques centrés sur l'occupation qui ont été spécifiquement élaborés pour expliquer la démarche et la pratique de l'ergothérapie (Duncan, 2011).

Motivation : Un élan qui oriente les actions d'une personne vers la satisfaction de besoins (Meyer, 2013).

Occupation : Un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société. Les occupations peuvent être classées en soins personnels, productivité et loisirs (Meyer, 2013).

Participation : L'engagement, par l'activité, dans des situations de vie socialement contextualisées (Meyer, 2013).

Pratique centrée sur le client : une approche respectueuse du client qui le considère comme un partenaire active dans la démarche de l'ergothérapie. Elle reconnaît les savoirs et l'expérience du client, ses forces et sa capacité à décider (Boyt Schell, Gillen & Scaffa, 2013).

Performance : le choix, l'organisation et la réalisation d'occupations, d'activités ou de tâches en interaction avec l'environnement (Meyer, 2013).

Profil occupationnel : Un condensé d'informations qui décrivent l'histoire occupationnelle du client, ses habitudes, ses intérêts, ses valeurs et ses besoins (AOTA, 2008).

Références bibliographiques

- American Occupational Therapy Association (AOTA). (2008). Occupational therapy framework : domain and concern (2nd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 62 (6), 625-683.
- Amini, D. (2007). Functional Goal Writing for Occupation-Based Practice Mesure [power point slides]. Greensboro, NC
- Baum, C. M., Bass-Haugen, J., & Christiansen, C. H. (2005). Person-Environment-Occupation-Performance : A Model for Planning Interventions for Individuals and Organizations. In C. H. Christiansen, C. M. Baum, & J. Bass-Haugen, *Occupational Therapy : Performance, Participation, and Well-Being* (3rd ed.). Thorofare : Slack Incorporated.
- Bovend'Eerd, T., J., H., Botell, R., E., & Wade D., T. (2009). Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling : a practical guide. *Clinical Rehabilitation*, 23 (4), 352-361.
- Bowmann, J. & Mogensen, L. (2010). Writing occupation-focused goals. In M. Curtin, M. Molineux, & J. Supyk-Mellson (Eds.). *Occupational therapy and physical dysfunction : enabling occupation* (6th ed., pp. 95-109). Edinburgh : Churchill Livingstone.
- Chisholm, D., & Boyt Schell, B. (2014). Overview of occupational therapy process and outcomes. In B. Schell, G. Gillen, M. Scaffa, & E. Cohn (Eds.), *Willard and Spacksman's occupational therapy* (12th ed., pp. 266-280). Philadelphia, PA : Lippincott, Williams & Wilkins.
- Creek, J., & Bullock, A. (2008). Planning and implementation. In J. Creek & L. Lougher (Eds.), *Occupational therapy and mental health* (4th ed. pp. 109-131). Edinburgh : Churchill Livingstone, Elsevier.
- Duncan, E. (2011). *Skills for practice in occupational therapy*. Edinburgh : Churchill Livingstone.
- Gateley, C., & Borcharding, S. (2012). *Documentation manual for occupational therapy : Writing soap notes* (3rd ed.). Thorofare, NY : Slack.
- Habermann, C. & Kolster, F. (2002). *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation : theory and application* (4th ed.). Baltimore, MD : Williams and Wilkins.
- Kiresuk, T., Smith, A., & Cardillo, J. (1994). *Goal Attainment Scaling : Applications, theory and measurement*. Hillsdale : Lawrence Erlbaum Associates.
- Kolster, F. (2001). *Therapieziele in der Neurologie. Unterricht – Konzeption – Anwendung*. Neue Reihe Ergotherapie. Deutscher Verband der Ergotherapeuten e V. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., Mccoll, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (2011). *La mesure canadienne du rendement occupationnel* (4e éd.). Ottawa : Association canadienne des ergothérapeutes.
- Locke, E.A., Shaw, K.N., Saari, L.M. & Latham, G.P. (1981) Goal setting and task performance : 1969-1980. *Psychological Bulletin*, 90, 125-152.
- Margot-Cattin, I., Meyer, S. Demurger, M., Galli, C., Kuster, E., Moïoli, S., ... Page, J. (2012). La rédaction des objectifs en ergothérapie : les résultats de l'analyse. In M-H Izard (Ed.). *Expériences en ergothérapie* (25ème série, pp. 100- 111). Montpellier : Sauramps Medical.
- Meyer, S. (2007). *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. Lausanne : Haute école de travail social et de la santé.
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. Bruxelles : De Boeck.
- Missiuna C., Pollock N., & Law M. (2004). *The Perceived Efficacy and Goal Setting (PEGS)*. System Manual. San Antonio, TX : Psychological Corporation.

- Moyers, P. J., & Dale, L. M. (2007). *The guide to occupational therapy practice* (2nd ed.). Bethesda, MD : American Occupational Therapy Association.
- Organisation mondiale de la santé. (2001). *CIF : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. Genève : Auteur.
- Park, S. (2009). Goal setting in occupational therapy : a client centered perspective. In E. Duncan. *Skills for practice in occupational therapy* (pp. 105-122). Endinburgh : Churchill Livingstone.
- Park, S. (2011). Setting and evaluating person-centered goals : an outcome of occupational analysis. In L. Mackenzie & G. O'Toole (Eds.), *Occupation analysis in practice* (pp 312-328). Chichester : Wiley-Blackwell.
- Pollock, N., Missiuna, Ch., & Rodger, S. (2010). Occupational goals setting with children and families. In S. Rodger. *Occupation-centered practice with children* (pp 114-134). Chichester : Willey Blackwell.
- Radomski, M. V. (2008). Planning, Guiding, and documenting. In C. Trombly & M. V. Radomski (Eds.), *Occupational therapy for physical dysfunction* (6th ed., pp 40-63). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Roos, K., Page, J., Demurger, M., Rossini Drecq, E., Galli, C., Kuster, E. Meyer, S. (2010). Das Formulieren von Zielen durch Schweizer ErgotherapeutInnen: ein Forschungsprojekt in vielen Sprachen. *Ergotherapie*, 10, 35-37
- Sames, K. (2010). *Documenting occupational therapy practice* (2nd ed.). Prentice Hall.
- Scheiber, I. (1996). *Ergotherapie in der Psychiatrie*. Troisdorf: Bildungsverlag.
- Sumsion, T., & Law, M. (2006). A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73 (3), 153-162.
- Wade, D. T. (2009). Goal setting in rehabilitation : an overview of what, why and how. [Editorial Introductory]. *Clinical Rehabilitation*, 23(4), 291-295.