

Une méthodologie scientifique pour l'ergothérapie

Quelques réflexions iconoclastes.

Que l'on me pardonne, il ne s'agira pas, ci-dessous, d'un manuel complet de méthodologie de l'ergothérapie. Je réserve cet exercice pour mes vieux jours... s'il se trouve alors encore quelqu'un pour me lire.

Je me permettrai également de « parler » à la première personne. Ceci non par une exagération surdimensionnée de mon « ego » mais parce que je ne désire engager ni mes collègues ni mes employeurs ni même d'autres ergothérapeutes qui pourraient ne pas se reconnaître dans mes propos. Voyons-y quelques réflexions portant sur la manière de dire l'ergothérapie aux uns qui la connaissent de l'intérieur et à d'autres qui ignorent superbement en quoi elle peut consister.

1. Un métier qui s'explique

S'il est une certitude que j'ai pu acquérir au cours de mon activité professionnelle, c'est certainement que l'ergothérapie ... cela doit s'expliquer. Encore, évidemment, faut-il avoir quelque chose à dire !

Prenez la photo d'une jolie jeune fille en blouse blanche, une seringue à la main, tout le monde aura compris que vous souhaitez représenter une infirmière. Choisissez un athlète qui impose les mains à un dos étendu...on saura que c'est d'un kinésithérapeute que vous voulez parler. Mettez lui un stéthoscope autour du cou et vous en aurez fait un médecin.

Je m'interroge quant à l'accessoire qu'il faudrait choisir pour 'montrer' un ergothérapeute...

En fait, je n'en trouve pas et, tous comptes faits, je n'ai pas envie de chercher.

Parce que je ne veux pas être stéréotypé,

parce que je ne veux pas être réduit à un « objet-outil-instrument-symbole »,

parce que je crois vraiment que ce n'est pas là que se situe l'ergothérapie.

Mais où alors ?

Le problème c'est que, contrairement à d'autres professions, il n'existe pas de lien immédiat entre l'intervention du thérapeute et le bien-être du patient, entre l'action du praticien et la guérison du malade. L'ergothérapeute ne guérit pas, il ne soigne pas. Il n'intervient pas SUR le patient.

Cela devient alors compliqué et très frustrant de se dire ergothérapeute..

Compliqué parce que la définition de l'ergothérapeute telle que présentée par la FNBE s'articule autour de la proposition : « l'ergothérapeute accompagne... ». En ce qui me concerne, je souscris totalement à ce terme car il me semble très complet et très ouvert.

Mais certains collègues l'entendent de manière fort restrictive : ils entendent « accompagner » dans le sens de « suivre », « subir », « être à la traîne » ou expliquent que cela les fait penser à « accompagnement des mourants ». Je reconnais qu'en ce sens, ce n'est pas très motivant ...quoiqu'il y a là matière à intervention ergothérapeutique.

C'est aussi très frustrant car si l'ergothérapie ne se traduit pas par des actes techniques spécifiques, on peut se demander quelle est son utilité ! Cette question revient régulièrement à la surface et est d'ailleurs utilisée de manière perverse par ceux qui chantent les louanges de l'activité-occupation. Dans combien de maisons de repos demande-t-on à l'ergothérapeute

d'occuper un maximum de pensionnaires ? L'important ne se situant pas dans le traitement mais dans le nombre de personnes occupées. Suivre cette logique c'est s'enfermer dans une activité d'animation (tout-à-fait respectable si c'est le but poursuivi) mais qui ne peut pas être appelée ergothérapie.

Il subsiste dans l'esprit du public une sorte de malentendu qui confond l'intervention thérapeutique et le geste professionnel. Si on peut imaginer que l'injection d'un médicament sert à soigner, que le massage tend à soulager et que l'auscultation est destinée à formuler le diagnostic, il est difficile d'admettre -pour le profane- que la menuiserie soit thérapeutique. Quand l'ergothérapeute a recours à des activités de la vie journalière, de la sphère des loisirs ou de tout autre domaine fonctionnel concret, il est paradoxalement discrédité par rapport aux « spécialistes » de la santé.

C'est vraisemblablement parce que nous travaillons dans ce concret immédiat, parce que nous n'utilisons pas un vocabulaire ésotérique et que nous n'agissons pas sur la douleur que nous ne sommes pas perçus comme des « pro ». Faut-il avoir fait trois ans d'études pour distribuer des puzzles ou organiser une après-midi récréative ? Je réponds « oui » et j'expliquerai pourquoi..

Inversement, c'est parce qu'ils ont des difficultés à digérer cette non-reconnaissance de leurs moyens d'action que certains ergothérapeutes se lancent dans une approche « scientifique » de l'ergothérapie. Il y a là une tentation de faire du scientifique à tout prix... en se trompant complètement de cible. Elaborer une feuille de calcul, utiliser un ordinateur, tracer des courbes savantes ou avoir recours à des aides techniques sophistiquées n'est pas scientifique en soi . L'outil informatique par exemple n'est pas plus scientifique que le brin de rotin ou le gant de toilette. C'est l'usage qui en est fait qui peut avoir valeur scientifique.

Cette précision est capitale car elle met l'accent non sur la technique mais sur celui qui gère la technique. En l'occurrence, l'ergothérapeute.

2. Vous avez dit « scientifique » ?

Ce qui peut être scientifique dans notre travail, ce n'est pas l'outil, c'est la démarche. Or la démarche est effectuée par une personne qui « pense » un traitement. J'ai la prétention d'affirmer haut et fort que l'ergothérapie est une profession intellectuelle. J'en veux pour preuve la démarche de réflexion qui doit présider à toute prise en charge. Il serait beaucoup plus facile (mais beaucoup moins *intellectuel*) d'appliquer le traitement X prévu pour la pathologie Y. La démarche scientifique se résume à une suite ininterrompue de réflexions et d'observations qui conduisent à de nouvelles réflexions etc...

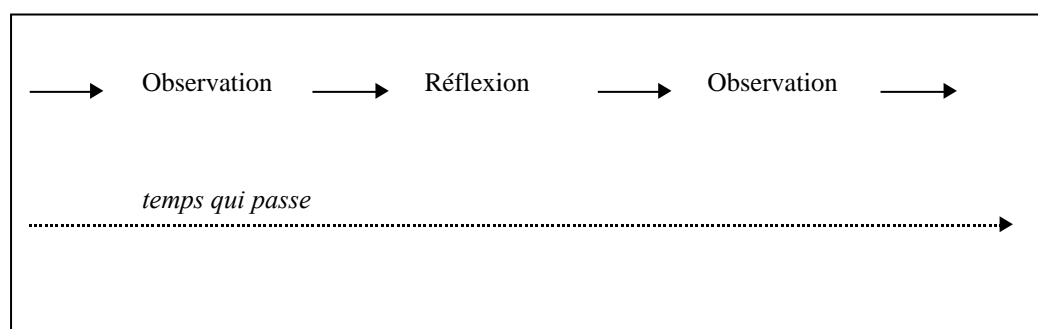


Schéma 1. Suite des interventions « intellectuelles » de la démarche scientifique

Si on se donne la peine de systématiser, on trouvera ci-dessous un cycle (adapté de Knox) qui représente le processus d'intervention de l'ergothérapeute.

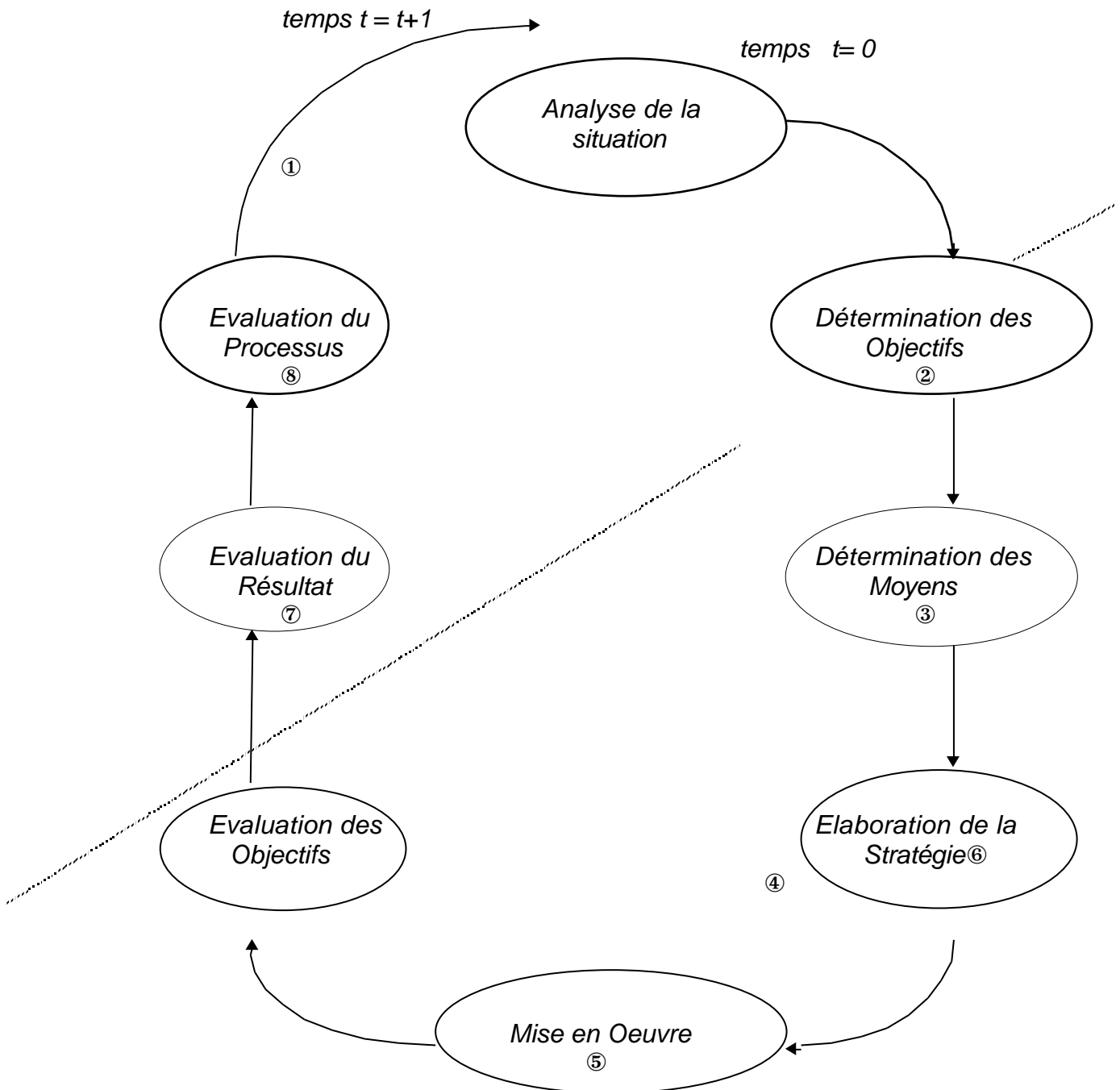


Schéma 2. Cycle de l'intervention ergothérapeutique

Remarquez que la mise en oeuvre (c'est à dire faire une activité) n'est que la 5ème étape et qu'il y a autant d'étapes avant qu'après. Se limiter à l'activité -aussi brillante soit-elle- n'est donc pas plus scientifique.

Ce cycle débute au point ① et au temps $t = 0$.

Vous constatez immédiatement que le langage se fait plus sérieux. En fait cela veut dire qu'on est au début de la prise en charge ergothérapeutique... mais c'est si bien dit !

2.1 Analyse de situation

Pour bien débiter, il est nécessaire de savoir de quoi on parle. Analyser la situation, c'est prendre en compte un certain nombre d'éléments nécessaires pour élaborer une intervention correcte. Plus on aura de renseignements, plus précise sera l'analyse.

Mais est-il possible de prendre en compte TOUS les éléments ?

Non bien sûr. Alors, il faut bien choisir.

Mais sur quels critères retenir une information plutôt qu'une autre ? Ce qui est important pour moi l'est-il pour la personne avec qui je travaille et ses priorités sont elles respectables au point de m'interdire d'élaborer une prise en charge ?

Faut-il, par exemple, s'abstenir de penser un projet thérapeutique auprès d'adolescents en difficulté uniquement parce que, eux, n'en font pas une priorité ?

Il y a dans le travail de l'ergothérapeute une dimension éthique qui doit le pousser à vouloir apporter un mieux-être à la personne. Mais il est faux de penser que les personnes ont raison dans leur choix et dans leurs priorités exclusivement parce qu'elles les expriment..

L'analyse d'une situation se fait donc, dès le départ, à travers le regard de l'ergothérapeute. C'est son expérience, sa sensibilité, sa capacité à percevoir le non-dit ... qui vont orienter cette analyse. S'il est indispensable de développer des grilles d'évaluation et de les systématiser, je crie casse-cou si on croit que cette première phase peut se limiter à un simple remplissage de cases. Il nous faut des 'check-list', dans différents domaines. Mais RIEN ne remplacera la compétence de l'ergothérapeute à *penser* un traitement.

La personne est centrale dans plusieurs modèles ergothérapeutiques. C'est autour d'elle et avec elle que doit se faire l'ergothérapie... mais il ne faut jamais oublier que cette personne, qui recourt à nos services est une personne en *difficulté*. C'est pour cela qu'il faut une analyse de situation qui soit incarnée dans une relation *de personne à personne*.

2.2 Déterminer des objectifs

Je pense que cette phase est l'une des plus importantes car c'est elle qui fonde tout le traitement. Il faut toutefois se rappeler que pour être valide un objectif doit répondre à certaines règles de formulation

- 1/ il doit être rédigé en termes de capacités
- 2/ il doit comprendre une notion de temps
- 3/ il doit faire appel à des comportements observables.

.Le fait qu'il doive être rédigé en termes de capacités le rend totalement compatible avec la CIDIH (Classification des déficiences, incapacités et handicaps) où il se situe d'emblée au deuxième niveau (celui des capacités / incapacités)

Je rappelle très brièvement le concept CIDIH où il existe 3 niveaux

	Champs	Le 'problème' est
Niveau I	des normes biomédicales	une déficience
Niveau II	des activités de la vie de tous les jours	une incapacité
Niveau III	de la Société	un handicap ou désavantage

Schéma 3 : Classification de Wood (OMS 1980)

Dans la formulation des objectifs, la notion de temps peut paraître difficile à apprécier mais elle est fondamentale pour organiser un traitement.

Enfin, l'utilisation des comportements observables (donc qu'on peut « voir ») objectivent de manière immédiate la réussite de l'objectif.

Exemples :

« A la fin de la semaine, le patient devrait être capable de s'habiller seul » est une bonne formulation d'objectif : on pourra vérifier, à la fin de la semaine, si oui ou non il s'habille seul.

« Le patient doit venir tous les jours en ergothérapie pour améliorer sa dextérité manuelle » n'est pas une formulation correcte car le concept « dextérité » n'est pas traduit en comportements observables.

Il serait plus correct de dire « Le patient doit venir tous les jours en ergothérapie pour devenir capable d'ouvrir et de fermer des boutons ». La notion de temps reste toutefois imprécise.

Il serait tout-à-fait correct d'écrire : « Après deux prises en charge d'AVJ, le patient doit pouvoir fermer les boutons de ses vêtements »

Si l'objectif est correctement formulé, il sera facilement vérifié. C'est justement sur ce terrain que les ergothérapeutes peuvent faire la différence avec les autres médicaux et paramédicaux. Nous agissons dans le très concret et c'est là que se situe l'une de nos spécificités.

Les manières de parler cachent parfois énormément d'imprécision sous un vernis très chic : que veut *vraiment* dire « améliorer l'autonomie d'un patient handicapé » ? ou « favoriser la communication des traumatisés crâniens » ? ou « stimuler l'attention des enfants hyperkinétiques » ? ou « rencontrer la problématique du patient psychotique » ?

Certains croient que parce qu'ils parlent comme des « spécialistes », quelques miettes de leur prestige (d'ailleurs relatif) leur reviendront. Je pense qu'au contraire, cela nous déforce parce que notre pratique n'est pas cohérente avec ce vocabulaire.

Je m'empresse d'ajouter que cela ne dispense pas les ergothérapeutes de connaître le sens des mots. Simplement, il convient de traduire de grands buts en petits objectifs concrets. Et cette opération là, personne ne nous la conteste.

Il me semble primordial de pouvoir établir des objectifs corrects. Cela nécessite un peu d'exercice et de rigueur mais cela en vaut vraiment la peine car cela nous accorde une pertinence unique. Elle est cohérente avec le vécu et les aspirations de la personne. Il ne s'agit pas d'un exercice mais d'un réel apprentissage. Ainsi par exemple dans le cas de la mobilisation des personnes âgées : lorsque je suis amené à quitter mon fauteuil, c'est parce qu'une raison me pousse à le faire : le téléphone sonne, la casserole déborde, la TV se brouille etc... Mais il y a une raison qui justifie mon déplacement. Lorsqu'on fait faire à une personne âgée une 'ballade' autour de l'appartement ou dans les couloirs de l'institution... cela ne peut pas faire de tort mais cela ne s'inscrit pas dans un contexte signifiant. Amener cette même personne à se mobiliser pour se rendre aux toilettes prend une toute autre signification.

Remarquons encore qu'il existe des objectifs pour le patient et des objectifs pour l'ergothérapeute. Ainsi, l'ergothérapeute peut très bien se dire : « après la première prise de contact avec ce patient, je devrai pouvoir citer quelles sont ses capacités fonctionnelles ». On ne pourra plus, dès lors, l'accuser de bavarder avec le patient parce qu'il ne fait pas la conversation mais tente d'identifier des priorités. Ceci à travers une simple discussion. N'est-ce pas à la fois vrai et beaucoup plus valorisant ?

2.3 Déterminer les moyens

Les objectifs étant posés, il faut prévoir les moyens que l'on va utiliser pour atteindre ce qui a été annoncé. Si nous fonctionnions au niveau I de la CIDIH (niveau de la norme biomédicale) il serait assez aisé de mettre en relation l'objectif et le moyen : un rein ne fonctionne plus ? on le remplace ! Un muscle a perdu de sa force ? Il suffit de l'exercer.

Dans le deuxième niveau, on se trouve dans le champs des AVJ. Et qui dit Activités de la vie dit activités de l'individu... avec ses souhaits, ses préférences, ses manies... On ne peut pas réduire l'activité de s'habiller à enfiler un pantalon car il y a pantalon et fuseau, jeans et caleçon, tirettes et boutons ... Il y a dans ce champ toute la diversité de la vie, toute sa richesse et toute sa difficulté. C'est parce que ce champ est celui du concret de tous les jours avec son infinie variété qu'il ne semble pas « scientifique » et que les « spécialistes » se gardent bien de l'investir. Ce champ est le nôtre.

Les moyens à notre disposition sont de la même nature que le champ dans lequel ils existent : ils sont infinis s'ils sont signifiants. Je revendique l'enfilage de perles comme activité hautement ergothérapeutique si cela a un sens de faire prendre une perle après l'autre à un enfant IMC. Je revendique le bourrage de coussins pour un adulte handicapé qui y trouve une justification à se lever tous les matins. Je revendique le tricotage kilométrique pour une vieille dame aveugle qui participe ainsi à la vie de son institution.

Mais je conteste l'ordinateur-répétiteur, la sérigraphie-sur-commande-pour-les-journées-portes-ouvertes ou le tissage scientifique pseudo-mécanothérapeutique.

C'est notre créativité, notre expérience et notre compétence qui doivent permettre un rapport adéquat entre l'objectif poursuivi et le moyen proposé. Cela ne s'apprend pas à l'école, cela se cultive sur le terrain.

2.4 Elaborer une stratégie

« Il est inutile de vouloir courir avant de pouvoir marcher » dit le proverbe. C'est pourtant ce que demandent tant et tant d'(im-)patients. Mais c'est à nous d'organiser les objectifs pour établir une forme de hiérarchie ou de concomitance.

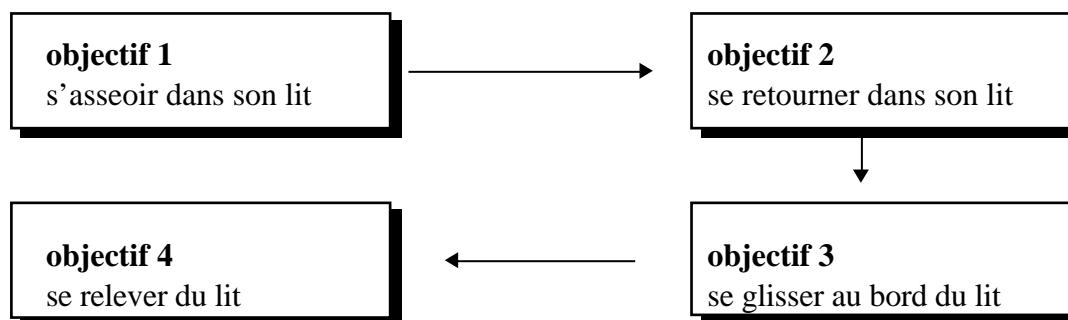


Schéma 4. Stratégie hiérarchique

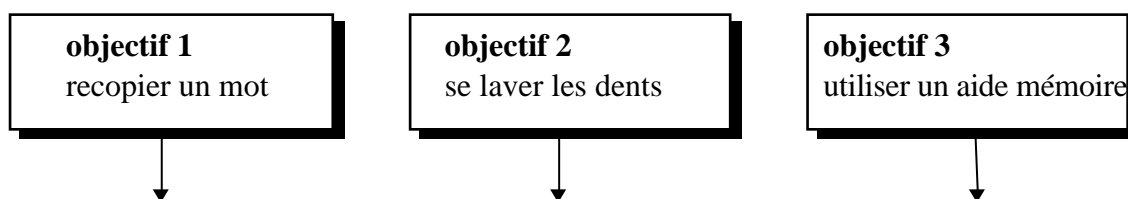


Schéma 5. Stratégie concomitante

Le fait est que ce sont quelques fois les activités qui imposent la stratégie : il faut bien commencer par se laver avant de s'essuyer ou tracer les contours avant de remplir de couleurs etc...

Toutefois, il faudrait organiser la stratégie non par rapport aux activités mais en fonction des objectifs. Avouons que cela va de soi ! Mais reconnaissons aussi que si on se soumet aux seuls *désirs* des patients il sera très difficile de progresser. On prendra donc soin de bannir à tout jamais la question piège à ne pas poser : 'qu'est-ce que vous avez envie de faire aujourd'hui ?'

2.5 Mise en oeuvre

Je trouve que c'est une jolie formulation. Mieux que 'activité', 'action', 'intervention' ou 'passage à l'acte'. Mettre en oeuvre, c'est passer à la pratique, réaliser le comment du pourquoi. En un mot donner les moyens d'atteindre les objectifs.

Mais apparaît un énorme paradoxe : Ce n'est pas l'ergothérapeute qui agit, c'est le patient. Ce n'est pas l'ergothérapeute qui s'habille, c'est le malade. Ce n'est pas l'ergothérapeute qui dessine, c'est l'enfant ! L'ergothérapeute ne passe pas à l'action, il *fait* passer à l'action. Son rôle est déjà presque terminé au moment où débute l'activité. Son intervention professionnelle, sa spécificité,

sa compétence, elles étaient présentes dans le choix de l'objectif, dans la recherche du moyen, dans la négociation avec le patient / client, dans la construction du cadre qui rend l'activité thérapeutique.

J'emprunte aux collègues français une progression dans la mise en oeuvre qui traduit superbement la démarche de l'ergothérapeute :



ou de l'assistance à l'autonomie

2.6 Evaluation des objectifs

L'intervention a-t-elle porté ses fruits ? Difficile à dire si l'objectif n'était pas posé correctement ! La dextérité s'est-elle améliorée ? C'est quoi la dextérité ?

Tandis qu'il aura été simple de constater que le malade est habillé, que le recopiage est complet, que le dessin est terminé ou que le patient se souvient de ce qu'il devait faire.

C'est parce que les comportements sont observables qu'il devient possible d'évaluer, de comptabiliser, et d'apprécier le temps.

« En arrivant ici, il n'était pas capable de saisir son verre. Trois semaines plus tard il peut manger seul. » Cela a plus de poids que « il est venu ici pour améliorer sa dextérité mais il reste beaucoup de progrès à faire »

2.7 Evaluation des résultats

Il ne faut pas boudier nos moyens d'action. Il est important d'évaluer aussi ce qui a été réalisé. Si on a proposé une activité de sérigraphie pour exercer la capacité à prendre et lâcher, il est impératif de s'assurer que le résultat (la sérigraphie) est satisfaisant. Ne pas le faire est détruire le sens qui a été donné à l'activité et renvoie alors à l'exercice analytique qui est mieux perçu..

Les aspects de motivation et d'intérêt sont primordiaux dans cette évaluation et il faut en tenir compte. Gare aux pseudo-ergothérapeutes qui déguisent la mécanothérapie en ergothérapie... ils peuvent s'attendre à des surprises. Pour preuve cette anecdote : « une dame, assise devant un triceps-loom déclare à l'ergothérapeute : je veux bien faire l'exercice de lever la barre avec les masses... mais pourquoi dois-je, en plus, tisser ? » L'activité est vidée de son sens, il n'est plus question de rééducation fonctionnelle et certainement plus d'ergothérapie.

2.8 Evaluation du processus

C'est le troisième type d'évaluation à laquelle doit être soumise l'intervention ergothérapeutique si on veut lui donner un caractère scientifique. En effet, si l'objectif n'est pas atteint ou que le résultat n'est pas satisfaisant, ce n'est peut-être pas uniquement le fait du patient. Si l'analyse de la situation a été négligée, l'objectif mal posé ou les moyens mal choisis il n'est pas étonnant que le patient ne réussisse pas. Cette démarche d'auto-évaluation du traitement est le fondement

même de la critique scientifique. Vous constaterez que ce n'est pas une pratique courante. Même chez les « super-spécialistes ».

2.9 Le temps $t = t+1$

Nous voilà revenus au point de départ. Ce qui n'est pas vrai car en tournant autour du cycle, il s'est passé du temps, des événements, des essais, des gestes, des paroles. Il s'est produit quelque chose que l'on ne peut plus remonter en sens inverse. Ce quelque chose de positif ou de négatif fait partie de l'expérience du patient. Il ne peut plus dire qu'il a réussi ce qu'il a raté ou qu'il n'a pas les capacités suffisantes ... alors qu'il a prouvé le contraire. Entre le patient / client et l'ergothérapeute, il y a désormais un morceau d'histoire en commun. L'analyse de la situation qui relance le cycle n'est pas l'analyse de la *même* situation.

C'est en parcourant plusieurs fois ce cycle, en s'arrêtant à chaque étape de préparation et en insistant sur les étapes d'évaluation que le travail réalisé devient scientifique.

3. Mais alors que FAIT l'ergothérapeute ?

Il pense !

Oui, il pense le traitement, il prévoit la stratégie, il évalue les résultats.

N'est ce pas un travail intellectuel ??

Ceci dit, je voudrais moins insister sur qu'il fait (cfr ci-dessus) que sur ce qu'il est.

Si, comme j'en suis convaincu, l'intervention de l'ergo. est thérapeutique, c'est parce qu'il y a relation entre deux personnes. Mais il ne faut pas oublier que si mon patient est pétri de valeurs et d'habitudes, enthousiaste ou démotivé, performant ou asthénique, je suis moi aussi, une personne - système ouvert.

Mais si ma fonction de thérapeute m'amène à perturber l'environnement de mon patient (pour son bien évidemment) puis-je (dois-je ?) me laisser perturber par lui ? S'il s'agit d'une relation entre deux personnes, suis-je conscient de *mes* valeurs, de *mes* réserves, de *mes* craintes et de mes certitudes thérapeutiques ? Qui suis-je pour lui dire ce qui est et ce qui ne doit pas être ?

De quel droit puis-je affirmer que ce qui était est la norme à restaurer ? Un monsieur hémiparétique ne doit pas ré-apprendre à beurrer sa tartine puisque sa femme le fait depuis 30 ans ! J'ai envie de penser que cela fait trente ans qu'il mettrait de la confiture si elle le laissait faire ! Je ne suis pas certain que parce que cela a toujours été « comme ça », il faille refaire « comme ça ». Je voudrais une ergothérapie plus explosive, plus prospective. Une ergothérapie où on accepte de (se) remettre en question en tant que personne et non en tant que technicien.

Je plaide pour des formations à la relation d'aide et à l'écoute. Je plaide pour des séminaires et des supervisions. Je plaide pour des ergothérapeutes à la rencontre de l'humain et pas d'une pathologie ambulante.

Je ne crois pas à l'ergothérapie ! mais j'ai une foi immense en l'ergothérapeute.

4. En guise de conclusion

On pourrait s'étonner de ma démarche et me renvoyer une certaine contradiction : rejeter un langage qualifié d'ésotérique et prôner une rigueur méthodologique. Les deux ne me semblent nullement incompatibles. De la même manière, il FAUT que l'ergothérapeute comprenne et utilise le langage des « spécialistes de la déficience ». Je souhaiterais simplement affirmer qu'il n'y a pas d'actes nobles et d'autres « vulgaires ». En réadaptation il y a autant de mérite à réapprendre à un hémiplégique à se laver qu'à placer une PTH. Mais au delà de cette valeur morale peu contestée, il nous faut développer plus de rigueur dans nos interventions. Je suis de ceux qui croient que c'est dans la tête de l'ergothérapeute que les choses se jouent, peu importent les moyens.

Bibliographie

CREUTZ G., « Comment sélectionner et atteindre des objectifs pédagogiques valides ? Propositions concrètes », CRDP, Liège, 1978, 218 p.

DE KETELE J-M, « Objectifs et évaluation : comparaison et confrontation de quelques terminologies utilisées », Laboratoire de Pédagogie Expérimentale UCL, 1983

DE LANDSHEERE V. et G. « Définir les objectifs de l'éducation », Thone, Liège, 1975, 293 p.

HAMELINE D., « Les objectifs pédagogiques en formation initiale et en formation continue », ESF, Paris, 1979, 200 p.

MAGER R., « Comment définir des objectifs pédagogiques ? », Gauthier-Villars, Paris, 1972, 60 p.

MINDER M., « Didactique fonctionnelle. Objectifs - stratégies - évaluation pour une nouvelle méthodologie scolaire », Liège, Dessain, 1977

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ "Classification internationale des handicaps: déficiences, incapacités et désavantages - Un manuel de classification des conséquences des maladies", INSERM-CTNERHI, Paris, 1988, 206 p.

PAQUAY L., « Les stratégies de formation », Laboratoire de Pédagogie Expérimentale UCL, 1987

STIEVENART - DEROUBAIX, « Description et illustration d'un modèle adapté pour la généralisation des objectifs éducatifs et culturels », Mons Université d'Etat, 1982, pp 10-14

TRICOT. A. "Recours à la classification Internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH) pour l'évaluation des Aides Techniques", Handicap et Intégration, Editions du Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1992, 52 p.

Résumé

Existe-t-il une ergothérapie scientifique ? C'est la question que veut se poser cet article en mettant en évidence la centration particulière sur la personne.

L'accent est mis sur la méthodologie de la prise en charge qui est

l'argument susceptible de donner au travail de l'ergothérapeute une valeur scientifique. Sur le mode d'une certaine ironie, il veut aborder des questions qu'il appartient à chacun de solutionner dans un même contexte : celui de la relation interpersonnelle entre l'ergothérapeute et le client / patient.

L'auteur

Philippe Meeus est ergothérapeute, licencié en Education pour la Santé et Maître Assistant au département ISEK de la Haute Ecole Paul Henri Spaak.
Hôpital Brugmann - Place Van Gehuchten, 4 - 1020 Bruxelles