



HAL
open science

Rééducation du membre supérieur parétique des patients après un AVC étude des valeurs qui animent les ergothérapeutes qui utilisent la thérapie par contrainte induite

Marion Bonnot

► To cite this version:

Marion Bonnot. Rééducation du membre supérieur parétique des patients après un AVC étude des valeurs qui animent les ergothérapeutes qui utilisent la thérapie par contrainte induite. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01870987

HAL Id: dumas-01870987

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01870987>

Submitted on 10 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



Faculté
de Médecine
Aix-Marseille Université

Institut de Formation d'Ergothérapie d'Aix-Marseille
Faculté d'Aix-Marseille

Marion BONNOT

UE 6.5 S6 :

Mémoire d'initiation à la recherche

17/05/2018

**Rééducation du membre supérieur parétique des patients
après un AVC : Etude des valeurs qui animent les
ergothérapeutes qui utilisent la thérapie par contrainte
induite.**

Sous la direction de Mme Sylvie HIDALGO et de M. Julien PAVE

Diplôme d'état d'ergothérapie

« La valeur n'est pas une vérité, la vérité n'est pas une valeur mais les deux existent séparément. Il y a d'un côté ce qui relève de la connaissance, de la vérité : deux et deux font quatre, la terre tourne autour du soleil ; de l'autre, ce qui relève de la valeur, de la morale, c'est-à-dire de jugements individuels. » **André Comte-Sponville, 1994.**

Remerciements :

Je remercie sincèrement Mme Sylvie HIDALGO, directrice de mémoire, pour son accompagnement tout au long de réalisation de ce mémoire, son accueil et sa bienveillance, ainsi que M. Julien PAVE, référent méthodologique, pour son engagement et sa disponibilité.

Je remercie également mes camarades de promotion et tout particulièrement ceux de mon groupe de travail pour leur aide et leurs encouragements.

Je tiens à remercier les membres de ma famille pour leur soutien et leur aide qu'ils m'apportent depuis toujours.

Je remercie tous les professionnels qui m'ont aidé et soutenu dans la réalisation de ce mémoire et plus particulièrement mes tutrices de stages.

Enfin, je remercie l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Marseille pour leur accompagnement durant ces 3 années de formation et leur bienveillance.

SOMMAIRE :

<u>1. INTRODUCTION</u>	1
<u>1.1. LE CONTEXTE</u>	1
1.1.1. PARCOURS PERSONNEL	1
1.1.2. PROJET PROFESSIONNEL	2
1.1.3. INTERET PERSONNEL	3
<u>1.2. THEME GENERAL</u>	3
1.2.1. QUESTIONS DE DEPART	3
1.2.2. UTILITE SOCIALE.....	4
1.2.3. INTERETS ET ENJEUX POUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE	4
<u>1.3. ÉTAT DES LIEUX</u>	5
1.3.1 GENERALITES	5
1.3.2. LA REVUE DE LITTERATURE.....	12
<u>1.4. PROBLEMATIQUE PRATIQUE</u>	14
<u>1.5. L'ENQUETE EXPLORATOIRE</u>	15
1.5.1. CHOIX DE LA METHODE	15
1.5.2. POPULATION : CRITERES D'INCLUSIONS ET D'EXCLUSIONS	15
1.5.3. CHOIX ET CONSTRUCTION DE L'OUTIL DE RECUEIL DE DONNEES	15
1.5.4. MODALITES	16
1.5.5. AVANTAGES ET INCONVENIENTS	16
1.5.6. BIAIS	17
1.5.7. TEST DU DISPOSITIF ET DEROULEMENT DE L'ENQUETE EXPLORATOIRE	17
1.5.8. OUTIL DE TRAITEMENT DES DONNEES	18
1.5.9. ANALYSE DES RESULTATS	18
1.5.10. INTERPRETATION DES RESULTATS.....	21
1.5.11. LIMITES	24
1.5.12. CONFRONTATION AVEC LA REVUE DE LITTERATURE ET QUESTIONNEMENTS	25
<u>1.6. CADRE CONCEPTUEL</u>	26
1.6.1. PRATIQUE BASEE SUR DES DONNEES PROBANTES OU PRATIQUE PROBANTE	27
1.6.2. LES VALEURS PERSONNELLES.....	30
1.6.3. LES VALEURS PROFESSIONNELLES DE L'ERGOTHERAPIE	31
1.6.4. PROBLEMATIQUE THEORIQUE ET OBJET DE RECHERCHE	34
<u>2. MATERIEL ET METHODE</u>	35
<u>2.1. LE CHOIX DE LA METHODE</u>	35

<u>2.2. POPULATION : CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION:</u>	36
<u>2.3. CHOIX DE L'OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES</u>	36
2.3.1. CONSTRUCTION DE L'OUTIL DE RECUEIL DE DONNEES.....	36
2.3.2. MODALITES DES RECUEILS DE DONNEES	37
2.3.3. AVANTAGES ET INCONVENIENTS DE L'OUTIL DE RECUEIL DE DONNEES	37
2.3.4. BIAIS DE L'OUTIL DE RECUEIL DE DONNEES	37
<u>2.4. DEROULEMENT DE L'ENQUETE</u>	38
<u>2.5. TEST DU DISPOSITIF</u>	38
<u>2.6. OUTILS DE TRAITEMENT DES DONNEES</u>	39
<u>3. ANALYSE DES RESULTATS</u>	39
<u>3.1. LA PRE-ANALYSE</u>	40
<u>3.2. L'EXPLOITATION</u>	40
3.2.1 GENERALITES	40
3.2.2. PRATIQUE PROBANTE : DONNEES PROBANTES DE LA TCI.....	41
3.2.3. VALEURS PERSONNELLES	42
3.2.4. VALEURS PROFESSIONNELLES	42
<u>4. DISCUSSION</u>	44
<u>4.1. L'INTERPRETATION DES RESULTATS</u>	44
4.1.1. GENERALITES	44
4.1.2. DONNEES PROBANTES	44
4.1.3. VALEURS PERSONNELLES.....	46
4.1.4. VALEURS PROFESSIONNELLES	46
<u>4.2. ÉLÉMENTS DE REPONSE A L'OBJET DE RECHERCHE</u>	49
<u>4.3. CRITIQUES DU DISPOSITIF DE RECHERCHE</u>	51
<u>4.4. PROPOSITIONS POUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE</u>	52
4.4.1. APPORTS ET INTERETS DES RESULTATS	52
4.4.2. LIMITES DES RESULTATS.....	52
4.4.3. PERSPECTIVES DE RECHERCHE.....	53
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	54
<u>ANNEXES</u>	57

ACRONYMES :

ACE : Association Canadienne des Ergothérapeutes

ALD : Affection Longue Durée

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

APA : Activité Physique Adaptée

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVJ : Acte de la Vie Journalière

AVQ : Activités de la Vie Quotidienne

BU AMU : Bibliothèque Universitaire d'Aix-Marseille Université

CMPR : Centre de Médecine Physique et de Réadaptation

CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

CRF : Centre de Rééducation Fonctionnelle

DART : Digital Access to Research Theses

ERFC : Évaluation Rapide des Fonctions Exécutives

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

EVA : Échelle Visuelle Analogique

GAS : Goal Atteinment Scaling

HAS : Haute Autorité de Santé

IFMK : Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie

IFE : Institut de Formation en Ergothérapie

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MAL : Motor Activity Log

MMS : Mini Mental Status

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

MS : Membres Supérieurs

NER 21 : Neuro-Environmental Rehabilitation 21

OMS : **Organisation Mondiale de la Santé**

PVQ : **Portrait Values Questionnaire**

REAGIR : **Renforcer son Employabilité : Autonomie, Gestion de l'Information et des Réseaux professionnels**

SSR : **Soins de Suite et Réadaptation**

SVS : **Schwartz Value Survey**

TCI : **Thérapie par Contrainte Induite**

VAD : **Visite A Domicile**

1. Introduction

Cette première partie sera, dans un premier temps, consacrée à la présentation du sujet général du mémoire. Puis, un état des lieux de la théorie et de la pratique sera fait concernant ce sujet.

1.1. Le contexte

Dans cette partie, il sera raconté la manière dont le sujet de ce mémoire est apparu. Afin de mieux comprendre ce processus, le parcours et projet professionnel de l'étudiant seront exposés.

1.1.1. Parcours personnel

Désireuse depuis petite déjà d'aider mon prochain, j'avais, au départ, la volonté de devenir kinésithérapeute. Après une école préparatoire aux concours d'entrée aux IFMK¹ et de nombreux échecs à ces concours, je suis partie suivre des cours sur les sciences du vivant et de la santé à la Faculté de Biologie. Me trouvant devant le fait accompli que j'avais choisi de suivre ces cours par défaut et que cela ne me convenait pas du tout, je suis allée faire une formation de réorientation. Il s'agit du Diplôme Universitaire REAGIR² qui est proposé par l'Université au sein du Carrefour des étudiants. Cette formation m'a permise, entre autres, de découvrir la profession d'ergothérapeute, notamment à travers un stage en CRF³, qui a conforté le choix de faire de l'ergothérapie mon métier. J'ai alors passé les concours d'entrée aux IFE⁴. Voilà comment j'en suis arrivée à venir étudier l'ergothérapie.

¹ Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie

² Renforcer son Employabilité : Autonomie, Gestion de l'Information et des Réseaux professionnels

³ Centre de Rééducation Fonctionnelle

⁴ Instituts de Formation en Ergothérapie

1.1.2. Projet professionnel

J'ai décidé de faire mon mémoire sur le thème de la thérapie par contrainte induite pour les personnes hémiparétiques post AVC⁵. J'ai pris connaissance de cette méthode de rééducation lors de la réalisation d'un dossier en première année. Ce dossier consistait à refaire la prise en soins d'un patient, qui me paraissait inadaptée. J'avais pris le cas d'un patient devenu hémiparétique à la suite d'un AVC. Au moment où je l'ai rencontré, il possédait un minimum de motricité au niveau de son membre supérieur lésé. Il s'agissait de quelqu'un de très actif avant son AVC et de très motivé et combatif. Cependant, les ergothérapeutes du centre de rééducation dans lequel nous étions, lui faisait seulement faire déplacer des cônes, comme à tous les autres patients, et annonçaient des propos négatifs au sujet de sa possibilité de récupération. Pour donner suite à ces observations, j'ai effectué des recherches afin de pouvoir proposer un plan d'intervention qui me semblait plus adapté pour ce patient. C'est lors de ces recherches que j'ai découvert la TCI⁶. J'ai tout de suite trouvé cette technique de rééducation très intéressante. Ce qui m'intriguait avant tout était le fait qu'elle sortait des techniques de rééducation ordinaires par son protocole, sa durée, ses résultats et ses principes. Elle ne s'intéressait pas seulement à la clinique mais aussi à ce qui se passait dans le cortex cérébral. Cette technique est née d'une observation concernant la non-utilisation acquise. Elle a montré les bénéfices d'une utilisation exclusive du membre plégique sur la plasticité cérébrale. J'ai, par la suite, continué à m'intéresser à cette méthode. Curieuse d'en savoir plus, à partir de ce moment-là jusqu'à aujourd'hui, je suis allée questionner tous les intervenants que nous avons à l'IFE qui venaient nous parler d'un thème qui avait un rapport plus ou moins direct avec cette technique de rééducation. Je leur demandais ce qu'ils pensaient de la thérapie par contrainte induite. Une grande majorité répondait qu'ils n'aimaient pas cette méthode, qu'ils étaient contre celle-ci car elle était trop « cruelle », « barbare ». Les écrits sur cette technique de rééducation montraient pourtant de bons résultats. Dès lors, je me suis demandé pourquoi tous ces professionnels de santé me répondaient qu'ils étaient contre cette technique alors qu'elle semblait efficace ? C'est alors que j'ai décidé que mon mémoire porterait sur ce sujet.

⁵ Accident Vasculaire Cérébral

⁶ Thérapie par Contrainte Induite

1.1.3. Intérêt personnel

Pour le sujet de mon mémoire, j'ai choisi de me focaliser sur un contexte bien précis. Mes recherches se porteront sur la thérapie par contrainte induite auprès des personnes hémiparétiques post AVC au sein d'un SSR⁷. La véritable question portera sur l'avis et le choix du thérapeute de mettre en place ou non la thérapie par contrainte induite dans les centres de rééducation. Je m'intéresserai plus particulièrement aux raisons pour lesquelles les ergothérapeutes n'utilisent pas cette technique de rééducation. De plus, la réalisation de ce mémoire me permettra d'avoir des connaissances plus approfondies sur cette technique de rééducation. Cela peut s'avérer être un plus dans ma future pratique professionnelle.

1.2. Thème général

Le thème général va permettre de voir si notre sujet et nos questionnements de départ portent sur un sujet vif, ou autrement dit, s'il y a bien un intérêt pour la pratique ou la société à traiter ce sujet.

1.2.1. Questions de départ

Voici les questions survenues après réflexion sur ce thème :

- Pour quelles raisons cette technique de rééducation n'est-elle pas plus utilisée par les ergothérapeutes dans la rééducation du membre supérieur parétique ?
- Pourquoi la thérapie par contrainte induite est-elle perçue comme barbare ?
- Comment changer les préjugés des praticiens vis à vis de cette technique ?
- Quels sont les moyens mis en place pour compenser cette contrainte ?
- Quel avenir pour cette méthode ?

⁷ Soins de Suite et Réadaptation

1.2.2. Utilité sociale

L'AVC est la première cause de handicap acquis chez l'adulte, la deuxième cause de démence et la deuxième cause de décès. Chaque année, en France, on ne recense pas moins de 150 000 AVC, soit 1 toutes les 4 minutes. Parmi eux, 30% décèdent moins d'un an après l'AVC, 60% retrouvent une indépendance fonctionnelle mais 40% vivent avec des séquelles importantes [1]. Il est à l'heure actuelle, un réel problème majeur de santé publique.

Lorsque les séquelles d'un AVC sont trop importantes, on dit qu'il s'agit d'un AVC invalidant. L'AVC invalidant est considéré comme une ALD⁸. Les ALD ouvrent le droit à la prise en charge à 100 % des soins liés à la pathologie [2]. Une longue liste d'actes et de prestations [3] sont alors pris en charge par la sécurité sociale, ce qui coûte cher à l'État.

La majorité des AVC touche les personnes âgées et d'après l'INSEE⁹, en 2050, 1 personne sur 3 aura 60 ans et plus [4]. On observe une corrélation entre le nombre d'AVC qui augmente et celui des personnes âgées qui augmente également. L'AVC risque alors de toucher une grande partie de la population française dans les années à venir.

1.2.3. Intérêts et enjeux pour la pratique professionnelle

Le sujet de mon mémoire, qui porte sur la thérapie par contrainte induite, a pour but de contribuer à évaluer et à faire évoluer la pratique professionnelle mais aussi de valoriser la profession qu'est l'ergothérapie. Cette technique de rééducation a fait ses preuves dans les pays anglo-saxons et de nombreuses études en découlent. S'il est possible de la mettre plus en pratique dans les institutions en France, elle pourrait permettre à de nombreuses personnes, ayant subi un AVC, de récupérer au mieux leurs fonctions motrices au niveau du membre supérieur atteint. Mais également de réduire le coût de la santé publique. Mon but est de comprendre pourquoi cette technique de rééducation n'est pas plus pratiquée. De plus, si elle est d'avantage utilisée en France, on disposera de plus de données et de preuves sur les résultats

⁸ Affection Longue Durée

⁹ Institut National de la Statistique et des Études Économiques

de cette méthode (études déjà présentes dans la littérature en Amérique). Ces résultats pourront permettre l'avancée dans d'autres domaines que la rééducation comme la recherche.

1.2. État des lieux

Dans cette partie, des recherches seront effectuées concernant le sujet mais au sens large. Nous traiterons ainsi également les notions qui entourent le sujet.

1.3.1 *Généralités*

Afin de mieux comprendre le sujet, nous allons expliquer les termes importants concernant le sujet. Nous développerons ce qu'est un AVC, une hémiplégié et la thérapie par contrainte induite.

AVC

Un AVC résulte de l'interruption de la circulation sanguine dans le cerveau, en général quand un vaisseau sanguin éclate ou est bloqué par un caillot [5]. Il s'agit de la plus fréquente des urgences neurologiques [6]. On distingue deux types d'AVC :

- L'ischémique : qui est la « mort du tissu cérébral due à une interruption de la vascularisation sanguine dans une région du cerveau, causée par l'occlusion d'une artère cérébrale ou cervicale ou, moins fréquemment, d'une veine cérébrale » (Uchino K, Party J, Grotta J, 2009) [6]. Les AVC ischémiques représentent 80% des cas.
- L'hémorragique : « hémorragie spontanée dans le parenchyme cérébral ou les ventricules due à une rupture d'une artère, d'une veine ou d'une autre structure vasculaire. » (Uchino K, Party J, Grotta J, 2009) [6]. Les AVC hémorragiques représentent 20% des cas [7].

La période qui suit un AVC est divisée en plusieurs phases [8] :

- Aiguë : les 14 premiers jours post-AVC.
- Subaiguë : entre le 14^e jour et 6 mois post-AVC
- Chronique : 6 mois et plus post-AVC

Ces étapes sont importantes dans le processus de récupération après un AVC. Dans ses recommandations de bonne pratique, l'HAS¹⁰ préconise une prise en charge de l'AVC le plus précocement possible en variant les types de prise en charge et privilégie l'intensité et la continuité de la rééducation. [9]

Déficiences motrices de type hémiparésie : l'hémiparésie

D'après l'OMS¹¹, « le symptôme le plus courant de l'AVC est une faiblesse subite ou une perte de la sensibilité de la face ou d'un membre, la plupart du temps d'un seul côté du corps » (OMS, 2018).

L'hémiparésie est une « paralysie totale ou partielle de la moitié latérale du corps, généralement provoquée par une lésion de l'encéphale ou de la moelle épinière, et pouvant affecter le visage ou les membres inférieurs ou supérieurs. » (CNRTL, 2018)

Elle « se caractérise par un trouble de la commande, accompagné de troubles du tonus (spasticité), et par la présence de mouvements anormaux (syncinésies) » (De Morand A, 2014) [7]

Une hémiparésie, quant à elle, est une forme mineure d'hémiparésie. Le déficit moteur est plus important dans une hémiparésie que dans une hémiparésie.

¹⁰ Haute Autorité de Santé

¹¹ Organisation Mondiale de la Santé

Thérapie par Contrainte Induite

La thérapie par contrainte induite est une technique qui a été fondée sur des mécanismes cérébraux et comportementaux tels que la plasticité cérébrale et la non-utilisation acquise.

Plasticité cérébrale

La plasticité cérébrale se caractérise par des changements des propriétés cérébrales, comme la force des connexions internes, les propriétés morphologiques ou fonctionnelles des réseaux neuronaux. Après une lésion cérébrale de type AVC, les réseaux neuronaux sains sont capables de prendre en charge les fonctions des réseaux détruits par la lésion. On observe alors une réorganisation corticale, quelques heures seulement après la lésion [11]. Le mécanisme de récupération dépend de plusieurs variables liées au patient, telles que son âge, son niveau d'étude, sa motivation, etc., de variables liées à la lésion comme son étiologie, sa taille ou encore le site de la lésion, etc., ainsi que la quantité de conséquences cliniques comme les atteintes motrices, cognitives ...

La substitution et les stratégies de compensation sont les seuls moyens mis en place pour pallier aux déficits causés par la lésion. La substitution est une réponse adaptative du cerveau. Elle se manifeste par l'activation d'autres zones qui n'étaient initialement pas impliquées dans la fonction donnée ; on parle de plasticité cérébrale. La substitution implique trois notions :

*La redondance : Rôle de l'hémisphère lésé : prise en charge de la fonction perdue par une zone cérébrale initialement impliquée dans cette fonction. La redondance correspond à des modifications des représentations corticales et des cartes d'activation corticale.

*La vicariance : Rôle du cortex sain : prise en charge d'une fonction perdue par une zone cérébrale initialement non impliquée dans la fonction ou située à distance. La vicariance correspond à la prise en charge de la fonction par une autre zone cérébrale saine et donc à un recrutement d'aire cérébrales à distance de la lésion [12].

*La balance inter-hémisphérique : Les deux hémisphères sont couplés du point de vue fonctionnel : c'est la notion de balance interhémisphérique. Il existe lors d'une lésion corticale, des modifications de la balance interhémisphérique après un AVC :

- diminution de l'inhibition de cortex lésé sur le cortex sain
- augmentation de l'inhibition du cortex sain sur le cortex lésé lors de la réalisation d'un mouvement par la main parétique

La récupération est de moins bonne qualité s'il persiste une activation du cortex sain, non lésé, correspondant à un probable mécanisme de « plasticité maladaptative ». C'est suite à ces informations qu'a été montré que la plasticité du cortex moteur était dépendant de l'usage. C'est à partir de là qu'a été inventé la thérapie par contrainte induite, comme réponse à la « plasticité maladaptative »

Non utilisation acquise

Le fait de ne pas utiliser un de ses membres ne résulte pas seulement d'une lésion cérébrale de l'aire motrice de ce membre. En effet, la non-utilisation d'un membre s'acquiert, tout comme son utilisation. Ce phénomène s'explique par le fait que, suite à une désafférentation, la personne essaie dans un premier temps d'utiliser son membre. Cependant, elle s'aperçoit qu'elle n'arrive pas à effectuer l'action qu'elle souhaite correctement. Les raisons de cet échec peuvent être multiples. Cela peut être dû à des troubles de la sensibilité, des douleurs ou seulement une commande motrice moins performante que son autre membre par exemple. N'étant pas satisfait de la réalisation de cette activité par ce membre, la personne décide de ne plus l'utiliser et d'utiliser son autre membre à la place. En faisant cela, la « plasticité cérébrale maladaptative », qui privilégie l'inhibition de l'hémisphère sain sur celui lésé se met en place. L'aire cérébrale correspondante à la motricité du membre sain va alors se développer tandis que celle du membre lésé va diminuer. L'individu va alors finir par ne plus du tout utiliser son membre supérieur lésé et ainsi l'exclure de son schéma corporel et de sa vie quotidienne. La TCI a été mise en place afin de tenter d'inverser ce processus de non-utilisation acquise. [11]

Après une rééducation par TCI, une réorganisation corticale est associée à une récupération fonctionnelle de meilleure qualité. L'usage forcé du membre supérieur lésé et la contrainte du membre supérieur sain constituent respectivement une stimulation du cortex lésé et une inhibition de l'hémisphère sain. [11]

Principes et protocoles :

Cette technique dite thérapie contrainte induite consiste à forcer l'utilisation du membre supérieur lésé en bloquant le membre supérieur sain à l'aide d'une contention et ainsi rééquilibrer la balance interhémisphérique. Cette thérapie comporte 3 phases indispensables. Les données indiquées ci-dessous sont prélevées du protocole de référence EXCITE [13] :

- Restriction du membre sain : la contrainte doit être portée 90% des heures éveillées. Le mode de contrainte peut être différent en fonction des patients. On peut porter un gant, une écharpe, une attelle ou encore une moufle. Il faut cependant qu'il convienne au patient et qu'il l'empêche son membre.
- Surentrainement : d'une durée de 6 heures par jour pendant 5 jours par des professionnels qualifiés tels des kinésithérapeutes et des ergothérapeutes. Il consiste en une répétition de gestes et de mouvements pratiqué par la méthode du « shaping » ou « renforcement positif ». Le « shaping » consiste à atteindre un objectif précis, moteur ou fonctionnel, par étapes. Ces étapes doivent être graduables (en amplitude, vitesse, fréquence...), puisque les difficultés de l'exercice vont évoluer au fur et à mesure de la thérapie. Ces objectifs précis sont propres au patient et peuvent être définis à travers la passation de bilan tel que le MAL¹². Ils correspondent alors à des activités signifiantes et significatives pour le patient.

¹² Motor Activity Log

- Transfert des acquis : il s'agit de transférer les mouvements que les patients acquièrent lors des séances dans leurs activités de la vie quotidienne.

Cependant, tout le monde ne peut pas bénéficier de la TCI. Il existe certains critères d'inclusions. Prenons l'exemple des critères d'inclusions de l'étude de référence EXCITE [13]. Les patients doivent avoir :

- Fait leur AVC depuis 3 à 9 mois
- 10° d'extension active du poignet et de minimum deux autres articulations métacarpo-phalangiennes, 10° d'extension/abduction du pouce,
- Aucun trouble cognitif, autrement dit avec un MMS¹³ > 24
- Pas de grosses douleurs dans le membre supérieur (EVA¹⁴ < 4)
- Un score < 2,5 sur l'échelle du MAL

La thérapie par contrainte induite est reconnue en grade B par l'HAS en phase chronique, ce qui veut dire qu'il y a des présomptions scientifiques sur son efficacité [14]. Cependant, elle n'est pas recommandée et peut avoir de possible effets délétères si elle est mise en place en phase aiguë [9].

A causes de ses nombreuses contraintes, ce protocole a souvent été modifié afin d'être le plus adapté possible au service et aux patients. Cela a donné la thérapie contrainte induite modifiée (TCIm). Les critères d'inclusions, le temps de contrainte ainsi que le temps de surentraînement, la durée de la thérapie contrainte induite sont des éléments qui sont modulés dans la TCIm.

Afin de compléter nos connaissances concernant la thérapie contrainte induite, nous nous sommes rendus sur le terrain afin de voir en pratique en quoi consistait cette technique de rééducation. Voici un exemple observé de TCIm :

¹³ Mini Mental Status

¹⁴ Echelle Visuelle Analogique

OÙ : au sein du service MPR¹⁵ d'un Hôpital.

QUAND : observation du 5 au 9 Mars (la session dure en réalité du 26 février au 23 mars 2018)

QUI : cette session était composée d'un groupe de 4 patients ; 3 patients se trouvaient entre 4 et 8 ans de leur AVC et 1 patiente avait une hémiplégié de naissance. Ce groupe comportait 3 femmes et 1 homme, âgés entre 26 et 65 ans. Deux d'entre eux ont fait le choix d'être en hospitalisation durant cette période, c'est-à-dire qu'ils restaient toute la semaine au sein de la structure, 24h/24h. Les 2 autres patients venaient dans le cadre de l'hôpital de jour. Ils arrivaient et repartaient chez eux tous les jours.

COMMENT : Protocole observé : les patients portaient la contrainte pendant 6h30 (de 9h15 à 15h45) par jour et ce, sur une durée de 4 semaines.

Programme d'une journée type :

- 9h : Arrivée des patients dans la salle réservée à la TCI.
- 9h - 9h15 : auto-mobilisation
- 9h15 – 11h : surentrainement
- 11h : collation
- 11h15 - 12h30 : activité ludique tous les 4 ensemble (exemple : Jungle speed, Molkkey, lancé d'anneaux...)
- 12h30 - 13h30 : Repas avec le choix de porter ou non la contrainte
- 13h30 - 15h45 : surentrainement
- 15h45 à 16h : auto-étirements.

→ Un temps quotidien est consacré aux méthodes de transferts des acquis.

→ 1 fois par semaine :

¹⁵ Médecine Physique et de Réadaptation

- Passation du bilan MAL
- Activités bimanuelles
- Evolution et réajustement du programme personnalisé
- Entretien avec le médecin.

AVEC QUI : Le matin, un kinésithérapeute s'occupait du surentraînement du groupe de patients qui suivait la TCI. Un ergothérapeute prenait ensuite le relais l'après-midi. Un médecin les recevait une fois par semaine en entretien.

De même, dans son étude VECTOR, DROMERICK [15] distingue deux types de thérapies par contrainte induite : la « Low » and « High » (la modérée et l'intensive) pour les patients en phase subaigue (à 9 semaines de leur AVC). Il a démontré dans cette étude, que, sur l'échantillon choisi, la « High » TCI était délétère pour la récupération motrice du membre supérieur plégique du patient sur le premier mois après l'AVC. Mais aussi que la « Low » TCI n'était pas plus efficace qu'une rééducation traditionnelle au moment de la rééducation (à l'instant t) mais qu'elle donnait de meilleurs résultats 6 mois après (t + 6 mois).

1.3.2. La revue de littérature

La plupart des articles qui constituent la revue de littérature (cf. Annexe 1) font des études comparatives entre deux groupes : un ayant effectué une rééducation par thérapie par contrainte induite et l'autre, une autre technique de rééducation (dite traditionnelle, Bobath...). Toutes ces études montrent les mêmes résultats : l'efficacité de la thérapie par contrainte induite et l'obtention de meilleurs résultats au niveau de la motricité et de l'utilisation du membre supérieur parétique après avoir suivi une rééducation par contrainte induite comparé aux patients ayant suivi une autre technique de rééducation.

L'étude de l'un d'entre eux, *shortened constraint-induced movement therapy in subacute stroke – no effect of using a restraint: a randomized controlled study with independent observer* (Brogårdh C et al, 2009) [16] conclue qu'aucun effet de l'utilisation d'une contention

en phase subaiguë de l'AVC n'a été prouvé. Le résultat de cette étude contraste avec les résultats des études effectuées en phase chronique.

Finalement, nous nous sommes recentrés sur notre questionnement initial qui était « pour quelles raisons cette méthode de rééducation n'est-elle pas plus pratiquée dans les centres de rééducation ? ». C'est ainsi que des recherches ont été effectuées portant sur l'opinion des thérapeutes et des patients sur la thérapie par contrainte induite. Ces recherches viennent donc compléter les précédentes. L'un des documents, *Stroke patients' and therapists' opinions of constraint-induced movement therapy* (Page S-J et al, 2002) [17] montre qu'une grande majorité des patients interrogés n'est pas intéressée pour participer à une rééducation par contrainte induite. Ils se disent préoccupés par la durée du port de la contrainte et des séances de surentraînement. Les thérapeutes, quant à eux, appréhendent l'observance et ont peur pour la sécurité du patient et soulignent le manque de ressource des services pour mettre en place la thérapie par contrainte induite. C'est pourquoi ils ne le pratiquent pas dans leur centre. Les deux autres articles mettent en évidence ces deux mêmes éléments auxquels ils rajoutent :

- le manque de clarté des protocoles à mettre en place
- le manque de connaissances
- le manque de soutien de leur direction
- le fait que ce soit chronophage et intensif
- la quantité de personnel à formé
- la peur de l'échec
- le manque de soutien de la famille pour certains patients isolés
- la douleur
- la motivation, la frustration
- les nombreux critères d'exclusion
- le fait de remettre en situation de dépendance le patient, confronté à la réalité de sa maladresse

Cependant, dans le document *ot clinicians' perspectives of constraint, induced movement therapy* (Mogavero F. A, 2009) [12], les thérapeutes ont également souligné de nombreux avantages à cette technique de rééducation comme :

- l'augmentation de la force, des mouvements, de la coordination, de l'endurance et de la fonctionnalité du membre supérieur hémiplégié
- la restructuration du cerveau (plasticité cérébrale)
- la diminution des douleurs
- la rapidité d'obtention de résultats visibles
- le fait que cette technique puisse s'effectuer en groupe (sociabilisation et motivation)
- l'intégration du membre hémiplégié dans le schéma corporel
- l'aspect positif des résultats des études effectuées

Les résultats de ces documents pourront être comparés à ceux de l'enquête exploratoire.

1.4. Problématique pratique

La revue de littérature étant venue compléter nos connaissances, nous avons alors pu faire évoluer notre problématique. En effet, de nombreux articles et études scientifiques dans notre revue de littérature ont montré l'efficacité de la TCI, notamment face aux autres techniques de rééducation plus couramment utilisées. Cela a d'autre part renforcé notre incompréhension. Cette thérapie serait donc efficace mais peu d'ergothérapeutes l'utilisent. Pourquoi ? Ainsi, nous arrivons à la problématique suivante :

Pour quelle(s) raison(s) la thérapie par contrainte induite n'est-elle pas plus utilisée par les ergothérapeutes dans la rééducation du membre supérieur parétique des patients ayant eu un AVC, alors que son efficacité a été démontrée ?

1.5. L'enquête exploratoire

Après avoir fait un état des lieux de la théorie à travers les données de la littérature scientifique, nous allons analyser ce qui se passe en pratique, sur le terrain. Pour cela, nous allons réaliser une enquête exploratoire, dont les modalités sont expliquées ci-dessous.

1.5.1. Choix de la méthode

Nous avons décidé de réaliser cette enquête exploratoire sous la forme de questionnaires. En effet, cette méthode nous permet de faire une analyse plus globale car elle permet de toucher un plus grand nombre de personnes. Il est important d'avoir une vision globale de ce qui se passe sur le terrain et pour cela, nous devons avoir un échantillon assez large. De plus, un questionnaire est plus facile à transmettre et à diffuser. Dans le questionnaire, la personne interrogée a le temps de réfléchir aux réponses qu'elle donne car on retrouve moins cette notion de contrainte de temps que dans un entretien par exemple.

1.5.2. Population : critères d'inclusions et d'exclusions

Les personnes à qui le questionnaire a été envoyé ont été sélectionnées selon certains critères. Ainsi, les critères d'inclusions étaient d'être ergothérapeute et de travailler auprès d'adultes hémiparétiques à la suite d'un AVC. Puis les critères d'exclusions étaient de travailler dans un autre domaine que la rééducation et de travailler auprès d'enfants. Nous nous sommes limités à ces critères-là dans le but de ne pas trop restreindre la population et d'avoir une vision globale.

1.5.3. Choix et construction de l'outil de recueil de données

Pour la réalisation de cette enquête exploratoire, un questionnaire a été construit (cf. Annexe 2). Il se compose de 16 questions. Les premières portent sur la connaissance de la TCI, les suivantes sur la mise en place de cette méthode de rééducation et les dernières sur l'avis

qu'ils portent sur la TCI. Ce questionnaire se compose de questions ouvertes ainsi que de questions fermées, ainsi, nous pouvons obtenir des réponses précises lorsque les généralités ou les connaissances sont interrogées et des réponses moins orientées et plus libres d'expressions lorsque nous leur demandons de nous donner leur avis. Ces questionnaires ont été créés à l'aide d'un logiciel appelé Google Form®. Notre choix s'est porté sur celui-ci car il est plutôt intuitif dans son utilisation et est spécialisé dans la confection de questionnaire. Grâce à ce logiciel, nous avons également pu décider d'orienter les personnes sur des questions différentes en fonction de leurs réponses aux questions précédentes.

1.5.4. Modalités

Dans un premier temps, il a fallu nous procurer l'adresse mail des personnes susceptibles de correspondre à nos critères d'inclusions et d'exclusions. Ces adresses ont été obtenues grâce à notre réseau professionnel. Par la suite, l'enquête exploratoire a été envoyée à 130 personnes sur leur boîte mail professionnelle. Ce mail expliquait quels étaient les critères d'inclusions et d'exclusions à la participation de notre enquête exploratoire, mais également ce sur quoi portait le questionnaire ainsi qu'approximativement le temps nécessaire pour y répondre. A ce mail, nous avons joint le lien pour accéder à notre questionnaire.

1.5.5. Avantages et inconvénients

Comme toutes méthodes, celle que nous avons choisi possède des avantages et des inconvénients. Parmi les avantages du questionnaire, nous pouvons citer sa rapidité. En effet, il est plus rapide de le diffuser que d'autres méthodes. Ainsi, il peut être envoyé à un plus grand nombre de personnes. Il est également assez rapide pour la personne interrogée de le remplir. Le questionnaire, réalisé par le logiciel que nous avons choisi, a également l'avantage d'avoir un regard sur les réponses individuelles mais aussi une vue d'ensemble des de celles-ci car elles sont directement regroupées et analysées par le logiciel.

Cependant, un des inconvénients majeurs que nous pouvons relever est le fait que nous envoyons notre questionnaire sur des adresses mails professionnelles. Il est en effet courant que

les ergothérapeutes possèdent une adresse mail professionnelle commune à tous. Dans ce cas, seule la personne ayant lu le mail répondra au questionnaire, même s'ils sont plusieurs ergothérapeutes à travailler dans le service. Cela peut contribuer à réduire considérablement notre échantillon. Le fait d'avoir choisi le questionnaire ne nous permet pas d'approfondir les réponses données. Ainsi si le questionnaire n'est pas bien construit, nous n'obtiendrons pas les réponses aux questions voulues.

1.5.6. Biais

Comme dans chaque enquête, les résultats donnés peuvent être influencés par de nombreux biais. Parmi eux, la longueur du questionnaire en est un. Nous signalons que le questionnaire va durer une dizaine de minutes mais il peut-être plus long pour certains. Ce temps peut varier en fonction du développement des réponses aux questions ouvertes. Un autre biais pourrait être le fait que nous demandons l'adresse mail à tous ceux qui participent à l'enquête exploratoire et que ce critère obligatoire. Cependant, cela fausse l'anonymat exigé lors de l'enquête exploratoire et peut influencer les réponses des ergothérapeutes. Sachant cela, certaines personnes enquêtées peuvent avoir de l'appréhension à donner véritablement leur avis et pourraient seulement se contenter de donner des réponses qu'elle pense que nous voulons obtenir, des réponses socialement correctes. Le questionnaire a également été envoyé par mail. De cette manière, nous ne sommes pas certains que les questionnaires seront bien réceptionnés car il existe des logiciels qui filtrent les mails. De plus, la période choisie pour les envoyer est aussi un biais. Elle se situe à proximité des vacances et des fêtes. Cela peut ne pas être en notre faveur puisque la plupart des mails vont être envoyé sur des adresses professionnelles. Or si les ergothérapeutes sont en période de vacances, certains mails ne pourront être lus à temps ou encore « se perdre » parmi de nombreux autres.

1.5.7. Test du dispositif et déroulement de l'enquête exploratoire

Afin de tester notre outil de recueil de données, nous l'avons soumis à une cohorte test. Ce groupe était composé de personne ergothérapeutes, certains travaillant en rééducation et d'autres ne travaillant pas dans le milieu de la rééducation, des étudiants en ergothérapie, des

professionnels de la santé qui ne sont pas ergothérapeutes ainsi que des personnes n'ayant pas de lien avec le monde médical. Nous avons choisi de composer notre cohorte test de personnes venant de milieux différents et ayant un statut différent afin de nous assurer que nos questions étaient compréhensibles et accessibles par tout le monde. Ce test nous a permis de modifier certaines questions et d'en supprimer d'autres qui n'étaient pas jugées utiles. Cela nous a également permis de vérifier que le logiciel par lequel nous avons fait notre questionnaire fonctionnait correctement. À la suite de ce test, nous avons envoyé notre questionnaire. Nous nous étions fixé un délai d'un mois. Au-delà de ce délai, nous ne prenions plus en compte les réponses. Les participants étaient au courant de ce délai. Une fois celui-ci atteint, nous avons bloqué les réponses aux questionnaires et nous avons commencé à traiter les données obtenues.

1.5.8. Outil de traitement des données

Nous avons choisi d'analyser les résultats de cette enquête exploratoire par le biais de graphiques et de nuages de mots (cf. Annexe 3). Dans un premier temps, pour un côté pratique, toutes les données ont été rassemblées dans un tableau Excel®. Nous avons fait le choix de ce logiciel car il donne la possibilité de faire des graphiques à partir des données du tableau et c'est ce qui nous paraissait le plus pertinent. Nous avons donc illustré les résultats des questions fermées par un graphique circulaire. Cet outil de traitement de données est très visuel et nous permet donc de vous rapidement et dans sa globalité, les réponses obtenues à la question concernée. Aussi, nous avons décidé d'utiliser le principe d'analyse par occurrences pour traiter les résultats des questions ouvertes. Cet outil nous permet de relever les mots communément retrouvés dans les différentes réponses à une question. Ces mots apparaissent alors sous forme d'un nuage de mot ; plus le mot est écrit gros, plus sa fréquence d'apparition dans les réponses est élevée. Pour se faire, nous avons eu recours au logiciel TagCrowd® pour sa gratuité et sa simplicité d'utilisation.

1.5.9. Analyse des résultats

A l'issue de cette enquête exploratoire, nous avons obtenu 21 réponses. Cet échantillon est trop faible et ne nous permet donc pas de généraliser les résultats obtenus.

Nous avons constaté à travers les résultats obtenus que, parmi les personnes qui nous ont répondu, 9 ergothérapeutes sur les 17/21 qui connaissent la TCI, la pratiquent. Aussi, tous les ergothérapeutes ne connaissant pas la TCI souhaitent malgré tout avoir des informations sur cette thérapie. Les réponses les plus couramment données lors de cette enquête à la question « comment avez-vous connu cette technique de rééducation ? » sont : en cours pendant mes études à l'école ainsi qu'au cours d'une formation. Lorsque nous demandons aux ergothérapeutes ne pratiquant pas la TCI quelles en sont leurs raisons, les mots qui ressortent de leurs réponses sont « cognitifs », « patients », « place », « troubles ». Et lorsque nous proposons de faire abstraction de toutes barrières institutionnelles, alors, tous disent souhaiter utiliser la TCI. Ensuite, parmi les personnes interrogées, 5 personnes sur les 9 qui pratiquent la TCI nous disent avoir été formé à son utilisation. La majorité des ergothérapeutes ayant participé à l'enquête exploratoire et pratiquant la TCI disent ne pas avoir de protocoles définis mais l'adaptent en fonction de leurs patients et des séances. 8 ergothérapeutes sur les 9 qui pratiquent la TCI disent également ne pas connaître les modes de compensation à la situation de contrainte. Toujours concernant les ergothérapeutes pratiquant la TCI, les mots qui sont revenus le plus souvent dans leurs réponses à la question « comment vos patients accueillent-ils la TCI ? », sont « patients », « dépend », « variable », « plutôt ». Concernant les résultats qu'ont observé les ergothérapeutes suite à une rééducation par TCI, les mots les plus cités sont : « difficile », « parfois », « progrès », « résultats ». Lorsque nous leur demandons les avantages et les inconvénients de la TCI, voici ce que révèle l'analyse des données.



Schéma représentant l'analyse par occurrences, sous la forme d'un nuage de mots, des réponses obtenues à la question : « Quels sont, d'après vous, les avantages et les inconvénients de cette technique de rééducation ? » lors de l'enquête exploratoire.

Enfin, voici ce qu'on majoritairement répondu les ergothérapeutes connaissant la TCI lorsque nous leur demandons leur avis sur cette thérapie



Schéma représentant l'analyse par occurrences, sous la forme d'un nuage de mots, des réponses obtenues à la question : « Quel avis portez-vous sur la TCI ? » lors de l'enquête exploratoire.

1.5.10. Interprétation des résultats

Sur les 4 ergothérapeutes qui ont répondu ne pas connaître la TCI, tous souhaiteraient avoir des informations concernant la TCI. Nous pouvons supposer que leur méconnaissance de la TCI n'est pas due, concernant les ergothérapeutes interrogés, à un manque de volonté de leur part de connaître d'autres techniques de rééducation que celle(s) qu'ils utilisent mais simplement d'un manque d'informations. Nous pouvons observer à travers ces réponses leur curiosité professionnelle.

D'après les résultats à la question « comment avez-vous connu cette technique de rééducation ? », la plupart des ergothérapeutes interrogés qui connaissent la TCI l'ont connu à travers des formations ou des cours qu'ils suivaient en Institut de Formation en Ergothérapie.

En revanche, très peu ont connu cette technique de rééducation à travers des écrits professionnels ou des lectures, ce qui pose question sur leur veille professionnelle.

Parmi ceux qui connaissent la TCI, nous nous apercevons que seulement un peu plus de la moitié d'en eux pratiquent la pratique. C'est pourquoi nous avons demandé par la suite les raisons pour lesquelles ils ne l'utilisaient pas. D'après l'analyse des réponses obtenues, nous en sommes venues à l'hypothèse que les critères d'exclusion à la thérapie par contrainte induite étaient la cause principale. Suite à cela, certaines questions viennent alors à nous : est-ce une raison valable ? Si c'est une méthode de rééducation qui a fait ses preuves, faut-il « sacrifier » ces quelques patients éligibles d'une rééducation efficace et plus adaptée sous prétexte qu'ils sont en minorité ?

Puis vient ensuite la mise en place du protocole qui s'avère compliqué, c'est du moins ce que nous en avons déduit à travers le mot « place ». Différentes raisons ont été citées : « adhérent », « formation », « professionnels », « moyens », « service », « temps ». Les ergothérapeutes voulant mettre en place la TCI se retrouvent alors confrontés aux limites institutionnelles. Là encore, nous nous interrogeons : L'État ne devrait-il pas comparer le coût d'une formation à des professionnels à celui des aides (techniques, humaines, de compensation (allocations financières) ...) attribuées à une personne présentant des séquelles motrices du membre supérieur ? En ce qui concerne le manque de temps, une réorganisation des services ainsi que des prises en soins ne serait-il pas possible ? Nous nous demandons alors à quel point ces contraintes institutionnelles sont un obstacle à la mise en place de la TCI ? Afin de compléter les réponses à la question précédente, nous avons demandé à ces ergothérapeutes s'ils utiliseraient la TCI si ces obstacles institutionnels n'existaient pas. Ayant tous répondu positivement, nous pouvons alors supposer qu'il s'agit bien d'un réel manque de moyens et non pas un manque d'envie de pratiquer la TCI.

La majorité des personnes interrogées pratiquant la TCI n'utilise pas seulement cette technique de rééducation mais en utilise plusieurs, d'où le fait que le mot « techniques » ressorte des résultats. Cependant, connaître les raisons pour lesquelles les ergothérapeutes utilisent cette

technique plutôt qu'une autre revient à comprendre les avantages de cette technique. Ces avantages sont mis en évidence lors d'une question suivante. Les réponses à cette question seront donc interprétées dans un autre paragraphe.

Ensuite, nous avons observé que parmi les 9 personnes qui utilisent la TCI, 4 d'entre eux ne sont pas formés à son utilisation mais la mettent tout de même en place. Cela montre qu'être formé à l'utilisation de la TCI n'est pas une obligation pour la mettre en place. Puis, nous avons demandé aux ergothérapeutes quels protocoles ils utilisaient avec leurs patients. Ce qui ressort des réponses obtenues à cette question est le fait que les ergothérapeutes adaptent leur protocole en fonction de leur patient. Cela peut permettre d'avoir moins de contraintes, entre autres au niveau de la mise en place dans l'institution.

8 personnes sur les 9 qui connaissent la TCI ont répondu ne pas connaître les modes de compensation à la situation de contrainte. Or ces méthodes sont très importantes car elles apportent de l'aide au patient en l'absence de l'utilisation de son membre valide. Ces moyens (compensations à l'absence d'utilisation du bras valide, aide physique ou manuelle, informations, écoute, échange, groupe, « shaping » et valorisation des progrès, apprentissage à l'autoévaluation...) rendent cette technique beaucoup moins désagréable qu'il n'y paraît et réduisent sa pénibilité. Ces aides vont permettre au patient d'être efficace et effectuer ses activités quotidiennes sans être en échec. Le manque de connaissance de ces modes de compensation à la situation de contrainte pourrait supposer un manque de connaissances générales de la TCI. On peut alors se demander : qu'en est-il alors de la pratique probante de ces personnes ?

Les résultats de cette question montrent que les patients pratiquant la thérapie par contrainte induite l'accueillent de manière variable. Cela dépend du patient mais également de la façon dont est abordée et appliquée la thérapie par contrainte induite. La majorité des ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire et pratiquant la thérapie par contrainte induite observe des progrès dans les résultats de la rééducation. Certains disent que les résultats sont difficilement interprétables car ils n'observent pas de progrès significatifs. Les réponses sont toutefois pour une majorité, en accord avec la littérature scientifique.

Parmi les avantages de la TCI, les mots qui ressortent le plus des résultats donnés par les ergothérapeutes sont : « AVQ », « quotidien », « intégration », « schéma », « corporel », « utilisation », « membre », « MS », « hémiparétique », « récupération », « motrice », « rapide », « rééducation ». On peut alors supposer que le lien entre ces mots peut être que : les avantages de la thérapie par contrainte induite sont le transfert des acquis moteurs dans les activités de la vie quotidienne, l'intégration du membre supérieur lésé dans le schéma corporel du patient. Le fait que cette technique oblige le patient à utiliser son membre supérieur parétique favorise la rapidité de la récupération motrice.

Les mots qui ont été le plus souvent cités pour décrire les inconvénients de la thérapie par contrainte induite sont : « adhésion », « cognitif », « contraignant », « difficile », « protocole », « service », « temps ». Ainsi on peut l'interpréter de cette façon : le manque d'adhésion des patients, les critères d'exclusions à la mise en place du protocole, la difficulté de mise en place du protocole du fait qu'il soit contraignant et qu'il demande beaucoup de temps aux professionnels soignants constituent les principaux inconvénients de la thérapie par contrainte induite.

Lorsque nous avons demandé aux ergothérapeutes de nous donner leur avis sur la thérapie par contrainte induite, il en ressort que c'est une bonne technique de rééducation, un outil intéressant avec des résultats plutôt positifs. Mais, il ressort également de ces réponses la difficulté de la mise en place de la thérapie par contrainte induite du fait, entre autres, de l'exigence des critères d'exclusion. Cependant, les critères d'éligibilité à la TCI peuvent être modulés afin que plus de patients puissent en bénéficier. Les avis sont mitigés sur cette technique de rééducation.

1.5.11. Limites

Certains ergothérapeutes considèrent le fait de ne pas utiliser son membre supérieur sain lors d'exercices ponctuels, de courtes durées comme de la thérapie par contrainte induite. Or de cette manière, ce ne sont pas des exercices de contrainte induite mais seulement des exercices monomanuels. De ce fait, ces représentations ont faussé les réponses de l'enquête exploratoire.

L'échantillon de notre enquête exploratoire ne nous permet pas de généraliser les résultats obtenus. L'interprétation faite de ces données ne sont donc que des hypothèses.

1.5.12. Confrontation avec la revue de littérature et questionnements

Les résultats de la revue de littérature et les résultats de l'enquête exploratoire se complètent en ce qui concerne les avantages et les inconvénients de la TCI. La revue de littérature vient préciser les avantages et les inconvénients de la TCI. Quant aux avis des patients, ils se contredisent dans la revue de littérature et dans les résultats de l'enquête exploratoire. Dans la revue de littérature, une majorité de patient ne sont pas intéressés par la TCI alors que dans les résultats de l'enquête exploratoire, l'adhésion des patients est mitigée mais ils semblent globalement plutôt bien y adhérer.

Revenons à notre question de départ qui est : Pour quelle(s) raison(s) la thérapie par contrainte induite n'est-elle pas plus utilisée par les ergothérapeutes dans la rééducation du membre supérieur parétique des patients ayant eu un AVC, alors que son efficacité a été démontrée ? Suite à de la réalisation de cette enquête exploratoire, d'autres questions viennent susciter notre attention. Nous avons pu constater que 4 personnes sur les 21 interrogées ne connaissent pas la TCI. A cela, nous pouvons rajouter, en ce qui concerne les connaissances de la TCI, que très peu de personnes l'ont découverte par lectures ou des écrits et que, seule 1 personnes de ceux qui l'utilisent connaît les modes de compensation à la situation de contrainte. A travers ces données se pose alors la question de la pratique probante. Qu'en est-il de la pratique probante pour ces personnes-là ? Cela ne les empêche pas d'utiliser la TCI. Il s'agit cependant là d'un concept important car comme le dit M-J Drolet (2014), dans son ouvrage *De l'éthique à l'ergothérapie*, l'ergothérapie appuie « ses croyances fondamentales par des résultats probants » [19].

Nous rebondirons également sur cette citation pour se poser encore une fois la question : alors pourquoi, la TCI qui a mené à des résultats probants n'est-elle pas plus utilisée par les ergothérapeutes ? La raison qui ressort le plus à travers les résultats de notre enquête exploratoire est principalement celle des limites et contraintes institutionnelles. Cependant, comment se fait-il que certains ergothérapeutes aient tout de même réussi à mettre en place la

TCI, malgré les obstacles ? Qu'est ce qui les a poussés à persister à mettre la TCI en place ? Pour la plupart des personnes qui l'utilisent dans l'enquête exploratoire, ils voient un intérêt derrière cette technique de rééducation. Mais pourquoi certains ergothérapeutes trouvent de l'intérêt à cette technique de rééducation alors que d'autres non ? Sur quoi se basent-ils pour se forger un avis, une opinion sur cette technique de rééducation ? Pouvons-nous supposer qu'il s'agit d'un ressenti de l'ordre des sentiments, des valeurs, ou bien quelque chose de plus concret, basé sur des résultats probants ? Dans ce cas, quelles valeurs possèdent-ils et défendent-ils en voulant utiliser la TCI comme technique de rééducation ? Comment ces valeurs peuvent-elles influencer l'utilisation de la TCI ? Nous avons voulu approfondir cette hypothèse-là. C'est alors que nous sommes arrivés à la question suivante :

En quoi la pratique probante et les valeurs de l'ergothérapeute influencent le choix de l'utilisation de la TCI dans la rééducation du membre supérieur parétique des patients hémiparétiques post AVC ?

1.6. Cadre conceptuel

Nous avons décidé de nous placer dans le champ théorique de la psychologie afin d'approfondir une des hypothèses émises ci-dessus. Autrement dit, les ergothérapeutes qui utilisent la TCI auraient réussi à la mettre en place grâce à un avis, une opinion sur cette technique de rééducation qui serait influencé par ses propres valeurs et/ou par des résultats probants de cette technique de rééducation. A travers de ce champs théorique de la psychologie, nous avons alors choisi de nous intéresser au comportement de ces ergothérapeutes là et plus précisément les éléments pouvant influencer leur comportement. C'est pourquoi, nous nous sommes intéressés aux concepts de pratique probante et de valeurs, qui seront développés ci-dessous. En ce qui concerne le concept de valeurs, nous avons choisi de le diviser en deux concepts distincts ; celui de valeurs professionnelles et de valeurs personnelles. Ce choix a été fait car nous considérons qu'elles ne sont pas identiques pour chaque personne.

1.6.1. Pratique basée sur des données probantes ou pratique probante :

La pratique probante est un concept basé sur « l'evidence-based medicine » [20]. « L'evidence-based medicine » est défini par SACKETT & al (1996, p71) comme « the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. » (Taylor M.C, 2007) [21] De là, a découlé la notion de la pratique basée sur des données probantes en ergothérapie. L'association canadienne des ergothérapeutes (Canadian Association of Occupational Therapists) a alors défini ce concept propre à l'ergothérapie comme « Client-centred enablement of occupation based on client information and a critical review of relevant research, expert consensus and past experience. (Canadian Association of Occupational Therapists , 1999, p 267) » [21]. La pratique probante en ergothérapie est une pratique qui consiste à utiliser des preuves (données probantes) tirées de la recherche existante pour prendre des décisions cliniques au vu d'un problème, d'une intervention ou d'un résultat particulier. [21]. Son but est de proposer aux patients une prise en soins des plus adaptée et de meilleure qualité possible. Elle peut également permettre d'argumenter sa proposition de prise en soins auprès du patient ou de son entourage. [22] Elle se compose de plusieurs étapes indispensables [21] (cf. Annexe 4) :

- Formuler une question clinique claire déduite d'un problème rencontré auprès d'un patient
- Rechercher dans la littérature des articles et études concernant cette question
- Évaluer ensuite, de façon critique, la validité et l'utilité des preuves scientifiques trouvées
- Application des résultats dans la pratique
- Evaluer les résultats

Ces étapes sont développées ci-dessous :

Question :

Cette première étape prend en considération le contexte de la personne c'est-à-dire ses préférences, ses valeurs, son environnement et des occupations, mais également le contexte thérapeutique avec les ressources (informations et finances) disponibles, l'expérience du thérapeute et son secteur d'exercice. Afin de formuler la question de départ à la pratique probante, une méthodologie a été développée. Il s'agit de la méthode PICO (Problem, Intervention, Comparative intervention, Outcome) [21] :

- **Problem** : cette première étape consiste à décrire le patient ainsi que son problème. Cela peut être un diagnostic, un problème fonctionnel ou un problème de performance occupationnelle. Cette partie doit également inclure les informations concernant le patient telles que son âge, son sexe, sa profession, etc.
- **Intervention** : il s'agit ici de décrire la principale intervention/évaluation/tâche.
- **Comparative intervention** : le cas échéant, il faut décrire l'intervention/évaluation/tâche comparative ou alternative. Cela peut également être sous la forme d'une approche alternative de l'intervention, en modifiant par exemple les sessions (en groupe ou en individuel), la fréquence d'intervention, etc.
- **Outcome** : cela correspond au(x) résultat(s) ; décrire les effets attendus de l'intervention sur le patient, les résultats espérés.

Recherches :

Afin d'effectuer ces recherches, de nombreuses bases de données existent, il n'est donc pas évident de savoir où chercher les informations. Dans les conférences, par exemple, on ne trouve pas toujours des informations de bonnes qualités. Quant aux livres ou aux journaux, il faut être vigilant à leur date de publication. Si celle-ci est trop ancienne, il ne s'agit plus de sources scientifiques, ainsi le sujet a pu évoluer depuis sa publication et d'autres études ou recherches plus pertinentes et justes ont sûrement été publiées entre temps. Il existe par ailleurs

des bases de données dans lesquelles sont répertoriés un grand nombre de documents scientifiques. Parmi celles susceptibles d'être utiles pour les ergothérapeutes, il en existe plusieurs catégories : les générales (PubMed, MEDLINE...), celles spécifiques à l'ergothérapie (OTDBase, OTBibSys...) et celles basées sur des données probantes (Cochrane Library, DARE...). Cependant, l'accès à certains documents est parfois payant [21].

Evaluation critique :

Elle permet de déterminer la fiabilité d'une étude. Pour cela, il faut d'abord sa validité interne, autrement dit, évaluer sa qualité méthodologique. Celle-ci permet de dire si la valeur mesurée dans l'étude est valide. Une quantité trop importante de biais peut, par exemple, être une raison pour laquelle on estimerait que l'étude n'est pas valide. Ensuite, une vérification de la cohérence externe est effectuée, c'est-à-dire la cohérence avec les autres connaissances sur le sujet. Pour finir, on peut évaluer la pertinence clinique et la représentativité de l'étude en regardant la grandeur de l'échantillon sur lequel elle a été effectuée [21].

Application :

Une fois la recherche effectuée, l'ergothérapeute doit tout de même vérifier si la prise en soins qu'il souhaite effectuer est adaptée à son contexte et à celui du patient (cf Annexe 4). De plus, il doit vérifier que les études trouvées lors de l'étape précédente ont été réalisées auprès d'une population identique au patient concerné [21].

Evaluation des résultats :

Enfin, les résultats obtenus sont évalués afin de décider si cette prise en soins peut être pérennisée. Cette évaluation peut se réaliser sur divers critères comme les effets du traitement, le coût ou la durée de l'intervention, la satisfaction du patient, etc. [22]

La pratique probante est maintenant au cœur de la profession d'ergothérapeute ; « l'un des défis importants de la profession d'ergothérapeute consiste précisément à appuyer ses croyances fondamentales par des résultats probants. [...] Si tel n'est pas le cas, ces croyances devront être abandonnées ou modifiées. » (Drolet M-J, 2014) [19] C'est pourquoi, aujourd'hui, elle tient une place au sein du référentiel de compétences en ergothérapie (cf. Annexe 5). Il s'agit de la compétence : n°8 : Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques – point 3. Repérer les résultats de la recherche permettant d'argumenter une pratique fondée sur les preuves, garantissant une pratique actualisée et pertinente pour le client [23].

1.6.2. Les valeurs personnelles

D'après le dictionnaire scientifique CNRTL¹⁶, une valeur se définit comme une « Qualité physique, intellectuelle, morale d'une personne qui la rend digne d'estime. » Il tient son étymologie du mot « valor » (« valere » en latin) qui signifie valoir. « Autrement dit, valoir quelque chose, c'est avoir de l'importance, c'est à dire posséder des qualités désirables ou estimables. De fait, on estime généralement que quelque chose a de la valeur lorsqu'on lui accorde de l'importance, de l'estime, de l'utilité ou de l'intérêt. » [19], nous explique Drolet M-J (2014). Nos valeurs rentrent en compte, souvent inconsciemment, dans tous les domaines de notre vie. Elles influencent nos décisions, nos actions, notre manière d'être. Elles constituent notre identité qui « repose toujours sur ce qui est propre et exclusif à un être. » (Fray, A-M, et Picoulet S, 2010) [24]. Elles apparaissent de manière consciente lorsque deux d'entre elles entrent en conflit dans un acte envisagé [25]. Elles « correspondent à des étalons de mesure essentiels à la formulation des jugements éthiques et à l'établissement des normes sociales » (Drolet M-J, 2014) [19]. Elles nous permettent de juger ce qui est bon ou mauvais, justifié ou illégitime ; elles constituent la « conception du souhaitable (Massé, 2003, p47) » (Drolet M-J, 2014) [19]. En sociologie et psychologie, les valeurs forment un ensemble « cohérent, hiérarchisé, s'inscrivant dans un système de valeurs » (Péoc'h N, Ceaux C, 2012). Elles constituent les croyances et les convictions d'une personne ou d'un groupe de personne dans une société [26].

¹⁶ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

La théorie des valeurs :

Schwartz (2006) décrit les valeurs comme étant « fondamentales pour expliquer l'organisation et le changement, au niveau de la société comme à celui des individus. » [25] Elles caractérisent les individus ou les sociétés, suivent les fluctuations du temps et expliquent les attitudes et les comportements. Cette théorie regroupe 10 groupes de valeurs de base qui diffèrent par leur motivation (cf. Annexe 6). Chacune d'entre elles correspond à au moins une des 3 nécessités de l'existence humaine, autrement dit satisfaire les besoins biologiques des personnes, permettre l'interaction sociale, assurer le bon fonctionnement et la survie du groupe. Chaque valeur possède une structure. Celle-ci est composée des oppositions et dynamiques présentes entre chacune d'entre elles. Les valeurs se différencient les unes des autres par leur type d'objectif ou de motivation. Ce qui différencie les individus et groupes entre eux, ne sont pas les valeurs en elles-mêmes, mais leur manière de les hiérarchiser ainsi que les propriétés qu'ils leur accordent. Pour la validation de cette théorie, Schwartz a mis en place des outils de mesures des valeurs : le SVS¹⁷ et le PVQ¹⁸. Cette théorie a pu être réalisée grâce à ces outils qui ont permis de relever des données dans plus de 70 pays. [25]

1.6.3. Les valeurs professionnelles de l'ergothérapie

Comme chaque profession, l'ergothérapie est animée par des valeurs. Ces valeurs constituent les préceptes fondamentaux de ce métier. « Elles ont contribué et contribuent encore de nos jours à l'édification des modèles théoriques et conceptuels de la profession (Hammel, 2006 ; Morel-Bracq, 2009). [...] Connaître l'ergothérapie nécessite de cerner les valeurs – ô combien essentielles – qui forment l'assise fondamentale de la profession. » (Drolet M-J, 2014) [19] Tout comme les valeurs personnelles, les valeurs professionnelles influencent les actes et les décisions des ergothérapeutes. Consolider ces valeurs pourrait impacter sur « la qualité des interventions ergothérapeutiques à la fois d'un point de vue clinique, éthique et culturel » (Drolet M-J, 2014) [27] et par conséquent, sur l'identité professionnelle des ergothérapeutes. Ses valeurs sont étroitement liées à la conscience éthique de l'ergothérapeute. Cependant, il arrive

¹⁷ Schwartz Value Survey

¹⁸ Portrait Values Questionnaire

que des barrières l'empêchent d'agir de façon congruente avec sa conscience éthique et donc ses propres valeurs. [28]

Identité professionnelle :

La notion de valeurs professionnelles renvoie également à celle d'identité professionnelle. En effet, les valeurs constituent une part importante de l'identité professionnelle. Selon Dubar, l'identité se construit autour de trois dimensions : le moi, le nous et les autres (cf Annexe). L'identité professionnelle fait partie de l'identité de la personne. Elle se développe, comme l'identité personnelle, en inscrivant la personne dans des formes de vie sociale. La notion d'identité professionnelle comporte 3 éléments :

- le monde vécu du travail : la situation de travail et sa signification.
- les relations de travail : la façon de voir les relations interpersonnelles et le sentiment d'appartenance aux groupes,
- les trajectoires professionnelles et la perception de l'avenir.

Le concept d'identité se compose des définitions et de la vision de soi par soi , et de soi par les autres [24]. Cependant, « les études empiriques ont démontré que plusieurs ergothérapeutes possèdent une identité professionnelle ambiguë » (Drolet M-J, 2016). L'explication des valeurs des ergothérapeutes peut espérer clarifier et renforcer cette identité professionnelle et ainsi, favoriser les actes professionnels liés à l'éthique et à la culture. [29]

La défense des intérêts :

L'ACE¹⁹ définit la défense des intérêts comme « un processus politique réalisé par un individu ou un groupe qui cherche à influencer la politique publique et les décisions relatives à la répartition des ressources au sein des systèmes politiques, économiques et sociaux et des institutions » (Kirsh B.H, 2015) [30]. Elle trouve toute sa place en ergothérapie car « si nous voulons adopter une pratique ancrée sur l'inclusion, qui favorise l'accès universel et l'équité

¹⁹ Association Canadienne des Ergothérapeutes

comme mode de pensée, outil thérapeutique et responsabilité éthique (Flood, 2014), alors la défense des intérêts doit devenir un impératif professionnel. » (Kirsh B.H, 2015) [30]. En effet, elle peut permettre de diminuer les différences entre les forces sociales et les expériences individuelles et entre ceux qui prennent les décisions et la vie de nos patients. Des ergothérapeutes se sont déjà essayées par le passé à défendre leurs intérêts en ergothérapie dans lesquels ils ont transposé leurs valeurs de base en action sociopolitique. Prenons pour exemple Wade B, ergothérapeute aux Etats-Unis qui a travaillé auprès d'anciens combattants pour amender la loi sur la réadaptation professionnelle de 1920 (1920 Vocational Rehabilitation Act) qui excluait les personnes atteintes de maladies mentales (Bing, 1981) [30]. Elle a finalement eu gain de cause car près de 10 ans plus tard, le président ROOSEVELT a signé un amendement à la loi sur le droit public (Public Law 113) pour rendre les prestations de réadaptation professionnelle accessibles aux anciens combattants atteints de maladies mentales (Bing, 1981) [30]. Dans le processus de défense des intérêts, il est important de respecter quelques étapes [30] :

- La première consiste à identifier le problème et fournir des preuves le concernant. Cela permettra au public et aux décideurs de se rendre compte de l'importance du problème.
- Dans un second temps, il est important d'obtenir les appuis du développement communautaire et la formation de coalition. Pour cela, il suffit de décrire comment les ergothérapeutes peuvent former des partenariats avec les collectivités dans le but de cibler et aborder leurs besoins.
- L'ergothérapeute doit également construire un plan avec ses objectifs et stratégies clairs en tenant compte des ressources disponibles.
- Une autre étape consiste à communiquer l'importance de l'enjeu tout en se basant sur des sources sûres et un bon raisonnement. Cette communication doit porter un message bien fondé, argumenté et convainquant car il permettra d'informer le public et les décideurs.

Les valeurs personnelles et professionnelles sont souvent congruentes. Généralement, on choisit une orientation, une profession qui possède des valeurs qui font échos aux siennes. Cependant les valeurs professionnelles et personnelles peuvent différer.

1.6.4. Problématique théorique et objet de recherche

Reprenons notre question de départ qui est :

Pour quelle(s) raison(s) la thérapie par contrainte induite n'est-elle pas plus utilisée par les ergothérapeutes dans la rééducation du membre supérieur parétique des patients ayant eu un AVC, alors que son efficacité a été démontrée ?

Par la suite, il est ressorti de notre enquête exploratoire que, les obstacles les plus couramment rencontrés et qui entravaient l'utilisation de la TCI par les ergothérapeutes interrogés étaient les contraintes institutionnelles. Cependant, certains ergothérapeutes parmi ceux interrogés sont tout de même parvenus à l'utiliser. Nous avons alors émis l'hypothèse, en nous appuyant sur le champ théorique de la psychologie, que ces ergothérapeutes-là ont réussi à l'utiliser en s'appuyant sur des preuves scientifiques montrant l'intérêt et l'efficacité de la TCI, mais également grâce à des composantes intrinsèques que sont les valeurs. Nous étions alors arrivés à la problématique suivante :

En quoi la pratique probante et les valeurs de l'ergothérapeute influencent le choix de l'utilisation de la TCI dans la rééducation du membre supérieur parétique des patients hémiparétiques post AVC ?

Le développement des concepts de pratique probante, valeurs personnelles et valeurs professionnelles a permis de faire des liens entre eux. Prenons le concept de pratique probante. Les premières phases consistent à identifier un problème et à partir de là, de se poser des questions. Ces réponses vont ensuite essayer de trouver des réponses par le biais de la recherche. Les valeurs sont également en lien avec l'analyse des résultats probants de la littérature. Nous avons également vu que les valeurs, qu'elles soient professionnelles ou personnelles influencent le choix de nos actions. En d'autres termes, ce sont entre autres ces valeurs qui vont guider l'ergothérapeute se diriger vers telle piste de recherche pour trouver la technique de rééducation la plus appropriée pour répondre à sa problématique. La pratique probante serait donc une valeur ? Cependant, si nos valeurs influencent tous nos choix et nos

actions, pourraient il en être de même pour celui d'utiliser la TCI, puisqu'elles tiennent également une grande place dans la défense des intérêts ? Ainsi, notre question de recherche serait :

Quelles valeurs animent les ergothérapeutes qui utilisent la TCI comme technique de rééducation du membre supérieur parétique d'un patient après un AVC ?

Ce qui nous emmène à l'objet de recherche suivant, qui sera le notre :

Rééducation du membre supérieur parétique des patients après un AVC : Etude des valeurs qui animent les ergothérapeutes qui utilise la thérapie par contrainte induite.

2. Matériel et Méthode

Nous expliquerons dans cette partie les modalités de l'enquête mise en place : le choix de la méthode et des outils, le déroulement de l'enquête, le test du dispositif.

2.1. Le Choix de la méthode :

Pour analyser l'objet de recherche, le choix d'une méthode clinique a été retenue. Cette méthode permet d'explorer des savoirs d'une population donnée. Notre objet de recherche porte entre autres sur les valeurs des ergothérapeutes, c'est à dire des caractéristiques, le plus souvent des qualités, qui les constituent, qui font partie d'eux. Nous cherchons donc à recueillir leur avis, leur ressenti, et pour cela, la méthode clinique était la plus adaptée. La méthode clinique permet de s'intéresser à la singularité, ici, de la personne. Cependant, avec cette méthode, les résultats ne sont en aucun cas généralisables du fait de la grandeur insuffisante de l'échantillon interrogé.

2.2. Population : critères d'inclusion et d'exclusion :

Notre objet de recherche s'intéresse aux valeurs des ergothérapeutes qui utilisent la TCI comme technique de rééducation du membre supérieur parétique de personnes ayant eu un AVC. Nous nous sommes alors intéressés à des ergothérapeutes exerçant en institution (SSR, CRF, MPR...) et utilisant la TCI dans la rééducation du membre supérieur parétique. Nous avons exclu les ergothérapeutes qui exerçaient la TCI auprès d'enfants. Puisque nous nous intéressons seulement aux adultes après un AVC. Ces ergothérapeutes constitueront donc la population que nous interrogerons pour notre enquête.

2.3. Choix de l'outil de recueil des données :

Afin de recueillir les données dont nous avons besoin pour notre enquête, nous avons choisi d'utiliser comme outil l'entretien. En effet, cet outil nous semblait être le plus approprié pour notre recherche car il permet de plus facilement recueillir les ressentis des personnes et c'est ce que l'on recherche ici. Parmi les techniques d'entretiens, nous avons choisi l'entretien semi-directif. En effet, il permet de poser des questions ouvertes pour que la personne interrogée puisse être assez libre de ses paroles et que les réponses ne soient pas trop induites par les questions, cependant, les questions sont construites afin d'emmener le sujet sur un thème bien précis.

2.3.1. Construction de l'outil de recueil de données

Pour se faire, la construction de cet entretien est d'abord passée par l'élaboration d'une matrice théorique sous la forme d'un tableau (cf. Annexe 7). Nous avons, dans un premier temps, indiqué les concepts traités dans la partie précédente. Puis de ces concepts ont découlé des éléments théoriques qui correspondent aux thèmes que nous voulons aborder, aux sujets sur lesquels nous voulons venir questionner les ergothérapeutes. Ensuite, pour chaque élément théorique, nous avons défini un ou plusieurs indicateurs. Ces indicateurs correspondent à des caractéristiques des éléments théoriques. Ce sont eux qui vont par la suite nous aider à analyser le contenu de nos entretiens. Nous saurons que si cet indicateur est évoqué par la personne interrogée, cela voudra dire qu'elle fait appel à l'élément théorique associé à celui-ci. Vient

ensuite les questions, qui constituent la matrice de questionnement, qui interroge soit les indicateurs, soit directement les éléments théoriques. Enfin, nous notons l'objectif de chaque question afin de vérifier que celle-ci soit pertinente et nécessaire.

2.3.2. Modalités des recueils de données

Dans un premier temps, nous avons dû chercher des ergothérapeutes correspondant à nos critères (cités ci-dessus). Pour se faire, nous avons commencé par faire un mail type dans lequel nous sollicitons les personnes qui le reçoivent, pour réaliser un entretien dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche. Nous expliquions également, entre autres, dans ce mail le sujet de mon mémoire, afin qu'ils aient tout de même une idée de ce dont on va parler mais sans trop leur donner d'indices non plus pour qu'ils ne puissent pas préparer leurs réponses à l'avance et ainsi avoir des réponses plus spontanées. Pour des raisons géographiques et par manque de temps, ces entretiens étaient téléphoniques et individuels.

2.3.3. Avantages et inconvénients de l'outil de recueil de données

L'entretien permet d'être en contact direct avec son interlocuteur et ainsi de recueillir plus facilement ses impressions et ressentis. Il permet également de pouvoir rebondir si, par exemple, la personne interrogée n'a pas compris la question posée, ce qui n'est pas le cas pour un questionnaire. De plus, l'entretien incite davantage à développer les réponses. Ce dispositif facilite aussi le rapport de confiance entre les deux interlocuteurs, ainsi des réponses peut-être plus intimes peuvent être données. Cependant, les entretiens ne nous permettent pas d'avoir un grand échantillonnage.

2.3.4. Biais de l'outil de recueil de données

Le principal biais du dispositif, dans notre cas, est le fait que les entretiens soient téléphoniques. En effets, cela ne permet pas d'avoir vraiment connaissance, physiquement, de la personne interrogée. De plus, il est difficile par téléphone de se rendre compte des éléments

de communication non verbaux, tels les gestes, les mimiques, etc. La personne qui mène l'entretien est de toute façon, elle-même déjà un biais.

L'autre biais important de notre dispositif d'entretien est le choix des indicateurs. En effet, chaque variable possède beaucoup d'indicateurs mais il est impossible de tous les traiter, sachant que ce dossier ne traite que d'une initiation à la recherche et que pour le coup, il ne s'agit que de courts entretiens.

2.4. Déroulement de l'enquête

Nous avons donc appelé, au jour et à l'heure convenus, les ergothérapeutes participant à notre enquête. Nous menions l'entretien en posant les questions de notre matrice de questionnement. Lors du premier entretien, les questions se sont enchaînées les unes à la suite des autres sans forcément de liens entre les discussions et les questions suivantes. Ceci s'est amélioré au fur et à mesure des entretiens, en ne nous cantonnant pas seulement aux questions de la matrice mais en utilisant également des questions permettant d'approfondir certains propos. Cela paraissait plus naturel. Nous avons utilisé les deux outils cités précédemment pour enregistrer chaque entretien. Pour les deux premiers entretiens, nous nous sommes aperçus, à la fin de ceux-ci, que l'enregistrement par le bief de l'application du téléphone n'avait pas fonctionné. Mais heureusement, le dictaphone, lui a très bien fonctionné et a permis par la suite, la retranscription et l'analyse des données des entretiens. Pour le dernier entretien, les deux enregistreurs ont parfaitement fonctionné. Ces entretiens ont par la suite été retranscrit manuellement (cf. Annexes 8, 9, 10).

2.5. Test du dispositif :

Afin de tester notre dispositif de recherche, nous avons soumis nos questions à une cohorte test. Il s'agit d'une population éclectique. Nous avons voulu tester ces questions auprès de personnes ergothérapeutes pratiquant la TCI, d'étudiants en ergothérapie, ainsi que de personnes qui ne sont pas ergothérapeutes. Nous avons ainsi voulu élargir et varier notre cohorte test afin de vérifier que les questions soient accessibles et compréhensives par tous, mêmes à ceux qui ne connaissent et/ou ne pratiquent pas l'ergothérapie et/ou la TCI. Ces tests nous ont

permis de retravailler la formulation de certaines questions mais aussi d'en supprimer certaines qui auraient mené à des réponses redondantes. Au même moment où nous soumettions notre matrice de questionnement à une population test, nous avons également testé les dispositifs d'enregistrements.

2.6. Outils de traitement des données

Afin d'analyser les données de mes entretiens, notre choix s'est porté sur l'analyse thématique manuelle [31]. Le choix de l'outil s'est porté sur un tableau (cf. Annexe 11) afin de faciliter la comparaison des données, leur exploitation, ainsi que la lecture des résultats. Pour se faire, nous nous sommes servis de la matrice théorique de l'enquête pour faire un tableau d'analyse. Dans la première colonne du tableau sont répertoriés des thèmes. Ces thèmes correspondent aux indicateurs présents dans la matrice théorique. Dans la première ligne, ce trouve les différentes personnes interrogées, à savoir, pour des questions d'anonymat, **Ergothérapeute 1**, **Ergothérapeute 2** et **Ergothérapeute 3**. Ainsi, sur chaque ligne, nous aurons les réponses données par les différents ergothérapeutes pour chaque thème.

Nous avons également essayé d'analyser les résultats par occurrence, à l'aide du logiciel TagCrowd®. Pour se faire, nous avons pris la totalité du discours de la personne interrogée (en prenant soin d'en enlever les questions que nous avons posé) que nous avons transposé sur le logiciel. Cependant, les résultats obtenus n'étant ni concluants, ni exploitables, nous avons donc décidé de ne pas continuer l'analyse de données à travers cet outil.

3. Analyse des résultats

Il existe plusieurs façons d'analyser des résultats. Pour les résultats de l'enquête, j'ai choisi l'analyse thématique manuelle. L'analyse de contenu comprend, le plus souvent, trois étapes : la pré-analyse (lecture, repérage d'indices), l'exploitation (catégorisation) et l'interprétation. [31].

3.1. La pré-analyse

Pour commencer, j'ai retranscrit manuellement et mots pour mots les entretiens (cf. Annexes 8, 9, 10) que j'ai pris soin d'enregistrer, avec, bien entendu, l'accord de la personne interrogée. À la suite de cela, j'ai fait une relecture de chaque entretien et j'ai surligné les mots ou phrases clés, qui correspondaient aux réponses aux questions posées. Cette étape m'a permis par la suite de voir plus clairement les réponses précises données par les personnes avec lesquelles je me suis entretenue, qui s'étaient noyées parmi de longs discours.

3.2. L'exploitation

Ainsi, nous avons répertorié dans un tableau à doubles entrées, ces éléments repérés pour chaque entretien, en fonction de thèmes (cf. Annexe 11).

3.2.1 Généralités :

Dans cette partie *Généralités*, ont été répertoriés les données correspondantes à la pratique de la TCI, c'est-à-dire au protocole mis en place dans chaque institut. Cette information a de l'importance car c'est de ces protocoles mis en place que vont découler les ressentis, les impressions et donc les résultats des personnes interrogées. Autrement dit, ces protocoles, la façon dont la TCI est pratiquée peut refléter la personnalité du thérapeute et à l'inverse, l'ergothérapeute n'aura pas les mêmes impressions et résultats en fonction de la manière dont la TCI est utilisée.

En ce qui concerne les protocoles, ceux de l'ergothérapeute 1 et 2 semblent assez similaires : tous deux pratiquent la TCI sur un « groupe » (1.5, E1 ; 1.51, E2) de patient et en font « 1 à 2 par an » (1.56, E2). On observe cependant une différence avec l'ergothérapeute 3 qui lui pratique « en individuel » (1.104, E3). Par ailleurs, les 3 ergothérapeutes interrogés sélectionnent leurs patients en fonction de « critères d'inclusion » (1.114, E1) (ou d'« éligibilités » (1.59, E3)) pour bénéficier de la TCI. Quant au lieu d'exercice de leur profession, l'ergothérapeute 1 et le 3 travaillent dans un service « MPR » (1.13, E3), quant à

l'ergothérapeute 2, il travaille dans un « SSR » (1.6, E2). Autrement dit, leurs conditions de pratique sont sensiblement les mêmes pour les 3 ergothérapeutes.

3.2.2. *Pratique probante : données probantes de la TCI*

Dans cette partie concernant la pratique probante, nous remarquons que pour chaque question, chaque personne a donné des réponses différentes. Nous pouvons observer que les 3 ergothérapeutes interrogés ont découvert la TCI de manière différente : le premier en a « entendu parler à l'école d'ergo » (1.27, E1) puis a été formé par l'« ANFE » (1.28, E1), le second l'a découvert lorsqu'il a commencé à exercer à l'endroit « où il travaille actuellement » (1.14, E2) et c'est le personnel déjà formé qui l'a initié, quant au troisième, il a connu la TCI lors d'une convention (« journée consacrée à la spasticité » (1.16, E3)), puis s'est documenté lui-même par la suite.

Lorsque nous demandons aux ergothérapeutes les sources sur lesquelles ils s'appuient pour pratiquer la TCI, le premier cite « TAUB et je ne sais plus quoi » (1.47-48, E1), le second n'a « aucune source » (1.33, E2), tandis que le troisième nous parle de « TAUB » (1.87, E3), « PAGE » (1.88, E3), « des thèses » (1.90, E3), « des protocoles expérimentaux » (1.91-92, E3), ainsi que de sources écrites par des « anglo-saxons » (1.89, E3), « des suisses » (1.93, E3) et des « canadiens » (1.90, E3).

En ce qui concerne la mise en place de la TCI à l'endroit où ils travaillent, là encore, les réponses sont totalement différentes, que ce soit au niveau de l'ancienneté (« plus de 2 ans » (1.23, E2) pour l'ergothérapeute 2, « 5-6 ans » (1.31, E1) l'ergothérapeute 1 et depuis « 2003 » (1.26, E3), autrement dit depuis 15 ans, pour l'ergothérapeute 3), des raisons pour lesquelles elle est maintenant utilisée par l'ergothérapeute au sein de son service (« projet » (1.37, E1) de service pour l'ergothérapeute 1, existait déjà pour l'ergothérapeute 2 et l'ergothérapeute 3 l'a mis en place « tout seul » (1.51, E3)) ou encore des objectifs de son utilisation ; les arguments évoqués pour qu'elle soit utilisée étaient, pour l'ergothérapeute 1, qu'elle permet « une autre façon de prendre en charge » (1.40, E1) les patients hémiplegiques, pour l'ergothérapeute 2, elle est proposée comme « suite à la rééducation » (1.31, E2) des patients et pour l'ergothérapeute 3,

il s'agissait d'une pratique « novatrice » (1.65, E3), «ce n'était pas une technique qui était difficile à mettre en œuvre » (1.59-60, E3) et avec des « arguments scientifiques » (1.62, E3) à l'appui.

3.2.3. Valeurs personnelles :

Au sujet des valeurs personnelles les trois ergothérapeutes en ont cité des différentes. Seule « l'honnêteté » (1.83, E1 ; 1.114, E2) revient pour les 2 premiers interrogés. Enfin, lorsqu'on leur demande si leurs valeurs personnelles sont en accord avec celles qu'ils attribuent à la TCI, ils s'accordent tous pour l'affirmer.

3.2.4. Valeurs professionnelles :

Lorsque nous avons demandé aux ergothérapeutes de nous dire les valeurs qu'ils attribuent à la TCI, plusieurs valeurs différentes sont énumérées, comme par exemple le fait que ce soit une thérapie « hyper valorisante » (1.70-71, E1), « dynamique » (1.142, E3), « concluante » (1.44, E2), avec de l'« espoir » (1.114, E3), etc. Cependant, les ergothérapeutes 1 et 2 s'accordent pour dire que la TCI permet d'avoir des « objectifs très ciblés » (1.66, E1) et donc une rééducation plus « précise » (1.100, E2). Les ergothérapeutes 2 et 3 mettent également tous 2 en avant les « résultats » (1.42, E2 ; 1.108, E3) prometteurs de cette thérapie.

Une des questions de cette dernière partie concernait les valeurs de l'ergothérapie. Les ergothérapeutes 1 et 2 mettent tous les deux la notion de « qualité de vie » (1.93, E1) et de « vivre... mais bien » (1.142, E2) en avant. Le premier ergothérapeute évoque d'autres valeurs tel que le « projet de vie » (1.94, E1) ou encore le fait que le patient soit acteur de sa PEC. Le troisième ergothérapeute, quant à lui, dit ne pas attribuer de valeur particulière à la profession.

La question qui suivait concernait la confrontation entre les valeurs professionnelles et personnelles. N'ayant pas répondu à la question précédente, nous n'avons pas pu l'évoquer avec l'ergothérapeute 3. Les deux autres ergothérapeutes, en revanche se rejoignent pour affirmer que leurs valeurs professionnelles et personnelles « sont en accord » (1.100, E1). Ils ajoutent

également que si ça n'était pas le cas, ils seraient en « contradiction avec soi-même » (l.101, E1) ou encore qu'ils deviendraient des « robots » (l.158, E2).

Puis nous leur avons demandé de nous donner leur avis sur la TCI. L'ergothérapeute 2 et l'ergothérapeute 3 évoquent une limite concernant « l'environnement » (l.174, E2) des services qui ne « sont pas organisés pour faire ça » (l.158, E3). Un autre argument est énoncé par l'ergothérapeute 1 et l'ergothérapeute 3. Il s'agit de « mettre en place » (l.107, E1) de la TCI. Cependant, l'un le considère comme un obstacle, tandis que l'autre le perçoit comme un élément facilitateur. Enfin, l'ergothérapeute 2 parle de « l'effet du groupe » (l.168, E2) qu'il qualifie comme pouvant être les deux à la fois, un avantage comme un inconvénient à la pratique de la TCI.

Ensuite, les 3 ergothérapeutes s'entendent sur le fait que les valeurs personnelles de chacun « impactent » (l.128, E1) leur manière de pratiquer la TCI. Puis, de nombreux arguments divers et variés ont été cités par les 3 ergothérapeutes concernant les éléments obstacles et facilitateurs à la mise en place de la TCI dans un service. Cependant, un argument se retrouve dans le discours de l'ergothérapeute 2 et 3. Il s'agit de celui des « contraintes économiques » (l.179, E3) imposées par l'institution. Quant à l'ergothérapeute 1, elle considère qu'il n'y a « rien d'insurmontable » (l.147, E1) à la mise en place de la TCI, malgré les obstacles cités.

Pour terminer cette analyse des données, nous leur avons demandé l'impact que pouvait avoir la TCI sur leur identité professionnelle. Les ergothérapeutes 1 et 2 pensent que cette technique était une « carte de plus » (l.149-150, E1) dans leur bagage autrement dit, que cela leur permettait d'être « plus polyvalent » (l.259-260, E2) dans leur prise en soins. Ils disent donc tous les deux que la TCI leur donne une image positive, contrairement à l'ergothérapeute 3 qui lui, insiste plus sur le « négatif » (l.281, E3) que d'autres personnes peuvent avoir sur la TCI mais aussi sur lui, la pratiquant.

4. Discussion

Après avoir analysé les résultats, nous les soumettrons à notre interprétation dans cette partie et ainsi nous verrons en quoi les résultats obtenus répondent à nos questionnements.

4.1. L'interprétation des résultats :

Afin que l'interprétation des résultats soit plus claire, nous avons découpé cette partie en différentes sous-parties, qui correspondent à nos concepts.

4.1.1. Généralités

Dans la partie généralités, on peut s'apercevoir que ce qui diffère principalement est le protocole mis en place par les différents ergothérapeutes. En effet, l'ergothérapeute 3 utilise la TCI « en individuel » (1.104, E2) alors que les 2 autres l'utilise en « groupe » (1.5, E1 ; 1.51, E2) et sont donc contraints de réaliser que 2 sessions par an maximum. La pratique « en individuel » (1.104, E2) pourrait être une alternative au protocole de base de la TCI et permettre d'en faire bénéficier à un plus grand nombre de patient.

4.1.2. Données probantes

Nous pouvons nous apercevoir que les 3 ergothérapeutes interrogés n'ont pas eu connaissance de la TCI de la même manière : l'un en a entendu parler « à l'école » (1.27, E1) puis a suivi « une formation ANFE » (1.27-28, E1), un autre a eu une formation informelle, puisque ce sont les ergothérapeutes déjà formés à la pratique qui le lui « ont enseigné » (1.15, E2) et le dernier est autodidacte. Nous pouvons imaginer que cela a un impact sur les connaissances de la TCI. Les recherches ont été plus profondes et complètes par l'ergothérapeute qui a fait ses recherches lui-même, d'autant plus que ses recherches ont duré approximativement 5 ans. Je pense que de cette manière, la personne accède aux résultats, essais et protocoles expérimentaux dans les autres pays et surtout, ne reste pas sur le protocole en lui-

même, mais peut élargir le sujet autant qu'il le souhaite. La façon dont la TCI a été enseignée à bien évidemment son importance. Les différentes manières de former ont eu une influence sur les réponses des ergothérapeutes. On le retrouve par ailleurs dans leurs réponses quand nous leur demandons de nous citer leurs sources : l'ergothérapeute 2, qui a été formé par ses collègues n'a « aucune source » (1.33, E2), l'ergothérapeute 1, qui a eu une « formation ANFE (1.28, E1) » peut citer le nom de « TAUB » (1.47, E1) uniquement, alors que l'ergothérapeute 3 qui a fait ses propres recherches, est capable d'énumérer tous les types de documents sur lesquels il s'est appuyé. Une formation sur le tas, par l'équipe, va durer approximativement une journée, « une formation ANFE » (1.27-28, E1) va se faire sur plusieurs jours, tandis que les recherches de l'ergothérapeute 3 ont duré 5 ans. On ne peut donc pas avoir les mêmes connaissances en fonction de la durée de la formation.

Cette différence de formation et d'informations se ressent également dans les réponses, de façon plus générale. Les réponses de l'ergothérapeute 3 sont plus profondes, plus poussées et donc moins courantes que les réponses données par les deux autres ergothérapeutes qui elles sont plus générales. La différence d'expérience, c'est à dire de la durée depuis laquelle les ergothérapeutes utilisent la TCI, influence également sur les réponses données car ils n'ont pas le même recul sur la pratique de la TCI. De plus, parmi les 3, un seul a décidé de la mettre en place lui-même, « tout seul » (1.51, E3), tandis que pour les autres, la TCI était déjà mise en place ou il s'agissait d'une demande d'un tiers et donc d'un projet de service. Ainsi, l'engagement dans la pratique est différent s'il s'agit de son propre projet ou de celui d'un autre car lorsqu'il s'agit de son projet, il faut argumenter ce pour quoi on veut la mettre en place, celle-ci plutôt qu'une autre, ce qu'elle peut apporter de plus. Ce combat n'est nécessairement pas mené si la TCI est déjà en place, ou si ce projet n'est pas le sien et qu'on est que l'exécuteur de ce projet. Les arguments pour mettre en place la TCI ne sont donc pas les mêmes en fonction des ergothérapeutes interrogés. Les deux premiers ergothérapeutes interrogés évoquent l'argument de la rééducation en elle-même (« « une autre façon » de les prendre en charge » (1.40, E1), « suite de rééducation » (1.31, E2)) tandis que l'ergothérapeute 3 invoque plutôt les arguments scientifiques, arguments que les deux autres ergothérapeutes ne pouvaient pas citer ne connaissant pas les sources de ces données scientifiques. Encore une fois, la manière dont ils ont été formés à l'utilisation de la TCI a influencé leurs réponses.

4.1.3. Valeurs personnelles

Une autre question consistait à savoir quelles étaient les valeurs personnelles des ergothérapeutes. A l'aide du schéma sur la *théorie des valeurs* de Schwartz (2006) (cf. Annexe 6) [25], nous avons tenté d'interpréter les valeurs communiquées par les ergothérapeutes interrogés. Ainsi, on trouve que les ergothérapeutes 1 et 2 partagent des valeurs appartenant aux mêmes catégories, à savoir celles de la continuité et du dépassement de soi. Pour l'ergothérapeute 3, ses valeurs font parties de ces deux mêmes catégories, mais également de celle de l'affirmation de soi. Cela pourrait expliquer la différence de discours qu'il y a entre l'ergothérapeute 3 et les 2 autres ergothérapeutes. Malgré le fait que les trois ergothérapeutes aient donné des valeurs différentes, elles se ressemblent tout de même et sont cohérentes. Pour ma part, on peut dire que lorsqu'on « s'engage » (1.190, E3), c'est dans quelque chose à laquelle « on croit » (1.83, E1) et « s'engager » (1.190, E3), c'est également « s'engager au meilleur niveau où on peut le faire » (1.190, E3). Mais avant tout, « faire ce en quoi on croit » (1.83, E1), « s'engager » (1.190, E3) et « s'engager au meilleur niveau où on peut le faire » (1.190, E3), c'est en quelque sorte une forme « d'honnêteté » (1.114, E2) et de « sincérité » (1.186, E3) et même de « respect » (1.186, E3) envers soi-même. Toutes ces valeurs sont donc reliées. Enfin, lorsque nous demandons s'ils pensent que les valeurs qu'ils attribuent à la TCI et les leurs sont en accord, nous obtenons un oui unanime, comme si cela était une évidence pour eux.

4.1.4. Valeurs professionnelles

Lorsque je demande aux ergothérapeutes de me donner leurs avis sur la TCI, les valeurs, qualités et avantages de cette technique de rééducation, là encore, nous observons deux types de qualificatifs. L'ergothérapeute 1 et l'ergothérapeute 2 donnent des arguments et des avantages qui sont très axés sur l'aspect rééducation : « objectifs très ciblés » (1.66, E1) et « bien précis » (1.43, E2), « l'effet de groupe » (1.93, E2) sur les résultats, « le retentissement réel » (1.66, E1) de la TCI sur les patients. Ils donnent ainsi des arguments très concrets. L'ergothérapeute 3, contrairement à eux, utilise des qualificatifs basés sur les sentiments, les souhaits ; il fonde de « l'espoir » (1.114, E3) dans cette technique de rééducation, il trouve qu'elle a une « valeur forte » (1.118, E3), « plus forte que les rééducations [...] standards » (1.143-144, E3) et la

qualifie « d'optimiste » (l.142, E3). La TCI sonne alors comme une conviction pour lui, un espoir dans l'avenir de la rééducation.

Concernant les valeurs du métier d'ergothérapeute, les ergothérapeutes 1 et 2 prônent le patient avant tout : sa « qualité de vie » (l.93, E1), son « projet de vie » (l.94, E1), sa place d'acteur dans sa prise en soins, « le vivre... mais bien » (l.142, E2). D'ailleurs, l'ergothérapeute 2 résume bien cela en disant que « par rapport aux autres métiers de la santé qui apportent des années à la vie, nous (les ergothérapeutes) on apporte de la vie aux années. » (l.138-139, E2) L'ergothérapeute 3 répond à cette question qu'il n'accorde pas de valeurs particulières à l'ergothérapie. Il dit « qu'il n'y a pas de motivation intrinsèque, de l'intérêt » (l.205, E3), « on rencontre quelqu'un qui te parle de ça, tu te dis bon bah je vais aller voir et puis après on y reste quoi. » (l.206-207, E3) Or, comme le disent mesdames Peoc'h N. et Ceaux (2012) dans leur livre sur *les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé...* : « définir ces valeurs professionnelles et institutionnelles, c'est déjà porter un projet en soi en termes de prise de conscience. » [26] et l'ergothérapeute 3 nous a précédemment confié que l'utilisation de la TCI était un projet qu'il avait lui-même mis en place, seul. Si l'on met des projets en place, c'est que l'on attribue des valeurs à notre profession, sinon cela n'est pas possible. Nous pouvons penser que l'ergothérapeute attribue bien des valeurs à l'ergothérapie, cependant, il n'a pas souhaité nous les faire partager. Lors de notre entretien, il semblait sûr de lui et de sa pratique. Cette question a peut-être amené à un conflit de génération. S'intéresser aux valeurs est quelque chose d'assez récent. Ce concept est pour lui associé à celui de modèles conceptuels. Il a été sur la défensive. Sa réponse fait penser qu'il cherchait à défendre la pratique de sa génération. Nous pouvons dire qu'à ce moment précis où nous l'avons questionné, il n'était pas en congruence avec ce qu'il nous a dit.

A la question « est ce que vos valeurs professionnelles et personnelles sont en accords ? », les 2 premiers ergothérapeutes ont répondu oui, avec évidence. Ils ont évoqué que si ce n'était pas le cas, « on est en contradiction avec soi-même » (l.101, E1), qu'ils ne seraient plus eux « mais un robot » (l.158, E2). Malgré le fait que pour eux ce soit une évidence, je doute que cela le soit pour tout le monde. De plus, certaines personnes se retrouvent à pratiquer un métier qu'ils n'ont pas choisi ou qu'ils ont choisi par défaut, ou bien encore un métier que l'on appelle alimentaire, c'est à dire qu'il ne sert seulement qu'à rapporter de l'argent pour nourrir la famille.

La question n'a évidemment pas été évoquée avec l'ergothérapeute 3, étant donné sa réponse à la question précédente.

Dans la question suivante, nous leur demandons leur avis en ce qui concerne la TCI, ou autrement dit, les avantages et les inconvénients de cette technique de rééducation. Contrairement aux questions précédentes où les bons côtés étaient questionnés, dans cette partie, les côtés négatifs et les barrières de la TCI sont également évoqués. C'est intéressant de voir que l'ergothérapeute 1 et l'ergothérapeute 3 ont tous deux évoqués la même action qui est « la mise en place » (1.107, E1) de la TCI. Cependant, l'un le considère comme un avantage alors que c'est un inconvénient pour l'autre. Cet exemple montre que dans chaque acte il y a des avantages et des inconvénients et que, en fonction de la personnalité de chacun, ainsi que du contexte, on peut l'interpréter différemment. Autrement dit, un obstacle ou un inconvénient peut devenir un avantage en changeant notre manière de regarder les choses. Tout est une question de perception : voit-on le verre à moitié plein ou à moitié vide ? Un obstacle est toujours franchissable. Il n'y a rien « d'insurmontable » (1.147, E1) comme l'a signifié l'ergothérapeute 1.

Encore une fois, dans les réponses aux questions sur les valeurs professionnelles, on observe une différence entre les ergothérapeutes 1 et 2 et l'ergothérapeute 3. Le premier groupe évoque des conditions matérielles (« l'environnement » (1.174, E2), « la mise en place » (1.107, E1)...) pour répondre à la question des avantages et des inconvénients, comme lorsqu'est posée la question des éléments obstacles et facilitateurs à la mise en place de la TCI. L'ergothérapeute 3, quant à lui, parle d'attitude et d'influence (« culturelle » (1.66, E3) et « de mode » (1.215, E3)) en ce qui concerne les inconvénients. Lorsqu'il évoque les éléments obstacles et les facilitateurs, ce sont les caractéristiques et qualités que doivent avoir le thérapeute pour mener cette thérapie qui ressortent (« s'adapter » (1.180, E3), « relief » (1.264, E3), « charismatique » (1.267, E3), « capacité » (1.258, E3), « croyance » (1.256, E3) ...). Un élément considéré comme obstacle revient cependant dans le discours de l'ergothérapeute 2 et 3. Il s'agit des « contraintes économiques » (1.179, E3) et financières que peuvent entraîner l'utilisation de la TCI. A l'heure actuelle, les institutions ont des objectifs financiers, de rentabilité. Cependant, cet argument est apporté en disant que cela peut être un obstacle, mais ce ne l'est pas dans leur pratique à eux. Cela pourrait encore signifier que l'on peut trouver des solutions aux problèmes et obstacles rencontrés.

Nous leur avons par la suite demandé s'ils trouvaient que leurs valeurs professionnelles influençaient leur pratique de la TCI. A cette question, un oui unanime a été prononcé et tous les 3 ont eu un discours semblable à la justification de leur réponse. L'ergothérapeute 2 a précisé que, « si nos valeurs ne nous permettent pas d'être un bon ergothérapeute bah on ne peut pas être un bon thérapeute dans toutes les pratiques que l'on va réaliser y compris la TCI » (1.226-227, E2), ce qui rejoint la réponse de l'ergothérapeute 1 lorsqu'elle dit que « les valeurs qu'on a, que la manière dont on gère notre métier au quotidien se ressent sur la façon dont on gère les groupes dans la TCI » (1.141-142, E1). L'ergothérapeute 2 parle également d'envie, laquelle est en accord avec les dires de l'ergothérapeute 3 : « on ne peut pas utiliser des techniques auxquelles on ne croit pas » (1.248, E3). Concernant l'ergothérapeute 3, compte tenu de sa réponse fournit au sujet des valeurs professionnelles, nous n'avons pas jugé nécessaire d'apporter le qualificatif de « professionnelles » aux valeurs.

Nous terminerons cette interprétation des résultats sur l'influence de la TCI sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute qui la pratique. L'opinion des deux premiers ergothérapeutes à ce sujet s'oppose une fois de plus à celle de l'ergothérapeute 3. L'ergothérapeute 1 et l'ergothérapeute 2 voient la TCI comme un apport en plus, une particularité qui leur permettent d'être « plus polyvalent » (1.259-260, E2) dans leur pratique. Ils se comparent alors aux autres ergothérapeutes. Ainsi, ils considèrent que la TCI apporte un aspect positif à leur identité professionnelle. En revanche, l'ergothérapeute 3 s'enquiert du regard des autres sur sa pratique et évoque un point de vue qui peut être « hard » (1.279, E3) et « négatif » (1. 281, E3). Encore une fois, cet exemple montre bien que tout est une question de point de vue et de contexte.

4.2. Éléments de réponse à l'objet de recherche

Faisons un rappel concernant l'objet de recherche afin de comprendre les éléments de réponses que l'enquête a apporté. Il s'agit de :

Rééducation du membre supérieur parétique des patients après un AVC : Etude des valeurs qui animent les ergothérapeutes qui utilise la thérapie par contrainte induite.

Les réponses de l'enquête montrent l'importance de la pratique probante dans la pratique de l'ergothérapie et plus précisément de la TCI. En réalité, le phénomène de pratique probante démarre d'un questionnement dû à une problématique d'un patient. Or parmi les ergothérapeutes interrogés, peu de personnes l'ont fait ainsi. Soit le questionnement ne provient pas d'une situation (ergothérapeute 3), soit les recherches de données probantes ne sont pas réalisées par la personne (ergothérapeute 1). Le processus de la pratique probante n'a donc pas été réalisé entièrement par les ergothérapeutes interrogés. Cependant, nous avons pu observer la différence de connaissance des sources desquelles est issue la TCI et ainsi, le manque de recul sur la TCI. La pratique probante peut influencer par ailleurs sur l'adaptation de sa pratique, du protocole de TCI en fonction des patients. En effet, l'ergothérapeute 3 qui a effectué seul les recherches de données probantes sur la TCI, a plus de recul sur cette technique de rééducation que les deux autres ergothérapeutes qui eux ne l'ont pas fait seul. Complète ou non, sans la pratique probante, les ergothérapeutes n'auraient peut-être jamais utilisé la TCI. Nous pouvons donc supposer que la pratique probante peut-être une valeur qui anime les ergothérapeutes utilisant la TCI.

En ce qui concerne les concepts de valeurs (professionnelles et personnelles), nous avons obtenu plusieurs valeurs comme « l'honnêteté, la ponctualité, et le partage, la convivialité » (1.114-115, E2), « sincérité, respect et engagement » (1.186, E3), ou en « l'épanouissement » (1.81, E1), « faire ce en quoi on croit » (1.83, E1). Certes, ces éléments répondent à notre question de recherche, cependant ces résultats ne sont pas généralisables. De plus, les valeurs que l'on a sont encrées pour certaines depuis très longtemps, et ces valeurs seront propres à chacun. On retrouve tout de même certaines valeurs communes aux trois ergothérapeutes. Est-ce une coïncidence ou est-ce parce qu'ils utilisent tous les 3 la TCI ? Cette question pourrait avoir une réponse plus précise si une enquête était réalisée sur un échantillon plus grand. Il en est également ressorti que les obstacles ne sont pas insurmontables et que si on croit en ce qu'on fait ou ce qu'on souhaite faire, alors tout est possible. Cependant, les ergothérapeutes (2 et 3) soulignent également un obstacle majeur : la réalité économique des instituts. Cet obstacle se généralise depuis quelques années au milieu de la santé. Aujourd'hui, les ergothérapeutes arrivent encore à mettre la TCI en place malgré ça, en défendant ses valeurs. Mais jusqu'à quand les bienfaits d'une rééducation passeront prioritaires sur l'aspect économique ? Ce phénomène de rendement économique risque cependant de mettre à mal, en

France, des techniques de rééducation telle que la TCI dans les années à venir, à moins de mettre en place des adaptations.

4.3. Critiques du dispositif de recherche

La première critique que l'on peut faire au dispositif de recherche est le fait que nous ayons réalisé des entretiens téléphoniques. En effet, il est différent de se trouver face à face avec une personne et de passer par l'intermédiaire du téléphone. Face à face, il est plus facile d'observer les sentiments du thérapeute. Cela met également plus en confiance lorsque l'on peut mettre un visage sur la voix de la personne. De plus, la compréhension fut parfois plus compliquée par téléphone : certaines questions n'ont pas été entendues ou ont été déformés.

Le contexte de l'entretien est également important ; le lieu par exemple. Lors de mon premier entretien, l'ergothérapeute était avec ses enfants et intervenait auprès d'eux régulièrement, ce qui coupait notre entretien. L'ergothérapeute 2 quant à lui était dans une voiture au moment de l'entretien. Et enfin, l'ergothérapeute 3 se trouvait dans un endroit où la réception téléphonique n'était pas de bonne qualité. Il est principalement conseillé de réaliser les entretiens dans des endroits calmes, où l'on est à l'aise. Ces circonstances ont pu engendrer des sources de stress et ainsi influencer les réponses des entretiens, d'autant plus que les questions posées demandaient un minimum de réflexion. En effet, des « ha ! » (l.79, E1) de surprise, « heu... » (l.127, E2) de réflexion ou également des phrases telles « c'est une excellente question » (l.75, E1 ; l.79, E1) ou « j'ai jamais réfléchi à ça » (l.90, E1) sont souvent venues ponctuer les entretiens. Des réponses précipitées ont alors souvent été données. Cependant, la structure et le sens des questions peut également être remise en question. Les questions étaient peut-être trop ouvertes. Tout cela constitue des biais pour l'enquête.

Avec le recul, certains concepts, comme celui de valeur, auraient mérité d'être définis avant le début de l'entretien. Nous considérons que ce concept était universel, d'autant plus que l'incompréhension de ce concept n'était pas apparue lors des tests du dispositif de recherche. Mais il est vrai que si nous en donnons une définition avant, nous sommes alors sûr que tout le monde se comprend et sait de quoi il s'agit.

4.4. Propositions pour la pratique professionnelle

Dans cette partie, nous expliquerons les apports de notre recherche ainsi que les perspectives de recherches possibles dans l'avenir.

4.4.1. Apports et intérêts des résultats :

Les résultats obtenus lors de l'enquête peuvent servir à aider à l'argumentation dans l'utilisation de la TCI. En effet, ce mémoire d'initiation à la recherche pourrait servir de support dans la mise en place de la TCI car il montre à travers des témoignages qu'il est envisageable malgré les obstacles d'utiliser la TCI. Le contenu de ce mémoire peut éventuellement redonner espoir à ceux qui ont abandonné l'idée d'utiliser cette technique de rééducation et même pourquoi pas donner un regard nouveau sur cette pratique. Ce travail montre également l'importance de la pratique probante dans l'évolution de sa pratique.

Enfin, ce travail permet également de transmettre la notion de valeurs. En effet, il s'agit d'un concept fondamental souvent oublié. Il est important d'identifier ses propres valeurs afin de savoir si nos actes concordent avec nos valeurs. Ainsi, ce mémoire pourra rappeler aux personnes qui le liront qu'il faut parfois revenir aux bases pour une bonne pratique. De plus, comme le souligne Drolet M-J (2017), « lever le voile sur cette réalité axiologique pourrait peut-être aider les collègues des ergothérapeutes à mieux comprendre la posture éthique des ergothérapeutes ainsi que les décisions que ces derniers prennent et les actions qu'ils posent » [28]. Identifier ces valeurs n'est alors pas seulement pour se convaincre soi-même mais également les autres.

4.4.2. Limites des résultats

Cependant, une des limites de ce travail est le fait que les données ne soient pas généralisables du fait d'un échantillon trop faible. De plus, les critères d'exclusions n'étaient pas assez précis, ce qu'il fait que nous nous sommes retrouvés avec des personnes qui n'ont pas mis en place eux-mêmes la TCI. Or un des principaux questionnements de ce mémoire

interrogeait les éléments qui faisaient que certains ergothérapeutes arrivaient à utiliser la TCI et pas d'autres. Afin de découvrir ces éléments de réponses, nous aurions dû sélectionner seulement des ergothérapeutes ayant mis en place eux-mêmes la TCI au sein de leur structure. Une seconde limite des résultats de ce travail est qu'il ne concerne que les ergothérapeutes. L'avis d'autres professionnels auraient pu également venir enrichir ces résultats.

4.4.3. Perspectives de recherche

Pour conclure, nous donnerons des pistes de recherches, dans la continuité de celles menées dans ce travail, qu'il serait intéressant d'aller explorer. Nous avons fait le choix dans ce mémoire de se focaliser sur les ergothérapeutes qui utilisent la TCI afin de découvrir leurs valeurs ainsi que leur pratique probante. Cependant, il serait intéressant de comparer les données obtenues avec celles d'ergothérapeutes n'utilisant pas la TCI, afin de pouvoir comparer. Cela apporterait une réponse plus précise à la question : les valeurs et la pratique probante jouent-elles réellement en rôle dans la prise de décision d'utiliser la TCI dans la rééducation du membre supérieur parétique des patients ayant eu un AVC ? Il faudrait également que l'échantillon soit plus grand que celui utilisé ici. Aussi, une méthode différentielle pourrait être intéressante. Le regard d'autres praticiens sur l'ergothérapie et l'ergothérapeute pourraient également venir compléter les résultats obtenus.

Pour ma part, ce travail m'a permis de découvrir ce qu'était la recherche. Je trouve cela passionnant mais très prenant. De plus, le fait qu'une recherche n'ait jamais de fin est très frustrant. Cette expérience a été néanmoins très enrichissante, et je serai prête à la renouveler dans l'avenir.

En s'appuyant sur les résultats obtenus lors de cette recherche, et notamment sur les obstacles institutionnels, nous pourrions nous pencher sur la question, qui sort néanmoins du domaine spécifique de l'ergothérapie :

Quels intérêts aurait la santé publique à utiliser la TCI comme technique de rééducation du membre supérieur parétique des patients ayant eu un AVC ?

Bibliographie :

- [1] INSERM. Accident Vasculaire Cérébral (AVC). Octobre 2013. [En ligne]. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/accident-vasculaire-cerebral-avc>. Consulté le 20 septembre 2017.
- [2] Service Public. Prise en charge d'une affection de longue durée (ALD) par l'Assurance maladie. Mars 2017. [En ligne]. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34068>. Consulté le 3 octobre 2017.
- [3] HAS. Actes et Prestations – Affection de longue durée, Accident Vasculaire Cérébral Invalident. Janvier 2016. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/07-042-traceur_liste-adl-avc.pdf. Consulté le 3 octobre 2017.
- [4] INSEE. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. Juillet 2006. [En ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826#titre-bloc-8>. Consulté le 10 octobre 2017.
- [5] Organisation Mondiale de la Santé. Thèmes de santé : Accident vasculaire cérébral (AVC) http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/fr/
- [6] K. UCHINO, J.PARY, J.GROTTA. Urgences neurovasculaires, L'accident Vasculaire Cérébral dans le service des urgences p 234, édition Elsevier 2009
- [7] De Morand A, Pratique de la rééducation neurologique, 2e édition, édition elsevier masson, 2014, 309p
- [8] HAS. Recommandation de bonne pratique, Accident Vasculaire Cérébral: méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte. Juin 2012. [En ligne] https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1334330/fr/accident-vasculaire-cerebral-methodes-de-reeducation-de-la-fonction-motrice-chez-l-adulte. Consulté le 6 octobre 2017
- [9] HAS. Recommandation de bonnes pratiques, Accident vasculaire cérébral : méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte. Juin 2012. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-11/11irp01_synt_avc_methodes_de_reeducation.pdf . Consulté le 22 octobre 2017.
- [10] OMS. Thèmes de santé : Accident Vasculaire Cérébral (AVC). 2018. [En ligne] http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/fr/. Consulté le 27 octobre 2017

- [11] Yelnik A, Daniel F, Griffon A. Actualités dans la prise en charge de l'AVC, XVe journée de Manucourt. Montpellier : Sauramps Medical ; 2010 : p190.
- [12] Roby-Bramy A, Combeaud M, Bennis N, Fuchs S, Mokthari M, Bussel B ; Récupération de la préhension chez l'hémiplégique ; La préhension ; Paris ; Springer-Verlag ; 2000, p80-84
- [13] Taub E et al. Effect of Constraint-Induced Movement Therapy on Upper Extremity Function 3 to 9 Months After StrokeThe EXCITE Randomized Clinical Trial. JAMA, 2006 ; 296 (17) : 2095-2104
- [14] HAS. Etat des lieux, Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. Avril 2013. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf. Consulté le 22 octobre 2017
- [15] Dromerick A.W. Very Early Constraint-Induced Movement During Stroke Rehabilitation (VECTORS). Neurology 73. 2009 : 195-201
- [16] Brogårdh C et al. Shortened constraint-induced movement therapy in subacute stroke – no effect of using a restraint: a randomized controlled study with independent observers ; J Rehabil Med 2009; 41: 231–236
- [17] Page S-J et al. Stroke patients' and therapists' opinions of constraint-induced movement therapy. Clinical Rehabilitation 2002; 16: p55–60
- [18] Mogavero F. A. ot clinicians' perspectives of constraint, induced movement therapy, Thèse en Sciences de l'ergothérapie, Faculté D'Youville College, Buffalo, New York ; 2009 : p100
- [19] Drolet M-J. De l'éthique à l'ergothérapie : la philosophie au service de la pratique ergothérapique. 2^e édition. Québec : Presses de l'Université du Québec ; 2014 : p400
- [20] Boivin B. La pratique fondée sur les données probantes, Un enjeu clé pour la profession d'ergothérapeute. Mémoire en ergothérapie, Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie, Paris ; 2016 : p54
- [21] TAYLOR M.C. Evidence-based practice for occupational therapists, Seconde édition. Oxford : Blackwell Publishing Ltd, 2007 : p208
- [22] Meyer S. Démarches et raisonnements en ergothérapie. Lausanne : L'Ecole d'Etudes sociales et pédagogiques : 2007 ; p217

- [23] Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique ministère de la santé et des sports. Diplôme d'état d'ergothérapeute référentiel de compétences. BO Santé – Protection sociale – Solidarité. 2010 ; (7) : p 177-248.
- [24] Fray, A-M, et Picouleau S. Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail. *Management & Avenir*. 2010 ; 38 (8) : 72-88. [En ligne] <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2010-8-page-72.htm>. Consulté le 20 avril 2018
- [25] Schwartz S.H. Les valeurs de base de la personne : théorie, mesures et applications. *Revue française de sociologie*. 2006 ; 47 (4) : 929-968. [En ligne] https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=RFS_474_0929 Consulté le 20 avril 2018
- [26] Péoc'h N, Ceaux C. Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé... L'apport compréhensif d'une recherche décisionnelle menée au CHU de Toulouse. *Recherche en soins infirmiers*. 2012 ; 108 (1) : 53-66. [En ligne] <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-1-page-53.htm>) Consulté le 20 avril 2018.
- [27] Drolet M-J, Désormeaux-Moreau M. Les valeurs des ergothérapeutes : résultats quantitatifs d'une étude exploratoire. *BioéthiqueOnline* 3/21 ; 2014 : p16
- [28] Drolet M-J. L'ergothérapeute : un professionnel de la santé? Vraiment? Dans quelle mesure. *BioéthiqueOnline* 6/8 ; 2017 : p6.
- [29] Drolet M-J, Maclure J. Les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie : perceptions d'ergothérapeutes. *Approches inductives*. 2016 ; 3 (2) : 166–196 [En ligne] <https://www.erudit.org/fr/revues/approchesind/2016-v3-n2-approchesind02709/1037918ar/> Consulté le 20 avril 2018.
- [30] Kirsh B.H. Transformer les valeurs en action : La défense des intérêts en tant qu'impératif professionnel. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2015 ; 82 (4) : p13
- [31] Martin A, Adele S, Reutenauer C. Stratégies du voyageur : analyse croisée d'entretiens semi-directifs. 13ème Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles. Nice. 2016, p12. [En ligne] (<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01360164/document>) Consulté le 20 avril 2018.

SOMMAIRE ANNEXES :

<u>ANNEXE 1 : REVUE DE LITTERATURE</u>	<u>58</u>
<u>ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE DE L'ENQUETE EXPLORATOIRE.....</u>	<u>59</u>
<u>ANNEXE 3 : ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE EXPLORATOIRE.....</u>	<u>63</u>
<u>ANNEXE 4 : ETAPES DE LA PRATIQUE PROBANTE.....</u>	<u>69</u>
<u>ANNEXE 5 : REFERENTIEL DE COMPETENCES DES ERGOTHERAPEUTES</u>	<u>70</u>
<u>ANNEXE 6 : THEORIE DES VALEURS</u>	<u>76</u>
<u>ANNEXE 7 : MATRICE THEORIQUE DE L'ENQUETE :.....</u>	<u>77</u>
<u>ANNEXE 8 : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC ERGO 1.....</u>	<u>79</u>
<u>ANNEXE 9 : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC ERGO 2.....</u>	<u>85</u>
<u>ANNEXE 10 : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC ERGO 3.....</u>	<u>95</u>
<u>ANNEXE 11 : ANALYSE DES DONNEES DES ENTRETIENS</u>	<u>105</u>

Annexe 1 : Revue de littérature : Sélection d'articles issus de bases de données selon différents critères

Recherche documentaire : 4933 documents trouvés	Mots clés :	Bases de données	Total (sans filtre)	Sélection par titre	Sélection par résumé	Sélection par lecture du titre (en rapport avec le sujet)	Sélection selon l'accès (payant/gratuit/disponible)
	En Français : - « thérapie par contrainte induite » - AVC	Summon (BU AMU ²⁰)	105	3	1	3	3
Google Scholar		62	<u>3</u>		<u>2</u>	<u>2</u>	
Science Direct		107	<u>3</u>	1	3	3(<u>2</u> +1)	
En Anglais : - « constraint induced therapy » - post stroke	Summon (BU AMU)	288	0	6	3	3	
	Google Scholar	4290	38		18	18	
	Science Direct	54	0	1	0	0	
	Cochrane Library	23	1	7	8	5	
	DART ²¹ -Europe	4			4	4	

2 : Documents retrouvés dans plusieurs bases de données

²⁰ Bibliothèque Universitaire Aix-Marseille Université

²¹ Digital Access to Research Theses

Annexe 2 : Questionnaire de l'enquête exploratoire

La thérapie par contrainte induite pour les personnes hémiparétiques post AVC

Le présent questionnaire constitue l'enquête exploratoire de mon mémoire. Il a pour but de réaliser un état des lieux de la pratique de la thérapie par contrainte induite auprès des personnes hémiparétiques suite à un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) par les ergothérapeutes dans les centres de rééducation fonctionnelle.

Sont concernés par ce questionnaire, les ergothérapeutes exerçants ou ayant exercé dans un centre de rééducation fonctionnelle accueillant des patients hémiparétiques suite à un AVC.

La connaissance et la pratique de la thérapie par contrainte induite ne sont pas spécialement requises.

Je vous serai reconnaissante de bien vouloir remplir ce questionnaire si vous êtes concerné, cela vous prendra une dizaine de minutes.

Questions :

Question 1 : POUR TOUS

- Combien d'ergothérapeutes travaillent au sein de votre institut ?

→ objectif : savoir si tout le monde a répondu (ou non) au questionnaire (nombre de réponses attendues)

Question 2 : POUR TOUS

- Connaissez-vous la thérapie par contrainte induite ?

→ objectif : savoir si bcp connaissent la TCI (pourcentage d'ergo qui connaissent la TCI)

Question 3: SI REPONSE NEGATIVE A LA QUESTION 2

- Souhaiteriez-vous avoir des informations concernant cette technique de rééducation ?

→ objectif : savoir s'il s'agit d'un manque d'infos ou un désintérêt total pour la TCI

Question 4 : SI REPONSE POSITIVE A LA QUESTION 2

- Comment avez-vous connu cette technique de rééducation ?

→ objectif : les outils par lesquels la TCI est communiquée

Question 5 : SI REPONSE POSITIVE A LA QUESTION 2

- Pratiquez-vous la thérapie par contrainte induite (ou sa version modifiée) comme technique de rééducation au sein de votre centre ?

→ objectif : pourcentage d'ergo pratiquant la TCI

Question 6: SI REPONSE NEGATIVE A LA QUESTION 5

- Pour quelles raisons n'utilisez-vous pas cette technique de rééducation au sein de votre centre ?

→ objectif : barrières

Question 7: SI REPONSE NEGATIVE A LA QUESTION 5 :

- Si nous faisons abstraction des contraintes et barrières institutionnelles (manque de temps, de moyens...), souhaiteriez-vous pouvoir utiliser cette technique dans la rééducation du membre supérieur de vos patients hémiparétiques post AVC ?

→ objectif : manque de moyens ou d'envie ?

Question 8: SI REPONSE POSITIVE A LA QUESTION 5

- Pourquoi utilisez-vous cette technique de rééducation-ci plutôt qu'une autre ?

→ objectif : les avantages de la TCI

Question 9 : SI REPONSE POSITIVE A LA QUESTION 5

- Avez-vous été formé à l'utilisation de cette technique de rééducation ?

→ objectif : formation indispensable ?

Question 10 : SI REPONSE POSITIVE A LA QUESTION 5

- Quel protocole utilisez-vous avec vos patients ?

→ objectif : le protocole le plus mis en place, la façon dont est utilisée la TCI

Question 11 : SI REPONSE POSITIVE A LA QUESTION 5

- Avez-vous connaissance des méthodes et modes de compensation pour réduire la pénibilité du protocole de mise en place de la thérapie par contrainte induite ?

Question 12 : SI REPONSE POSITIVE A LA QUESTION 11

- Quels sont les méthodes et modes de compensation pour réduire la pénibilité du protocole de mise en place de la thérapie par contrainte induite que vous connaissez ?

Question 13 : SI REPONSE POSITIVE A LA QUESTION 5

- Comment vos patients accueillent-ils la thérapie par contrainte induite ?

→ objectif : ressenti, appréhension, vécu des patients (vu par les praticiens)

Question 14 : SI REPONSE POSITIVE A LA QUESTION 5

- Quels résultats avez-vous observés suite à l'application de cette technique de rééducation ?

→ efficacité ou non de la méthode sur le terrain

Question 15 : SI REPONSE POSITIVE A LA QUESTION 2

- Quels sont, d'après vous, les avantages et les inconvénients de cette technique de rééducation ?

Question 16 : SI REPONSE POSITIVE A LA QUESTION 2

- Quel avis portez-vous sur la thérapie par contrainte induite ?

Remarques : **POUR TOUS**

Et voilà, c'est déjà terminé !

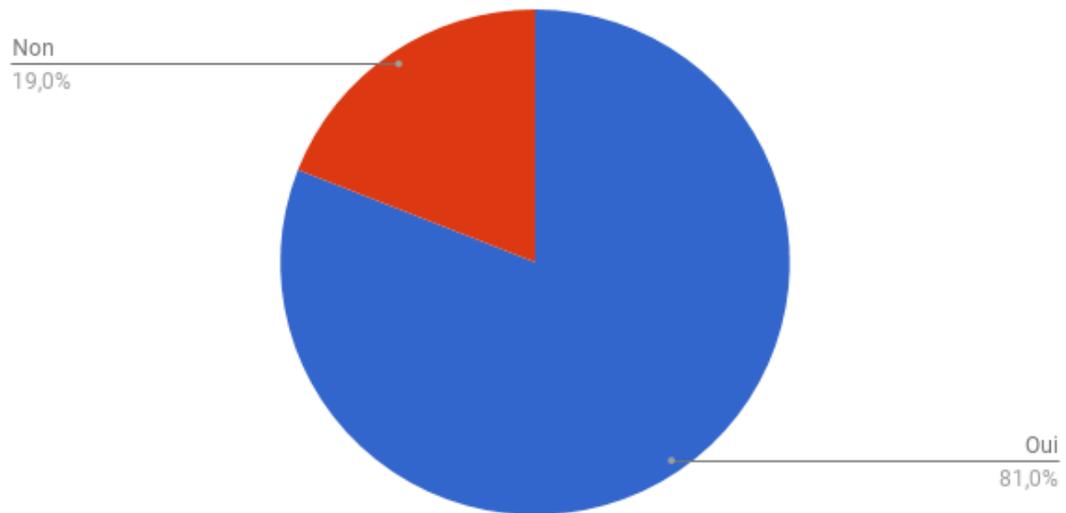
Je vous remercie du temps que vous avez consacré à répondre à ce questionnaire.

Votre aide me sera précieuse à la réalisation de mon mémoire.

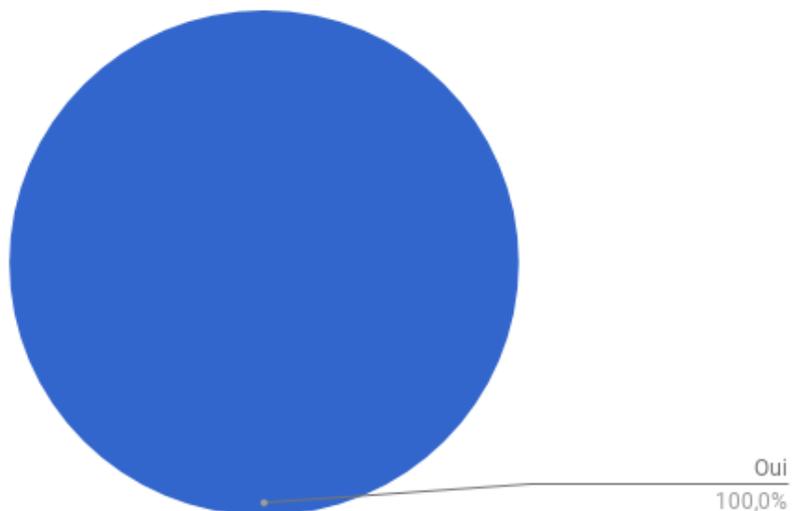
En vous souhaitant une bonne journée

Annexe 3 : Analyse des résultats de l'enquête exploratoire :

Question 2 : Connaissez-vous la thérapie par contrainte induite ?



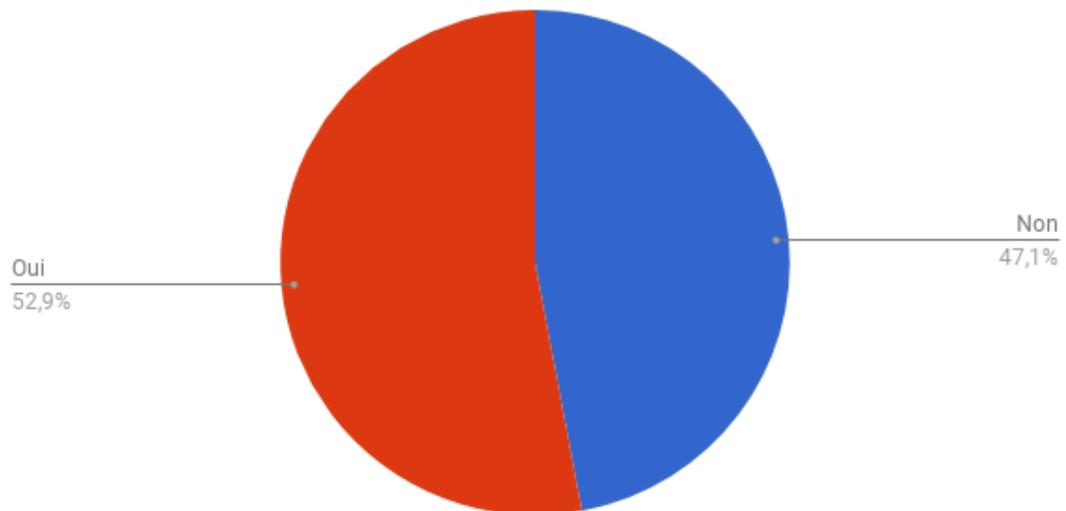
Question 3 : Souhaiteriez-vous avoir des informations concernant cette technique de rééducation ?



Question 4 : Comment avez-vous connu cette technique de rééducation ?



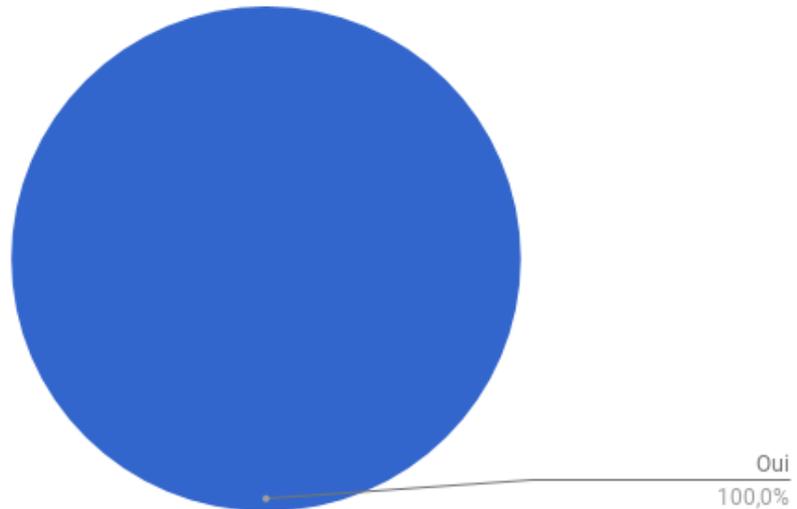
Question 5 : Pratiquez-vous la thérapie par contrainte induite (ou sa version modifiée) comme technique de rééducation au sein de votre centre ?



Question 6 : Pour quelles raisons n'utilisez-vous pas cette technique de rééducation au sein de votre centre ?



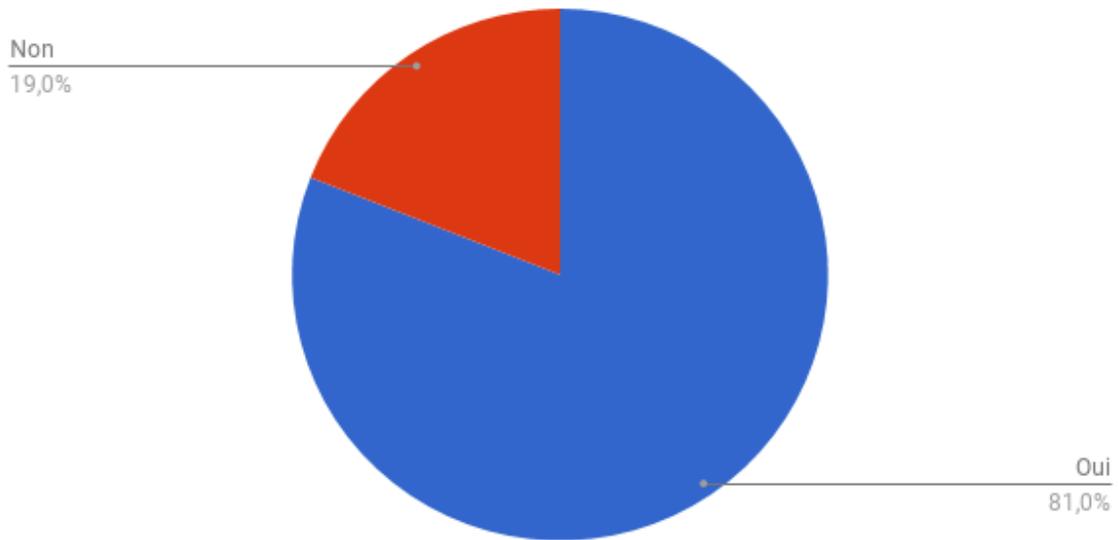
Question 7 : Si nous faisons abstraction des contraintes et barrières institutionnelles (manque de temps, de moyens...), souhaiteriez-vous pouvoir utiliser cette technique dans la rééducation du membre supérieur de vos patients hémiparétiques post AVC ?



Question 8 : Pourquoi utilisez-vous cette technique de rééducation-ci plutôt qu'une autre ?



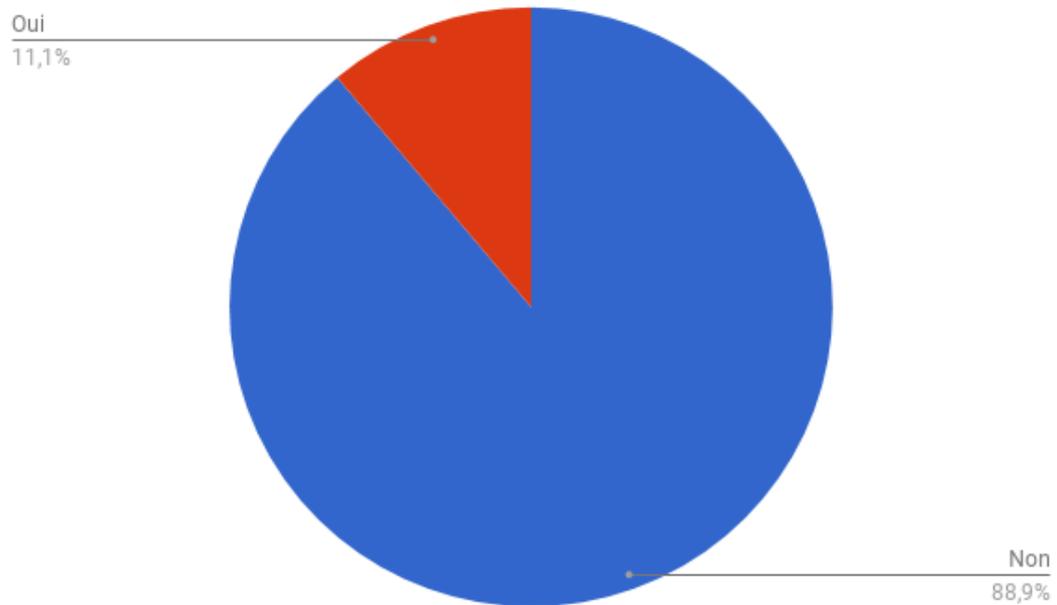
Question 9 : Avez-vous été formé à l'utilisation de cette technique de rééducation ?



Question 10 : Quel protocole utilisez-vous avec vos patients ?



Question 11 : Avez-vous connaissance des méthodes et modes de compensation pour réduire la pénibilité du protocole de mise en place de la thérapie par contrainte induite ?



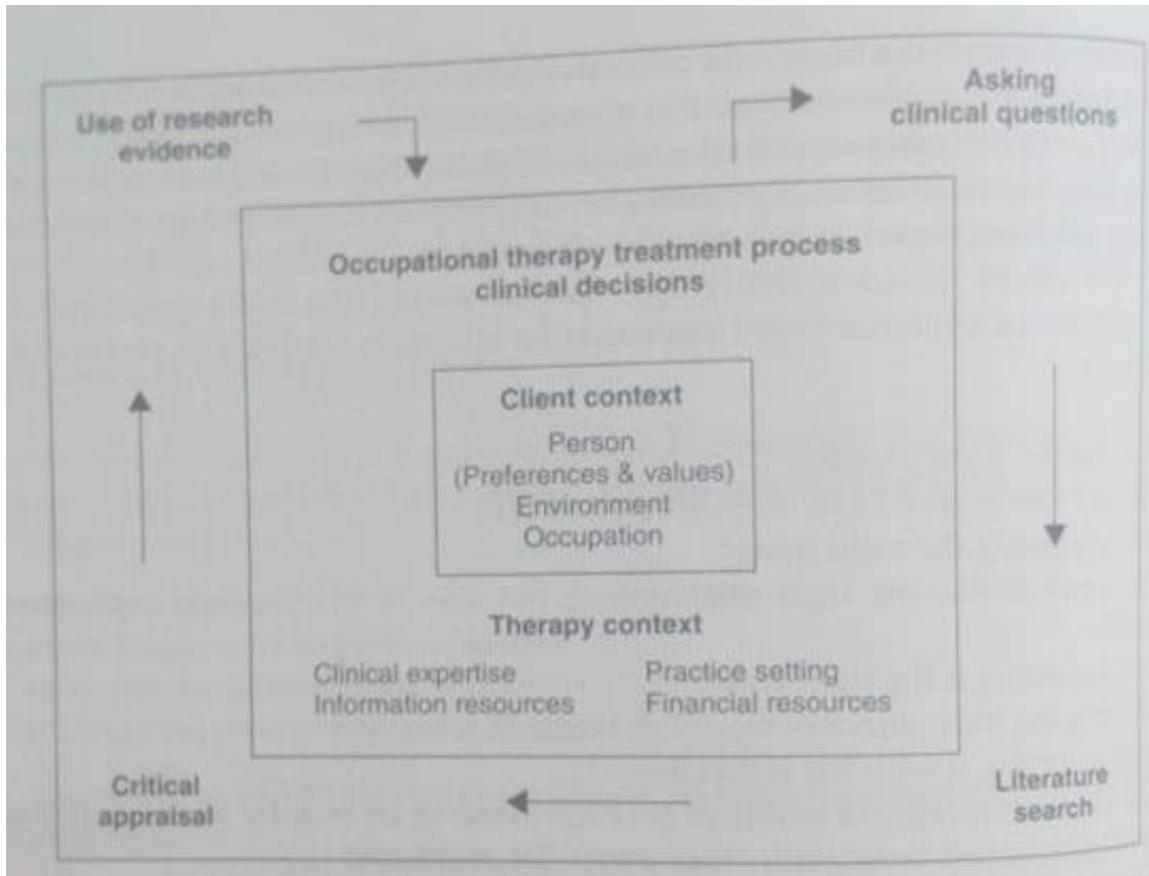
Question 13 : Comment vos patients accueillent-ils la thérapie par contrainte induite ?



Question 14 : Quels résultats avez-vous observés suite à l'application de cette technique de rééducation ?



Annexe 4 : Etapes de la pratique probante



Bennett and Bennett's framework for evidence-based occupational therapy

Annexe 5 : Référentiel de compétences des ergothérapeutes

Compétence 1 : Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique

1. Identifier les besoins et les attentes liés à la situation ou au risque de handicap d'une personne et de son entourage ou d'un groupe de personnes, dans un environnement médical, professionnel, éducatif ou social.
2. Intégrer et appliquer les connaissances pertinentes émergeant des sciences biomédicales, des sciences humaines, des sciences de l'activité humaine et des technologies, en relation avec les théories de l'activité et de la participation.
3. Conduire un entretien visant au recueil d'informations.
4. Choisir et maîtriser les instruments de mesure, les méthodes, les moments et les lieux appropriés pour mener les évaluations en ergothérapie en fonction des modèles d'intervention.
5. Évaluer les intégrités, les lésions, les limitations d'activité et les restrictions de participation des personnes ou des groupes de personnes, en prenant en compte les âges, les pathologies, les environnements humains et matériels et les habitudes de vie.
6. Identifier les éléments facilitants ou faisant obstacle à l'indépendance et à l'autonomie, liés à la personne et à son environnement humain et matériel.
7. Repérer et analyser les comportements et situations à risque pour la santé.
8. Élaborer et formuler un diagnostic ergothérapeutique prenant en compte la complexité de la situation de handicap.
9. Assurer la traçabilité des éléments recueillis dans le dossier du patient.

Compétence 2 : Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement

1. Analyser les éléments de la prescription médicale, le cas échéant, et du diagnostic ergothérapeutique en sélectionnant les éléments utiles à l'intervention ergothérapeutique.
2. Choisir un modèle d'intervention ergothérapeutique et sélectionner des techniques pertinentes afin de satisfaire les besoins d'activité et de santé des individus et des populations.
3. Formuler des objectifs et identifier des activités significatives, adaptés au projet de vie de la personne et au contexte, en collaboration étroite avec la personne ou le groupe de personnes selon les principes d'une pratique centrée sur la personne.
4. Identifier les composantes physiques, sensorielles, psychiques, cognitives, psycho-sociales et environnementales de l'activité.
5. Élaborer un programme personnalisé d'intervention ergothérapeutique en exploitant le potentiel thérapeutique de l'activité signifiante et significative au travers de l'analyse et de la synthèse de l'activité.
6. Concevoir des mises en situation écologique permettant d'anticiper le retour de la personne dans son milieu de vie.

7. Adapter le plan d'intervention avec la personne, son entourage, et l'équipe de professionnels en respectant les différences individuelles, les croyances culturelles, les coutumes et leur influence sur l'activité et l'implication sociale.
8. Prévoir les ressources matérielles nécessaires à la réalisation des activités et identifier les modalités d'adaptation de l'environnement.
9. Évaluer les besoins en aides humaines et animalières, et argumenter les attributions de moyens correspondants.
10. Élaborer un cahier des charges répondant au projet d'intervention en ergothérapie et le faire évoluer.
11. Préconiser des adaptations et des aménagements de l'environnement pour un retour à l'activité, un maintien ou un retour au travail, à domicile, aux loisirs et dans la chaîne du déplacement, pour promouvoir le droit à l'implication sociale.
12. Identifier les risques liés aux interventions et déterminer les mesures préventives et/ou correctives adaptées.
13. Formaliser un suivi à distance du projet et des interventions en ergothérapie.

Compétence 3 : Mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie

1. Adapter l'activité en fonction des capacités et des réactions de la personne, du contexte et des exigences requises pour l'accomplissement de l'activité.
2. Mettre en place et adapter le cadre thérapeutique en fonction de la situation et des réactions de la personne ou du groupe de personnes.
3. Installer la personne de façon appropriée et ergonomique.
4. Concevoir, préconiser et réaliser des équipements et des matériels de confort, de prévention et de facilitation de l'activité et en vérifier la conformité.
5. Évaluer les effets des activités en tenant compte des conditions de sécurité, d'hygiène et des recommandations techniques des produits et des matériels et en assurer la traçabilité.
6. Mettre en œuvre les techniques en ergothérapie en vue de maintenir et améliorer les gestes fonctionnels : – techniques d'entraînement articulaire, musculaire, sensitif et sensoriel ; – techniques de réafférentation proprioceptive, d'intégration motrice, cognitivo-sensorielle et relationnelle, de facilitation neuro-motrice, techniques cognitivo-comportementales et de stimulation cognitive ; – techniques de guidance et d'accompagnement ; – techniques de compensation et de remédiation.
7. Identifier les facteurs et mettre en œuvre les stratégies favorisant l'engagement des personnes dans l'activité et l'amélioration de leur autonomie.
8. Utiliser les techniques d'entraînement en vue de développer la tolérance à l'effort et à l'endurance.
9. Accompagner la personne dans le transfert de ses acquis fonctionnels et cognitifs dans son contexte de vie par des mises en situation écologique.

10. Conduire une relation d'aide thérapeutique comme base du processus d'intervention en ergothérapie.
11. Animer et conduire des groupes selon différentes techniques, analyser la dynamique relationnelle dans le groupe ou dans le système familial, professionnel, éducatif et social.
12. Faciliter et recueillir l'expression de la personne sur ses conflits internes lors de mises en situation d'activité.

Compétence 4 : Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques

1. Préconiser des adaptations, des aides techniques ou animalières et des assistances technologiques, et aménager l'environnement en conséquence pour un retour à l'activité, un maintien ou un retour au travail, à domicile, aux loisirs et dans la chaîne du déplacement.
2. Concevoir l'orthèse provisoire, extemporanée, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, appropriée selon la prescription médicale et en tenant compte de la synthèse des informations contenues dans le dossier du patient et du diagnostic ergothérapeutique.
3. Choisir les matériels et matériaux requis pour l'intervention ergothérapeutique.
4. Installer confortablement la personne en vue de la fabrication de l'orthèse provisoire et mettre en place des éléments propres à la protection des téguments, à la sécurité et au confort.
5. Identifier les étapes de la réalisation des orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique et les fabriquer sans utiliser la technique du moulage, et adapter les orthèses de série ou provisoires et les aides techniques.
6. Évaluer la qualité et l'efficacité de l'appareillage, des aides techniques et des assistances technologiques et s'assurer de leur innocuité, notamment en situation d'activité.
7. Expliquer à la personne et à son entourage les buts, la réalisation, la surveillance, la maintenance, l'hygiène, l'usage et les effets indésirables de l'appareillage orthétique ou prothétique et de l'aide technique ou animalière et de l'assistance technologique.
8. Sélectionner et préconiser les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques en tenant compte du recueil d'information, de l'entretien, des évaluations préalables, et du projet de la personne et de l'avis de l'équipe médicale impliquée dans le suivi.
9. Expliquer la mise en place, l'utilisation et la surveillance des appareillages, des aides techniques et des assistances technologiques, au sein de la structure de soins puis dans le milieu ordinaire de vie.

Compétence 5 : Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique

1. Identifier les besoins, notamment d'apprentissage, y compris les attentes non verbalisées et repérer les ressources et les potentialités d'une personne ou d'un groupe de personnes en vue de la mise en œuvre d'activités éducatives.

2. Adapter son comportement et sa pratique professionnelle à la fois à la personne ou au groupe de personnes et à l'entourage.
3. Déterminer pour des populations cibles, des actions de prévention, de conseil et d'éducation favorisant l'engagement dans l'activité pour promouvoir la santé.
4. Communiquer et développer des relations afin de soutenir la personne ou le groupe de personnes dans l'expression des besoins de santé.
5. Acquérir et développer une posture éducative notamment pour négocier des objectifs éducatifs partagés avec la personne ou le groupe de personnes.
6. Concevoir et formaliser des démarches et des actions de conseil, d'éducation thérapeutique, de prévention et d'expertise répondant aux besoins d'activité et de participation de la population ciblée et gérer l'information et les documents nécessaires au suivi de l'état de santé.
7. Conduire une démarche de promotion de la santé et de prévention à travers des actions pédagogiques individuelles et collectives, en utilisant des techniques et des outils pédagogiques pertinents qui facilitent l'acquisition des compétences et en suscitant l'investissement des personnes et de leur entourage dans des activités signifiantes et significatives.
8. Accompagner une personne ou un groupe dans un processus d'apprentissage par une information et des conseils sur les troubles fonctionnels, l'éducation gestuelle, les gestes et postures non traumatisants, la prise de conscience d'un équilibre entre les différentes activités humaines.
9. Évaluer la démarche éducative et ses effets et apporter en conséquence des ajustements.
10. Adapter la démarche éducative aux situations interférant dans la gestion normale de l'état pathologique de la personne.
11. Conseiller les aidants et les partenaires en fonction de leurs connaissances et de leurs savoir-faire afin de faciliter l'activité et la participation sociale.
12. Collaborer avec différents groupes sociaux à la promotion de la santé et du bien-être de leurs membres par le biais de leur engagement dans des activités signifiantes et significatives.

Compétence 6 : Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie

1. Accueillir et écouter la personne ou un groupe de personnes en prenant en compte la demande, les histoires de vie et le contexte de la situation.
2. Identifier les indicateurs de communication, les niveaux de réceptivité, de compréhension et d'adhésion de la personne ou du groupe de personnes.
3. Instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication et de leur profil psychologique.
4. Créer des temps d'échanges et d'analyse des situations d'intervention avec la personne ou les groupes de personnes en favorisant l'expression de chacun.
5. Rechercher et développer un climat de confiance avec la personne, l'entourage ou le groupe de personnes, négocier le contenu du programme personnalisé d'intervention, en vue d'une alliance thérapeutique.

Compétence 7 : Évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle

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

Compétence 8 : Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques

1. Conduire une recherche documentaire et bibliographique en exploitant les bases de données et les réseaux locaux, nationaux et internationaux.
2. Sélectionner, analyser, critiquer et synthétiser les documents professionnels et scientifiques et organiser sa propre documentation professionnelle.
3. Repérer les résultats de la recherche permettant d'argumenter une pratique fondée sur les preuves, garantissant une pratique actualisée et pertinente pour le client.
4. Formaliser et rédiger les procédures, protocoles et préconisations en ergothérapie à partir de la recherche documentaire.
5. Identifier les besoins de recherche relatifs à l'activité, l'ergothérapie et/ou la science de l'activité humaine et formuler des questions de recherche pertinentes.
6. Concevoir et conduire des études et travaux de recherche en équipe dans les domaines de l'ergothérapie et de la santé, en tenant compte des aspects éthiques dans un objectif d'amélioration de la qualité des prestations.
7. Élaborer des documents professionnels en vue de communication orale et écrite.

Compétence 9 : Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs

1. Coopérer au sein d'une équipe pluriprofessionnelle et avec les différents acteurs, notamment médicaux, dans le cadre de son champ professionnel, dans le but d'optimiser la qualité de l'intervention sanitaire et médico-sociale, et afin de faciliter l'activité et l'implication sociale.

2. Travailler en réseau et coordonner les actions ou les soins avec les aidants, les professionnels de santé, les intervenants dans le champ social, économique et éducatif pour conduire des projets d'intervention pertinents.
3. Comprendre et appliquer les principes de gestion à leur lieu d'exercice professionnel incluant l'évaluation des coûts, l'administration des ressources et de l'équipement et la mise en place de programmes en ergothérapie.
4. Initier et mettre en place des partenariats afin de mobiliser l'ensemble des ressources contribuant à l'intervention en ergothérapie.
5. Sélectionner, hiérarchiser et communiquer les éléments de sa pratique professionnelle à différentes catégories d'interlocuteurs au travers des outils de transmission selon les procédures, normes et réglementations en vigueur.
6. Organiser l'espace professionnel et le plateau technique et choisir du matériel adapté au service ou à la structure, et aux activités thérapeutiques.
7. Organiser la maintenance, la traçabilité et la gestion des stocks, des matériels et des consommables en recherchant notamment des informations sur les évolutions des matériels.
8. Organiser son planning, les rendez-vous et la répartition des activités.
9. Évaluer la conformité des locaux, des installations et des matériels au regard des normes, de la réglementation et des objectifs d'hygiène, de sécurité, d'accessibilité et identifier les mesures à prendre.

Compétence 10 : Former et informer

1. Organiser l'accueil et l'information d'un stagiaire ou d'un nouvel arrivant professionnel dans le service ou la structure.
2. Repérer les connaissances et les savoir-faire à transmettre aux étudiants en relation avec leur niveau de formation.
3. Transmettre ses connaissances et son savoir-faire aux étudiants, stagiaires et autres professionnels par des conseils, des démonstrations, des explications et de l'analyse commentée de la pratique.
4. Organiser des situations d'apprentissage pour les stagiaires.
5. Évaluer les connaissances et les savoir-faire mis en œuvre par les stagiaires en lien avec les objectifs de stage.
6. Communiquer sur sa profession en vue de valoriser son activité en expliquant les relations entre la performance dans les activités, la santé et le bien-être.
7. Prendre un rôle actif dans le développement, l'amélioration et la promotion de l'ergothérapie en s'appuyant sur les concepts théoriques de l'ergothérapie et plus spécifiquement le besoin d'agir des êtres humains et leurs performances dans les activités.

Annexe 7 : Matrice théorique de l'enquête :

Généralités :

- Se présenter
- Je m'intéresse à l'influence de la pratique probante et des valeurs de l'ergothérapeute sur l'utilisation de la TCI, c'est pourquoi je vous ai sollicité pour un entretien.
- Je vous informe que l'entretien sera enregistré, est ce que cela vous dérange ?
- Tout d'abord, vous êtes bien ergothérapeute et utilisez la TCI auprès de personnes hémiplegiques post AVC ?
- Dans quel type de structure travaillez-vous ? (CRF, SSR, Hôpital, Clinique...)

<u>Concepts</u>	<u>Éléments théoriques</u>	<u>Indicateurs</u>	<u>Questions de relance</u>	<u>Objectif</u>
<u>Pratique probante</u>	Recherches	Connaissances	Comment avez-vous connu la Thérapie par Contrainte Induite ?	Sources
	Données	Preuves	Sur quelle(s) source(s) vous appuyez-vous pour utiliser la Thérapie par Contrainte Induite ?	Données probantes
	Application	Pratique	Depuis combien de temps la Thérapie par Contrainte Induite est pratiquée dans le centre ou vous travaillez ? Est-ce vous qui l'avez mis en place ou existait-elle avant votre arrivée au sein du centre ? (Savez-vous) Quels étaient les arguments auprès de l'institution pour mettre en place la Thérapie par Contrainte Induite ? <i>Quels côtés/avantages de la TCI avez-vous mis en avant pour pouvoir mettre en place la TCI ?</i>	Encrage de la pratique au sein de la structure Argumentation Motivation
<u>Valeurs personnelles</u>	Avis	Point de vue	(Quel avis portez-vous sur la Thérapie par Contrainte Induite ?) <i>Quels sont les avantages et les inconvénients de la TCI ?</i>	Point de vue
	Caractéristiques	Qualités	(Quelles sont vos valeurs personnelles/qualités ?)	Connaitre les valeurs (perso)

<u>Valeurs professionnelles</u>	Intérêts	Suscite l'attention	<p>Qu'est-ce qui vous a intéressé dans la Thérapie par Contrainte Induite ? <i>Quels avantages attribueriez-vous à la TCI ?</i></p> <p>Quelles valeurs accordez-vous à la Thérapie par Contrainte Induite ? <i>Quelles sont pour vous les qualités de la Thérapie par Contrainte Induite</i></p> <p>En quoi ces valeurs sont-elles en accord avec les votre ? <i>Pourquoi ces valeurs vous sont-elles importantes pour vous ?</i></p>	<p>Connaître les intérêts</p> <p>Connaître les valeurs (TCI)</p> <p>Confrontation des valeurs</p>
	Éthique (professionnelle)	Morale	<p>Quelles sont les valeurs (phares) de l'ergothérapie selon vous ?</p> <p>Comment vos valeurs professionnelles s'arriment-elles à vos valeurs personnelles ? <i>Vos valeurs professionnelles et personnelles sont plutôt en accord ? Désaccord ? Contradictoire ? Congruentes ? Se relient ? Se conjuguent ?</i></p>	<p>Connaître les valeurs (ergo)</p> <p>Confrontation des valeurs entre elles</p>
		Déontologie	<p>Quelle est l'influence de vos valeurs professionnelles sur votre pratique de la Thérapie par Contrainte Induite ? <i>Sont-ce ces valeurs qui vous ont influencer dans la décision d'utiliser la TCI ?</i></p> <p>Quels sont les obstacles et les éléments facilitateurs à la mise en œuvre de la Thérapie par Contrainte Induite en conformité avec vos valeurs professionnelles ? <i>Qu'est ce qui est difficile et plus facile dans le fait de vouloir mettre en place la TCI ? Qu'est-ce qui vous a, malgré tous ces obstacles, poussé à persister ?</i></p>	<p>Influence des valeurs sur la pratique professionnelle</p> <p>Confrontation valeurs/pratique professionnelle</p>
	Identité professionnelle	Particularités	<p>En quoi la Thérapie par Contrainte Induite impacte votre identité professionnelle ? <i>Quel regard ont vos collègues de votre travail ?</i></p> <p>Quelles particularités vous donne-t-elle comparé à un professionnel qui ne la pratique pas ? <i>Pensez-vous que ce regard serait le même si vous n'utilisiez pas la TCI ? Si non, En quoi serait-il différent ?</i></p>	<p>Perception de l'ergothérapeute par les autres professionnelles</p> <p>Impact de la TCI sur la profession</p>

Annexe 8 : Retranscription de l'entretien du 28/04/18 avec Ergo 1

M : « Il s'agit d'un entretien qui porte sur l'influence de la pratique probante et des valeurs de l'ergothérapeute sur l'utilisation de la Thérapie Contrainte Induite »

« Vous êtes bien ergothérapeute et vous utilisez bien la TCI ? »

EI : « Alors non en fait pour la Thérapie Contrainte Induite en fait, on fait ce qu'on appelle des groupes contrainte, c'est à dire que deux fois par an, on fait un groupe de thérapie contrainte où on a entre 2 et 4 patients sur un protocole bien particulier et une façon de faire bien particulière. Ce n'est pas quelque chose que je pratique au quotidien avec telle ou telle personne, c'est quelque chose qu'on met en place en protocole... enfin je sais pas comment dire... »

M : « Oui, je comprends ce que vous voulez dire, je suis allée ce type de protocole à l'hôpital de Toulouse, ils font la même chose donc je vois ce que vous voulez dire. Mais c'est bon quand même. »

« Vous travaillez dans quel type de structure ? Dans un centre de rééducation ? un hôpital... ? »

EI : « Oui tout à fait, un CMP, un CMPR²² »

M : « Tout d'abord, je vous informe juste que l'entretien sera enregistré par ce qu'après il faut que je le retranscrive mot pour mot pour mon mémoire mais il faut que j'ai votre autorisation donc je vous préviens. »

EI : « Oui, non il n'y a pas de soucis. Après, bon, voilà, il y a peut-être quelques moments où je vous couperais car j'ai des enfants avec moi donc peut être que je vais vous dire : « attendez 30 s j'en prends un, je pose l'autre... » »

M : « Il n'y a pas de soucis. De toute façon l'enregistrement ne sera pas diffusé je vous rassure, ça sera juste pour moi, pour après recopier l'entretien à l'écrit, donc il n'y a pas de soucis »

EI : « Pas de soucis ! »

M : « Tout d'abord, comment vous avez connu la TCI ? »

²² Centre de Médecine Physique et Réadaptation

El : « La première fois que j'en ai entendu parler c'était à l'école d'ergo et après j'ai fait une formation ANFE²³, par ce que c'était un souhait de projet de service en fait, et du coup j'ai été formée avec une collègue à l'ANFE et après du coup on a mis le protocole en place chez nous. »

M : « Justement, la TCI, là où vous travaillez, depuis quand est-elle mise en place ? »

El : « Alors c'est une excellente question... je dirais 5-6 ans »

M : « Est que c'est vous qui l'avez mise en place ou est ce qu'elle était déjà en place dans le service ? »

El : « Non c'est moi qui l'ai mise en place suite à ma formation ANFE »

M : « Et quels étaient les arguments auprès de l'institution pour mettre justement en place cette TCI ? »

El : « En fait c'était une demande des médecins rééducateurs de mettre ce projet en place. On a chez nous ce que l'on appelle des « chroniques », c'est à dire des personnes avec une hémiplegie ancienne qu'on prenait en charge tous les ans, pour lesquels on n'avait plus grand chose à apporter. Donc on chercher « une autre façon » de les prendre en charge, pour essayer justement peut-être de leur apporter un petit peu plus quelques choses comme juste de la mobilisation et un peu d'AVJ²⁴ et du coup on a pensé à ça. C'est comme ça que c'est venu et après voilà, du coup nous on a demandé la formation et puis du coup la formation a été acceptée et après justement la structure a mis la formation en place. »

M : « Sur quelles sources vous vous appuyez pour mettre le protocole en place ? »

El : « En fait on s'est basé sur tout ce qu'ils nous ont donné pendant la formation. Vu que cela fait 5-6 ans, je ne saurai plus vous dire, mais c'est plein d'études. C'est TAUB et je ne sais plus quoi. Enfin il y a plein d'études dont je ne saurais vous dire les noms comme ça mais après je peux vous les envoyer par mail si vous voulez. »

M : « D'accord, oui je veux bien. »

El : « En fait les formatrices déjà à la base nous ont présenté toutes les études et nous ont aidé « à établir » déjà plus ou moins un protocole avec voilà c'est minimum tant d'heures par jour de contrainte, au moins tant de temps... enfin voilà, pour essayer d'adapter un peu et que ce ne soit pas les vrais protocoles hyper contraignants et pas faciles à mettre en place quoi. »

M : « Qu'est-ce qui vous a vous intéressé dans la TCI ? »

²³ Association Nationale Française des Ergothérapeutes

²⁴ Actes de la Vie Journalière

E1 : « Une nouvelle pratique, une nouvelle façon de pratiquer l'ergothérapie, quelque chose de carrément différent car jusqu'à présent j'avais une pratique très... Classique quoi avec deux patients par heure, toutes les heures on change, avec des autonomies de toilette, des VAD²⁵... quelque chose de nouveau quoi ! Quelque chose de nouveau à proposer pour justement des patients avec qui on ne savait plus vraiment quoi faire. »

M : « **Quelles valeurs accorderiez-vous à la TCI ?** »

E1 : « Quelles valeurs ? Qu'est-ce que vous entendez par valeurs ? »

M : « **Quelles qualités par exemple ?** »

E1 : en fait ce que j'aime dans la thérapie contrainte c'est que c'est appliquer son quotidien sur des choses très précises et du coup ça permet à la personne d'avoir des objectifs ..., enfin on travaille sur des objectifs très ciblés donc ça permet vraiment un retentissement réel. Quand la personne elle va chez son kiné, qu'on lui fait des étirements, qu'elle vient en ergo qu'elle fait des exercices de préhensions, on ne sait pas au final si sur son quotidien ça change réellement quelque chose. Tandis que là, on travaille sur des activités propres du quotidien qui du coup sont, à la fin de la thérapie, souvent atteints ou quasi atteints et du coup sont quand même hyper valorisantes.

M : « **En laissant un petit peu la TCI de côté, vous, quelles sont vos valeurs personnelles ?** »

E1 : « C'est à dire à quoi j'apporte de l'importance ? »

M : « **Oui, enfin vous, dans votre vie, quelles sont vos valeurs ?** »

E1 : « C'est une excellente question. C'est d'essayer d'aider au maximum mes patients, d'essayer d'améliorer leur quotidien et de leur permettre de.... D'améliorer leur qualité de vie, ça serait plutôt ça, améliorer leur qualité de vie. »

M : « **Et donc vous vos valeurs, sans parler de votre profession d'ergothérapeute ?** »

E1 : « HA ! C'est une excellente question ! Mes valeurs personnelles et bien c'est.... Personnellement ma première valeur c'est d'essayer d'être heureuse dans ma vie avec mon entourage, mais je ne pense pas que ce soit ça que vous attendiez. C'est d'être épanouie dans mon métier. Voilà, je ne sais pas exactement ce que vous attendez comme réponse. Mes valeurs c'est essayé d'être honnête, de faire ce en quoi je crois, et d'avoir une vie cohérente entre ma vie personnelle et ma vie professionnelle et qui me convient... Je n'ai pas grands choses d'autres à dire... »

²⁵ Visite A Domicile

M : « *C'est déjà très bien, merci !* »

« *Est-ce que vous diriez que les valeurs que vous attribuez à la TCI sont en accord avec vos valeurs à vous ?* »

EI : « *Je ne fais pas de lien entre mes valeurs personnelles et ce que je demande, ce que je propose en TCI. J'ai jamais réfléchi à ça. Je dirais que oui puisque à partir du moment où je me respecte dans mes valeurs, forcément ce que je fais est en accord avec mes valeurs* »

M : « *Qu'elles sont pour vous, les valeurs de l'ergothérapie ?* »

EI : « *Les valeurs de l'ergothérapie pour moi c'est de tenir compte de la qualité de vie et du projet de vie du patient. Je trouve que ce que l'on voit de plus en plus, à juste titre, c'est de fixer nous même les objectifs mais que le patient soit acteur de sa rééducation, qu'il choisisse ses objectifs et ce pour quoi on va travailler et être en accord dessus lui et nous. Sauf certains cas, comme par exemple les patients anosognosiques forcément c'est beaucoup plus compliqué.* »

M : « *Est ce que vous diriez que vos valeurs personnelles et professionnelles sont en accords ?* »

EI : « *Oui elles sont en accord mes valeurs personnelles et professionnelles. On est en contradiction avec soi-même sinon* »

M : « *Quel avis, plus général, vous portez sur la TCI ?* »

EI : « *Quel avis ?* »

M : « *Oui, c'est à dire, par exemple, les avantages, les inconvénients...* »

EI : *Je trouve que c'est une très bonne technique de rééducation. Après c'est relativement chronophage par ce que bah du coup en nombre de séance d'ergothérapie, les accompagner au repas à midi, etc. donc c'est vrai que c'est assez complexe de mettre ça en place en parallèle « d'une vie de service », par ce que du coup, en tout cas chez nous, il faut bloquer des créneaux horaires qui d'habitude sont pris par les patients etc., mais on a toujours eu que des résultats positifs, on a rarement eu pas d'amélioration ou des échecs, en général parce que nous on part du GAS²⁶ comme bilan d'évaluation initial et final et on a toujours eu de très bons résultats, on a toujours eu une amélioration quand même des capacités fonctionnelles du patient, des patients toujours satisfaits. Et par contre je mets quand même un point d'honneur à respecter les critères d'inclusion car les deux fois où on ne l'a pas fait, on a fait « une impasse », où on a accepté d'inclure des patients qui n'auraient pas dû l'être et bah ça s'est mal passé quoi.* »

²⁶ Goal Atteinment Scaling

M : « *Quels sont ces critères d'inclusions ?* »

EI : « *Alors ça je pourrais vous les envoyer par mail, alors je ne sais plus tout par cœur, c'est ouvrir et fermer la main 5 fois, ne pas avoir une EVA au-dessus de 3 ou 4 sur 10, quelque chose comme ça, un ERF²⁷ minimum à 50, une sensibilité de protection, un moyen de déplacement, c'est à dire que la personne doit être capable de se déplacer que ce soit en fauteuil ou à pieds mais il faut qu'elle soit capable de se déplacer de façon autonome dans le centre. Voilà je crois que c'est à peu près tout. Mais si vous les voulez je pourrai vous les envoyer par mails.* »

M : « *Je veux bien oui, si c'est possible.* »

« *Est ce que vous pensez que vos valeurs professionnelles influent sur la pratique de la TCI ?* »

EI : « *Oui.* »

M : « *Et en quoi ?* »

EI : « *Par ce que je pense qu'il y a quand même un impact. La façon dont on gère, enfin dont les ergothérapeutes, gèrent leur vie professionnelle actuellement conditionne un peu la façon dont ils vont gérer le shaping, dont ils vont gérer les choses et dont ils vont proposer les choses. Moi je pense que les valeurs professionnelles qu'on a dans notre quotidien, il y a quand même un retentissement sur notre pratique dans la TCI, même si théoriquement ça ne devrait pas car c'est quelque chose de protocolisé sur la façon de faire. Par exemple j'ai une collègue qui est beaucoup plus âgée, qui n'a pas eu la même école que nous, qui l'a passé bien avant et c'est vrai qu'elle était plus dans des activités manuelles, dans des activités collectives, des choses moins analytiques. Et c'est vrai que quand c'est elle qui a géré, ce qu'on gère chacune notre tour, le protocole TCI, et bien ça s'est retrouvé, par ce qu'il n'y a pas eu que du shaping, par ce que bah ça a été plus fort qu'elle, qu'à certains moments elle a fait des activités manuelles qui n'étaient pas analytiques, en rapport avec une activité de la vie quotidienne de chaque patient etc., des choses plus collectives que normalement on n'était pas censé retrouver quoi. Donc je pense que les valeurs qu'on a, que la manière dont on gère notre métier au quotidien se ressent sur la façon dont on gère les groupes dans la TCI.* »

M : « *Quels ont été les obstacles et les éléments facilitateurs à la mise en place de la TCI ?* »

EI : « *Les éléments facilitateurs ? La formation* »

M : « *Et les obstacles ?* »

²⁷ Evaluation Rapide des Fonctions Cognitives

EI : « La mise en place au sein du service, l'organisation, la formation du personnel, de tous ceux qui n'avaient pas été formés... mais rien « d'insurmontable ». »

M : ***En quoi la TCI impacte sur votre identité professionnelle ?*** »

EI : « Ça m'a permis une autre approche de l'ergothérapie, ça me permet d'avoir « une carte de plus » parmi ce que je peux proposer, ce que je suis capable de faire comme prise en charge. »

M : ***Quelles particularités vous diriez que la TCI vous donne comparé à un professionnel qui ne la pratique pas ?*** »

EI : « Une autre possibilité de rééduquer les patients avec une hémiplégié ancienne. »

Annexe 9 : Retranscription de l'entretien du 29/04/18 avec Ergo 2

M : « *Il s'agit d'un entretien qui porte sur l'influence de la pratique probante et des valeurs de l'ergothérapeute sur l'utilisation de la Thérapie Contrainte Induite* »

« *Vous êtes bien ergothérapeute et vous utilisez bien la TCI ?* »

E2 : « *oui je suis bien ergothérapeute et oui j'utilise bien la Thérapie Contrainte Induite* »

M : « *Dans quel type de structure vous travaillez ?* »

E2 : « *C'est un plateau technique de rééducation réadaptation avec un service de SSR. Donc 90% de neurologie et 10% d'orthopédie.* »

M : « *D'accord. Je vous informe juste, par principe, que l'entretien est enregistré. Ça vous pose un problème ou pas ?* »

E2 : « *Non non il n'y a aucun problème. Pour exploiter les données.* »

M : « *Oui c'est bien ça. Pour pouvoir par la suite le retranscrire mot pour mot.* »

E2 : « *Il n'y a aucun problème.* »

M : « *Merci. Alors, tout d'abord, comment avez-vous connu la TCI ?* »

E2 : « *Alors c'est en arrivant dans le centre où je travaille actuellement qu'ils pratiquaient déjà la Thérapie donc du coup ensuite ils me l'ont enseigné. Moi j'ai pas fait de formation telle qu'elle mais c'est eux qui me l'ont enseigné, qui m'ont formé là-dessus pour que je puisse la pratiquer après.* »

M : « *D'accord. Qui c'est qui vous a.... Quel(s) praticien(s) vous a formé ?* »

E2 : « *C'est des ergothérapeutes. On est une équipe de 7 et il y en a, si je ne me trompe pas, 2 de formés, et après on est 5-6 à pratiquer.* »

M : « *D'accord. Et est-ce que vous savez depuis combien de temps c'est pratiqué là où vous travaillez ?* »

E2 : « *Ho... Non. En tout cas ça fait plus de 2 ans parce que ça fait plus de 2 ans que j'y travaille, mais après je ne peux pas dire précisément depuis quand.* »

M : « *Et est-ce que vous savez comment ça a été mis en place ? Quels étaient les arguments en fait pour mettre en place la TCI là où vous travaillez ?* »

E2 : « *Alors c'était... Les arguments qui ont été mis en avant c'était tout simplement pour continuer la prise en charge après la fin de la rééducation des patients quand on avait... on* »

estimait qu'il y avait un peu moins de récupération chez les patients, qu'ils avaient fini leur rééducation, on ne voulait pas les laisser partir comme ça et du coup on leur proposait la TCI et ça a fini en place comme ça. En suite de rééducation je dirais.

M : « D'accord. Et sur quelles sources vous vous appuyez pour utiliser la TCI ? »

E2 : « Alors, moi je n'ai aucune source. C'est avec ce qu'on m'a enseigné. Moi j'ai suivi les documents qui ont été ensuite réadaptés au centre parce qu'après forcément on n'a pas tous les matériaux ou... comment dire... tous les matériaux, tous les locaux disponibles pour réaliser la thérapie donc ça a été adapté au centre donc du coup on a nos propres documents qui ont été réadaptés par la suite. »

M : « D'accord mais est-ce que vous savez quels étaient les documents de bases, enfin sur quels documents ils se sont appuyés pour après l'adapter à votre centre ? »

E2 : « Alors non je n'ai pas été jusque-là dans mon raisonnement non. »

M : « D'accord bon ce n'est pas grave. Qu'est-ce qui vous intéresse vous dans la TCI ? »

E2 : « Alors moi ce qui m'intéresse... Alors ce qui m'intéresse c'est les résultats par ce que bah souvent les patients sont vachement volontaires, on a des objectifs bien précis et on a des résultats qui sont, aller je vais dire à 90% du temps, concluants. Donc c'est surtout ça qui m'intéresse, de pouvoir encore progresser et de faire avancer les patients et de ne pas les laisser bah voilà comme ça dans la nature avec leurs difficultés ou sans avoir pu... comment dire... avoir une prise en charge à 100% où on intervient dans tous les champs possible par ce que bah nous on a à peu près 3 patients par heure en rééducation classique donc on n'a pas forcément le temps ou l'occasion d'optimiser la prise en charge en ayant des objectifs bien précis donc après cette thérapie là en groupe permet d'avoir les objectifs précis des patients et ce qui leur tient à cœur et puis aussi à 80% des cas on a un effet bénéfique du groupe qui va justement permettre encore d'optimiser les résultats. Voilà donc c'est le résultat moi que je trouve intéressant dans cette prise en charge là. »

M : « D'accord. Et donc par rapport à, vous avez dit que vous faites ça en groupe. Vous le faites à quelle fréquence à peu près ? Vous faites combien de groupes dans l'année ? »

E2 : « On en fait un à deux par an. Donc ça dépend des patients qu'on a, ça dépend du temps qu'on a parce que on a aussi d'autres thérapies, on a des groupes équilibre, des groupes...voilà d'autres groupes donc on ne peut pas le faire non plus trop régulièrement en laissant de côté les autres groupes. Donc on essaie d'en faire minimum 1 par an et on peut monter jusqu'à deux.

M : « D'accord. Et quels sont... sur quels critères vous vous basez ? Quels sont les critères d'inclusion à ce groupe de TCI ? »

E2 : « Alors nous on a : la sensibilité, les tests de sensibilité qui ne sont pas forcément obligatoires mais que nous on aime bien quand même parce que quand on fait de la cuisine thérapeutique, quand on a certains objectifs de patients, si on a un déficit de sensibilité.... Heu... on n'y arrive pas. Les objectifs sont inatteignables et en plus on a des risques de blessures sur les patients quand on arrive en cuisine thérapeutique. Donc du coup on a la sensibilité, ensuite on a le cognitif pour à peu près les mêmes raisons par ce que bah forcément si ça ne suffit pas niveau cognitif, pour réaliser les objectifs bah déjà on a du mal à en trouver, c'est ce qui nous est arrivé avec une patiente là, elle n'arrivait pas à trouver des objectifs, tout ce qu'elle me disait c'est je veux conduire, et quand elle me disait je veux conduire, c'est une dame qui avait des capacités un peu limitées, qui n'avait même pas de permis de conduire. Donc c'était un petit peu compliqué à ce niveau-là. Ensuite on a un bilan maison de préhensions avec la force de préhension et la force de pincement. Alors donc on les réalise aussi entièrement mais ça ne veut pas dire pour les patients que s'il y a un item qui n'est pas réalisable on ne va pas les prendre dans la thérapie mais ça nous permet déjà d'avoir une vue globale du patient sur ces différentes préhensions. Après s'il n'y arrive pas, nous on a l'ouverture et la fermeture de la main 3 fois de suite, donc si ça par contre il n'arrive pas à le faire c'est un critère d'exclusion. Heu... qu'est-ce qu'on a d'autre encore.... On est en collaboration avec les kinésithérapeutes qui eux aussi ont des évaluations à faire plus moteurs... en fonction de si la personne se déplace en fauteuil, si elle se déplace avec des aides techniques etc. est ce qu'elle a l'équilibre nécessaire, est ce qu'elle arrive à manipuler correctement ses aides techniques... et je crois que j'ai à peu près fait le tour. »

M : « D'accord. Du coup je reviens un peu sur les valeurs. Quelles valeurs vous accorderiez, vous, à la TCI ?

E2 : « Ça veut dire quoi les valeurs ? »

M : « Alors pour moi une valeur, c'est une chose, la plupart du temps une qualité, à laquelle vous croyez et qui est importante pour vous. Donc qu'est ce qui pourrait correspondre à ça dans la TCI ? »

E2 : « Quel est l'avantage de la TCI ? »

M : « Oui, ça serait un petit peu les qualités, les avantages. »

E2 : « Alors tu me dis si je me trompe. Alors c'est un petit peu comme tout à l'heure, donc le groupe de la TCI. Ça moi je trouve que c'est quelque chose de super bien si on peut parler un peu familièrement par ce que bah on a des effets de groupe qui sont la majorité du temps bénéfiques et qu'on ne peut pas forcément avoir dans des prises en charge classiques. Après chez nous les groupes sont restreints, ils sont au maximum 4, donc on peut être beaucoup plus proche du patient dès qu'on réalise ces activités de prise en charge par la TCI, on est beaucoup plus proche de lui, on peut carrément affiner, peaufiner les détails, donc ça aussi c'est une qualité car on n'est pas dans quelque chose de global, on a nos objectifs bien précis, ça nous permet de suivre parfaitement ce que le patient veut et où on veut aller donc on est encore plus précis et plus pointilleux sur la rééducation. Voilà, je pense que ce sont les deux principaux bénéfiques que je trouverai à la TCI. »

M : « Et vous, personnellement, donc en laissant de côté la TCI, quelles sont vos valeurs personnelles ? »

E2 : « Par rapport à quoi ? »

M : « A vous. Sans parler du métier d'ergothérapeute. Par rapport à tout en général dans votre vie, quelles sont vos valeurs personnelles ? »

E2 : « En ce qui concerne quoi ? En ce qui concerne le milieu médical ? »

M : « Non vous, votre personnalité en général, votre vie en général. Pas forcément qui touche à la profession. »

E2 : « Est-ce que tu aurais un exemple ? C'est un peu flou, un peu vaste je trouve comme question, ce n'est pas évident. »

M : « Je ne sais pas, des valeurs ça peut être l'honnêteté, l'altruisme... des choses comme ça. Enfin des valeurs qui vous sont importante dans votre vie. »

E2 : « D'accord, je comprends mieux. Alors moi ça serait l'honnêteté, la ponctualité, et le partage, la convivialité. Voilà, ce serait les trois valeurs que j'aurais, qui me représenteraient le plus et auxquelles je tiens, voilà. Ça répond à ta question ? »

M : « Oui, très bien. »

E2 : « N'hésites pas à me dire si je suis un petit peu flou, si ce n'est pas du tout ce que tu attendais comme réponse, peut-être que j'ai mal compris aussi, c'est jamais évident. »

M : « Je sais que je pose des questions très larges mais c'est pour justement... On m'a demandé de me laisser surprendre par les réponses et de ne pas trop induire les réponses donc c'est pour ça, mais je sais que je suis très large dans mes questions. »

E2 : « Pas de soucis »

M : « Et du coup, est-ce que vous diriez que vos valeurs à vous, vos valeurs personnelles, donc celles que vous venez de me dire, sont en accord avec les valeurs que vous accordez à la TCI ? »

E2 : « Heu... on va dire que oui. On va dire que pour les deux sur trois, enfin la ponctualité ça n'a un peu rien à voir je vais dire mais par contre l'honnêteté on va dire par rapport au contrat qu'on fixe avec le patient qui fixe des objectifs et qui doit s'y tenir et qu'il est motivé à le faire, on va dire que ça rentre là-dedans donc oui. Puis ensuite, qu'est-ce que j'avais dit... ? L'honnêteté... et le partage ! Partage/convivialité. Donc ça aussi, c'est justement le groupe, le groupe qui va s'entraider, qui va pouvoir se partager ses difficultés et pouvoir progresser ensemble. Voilà donc deux sur trois. »

M : « C'est déjà bien ! »

E2 : « C'est pas mal ! »

M : « Et donc quelles sont pour vous les valeurs de l'ergothérapie ? »

E2 : « Ha, les valeurs de l'ergothérapie...Alors les valeurs de l'ergothérapie...Alors moi j'avais une phrase qui m'avait marqué, qui m'a fait venir au métier, c'était par rapport aux autres métiers de la santé qui apportent des années à la vie, nous on apporte de la vie aux années. Donc c'était... Ça m'avait bien marqué, du coup moi c'est ça je pense qui est important dans l'ergothérapie et les valeurs qui sont importantes dans l'ergothérapie, c'est de pouvoir continuer à vivre...mais bien ! Donc comment je pourrais traduire ça ?! Heu... Alors là...Niveau traduction de valeurs je ne sais pas exactement fixer des mots mais en gros pour moi l'ergothérapie c'est ça, c'est pouvoir continuer, pouvoir faire, continuer... alors je vais dire ça de manière un peu maladroite mais pouvoir faire profiter aux gens de leur vie, de leur bonne vie future. Donc je ne sais pas si c'est clair... ? »

M : « Oui oui, je vois ce que vous voulez dire. »

E2 : « Voilà moi c'est les choses principales et c'est ça qui me fait continuer dans mon métier, c'est à ça que je pense chaque fois que j'ai quelqu'un en face de moi, c'est de pouvoir les faire progresser pour qu'ils puissent continuer à vivre de façon correcte. »

M : « *D'accord. Et du coup, vous diriez que vos valeurs professionnelles et vos valeurs personnelles sont en accords ?* »

E2 : « *Heu... si je cherche bien, je dirais que oui. Par ce que forcément la prise en charge que je décide de faire en centre de rééducation elle me reflète un peu forcément même si je pars du patient pour ces objectifs etc., forcément ma prise en charge elle va être orientée avec tout ce qui me constitue, avec mon vécu, avec mes valeurs donc forcément je dirais que oui elles sont toutes en adéquation parce que sinon ça ne serait plus moi qui ferais la prise en charge mais un robot donc oui.* »

M : « *D'accord. Et donc pour revenir à la TCI, quel avis vous portez sur la TCI ? Donc tout à l'heure vous m'avez déjà dit les avantages que vous aviez mais est-ce que vous y trouvez des inconvénients ?* »

E2 : « *Alors oui, les inconvénients, bah je les prends de tout à l'heure, j'avais dit que les avantages c'était d'être en groupe mais l'inconvénient cette fois-ci c'est aussi d'être en groupe parce qu'il y a des gens qui n'aiment pas ça, qui préfèrent être seuls, et puis il y a des groupes qui ne fonctionnent pas où justement l'effet bénéfique du groupe peut... Bah voilà, quand il y en a un qui n'a pas le moral, bah les deux autres ou les trois autres sont là pour lui donner un petit peu plus la pêche, pour continuer, pour avancer, pour malgré les difficultés continuer, bah des fois on ne l'a pas. Bah on voit que l'effet de groupe a plutôt été néfaste que bénéfique donc voilà une limite. Les autres limites sont que les objectifs des patients... heu... qu'est-ce que j'avais comme objectif de patients... J'ai un patient qui m'avait dit bah moi mon objectif ça serait de continuer à jardiner. Génial, je suis en centre de rééducation bah je ne peux pas aller jusqu'au bout de mon objectif parce que je ne peux pas le mettre en situation réelle. On n'a pas forcément de potager, d'arbres à tailler ou des choses comme ça, donc bah les limites ça serait l'environnement matériel et architectural de l'hôpital parce que forcément ils viennent chez nous, donc ils peuvent l'appliquer chez eux mais ils ont toujours quelques difficultés ou alors nous on n'est pas là pour les aiguiller, pour leur dire comment faire, leur dire comment s'aider parce que voilà, c'est un peu nouveau pour eux, c'est des mouvements qu'ils n'avaient pas forcément faits ou des gestes qu'ils n'ont pas forcément vu avant donc ils savent plus comment faire et donc on peut encore optimiser la prise en charge en ayant plus de matériel ou en étant en situation réelle ou encore mieux en étant chez eux. Donc du coup on aurait plus ces groupes si on était chez la personne, si on était à domicile, ça permettrait d'être encore plus précis dans ce qu'on fait et on répondrait totalement à la demande. Donc ça c'est ... voilà... Quoi de mieux*

que d'être dans l'environnement de la personne pour répondre à ses difficultés. Voilà, donc c'est les limitations principales de la thérapie je dirais. »

M : *« Vous avez dit que des fois, au niveau du groupe, ça pourrait être un inconvénient, comment ça se passe dans ces cas-là ? Vous continuez malgré tout avec le même groupe ? »*

E2 : *Alors oui, dès qu'on commence on continue avec le groupe donc on n'est jamais arrivé à quelque chose où c'était vraiment néfaste néfaste, où on avait aucun résultat, plus l'envie de venir etc. On n'est pas arrivé à ce point-là même si je sais que ça peut arriver dans d'autres structures, mais nous ce n'est pas arrivé à ce point-là, c'est arrivé au fait que les gens ne parlaient pas pendant les séances ou que quand il fallait faire la cuisine thérapeutique bah les gens ne s'entraidaient pas, ne se regardaient pas... donc ce n'était pas un super groupe mais par contre bah voilà, c'était plus égoïste je vais dire. On arrivait quand même à des bons résultats, et les objectifs que l'on avait fixés au début avaient tous...les objectifs que l'on avait fixés au départ avaient tous progressé, du coup c'était quand même pas trop mal donc voilà, quand ça ne fonctionne pas trop, on continue à jouer le rôle de... comment dire... de chef de groupe, où on les guide un peu plus, on essaie d'avoir... comment dire... un peu d'ambiance, que ce soit un peu plus drôle pour eux même si parfois ça ne marche pas trop ou alors de jouer un espèce de rôle de chef de groupe ou on va essayer de créer quand même un semblant de cohésion, on va essayer de les faire participer ensemble quand on... en tout cas nous on a une demi-heure le soir où on les fait travailler en bimanuel donc là quand ils travaillent en bimanuel et que le groupe ne fonctionne pas vraiment, on essaie de les faire travailler tous ensemble pour qu'ils puissent réussir à redynamiser le groupe. »*

M : *« Donc ça ne va pas avoir forcément d'effets négatifs mais les résultats sont peut-être un petit peu moins bons mais ils sont bons quand même ? »*

E2 : *« Voilà exactement, c'est ça. C'est bien résumé, j'avais pas forcément les mots mais c'est ça. Les résultats, enfin ce qu'on pense c'est que les résultats pourraient être mieux. Forcément quand les gens viennent, qu'ils sont contents de se retrouver, enfin là on a eu un groupe exceptionnel, il y a pas longtemps, il y a deux mois, le groupe venait le matin, ils venaient en avance, ils étaient contents de se retrouver, discuter, échanger, ils s'envoyaient des photos en dehors du centre de rééducation pour montrer leur progrès, qu'ils essayaient chez eux de nouvelles choses avec la main déficiente et du coup c'était un groupe exceptionnel et on a eu des progrès exceptionnels aussi donc on peut imaginer que si l'effet de groupe est positif, on peut avoir un bénéfice dans les résultats. »*

M : « *D'accord. Pour revenir aux valeurs, quelle est l'influence de vos valeurs professionnelles sur votre pratique de la TCI ?* »

E2 : « *Alors mes valeurs professionnelles... je ne sais même plus ce que j'ai dit. Comme on a parlé beaucoup des valeurs...* »

M : « *Bah alors vos valeurs professionnelles vous m'avez dit que la personne ait une bonne qualité.* »

E2 : « *Alors répètes voir la question.* »

M : « *Quelles est l'influence de vos valeurs professionnelles sur votre pratique de la TCI ?* »

E2 : « *Heu bah je vais être très simple là-dessus. Je pense que ça peut me servir à être plus à l'aise et à les guider beaucoup plus dans la thérapie par ce que si on vient, enfin je vais exagérer un peu la chose, mais si on vient, qu'on n'a pas de valeurs qui correspondent à notre métier bah si nos valeurs ne nous permettent pas d'être un bon ergothérapeute bah on ne peut pas être un bon thérapeute dans toutes les pratiques que l'on va réaliser y compris la TCI. Il faut forcément qu'on ait envie de partager avec les gens, de les aider mais si on n'a pas cette envie-là, on ne va pas réussir à animer un groupe et à pouvoir dynamiser un groupe de thérapie comme ça.* »

M : « *Et quels sont, bon c'est peut-être un petit peu redondant avec ce que je vous ai demandé tout à l'heure mais quels sont les obstacles et les éléments facilitateurs à la mise en œuvre de la TCI ?* »

E2 : « *Alors les obstacles, c'est le nombre de patients qu'on a en charge, je m'explique, maintenant, on est dans un environnement où l'argent compte beaucoup donc du coup où on veut faire un maximum de patients et animer une thérapie qui prend autant de temps..., donc nous on fait une heure le matin, une heure l'après-midi et les repas du midi donc c'est quand même assez conséquent au niveau des heures ça peut nous faire « perdre » entre 6 et 8 patients sur une semaine donc du point de vue financier, l'hôpital n'y trouve pas forcément son compte donc ça ça peut être aussi un obstacle, car pour l'instant on n'a pas encore... quoique cette année c'était un peu limite mais ça ne nous a pas empêché de le faire. Après on a au niveau architectural, les locaux, la place disponible pour pouvoir ... donc nous on a une salle de simulation où on a une cuisine thérapeutique, on a un lit, un poste informatique, une table etc. On se met là avec le groupe pour être isolé des autres et on travaille exclusivement dans cette salle-là donc comme ça ils s'approprient les lieux, c'est « chez eux » pour 4 semaines donc voilà, ça peut être facilitateur parce qu'ils ont leurs repères, ils savent où aller, ils ne sont pas*

stressés, c'est un environnement rassurant pour eux et ce sont les mêmes thérapeutes qui restent sur les 4 semaines donc c'est rassurant, c'est facilitateur je dirais. L'obstacle ça peut être... je reviens de nouveau sur le financier. Si l'hôpital ne veut pas jouer le jeu en fournissant du matériel, en fournissant les aliments pour la cuisine thérapeutique, on se retrouve limité. Bon ça ne va pas empêcher de faire la thérapie mais par contre ça va nous empêcher de la rendre... comment dire...plus performante et plus... je ne trouve pas mes mots...ça nous permet de la rendre plus performante et heu... bah on va s'arrêter à la, plus performante. Donc voilà au niveau des obstacles et des éléments facilitateurs... j'en vois pas forcément d'autres...Non ! Je crois que j'ai fait le tour ! »

M : « **D'accord. En quoi la TCI impacte votre identité professionnelle ?** »

E2 : « Alors ça...en tout cas d'un point de vue personnel, ça me permet de ne pas suivre une trame bête et précise de rééducation et ça me permet d'orienter des patients, donc comme nous, comme je t'ai dit tout à l'heure, on a différents groupes, donc ça me permet encore d'être plus polyvalent et d'amener les patients vers des groupes qui leur correspondent le plus précisément possible et du coup à moi d'être plus polyvalent. Donc je ne m'arrête pas à ma rééducation en disant ça durera tant de semaines et après vous sortez, non. Ça permet de continuer encore la rééducation et d'être plus satisfait de mes prises en charge et d'être plus heureux je vais dire et d'avoir un travail plus abouti. »

M : « **Et donc du coup quelle particularité vous donne la TCI comparé à un professionnel qui ne l'utiliserait pas ?** »

E2 : « La particularité ? »

M : « **Oui** »

E2 : « Heu... je réfléchis un peu quand même... je vais être aussi un petit peu redondant mais ça me permet de ne pas m'arrêter bêtement à la fin de ma rééducation, ça me permet d'aboutir vraiment à une rééducation complète et voilà, le patient il va jusqu'au bout quand on a fini la rééducation on continue avec la TCI et ensuite, une fois qu'on l'a terminé, je pense qu'on a fait une rééducation qui est tout à fait correcte, on a été jusqu'au bout des choses, on ne s'est pas arrêté aux portes d'une progression. »

M : « **Donc vous pensez que quelqu'un qui par exemple ne pratique pas la TCI ne va peut-être pas jusqu'au bout des objectifs et de la prise en charge ?** »

E2 : « Oui c'est tout à fait ça, voilà. Si on prend mon cas, moi je suis avec trois patients par heure, si on fait de la théorie ça fait 20 minutes par patient donc qu'est-ce qu'on fait en 20

minutes ? Je ne pense pas que l'on puisse répondre à plusieurs objectifs en 20 minutes par jour ou tous les 2 jours. Donc après de les avoir en groupe ça me permet d'avoir des objectifs précis, de les quantifier avec eux, et de pouvoir compléter ma prise en charge. Si moi je m'arrêtais avec les 20 minutes par jour et par patient, je pense que je n'aurais pas trop fait du bon boulot, alors que si j'ai encore une autre alternative pour continuer leur prise en charge et progresser encore, je pense que le travail est plus abouti et plus fini. »

Annexe 10 : Retranscription de l'entretien du 30/04/18 avec Ergo 3

M : « *Il s'agit d'un entretien qui porte sur l'influence de la pratique probante et des valeurs de l'ergothérapeute sur l'utilisation de la Thérapie Contrainte Induite* »

D'abord, je vous informe juste que l'entretien est enregistré. Ça vous pose un problème ou pas ? »

E3 : *aucunement non non, il n'y a pas de soucis !*

M : « *Donc tout d'abord, vous êtes bien ergothérapeute et vous utilisez bien la TCI ?* »

E3 : « *Tout à fait oui, non seulement je l'utilise mais j'ai aussi fait pas mal de formations dessus à partir des années 2003 pour l'ANFE et c'est un cours que je fais aussi à l'IFE de Montpellier depuis une dizaine d'années.*

[...] petit aparté concernant ma directrice de mémoire.

M : « *Dans quel type de structure vous travaillez ?* »

E3 : « *Alors moi je travaille dans un hôpital général mais je travaille le matin dans le service de neurologie et l'après-midi dans le service de MPR, de rééducation.* »

M : « *Très bien. Alors, comment est-ce que vous avez connu la TCI ?* »

E3 : « *Alors la TCI j'ai découvert ça enfin j'en ai entendu parler à l'époque on disait « Forced use no-used » et c'était dans une journée consacrée à la spasticité à Genève à l'hôpital universitaire et il y avait des ateliers qui présentaient des techniques et il y avait quelqu'un qui avait abordé ça.* »

M : « *D'accord, juste abordé ?* »

E3 : « *Bah oui oui, il en avait parlé juste en disant oui il y a aussi quelque chose qu'on fait depuis longtemps aux États-Unis mais de façon un peu voilà ça à l'air prometteur... alors c'était en 99 hein, ou même peut-être avant ...97 ou voilà, donc j'avais entendu ça mais... voilà c'est pour ça après j'ai regardé un petit peu, j'ai cherché un petit peu ce qu'il y avait sur ça.* »

M : « *D'accord, donc après, vous, vous avez fait des recherches personnelles ?* »

E3 : « *Ouais essentiellement oui, je dirais de 99 à... 2000... je crois que la formation à l'ANFE on avait commencé en 2003, ou j'avais dû faire un truc dans un congrès à Montpellier... présenter ça, j'avais traduit un article globalement et ça devait être dans les années... ouais 2002-2003 je pense.* »

M : « *D'accord. Et là où vous travaillez, depuis combien de temps elle est mise en place ?* »

E3 : « *Bah à mon échelle, voilà moi j'ai arrangé ça à ma sauce on va dire, ça doit être à peu près... ouais à ce moment-là quoi mais de façon... comment dire... pas seul mais ce n'est pas non plus un projet d'équipe, les soignant ne s'occupaient pas de ça, moi je faisais ça avec heu... j'ai eu quelques fois au début des enfants, j'avais eu des enfants qui étaient suivi par Marseille et à Marseille le médecin qui faisait la toxine botulique disait ah oui j'ai entendu parler de ça, ça serait bien si vous pouvez lui faire de la contrainte un peu derrière voilà mais pas forcément de façon académique, c'était pas un projet de service alors que maintenant, depuis je dirais... 5-10 ans peut-être, on a des... ouais 5 ans, on a des médecins qui connaissent la technique et qui la prescrivent, c'est à dire qu'ils peuvent demander dans leur fiche de prescription qu'on utilise cette technique, ou l'évoquer en disant bah tiens pourquoi t'essayerais pas la contrainte, alors qu'à cette époque-là voilà, bon personne n'en parlait. »*

M : « *Et vous l'utilisez auprès d'enfants ou d'adultes ?* »

E3 : « *Alors avant, moi pendant longtemps, j'ai vu des enfants par ce que vu que j'étais le seul ergothérapeute quasiment dans le département en hospitalier et que ici les enfants suivis à l'époque ils allaient sur Marseille et donc voilà, j'avais un contact avec Marseille, avec les ergothérapeutes (j'ai fait pas mal de trucs aussi là-bas) donc de temps en temps j'avais des enfants comme ça, des petits suivis et à l'époque aussi ils prenaient des externes, des patients qui venaient pour faire leur séance de kinésithérapie mais aujourd'hui on ne voit plus d'enfants, on ne voit pas d'enfants. »*

M : « *D'accord, et du coup dans votre centre, c'est vous qui l'avez mis en place ou ça existait déjà avant ?* »

E3 : « *Non. Enfin moi j'étais tout seul donc voilà. Et depuis je crois, moi j'ai commencé en 95 dans le centre... jusqu'en 2010 j'étais tout seul. Et après il y a eu un autre ergothérapeute mais il n'était pas sur le secteur de rééducation, il était sur le secteur de gériatrie donc voilà. Aujourd'hui on est 7, mais le développement est assez récent je dirais les 5-6 dernières années. »*

M : « *Et quels étaient les arguments justement pour la mettre en place, au niveau de votre institution ?* »

E3 : « *Bah les arguments c'était à la fois, bon c'est pareil après il y a eu pas mal de débats sur l'éligibilité des patients mais bon, l'argument c'était que ce n'était pas une technique qui était difficile à mettre en œuvre, fallait pas de matériel particulier et puis ça ne paraissait pas très*

compliqué conceptuellement quoi, et puis il y avait un certain nombre de publications dans tout un tas de pays, des arguments scientifiques quand même assez... dans la littérature. Par rapport à tout un tas de techniques avec lesquelles on nous bassine souvent et c'est encore le cas aujourd'hui et pour lesquelles il n'y avait pas grand-chose. Donc voilà, c'était un peu cet aspect-là qui était un peu novateur dans le sens ou voilà, il y avait beaucoup de publications. Donc c'était une technique prouvée et... le bémol c'est qu'il y a quand même un fossé culturel même si, moi il m'est arrivé de rencontrer des gens alors notamment une famille... une dame qui m'a emmené son fils, qui à l'époque devait être ado, et qui avait des séquelles d'hémiplégie cérébrale infantile à la naissance, au moment de la naissance, et qui avait vécu dans les îles, aux Antilles, et en fait le kiné qui le voyait quand il était bébé lui faisait ça. Donc de façon... soit ils avaient eu les infos déjà à l'époque, soit ça se faisait un peu naturellement comme on faisait aussi avant pour les enfants qui écrivaient de la main gauche, on les forçait à écrire de la main droite. Voilà donc des fois on peut trouver des gens, il y avait des résurgences de gens qui avaient logiquement utilisés ça comme on fait dans le sport aussi où il y a des mecs dans la pratique du ski par exemple qui enlevaient un ski... »

[...] la liaison a été interrompu aux dépends de notre volonté

« Dans l'apprentissage sportif, il y a des techniques de forçage en fait pour sentir l'appui d'un côté au ski ; moi, je dirais dans les années 80, je faisais du ski et c'est quelque chose qu'on fait, ou en natation aussi pour corriger certains défauts ou pour renforcer la musculature. Donc ce n'est pas quelque chose qui est sorti de nulle part donc pour les gens qui s'intéressent aux sciences du mouvement et tout ça, ils sont de fait assez... ils comprennent ça. Je ne sais pas maintenant par exemple les nouvelles populations de diplômés, les APA²⁸ ce qu'ils pourraient en dire mais... voilà. »

M : *« En fait, ça existait déjà mais c'était moins formalisé mais ça fait déjà un petit moment que ça existe quoi. Et justement, sur quelles sources vous vous appuyez, sur quels documents ? »*

E3 : *« Bah moi j'ai beaucoup regardé les travaux de TAUB donc ça ça aide, après de tout ce qui avait pu être publié dans les suites de ses travaux... après dans PAGE, je sais plus... des publications à l'époque, essentiellement chez les anglo-saxons quoi, après du côté des canadiens aussi rapidement, ils ont publié des choses, après il y a eu des thèses aussi qu'on trouvait sur internet... avec pas mal de publications... voilà alors c'était souvent des protocoles*

²⁸ Activités Physique Adaptées

expérimentaux pour l'étude mais voilà, il y avait déjà de quoi faire des bilans. Après pareil, il y a une équipe de suisses qui a traduit un des bilans là Wolf Motor Function Test. Voilà petit à petit... pareil après moi je sais plus quand est ce que j'ai fait mon truc, je crois que c'était 2003 et un ou deux ans après, une autre personne est venue présenter des trucs enfin voilà.

M : « **Comment s'est mis en place chez vous ? Quel protocole vous utilisez ?** »

E3 : « Nous on a deux protocoles. Bon un protocole où comme souvent un peu modifié et après il y a quelques patients sur l'hôpital de jour pour lesquels quand le médecin les réévalue... où à un moment on se dit bah ça faudrait le mettre en place... mais là c'est mis plutôt à l'hôpital de jour, sur la journée avec un autoprogramme à faire à la maison sur des patients qu'on considère... qui sont des patients avec une récupération assez importante... c'est fait uniquement au membre supérieur. »

M : « **Et ça se fait en individuel ou en groupe ?** »

E3 : « Plutôt en individuel, ça peut se faire dans ce qu'on appelle des ateliers où là ils sont 2 ou 3 mais pas plus parce que c'est un petit service, il y a 30 lits et on peut pas avoir de groupe avec des niveaux suffisamment homogènes pour pouvoir envisager ça. »

M : « **Qu'est-ce qui vous a intéressé, vous, dans la TCI ?** »

E3 : « Bah je trouvais que c'était éventuellement bah... d'avoir des résultats par ce que bah moi ça fait 25 ans que je rééduque des hémiplegiques et soit... alors maintenant ça a un petit peu changé avec les Unités Neurovasculaires c'est à dire qu'il y a des gens qui sont pris en charge très tôt et donc qui récupèrent mieux mais malheureusement voilà tout ce que j'ai vu... quand il y a des séquelles assez importantes...voilà, les techniques Bobath, Kabat tout ça qui ont des résultats très faibles avec, au niveau fonctionnel.. très très faible aussi, voilà, la TCI ça a laissé aussi... voilà il y avait un peu d'espoir quand même et puis plus adapté à des auto-traitements ou à des gens plus jeunes qui allaient plutôt faire... pas de l'ETP²⁹ mais... les gens restaient moins longtemps à l'hôpital donc en fait des techniques qu'ils pouvaient mettre en œuvre eux quoi. »

M : « **Quelles valeurs vous accorderiez justement à cette technique de rééducation ?** »

E3 : « Moi je pense que ça a une valeur forte mais le problème c'est les contraintes on va dire socio... enfin pas socio-culturelles mais organisationnelles, c'est à dire que voilà dans les structures il faut que ce soit bien cadré, que ce soit un projet d'équipe quoi pour que vraiment

²⁹ Education Thérapeutique du Patient

ça fonctionne je pense. Après moi je pense que ça a une valeur en tout cas... Là au dernier congrès de Montpellier, un professeur est revenu, alors c'était sur l'électrostimulation mais il est revenu dire qu'il y avait tout un tas de techniques qu'on devrait abandonner donc le Bobath, NER³⁰ 21... enfin tous ces trucs, par ce qu'on en entend parler tous les jours, et par contre qu'il y avait des techniques qui avaient fait leurs preuves, notamment la contrainte et qu'il fallait l'utiliser. Alors il est très certainement intéressé à la chose mais moi je pense qu'il a raison quoi. Après il faut avoir les populations. C'est à dire que nous en hôpital général on a aussi beaucoup de patients qui sont très âgés ou qui n'ont pas le niveau requis c'est à dire que... c'est un peu ce qu'on reproche à toutes les techniques parce qu'en soit, des techniques intrinsèquement il y en a des valables mais le problème c'est qu'il faut les bons patients en face quoi. Voilà après moi je pense, je ne suis pas de pédiatrie mais en pédiatrie par exemple je pense que c'est une technique qui peut avoir une grande valeur. »

M : « Et donc du coup vous pouvez développer ça ? Qu'est-ce que vous appelez « avoir une grande valeur », « avoir une valeur forte ? »

E3 : « Bah par ce que je pense que voilà, c'est adapté à la prise en charge des plus petits, de tout l'aspect jeu tout ça... j'ai vu que les suisses par exemple... quand j'ai fait la formation il y a pas mal de suisses qui sont venus à l'époque et après ils ont publié dans les journaux ergo suisses et ils étaient beaucoup plus... bon d'abord beaucoup plus rigoureux sur l'organisation, ils bloquaient complètement le membre avec des résines... et voilà, il faisait des camps aussi, il y a eu pas mal de publications sur ça, donc je trouve que ça avait, alors je n'ai pas regardé en détails en terme de résultats et tout ça mais ils étaient assez satisfaits. C'est une pratique dynamique quoi et assez optimiste aussi donc on voyait, voilà quand les gens s'investissaient et tout ça bah que ça avait peut-être plus de valeurs que des rééducations un peu, j'allais dire standards ou un peu routinières donc voilà. Mais là encore il faut voilà des thérapeutes, et les franco-français ne sont pas trop comme ça, qui ont plus des attitudes d'entraîneurs ou de coach que de rééducateurs plan-plan, voilà sur une table à faire des exercices, on est beaucoup plus centré sur l'aspect analytique et qualitatif que quantitatif quoi. Donc je pense que c'est ce qui fait que la valeur accordée à ça et il y a tout un tas de considérations sociologiques ou je ne sais pas quoi, ha le pauvre... on est beaucoup dans la plainte et c'est ce qui creuse un peu un fossé dans ces techniques-là. »

M : « Donc c'est un peu le renforcement positif... »

³⁰ Neuro-Environmental Réhabilitation 21

E3 : « Complètement oui. Je ne sais pas si des psychologues peut être, s'il y a des équipes qui ont pu intégrer des psychos ou je ne sais pas mais peut-être que ça manqué de ça aussi. Moi des fois j'ai l'occasion d'en discuter alors je vois surtout avec des neuropsychologues mais je pense qu'il y avait une culture de la... « bienveillance dégoulinante » mais un peu ce côté hyper-protecteur de ces patients handicapés, ha les pauvres et tout. C'est vrai que dans cette thérapie, ce n'est pas du tout l'idée quoi. On est plus sur le mode tu te bouges un peu et voilà, sur la motivation. Et on n'est pas prêt à faire ça, les services ne sont pas organisés pour faire ça. Crier dans les oreilles d'un patient un peu comme un... c'est un peu militaire quoi, ça peut être un peu militaire. Ça nécessite une forme d'adaptation à la culture française je pense, c'est pour ça que c'est long. »

M : « Est-ce que vous diriez que la TCI est en accord avec vos valeurs ? »

E3 : « Personnellement moi je dirais oui, qu'elle peut l'être oui. »

M : « Et donc quelles sont vos valeurs à vous, vos valeurs personnelles ? »

E3 : « Moi je pense que... comment dire...dans ce genre de chose il faut s'engager, il faut croire en la méthode qu'on propose et je pense qu'en rééducation il y a encore beaucoup de choses qui sont au contraire proposées par ce que c'est protocolisé, par ce que bah voilà c'est la routine... donc voilà, c'est fait un peu de façon un peu molle. Je trouve qu'une des valeurs essentielles c'est un peu... je reviens sur l'histoire de l'entraîneur ou il y en a qui appelle ça aussi je crois comme des prophéties autoréalisatrices là... c'est à dire que si derrière on n'y croit pas vraiment bah il y a de gros risques pour qu'effectivement ça ne se produise pas quoi. Donc voilà, comme si un entraîneur il ne croit pas en son... on voit ça dans pleins de sports au foot par exemple mais dans d'autres sports, il y a cet engagement... et ça peut être que ça manque un peu à mon sens dans la... et moi je connais un peu quelques anglo-saxons, j'ai eu l'occasion de voir ça, cette espèce de pragmatisme, je pense que ça nous fait beaucoup défaut. Voilà mes valeurs ce serait un peu ça, l'engagement véritable et pas couvert de bah dans le service on fait comme ça ou voilà, mais c'est ce qui est un peu difficile aujourd'hui parce qu'en fait on laisse assez peu, l'organisation des services laisse assez peu le libre choix aux thérapeutes de sa méthode en fait. Parce qu'il y a des contraintes économiques, pas forcément du matériel... donc on a une obligation de s'adapter. »

M : « Donc vous, vos valeurs à vous, personnelles... là quand je disais vos valeurs personnelles, je ne parlais pas forcément en lien avec la TCI ou avec l'ergothérapie, je parlais

plus de vous personnellement, dans votre vie de tous les jours, quelles sont vos valeurs à vous ? »

E3 : « Heu... c'est vaste alors. Je sais pas, je ne me suis jamais vraiment posé la question. Je ne sais pas, il y a une forme de sincérité, de respect, d'engagement aussi dans le sens ou voilà, ce n'est pas... c'est quand même des actions dans lesquelles il faut croire... il faut croire en l'issue quoi alors que... je sais pas, j'imagine que... alors je ne sais pas si c'est rattaché à des valeurs qui sont là dans la vie de tous les jours mais... voilà.... Je n'ai pas réfléchi à la question en détails mais... il faut essayer de s'engager au meilleur niveau où on peut le faire, comme dans un match. Mais après des fois on est contraint par... voilà le terrain est pas terrible, la météo est pas terrible... et c'est vrai que l'hôpital publique on est quand même de plus en plus gêné par ça. »

M : « Et les valeurs de l'ergothérapie, vous diriez que c'est quoi, pour vous ? »

E3 : « Pour moi l'ergothérapie, quand j'ai fait mes études c'était une discipline de rééducation, moi je suis très rééducateur, je n'ai pas du tout... j'en entends parler parce que je fais encore des cours mais toutes ces histoires de modèles, de machins, de trucs... j'y comprend rien et je n'ai pas envie d'y comprendre grand-chose. J'ai pas fait ça dans ma carrière, ça fait 25 ans que je suis ergothérapeute, je me considère comme un soignant, je travaille dans un service de soin et un rééducateur quoi, un rééducateur qui s'intéresse des pathologies plutôt compliquées, voilà. Je n'ai pas un recul philosophique sur la profession... Sur les modèles quoi, je veux dire je ne fais référence à aucun modèle, peut être implicitement mais voilà. »

M : « Je ne vous parlais pas spécialement des modèles mais plus des valeurs en référence à ce qui vous a donné envie de faire ce métier d'ergothérapeute. »

E3 : Je ne sais pas trop quoi dire. Non, il n'y a pas de motivation intrinsèque, de l'intérêt...
... à l'époque il n'y avait pas de machins, de trucs donc on rencontre quelqu'un qui te parle de ça, tu te dis bon bah je vais aller voir et puis après on y reste quoi. »

M : « Je reviens un peu sur la TCI, quel avis vous portez sur la TCI ? Quels sont pour vous les avantages et les inconvénients de cette technique-là ? »

E3 : « L'avantage... c'est quand même une certaine facilité de mise en œuvre et tout un tas d'éléments publiés sur la neuroplasticité et tout ça et c'est quelque chose que l'on peut aisément... j'allais dire vendre au patient mais bon... on peut argumenter. Donc ça c'est le gros avantage alors qu'il y a tout un tas de techniques qui pour moi s'apparentent à des choses plus ésotériques et donc qui sont beaucoup utilisées. Un autre exemple, c'est comme la stimulation

électrique fonctionnelle... Après *il y a des effets de mode aussi et l'inconvénient ça serait ça c'est à dire que moi j'ai bien vu les modes par exemples, les premières années ou on a fait la formation ça marchait bien puis il y a eu un creux et ensuite un boom, c'était à la mode, à tel point où il y avait des années où quand j'abordais ça aux deuxième années d'ergos ils me disaient tous ouais c'est quoi ce machin, on en a jamais entendu parler, on en a jamais vu en stage... et puis là ça revient un peu, on le voit aussi avec les mémoires, il y a des années où il y en a pas mal, puis des fois ça disparaît un peu. Donc voilà, l'inconvénient c'est aussi comme tous les phénomènes, c'est soumis à ... bon après il y a peut-être les études qui influencent un peu aussi mais *il y a des périodes où c'est plus ou moins à la mode, donc plus ou moins délaissé, mais bon, c'est dommage. Il faut le voir comme quelque chose en ergo, dans la rééducation du membre supérieur comme quelque chose qui devrait faire partie de toutes les pratiques et là j'ai l'impression en plus que ça tend à ... on va encore s'en éloigner* parce qu'on est dans les trucs écologiques, on passe des heures à faire passer des questionnaires des choses comme ça mais pendant ce temps-là, on ne s'occupe pas de leurs bras ou de leurs jambes. Donc c'est un peu ce qui me... ce qui m'étonne. »*

M : « *On passe beaucoup de temps sur la « paperasse » ... »*

E3 : « *Oui, oui, on remplit des tas d'échelles, des trucs... vous en pensez quoi machin alors que si on s'intéresse plus à comment le bras fonctionne et tout ça bah... on est là pour faire de la rééducation quoi. »*

M : « *Quels ont été les obstacles et les éléments facilitateurs quand vous avez mis en place la TCI ? Par exemple vous me parliez tout à l'heure des documents, des données probantes qui ont peut-être été facilitatrice... ? »*

E3 : « *Alors ça je ne sais pas si ça a trop facilité ça, ça permet surtout de motiver celui qui veut faire après facilitateur... moi j'étais dans un milieu assez libre alors ça a ses avantages et ses inconvénients. Bah l'avantage c'est qu'on peut faire ce qu'on veut. L'inconvénient c'est que les gens s'en foutent un peu aussi quoi parce que par définition ils ne s'intéressent pas trop donc ... je n'ai pas eu d'obstacles mais pas eu non plus vraiment d'aide pour le développer et tout ça. »*

M : « *Donc vous n'avez pas vraiment eu d'éléments facilitateurs ou obstacles ? »*

E3 : « *Facilitateurs si si, le cadre n'était pas opposé, l'équipe des kinés non plus... »*

M : « *Je reviens un peu sur les valeurs, quelle est, d'après vous, l'influence de vos valeurs sur la pratique de la TCI ? Est-ce que vous diriez que vos valeurs influencent votre pratique de la TCI ?* »

E3 : « *Oui, je dirais que on ne peut pas utiliser des techniques auxquelles on ne croit pas, et pour lesquelles on ne s'est pas un minimum formé. Ou même parfois il y a des techniques ou au départ on n'est pas convaincu puis à travers de lectures ou de formations, de congrès bah on se dit ouais ça c'est intéressant. C'est pareil, moi je fais des trucs avec Claude Spicher, donc lui la première fois puis la deuxième il a lu ces trucs et on s'est dit bah ouais quand même, le mec il publie à droite, à gauche... il a des trucs intéressants à écouter alors que j'entends des ergos dire ouais Spicher ouais non... ça ne les a pas inspirés bah voilà... donc les valeurs c'est aussi d'aller voir un petit peu derrière certaines méthodes et pas de gober comme un poisson rouge ce qu'on dit de faire ou voilà. Ouais il y a une forme de croyance... en la technique.*

M : « *En quoi la TCI impacte sur votre identité professionnelle ?* »

E3 : « *Oui je pense aussi qu'il faut avoir des capacités un peu... j'ai lu pas mal de papiers sur ça qui disaient que la TCI était une thérapie comportementale. On pourrait sous certains aspects l'intégrer à des Thérapies Cognitivo- Comportementales où on manipule un peu les patients en leur donnant un certain nombre de résultats tout ça, en faisant du renforcement positif, du behaviorisme et tout ça, qui est à la base du truc et TAUB à la base est une psychologie aussi donc je pense que ça fait aussi partie des qualités intrinsèques du thérapeute parce qu'il ne faut pas que ce soit quelqu'un de trop... faut quelqu'un avec du relief quoi, on revient aux entraîneurs, voilà, il y a des entraîneurs des fois ils secouent un peu l'équipe ou le sportif pour lui dire maintenant il faut y aller, c'est pas le moment de baisser les bras. Oui donc il faut être un peu charismatique peut être.* »

M : « *Et par rapport à votre identité professionnelle ? Est-ce que la TCI a un impact sur votre identité professionnelle ?* »

E3 : « *Oui peut-être parce que des fois il faut accepter aussi que il y a des gens qui l'abordent... Parfois, des gens viennent en ergothérapie, ils les voient et leur disent à bah vous allez jouer et tout ça parce que l'ergothérapeute se sert de jeux d'enfants et tout ça et de la même façon avec la TCI, il y a des gens qui voit ça un peu de façon... au début on bloquait vraiment le bras avec des grosses contraintes, ça se voyait, les autres voyaient bien, avec un gant ou des choses comme ça et venaient leur dire ah ouais c'est dur, qu'est-ce qu'ils font ? Ils te torturent et tout donc il y avait aussi ça, il y avait un peu cette terminologie donc ça changeait un peu le regard*

aussi, ou les patients aussi après dans leur temps où ils continuaient à porter un gant ou une écharpe, forcément ils en discutaient en dehors des séances etc. avec d'autres patients et donc ça peut passer pour une forme de thérapie une peu hard quoi. »

M : « ***Et du coup le regard était plutôt négatif ?*** »

E3 : « *Ouais ouais, je pense que pour certains ça pouvait être négatif. D'ailleurs il y a pas mal d'études qui montrent qu'il y a pas mal d'abandons aussi. Et puis ils ont tous à faire quelque chose et le thérapeute lui il fait rien avec ses mains là aussi c'est le gros contraste qui peut y avoir avec la kiné où le patient est vraiment obligé de... voilà alors que là le patient est très actif, ils nous disent parfois ouais ça se voit que c'est pas vous qui la portez la contrainte, allez y vous, bloquez-vous un bras vous allez voir. Donc effectivement il y a sans doute aussi, et encore plus chez nous les français, cet aspect-là quoi, à des moments cet aspect-là qui transparait. »*

M : « ***Quelle(s) particularité(s) cette technique vous donne comparée à un autre professionnel qui ne la pratique pas ?*** »

E3 : « *C'est quelque chose de fondamental dans la compréhension éventuellement de ce que peut être la neuroplasticité pour le patient et donc de lui donner une chance de comprendre... si le patient a accès au postulat de base sur la neuroplasticité, il a quand même des éléments pour essayer d'améliorer son statut... et dans le temps aussi, pour pouvoir au final ne pas être trop dépendant des thérapeutes ou des thérapies très passives. »*

Annexe 11 : Analyse des données des entretiens

<u>Thèmes</u>	<u>Ergothérapeute 1</u>	<u>Ergothérapeute 2</u>	<u>Ergothérapeute 3</u>
Pratique de la TCI	<p><i>*on fait ce qu'on appelle des groupes contrainte, c'est à dire que deux fois par an, on fait un groupe de thérapie contrainte où on a entre 2 et 4 patients sur un protocole bien particulier et une façon de faire bien particulière (l.4-7)</i></p> <p><i>*(critères d'inclusion) ouvrir et fermer la main 5 fois, ne pas avoir une EVA au-dessus de 3 ou 4 sur 10, [...] un ERFC minimum à 50, une sensibilité de protection, [...] que la personne [...] soit capable de se déplacer de façon autonome dans le centre. (l.119-121)</i></p>	<p><i>*oui je suis bien ergothérapeute et oui j'utilise bien la Thérapie Contrainte Induite (l.4)</i></p> <p><i>* [...] du groupe (l.51)</i></p> <p><i>*On en fait un à deux par an (l.56)</i></p> <p><i>*(les critères d'inclusion) la sensibilité (l.62), le cognitif (l.67), un bilan maison de préhensions avec la force de préhension et la force de pincement (l.72-73), les kinésithérapeutes qui eux aussi ont des évaluations à faire plus moteurs... en fonction de si la personne se déplace en fauteuil, si elle se déplace avec des aides techniques etc. est-ce qu'elle a l'équilibre nécessaire, est-ce qu'elle arrive à manipuler correctement ces aides techniques (l.78-81)</i></p> <p><i>*nous on fait une heure le matin, une heure l'après-midi et les repas du midi (l.237)</i></p>	<p><i>*Tout à fait oui, non seulement je l'utilise mais j'ai aussi fait pas mal de formation dessus (l.7)</i></p> <p><i>*l'éligibilité des patients (l.59)</i></p> <p><i>*on a deux protocoles : [...] un protocole où comme souvent un peu modifié (l.97)</i></p> <p><i>*un autoprogramme à faire à la maison (l.100)</i></p> <p><i>*en individuel (l.104) [...] on peut pas avoir de groupe avec des niveaux suffisamment homogènes pour pouvoir envisager ça. (l.105-106)</i></p>
Type de structure	<i>*un CMPR (l.15)</i>	<i>*un service de SSR (l.6)</i>	<i>*dans un hôpital général mais je travaille le matin dans le service de neurologie et l'après-midi dans le service de MPR (l.12-13)</i>
Recherches	<i>*j'en ai entendu parler [...] à l'école d'ergo (l.27)</i>	<i>*c'est en arrivant dans le centre où je travaille ac-</i>	<i>*à l'époque on disait « Forced use no-used »</i>

	<p><i>*j'ai fait une formation ANFE (l.27-28)</i></p>	<p><i>tuellement qu'ils pratiquaient déjà la Thérapie donc du coup ensuite ils me l'ont enseignée. (l.14-15)</i></p>	<p><i>et c'était dans une journée consacrée à la spasticité à Genève à l'hôpital universitaire (l.15-17) [...] alors c'était en 99 hein, ou même peut-être avant ...97 (l.21-22) [...] après j'ai regardé un petit peu, j'ai cherché un petit peu ce qu'il y avait sur ça. (l.23) [...] (jusqu'en) 2002-2003 je pense. (l.28)</i></p>
Faits et données probantes	<p><i>*on s'est basé sur tout ce qu'ils nous ont donné pendant la formation (l.46)</i></p> <p><i>*C'est TAUB et je ne sais plus quoi. Enfin il y a plein d'études. (l.47-48)</i></p> <p><i>*les formatrices [...] nous ont aidé « à établir » déjà plus ou moins un protocole (l.51-52)</i></p>	<p><i>*moi je n'ai aucune source. C'est avec ce qu'on m'a enseigné. Moi j'ai suivi les documents qui ont été ensuite réadaptés au centre (l.33-34)</i></p>	<p><i>*il y avait des résurgences de gens qui avaient logiquement utilisés ça comme (l.73-74)</i></p> <p><i>*ce n'est pas quelque chose qui est sorti de nulle part (l.79-80)</i></p> <p><i>*TAUB, [...] tout ce qui avait pu être publié dans les suites de ses travaux, [...] PAGE, [...] des publications à l'époque, essentiellement chez les anglosaxons quoi, après du côté des canadiens aussi, [...] des thèses (l.87-90)</i></p> <p><i>*des protocoles expérimentaux (l.91-92)</i></p> <p><i>* une équipe de suisses qui a traduit un des bilans là Wolf Motor Function Test (l.93)</i></p>
Application	<p><i>*5-6 ans (l.31)</i></p> <p><i>*c'est moi qui l'ai mise en place (l.34)</i></p> <p><i>*c'était une demande des médecins rééducateurs de mettre ce projet en place (l.37)</i></p>	<p><i>*plus de 2 ans [...] je ne peux pas dire précisément depuis quand (l.23-24)</i></p> <p><i>*pour continuer la prise en charge après la fin de</i></p>	<p><i>*on avait commencé en 2003 (l.26)</i></p> <p><i>*depuis je dirais... 5-10 ans peut-être, on a des... ouais 5 ans, on a des médecins qui connaissent la technique et</i></p>

	<p><i>*On a chez nous [...] des personnes avec une hémiparésie ancienne qu'on prenait en charge tous les ans, pour lesquels on n'avait plus grand chose à apporter. Donc on cherchait « une autre façon » de les prendre en charge [...] et du coup on a pensé à ça. (l.37-42)</i></p>	<p><i>la rééducation des patients quand [...] on estimait qu'il y avait un peu moins de récupération chez les patients, [...] on ne voulait pas les laisser partir comme ça (l.27-30)</i></p> <p><i>*En suite de rééducation je dirais (l.31)</i></p>	<p><i>qui la prescrivent (l.36-38)</i></p> <p><i>*moi j'étais tout seul (l.51)</i></p> <p><i>*l'argument c'était que ce n'était pas une technique qui était difficile à mettre en œuvre, fallait pas de matériel particulier et puis ça ne paraissait pas très compliqué conceptuellement quoi, et puis il y avait un certain nombre de publications dans tout un tas de pays, des arguments scientifiques (l.59-62)</i></p> <p><i>*novateur (l.65)</i></p>
Avis sur la TCI	<p><i>*très bonne technique de rééducation (l.105)</i></p> <p><i>*relativement chronophage (l.105-106)</i></p> <p><i>*c'est assez complexe de mettre ça en place en parallèle « d'une vie de service » (l.107-108)</i></p> <p><i>*résultats positifs (l.109-110)</i></p> <p><i>*des patients toujours satisfaits (l.112-113)</i></p> <p><i>*je mets quand même un point d'honneur à respecter les critères d'inclusion (l.113-114)</i></p>	<p><i>*l'inconvénient cette fois-ci c'est aussi d'être en groupe (l.163)</i></p> <p><i>*l'effet de groupe a plutôt été néfaste que bénéfique (l.168) [...] On arrivait quand même à des bons résultats (l.193-194) [...] les résultats pourraient être mieux (l.207) [...] on peut imaginer que si l'effet de groupe est positif, on peut avoir un bénéfice dans les résultats (l.213-214)</i></p> <p><i>*les limites ça serait l'environnement matériel et architectural de l'hôpital (l.173-174)</i></p> <p><i>*on peut encore optimiser la prise en charge en ayant plus de matériel ou en étant en situation réelle ou encore mieux en étant chez eux. (l.179-180)</i></p>	<p><i>*le bémol c'est qu'il y a quand même un fossé culturel (l.66)</i></p> <p><i>*il y a tout un tas de considérations sociologiques ou je ne sais pas quoi, ha le pauvre... on est beaucoup dans la plainte et c'est ce qui creuse un peu un fossé dans ces techniques là (l.148-150) [...] je pense qu'il y avait une culture de la... « bienveillance dévouée » mais un peu ce côté hyper-protecteur (l.154-156) [...] C'est vrai que dans cette thérapie, ce n'est pas du tout l'idée quoi. On est plus sur le mode tu te bouges un peu et voilà, sur la motivation. Et on n'est pas prêt à faire ça, les services ne sont pas organisés pour faire ça.</i></p>

			<p><i>Crier dans les oreilles d'un patient un peu comme un... c'est un peu militaire quoi, ça peut être un peu militaire. Ça nécessite une forme d'adaptation à la culture française je pense (l.156-160)</i></p> <p><i>*une certaine facilité de mise en œuvre et tout un tas d'éléments publiés sur la neuroplasticité et tout ça et c'est quelque chose que l'on peut aisément [...] argumenter (l.210-212)</i></p> <p><i>*il y a des effets de mode aussi et l'inconvénient ça serait ça (l.215) [...] il y a des périodes où c'est plus ou moins à la mode, donc plus ou moins délaissé (l.223) [...] on va encore s'en éloigner (l.226)</i></p>
Caractéristiques personnelles	<p><i>*essayer d'être heureuse dans ma vie avec mon entourage (l.80-81)</i></p> <p><i>*être épanouie dans mon métier (l.81-82)</i></p> <p><i>*être honnête (l.83)</i></p> <p><i>*faire ce en quoi je crois (l.83)</i></p> <p><i>*avoir une vie cohérente entre ma vie personnelle et ma vie professionnelle et qui me convient (l.83-84)</i></p>	<p><i>*l'honnêteté, la ponctualité, et le partage, la convivialité. (l.114-115)</i></p>	<p><i>*sincérité, de respect, d'engagement (l.186)</i></p> <p><i>*il faut essayer de s'engager au meilleur niveau où on peut le faire (l.190)</i></p>
	<p><i>*une nouvelle façon de pratiquer l'ergothérapie [...] pour justement des patients avec</i></p>	<p><i>*ce qui m'intéresse c'est les résultats [...] souvent les patients sont vachement volontaires, on a</i></p>	<p><i>*d'avoir des résultats (l.108)</i></p>

<p>Suscite l'attention dans la TCI</p>	<p><i>qui on ne savait plus vraiment quoi faire. (l.56-60)</i></p> <p><i>*ce que j'aime dans la thérapie contrainte c'est que c'est appliquer son quotidien sur des choses très précises (l.64-65)</i></p> <p><i>*on travaille sur des objectifs très ciblés donc ça permet vraiment un retentissement réel (l.65-66)</i></p> <p><i>* hyper valorisantes (l.70-71)</i></p>	<p><i>des objectifs bien précis et on a des résultats qui sont, [...] à 90% du temps, concluants. [...] pouvoir encore progresser et de faire avancer les patients et de ne pas les laisser [...] avec leurs difficultés ou sans avoir pu [...] avoir une prise en charge à 100% (l.42-47)</i></p> <p><i>*à 80% des cas on a un effet bénéfique du groupe qui va justement permettre encore d'optimiser les résultats (l.51-52)</i></p> <p><i>*le groupe de la TCI [...] on a des effets de groupe qui sont la majorité du temps bénéfique (l.91-94)</i></p> <p><i>* on est beaucoup plus proche de lui, on peut carrément affiner, peaufiner les détails, [...] nos objectifs bien précis, ça nous permet de suivre parfaitement ce que le patient veut et où on veut aller donc on est encore plus précis et plus pointilleux sur la rééducation (l.96-100)</i></p>	<p><i>*il y avait un peu d'espoir quand même et puis plus adapté à des auto-traitements (l.114) [...] des techniques qu'ils pouvaient mettre en œuvre eux (l.116)</i></p> <p><i>*je pense que ça a une valeur forte (l.118)</i></p> <p><i>*il y avait des techniques qui avaient fait leurs preuves, notamment la contrainte et qu'il fallait l'utiliser [...] je pense qu'il a raison. (l.124-126)</i></p> <p><i>* C'est une pratique dynamique quoi et assez optimiste aussi [...] quand les gens s'investissaient et tout ça bah que ça avait peut-être plus de valeurs que des rééducations un peu, j'allais dire standards ou un peu routinières [...] il faut voilà des thérapeutes, et les franco-français ne sont pas trop comme ça, qui ont plus des attitudes d'entraîneurs ou de coachs que de rééducateurs plan-plan (l.141-146)[...] je pense que c'est ce qui fait que la valeur accordée à ça (l.147-149)</i></p>
<p>Confrontation des valeurs (personnelles et TCI)</p>	<p><i>*Je ne fais pas de lien entre mes valeurs personnelles et [...] ce que je propose en TCI (l.89-90)</i></p> <p><i>*Je dirais que oui puisque à partir du</i></p>	<p><i>*On va dire que pour les deux sur trois, enfin la ponctualité ça n'a un peu rien à voir [...] l'honnêteté on va dire par rapport au contrat qu'on fixe avec le patient (l.127-129)</i></p>	<p><i>*je dirais oui (la TCI est en accord avec mes valeurs) (l.163)</i></p> <p><i>*il faut s'engager, il faut croire en la méthode qu'on propose (l.165-166) [...] c'est à dire que si derrière on</i></p>

	<p><i>moment où je me respecte dans mes valeurs, forcément ce que je fais est en accord avec mes valeurs (l.90-91)</i></p>	<p><i>*Partage/convivialité[...] c'est justement le groupe [...] qui va s'entraider, qui va pouvoir se partager ses difficultés et pouvoir progresser ensemble (l.131-133)</i></p>	<p><i>n'y croit pas vraiment bah il y a de gros risques pour qu'effectivement ça ne se produise pas (l.170-171)</i></p>
Principes de l'ergothérapie	<p><i>*tenir compte de la qualité de vie et du projet de vie du patient (l.93-94)</i></p> <p><i>* que le patient soit acteur de sa rééducation (l.95)</i></p> <p><i>* qu'il (le patient) choisisse ses objectifs et ce pour quoi on va travailler et être en accord dessus lui et nous (l.95-96)</i></p>	<p><i>*par rapport aux autres métiers de la santé qui apportent des années à la vie, nous on apporte de la vie aux années. (l.138-139)</i></p> <p><i>*pouvoir continuer à vivre...mais bien ! (l.141-142)</i></p> <p><i>*pouvoir faire profiter aux gens de leur vie, de leur bonne vie future (l.145-146)</i></p> <p><i>*pouvoir les faire progresser pour qu'ils puissent continuer à vivre de façon correcte. (l.149-150)</i></p>	<p><i>*je me considère comme un soignant, je travaille dans un service de soin et un rééducateur quoi, un rééducateur qui s'intéresse des pathologies plutôt compliquées [...] Je n'ai pas un recul philosophique sur la profession (l.199-201)</i></p>
Morale : confrontation des valeurs (personnelles et professionnelles)	<p><i>*Oui elles sont en accord mes valeurs personnelles et professionnelles (l.100)</i></p> <p><i>*On est en contradiction avec soi-même sinon (l.100-101)</i></p>	<p><i>*je dirais que oui (l.153)</i></p> <p><i>*ma prise en charge elle va être orientée avec tout ce qui me constitue, avec mon vécu, avec mes valeurs donc forcément je dirais que oui elles sont toutes en adéquation parce que sinon ça ne serait plus moi qui ferais la prise en charge mais un robot (l.155-158)</i></p>	
Déontologie : valeurs/pratique professionnelle	<p><i>*je pense qu'il y a quand même un impact. (des valeurs professionnelles sur la pratique de la TCI) (l.128)</i></p>	<p><i>*Je pense que ça peut me servir à être plus à l'aise et à les guider beaucoup plus dans la thérapie (l.223-224)</i></p> <p><i>*si nos valeurs ne nous permettent pas d'être un bon ergothérapeute bah</i></p>	<p><i>*l'organisation des services laisse assez peu le libre choix aux thérapeutes de sa méthode en fait. Parce qu'il y a des contraintes économiques, pas forcément du matériel... donc on a</i></p>

	<p><i>*La façon [...] dont les ergothérapeutes, gèrent leur vie professionnelle actuellement conditionne un peu la façon dont ils vont gérer le shaping, dont ils vont gérer les choses et dont ils vont proposer les choses. (l.128-130)</i></p> <p><i>*il y a quand même un retentissement (des valeurs) sur notre pratique dans la TCI (l.131-132)</i></p> <p><i>*je pense que les valeurs qu'on a, que la manière dont on gère notre métier au quotidien se ressent sur la façon dont on gère les groupes dans la TCI. (l.141- 142)</i></p> <p><i>* Les éléments facilitateurs ? La formation (l.144)</i></p> <p><i>* La mise en place au sein du service, l'organisation, la formation du personnel, de tous ceux qui n'avaient pas été formés... mais rien « d'insurmontable. (les obstacles pour mettre en place la TCI)(l.146-147)</i></p>	<p><i>on ne peut pas être un bon thérapeute dans toutes les pratiques que l'on va réaliser y compris la TCI. Il faut forcément qu'on ait envie de partager avec les gens, de les aider mais si on n'a pas cette envie-là, on ne va pas réussir à animer un groupe et à pouvoir dynamiser un groupe de thérapie comme ça (l.226-230)</i></p> <p><i>* les obstacles, c'est le nombre de patients qu'on a en charge [...] on est dans un environnement où l'argent compte beaucoup donc du coup où on veut faire un maximum de patients et animer une thérapie qui prend autant de temps..., donc nous on fait une heure le matin, une heure l'après-midi et les repas du midi (l.234-137)</i></p> <p><i>*du point de vue financier, l'hôpital n'y trouve pas forcément son compte donc ça ça peut être aussi un obstacle (l.239-240) [...] Si l'hôpital ne veut pas jouer le jeu en fournissant du matériel, en fournissant les aliments pour la cuisine thérapeutique, on se retrouve limité (l.249-150)</i></p> <p><i>*au niveau architectural, les locaux, la place disponible (l.242) [...] on travaille exclusivement dans cette salle-là donc comme ça ils s'approprient les lieux, c'est « chez eux » pour 4 semaines [...] ils ont leurs</i></p>	<p><i>une obligation de s'adapter. (l.178-180)</i></p> <p><i>*j'étais dans un milieu assez libre alors ça a ses avantages et ses inconvénients. Bah l'avantage c'est qu'on peut faire ce que l'on veut. L'inconvénient c'est que les gens s'en foutent aussi un peu quoi par ce que par définition ils ne s'intéressent pas trop donc... je n'ai pas eu d'obstacles mais pas eu non plus vraiment d'aide pour le développer et tout ça (l.238-242)</i></p> <p><i>*Facilitateurs si si le cadre n'était pas opposé l'équipe des kinés non plus (l.244)</i></p> <p><i>*Oui, je dirais que on ne peut pas utiliser des techniques auxquelles on ne croit pas, et pour lesquelles on ne s'est pas un minimum formé [...] il y a des techniques où au départ on n'est pas convaincu puis à travers de lectures ou de formations, de congrès bah on se dit ouais ça c'est intéressant (l.248-251) [...] donc les valeurs c'est aussi d'aller voir un petit peu derrière certaines méthodes et pas de gober comme un poisson rouge ce qu'on dit de faire ou voilà. Ouais il y a une forme de croyance... en la technique (l.254-256)</i></p>
--	--	--	---

		<p><i>repères, ils savent où aller, ils ne sont pas stressés, c'est un environnement rassurant pour eux et ce sont les mêmes thérapeutes qui restent sur les 4 semaines donc c'est rassurant, c'est facilitateur (l.244-248)</i></p>	<p><i>*Oui je pense aussi qu'il faut avoir des capacités un peu... [...] (l.258) On pourrait sous certains aspects l'intégrer à des Thérapies Cognitivo-Comportementales où on manipule un peu les patients en leur donnant un certain nombre de résultats tout ça, en faisant du renforcement positif, du behaviorisme (l.259-262).</i></p> <p><i>*faut quelqu'un avec du relief (l.264) [...] il faut être un peu charismatique peut être. (l.266-267)</i></p>
<p>Particularités données par la TCI à l'ergothérapeute</p>	<p><i>*une autre approche de l'ergothérapie, ça me permet d'avoir « une carte de plus » parmi ce que je peux proposer, ce que je suis capable de faire (l.149-150)</i></p> <p><i>*Une autre possibilité de rééduquer les patients avec une hémiplégie ancienne.(l.154)</i></p>	<p><i>*ça me permet de ne pas suivre une trame bête et précise de rééducation (l.257-258)</i></p> <p><i>* ça me permet encore d'être plus polyvalent et d'amener les patients vers des groupes qui leur correspondent le plus précisément possible et du coup à moi d'être plus polyvalent. Donc je ne m'arrête pas à ma rééducation en disant ça durera tant de semaines et après vous sortez [...] Ça permet de continuer encore la rééducation et d'être plus satisfait de mes prises en charge et d'être plus heureux [...] d'avoir un travail plus abouti. (l.259-264)</i></p> <p><i>*ça me permet de ne pas m'arrêter bêtement à la fin de la rééducation, ça</i></p>	<p><i>*ça peut passer pour une forme de thérapie un peu hard quoi. (l.279)</i></p> <p><i>*je pense que pour certains ça pouvait être négatif (l.281)</i></p> <p><i>*ils (les patients) ont tous à faire quelque chose et le thérapeute lui il fait rien avec ses mains là aussi c'est le gros contraste qui peut y avoir (l.282-284)</i></p> <p><i>* C'est quelque chose de fondamental dans la compréhension éventuellement de ce que peut être la neuroplasticité pour le patient et donc de lui donner une chance de comprendre... si le patient a accès au postulat de base sur la neuroplasticité, il a quand même</i></p>

		<p><i>me permet d'aboutir vraiment à une rééducation complète (l.270-271)</i></p> <p><i>*une fois qu'on l'a terminé, je pense qu'on a fait une rééducation qui est tout à fait correcte, on a été jusqu'au bout des choses on ne s'est pas arrêté aux portes d'une progression. (l.272-274)</i></p> <p><i>*Si moi je m'arrêtais avec les 20 minutes par jour et par patient, je pense que je n'aurais pas trop fait du bon boulot, alors que si j'ai encore une autre alternative pour continuer leur prise en charge et progresser encore, je pense que le travail est plus abouti et plus fini. (l.281-284)</i></p>	<p><i>des éléments pour essayer d'améliorer son statut... [...], pour pouvoir au final ne pas être trop dépendant des thérapies très passives (l.291-295)</i></p>
--	--	---	---

RESUME

La thérapie par contrainte induite (TCI) est une technique qui est notamment utilisée dans la rééducation du membre supérieur parétique des adultes ayant eu un accident vasculaire cérébral (AVC). Elle vise l'amélioration des capacités fonctionnelles du membre parétique ainsi que sa réintégration dans les activités de la vie quotidienne de la personne. De nombreuses études ont montré son efficacité, cependant il s'agit d'une technique de rééducation peu utilisée. Une enquête exploratoire nous a révélé que ce fait été dû majoritairement aux contraintes institutionnelles. Afin de savoir comment certains ergothérapeutes étaient tout de même parvenus à utiliser cette technique de rééducation, nous sommes allés explorer, lors d'une enquête, les valeurs qui les animent.

Mots clés : ergothérapeutes – valeurs - utilisation de la TCI – hémiparésie - AVC

SUMMARY

Constraint Induced movement therapy (CIMT) is a technique used in paretic upper limb rehabilitation for adults after stroke. It has to improve the functional capacities of the paretic member and his reintegration in the daily activities of the patient. A lot of studies show its efficiency, however this rehabilitation technique is under used. An investigation revealed that it's because of institutional constraints. In order to know how some occupational therapists managed to use this technique, we explored, during an investigation, the values that motivate them

Keywords : occupational therapists – values - use constraint induced movement therapy – hemiparesis - stroke