



HAL
open science

Proposition d'étude expérimentale sur l'impact de l'éducation thérapeutique sur la motivation du patient

Naji Bouréga

► **To cite this version:**

Naji Bouréga. Proposition d'étude expérimentale sur l'impact de l'éducation thérapeutique sur la motivation du patient. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02269106

HAL Id: dumas-02269106

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02269106>

Submitted on 22 Aug 2019

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



École des sciences de la réadaptation
Formation Ergothérapie

Naji BOUREGA

UE 6.5 S6 : Mémoire d'initiation à
la recherche

Le 16 mai 2019

**Proposition d'étude expérimentale sur l'impact de l'éducation
thérapeutique sur la motivation du patient**

Sous la direction de BLANC Catheline et COLOMBERO Stéphanie
Diplôme d'état d'ergothérapie

Remerciements

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont aidé à réaliser ce mémoire d'initiation à la recherche.

Je tiens sincèrement à remercier Mme Stéphanie Colombero et Mme Catheline Blanc pour le soutien, les conseils et l'accompagnement qu'elles m'ont apporté tout au long de ce travail.

Je remercie mes camarades de promotion et particulièrement ceux de mon groupe de mémoire pour leurs conseils, leur patience et pour le temps qu'ils m'ont consacré.

Je suis reconnaissant à tous les professionnels qui ont répondu à mes sollicitations.

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

Table des matières

1. Introduction	1
1.1. Contexte	1
1.2. Thème	2
1.2.1. L'Accident Vasculaire Cérébral	3
1.2.2. La rééducation post-AVC	3
1.2.3. L'ergothérapie	4
1.2.4. La communication	5
1.2.5. Définition de la motivation	8
1.3. Enjeux socio-économiques, professionnels et de santé publique	9
1.3.1. Enjeux socio-économiques	9
1.3.2. Enjeux de santé publique	9
1.3.3. Enjeux professionnels	10
1.4. Revue de littérature	10
1.4.1. Choix des bases de données	11
1.4.2. Définition des mots clés	11
1.4.3. Critères d'inclusion et d'exclusion	12
1.4.4. Analyse critique des textes de la revue de littérature	13
1.4.5. La problématique pratique issue de la revue de littérature	14
1.5. Enquête exploratoire	14
1.5.1. Les objectifs de l'enquête exploratoire	14
1.5.2. La population cible et les sites d'exploration	15
1.5.3. Choix de l'outil de recueil de données	15
1.5.4. Anticipation des biais et stratégies de contrôle	16
1.5.5. Construction de l'outil	16
1.5.6. Choix de l'outil d'analyse de données	18
1.5.7. Résultats de l'enquête exploratoire	18
1.5.8. Analyse critique de l'enquête exploratoire	21
1.6. Question initiale de recherche	23
1.7. Cadre de référence	23
1.7.1. Le concept de motivation	24
1.7.2. L'éducation thérapeutique du patient	26
1.8. Question et objet de recherche	29

2. Matériel et méthode	29
2.1. Choix de la méthode de recherche.....	30
2.2. Population, critères d'inclusion et d'exclusion.....	31
2.3. Les sites d'exploration	32
2.4. Choix de l'outil de recueil de données	32
2.5. Anticipation des biais et stratégies de contrôle	33
2.6. Construction de l'outil de recueil de données	33
2.6.1. Construction du questionnaire à partir de la matrice théorique.....	34
2.7. Construction du programme d'éducation thérapeutique	35
2.8. Test du dispositif auprès d'une cohorte d'entraînement.....	39
2.9. Déroulement de l'expérimentation	40
2.9.1. La sélection des participants	40
2.9.2. Mise en place du programme d'éducation thérapeutique	41
2.9.3. Évaluation des patients à la fin du programme d'éducation thérapeutique	43
2.10. Choix des outils de traitement et d'analyse des données.....	43
3. Résultats	43
4. Discussion des données	45
4.1. Éléments de réponse à l'objet de recherche.....	45
4.2. Critique du dispositif de recherche	45
4.3. Apport, intérêt et limites des résultats pour la pratique professionnelle	47
4.4. Transférabilité pour la pratique professionnelle	47
4.5. Perspectives de recherche	48
Bibliographie	49
Annexe	51

1. Introduction

1.1. Contexte

Lors de ma première année d'ergothérapie, j'ai effectué un stage au sein d'un centre de rééducation fonctionnelle travaillant avec des patients ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC). Plusieurs ergothérapeutes étaient présents dans ce centre et j'ai pu observer et apprendre de chacun d'entre eux. Lors de ce stage, j'ai pu assister à plusieurs discussions entre les ergothérapeutes et les patients dans lesquelles le patient refusait de réaliser certaines activités. Je me suis alors questionné en me demandant : Pourquoi ces patients ont-ils refusé de réaliser les activités proposées ? Quels facteurs ont pu engendrer cette réaction chez les patients ? J'ai d'abord pensé que ces réactions avaient un lien avec les activités qui étaient proposées. Que celles-ci pouvaient être perçue comme infantilisante par les patients et donc entraîner ces réactions de refus. Cependant, après plusieurs jours d'observations, j'ai pu observer que les ergothérapeutes du centre expliquaient l'activité aux patients sans préciser le but de l'activité.

Afin de pouvoir mieux illustrer ce constat, j'ai choisi d'appuyer une situation de refus d'un patient qui m'a particulièrement questionné. Ce patient, qu'on appellera Mr Z, est atteint d'une hémiparésie droite à la suite d'un accident vasculaire cérébral. Au début de la séance, on propose à Mr Z de travailler sur la réalisation d'un macramé. Après que l'ergothérapeute lui ai expliqué l'activité, Mr Z déclare ne pas vouloir réaliser cette activité. Il dit à l'ergothérapeute qu'il n'est pas ici « pour jouer » et refuse catégoriquement de faire du macramé. Lors des séances qui ont suivi, l'ergothérapeute propose à Mr Z des activités qu'il accepte de réaliser. Cependant, Mr Z ne semble pas motivé, il dit ne pas voir l'intérêt de réaliser ces activités et dit ne pas comprendre pourquoi il fait tout ça. De mon point de vue d'étudiant et de futur professionnel, je comprenais l'objectifs mis derrière les activités proposées par l'ergothérapeute. Cependant, comment le patient pouvait-il mettre un sens à la réalisation d'activités dont il ne connaît pas le but ?

Dès lors, une série de questionnement émerge de ces observations :

- Quels éléments pourraient favoriser l'implication du patient à réaliser l'activité ?
- Quels éléments peuvent faire obstacle à l'implication du patient à réaliser l'activité ?

- Quels éléments de la prise en soin doivent être communiqué au patient ?
- En quoi serait-il important d'informer le patient sur les objectifs thérapeutiques ?
- Un patient aurait-il plus tendance à accepter une activité s'il en connaît le but thérapeutique ?
- En quoi informer le patient sur les objectifs thérapeutiques de l'activité proposé permet-il de favoriser son implication dans la prise en soin ?
- Quelle place occupe la communication dans notre prise en soin en ergothérapie ?
- En quoi la motivation du patient peut être un facteur déterminant de la prise en soin ?

De ce questionnement ressort une problématique professionnelle qui est :

- En quoi la communication en ergothérapie avec le patient en post-AVC¹ pourrait-elle impacter sur sa motivation ?

1.2. Thème

Avec cette problématique professionnelle, je cherche à savoir s'il existe un lien entre l'information que l'on peut apporter aux patients en tant qu'ergothérapeute (entre autres sur les objectifs thérapeutiques d'une activité) et l'augmentation de la motivation du patient dans la prise en soin. De mon point de vue, l'augmentation de la motivation du patient dans la prise en soin se traduirait par une acceptation du patient à réaliser les activités qui lui sont proposés en ergothérapie. A partir de ce questionnement, j'ai pu faire émerger un thème de recherche qui est « La communication en ergothérapie avec le patient en post-AVC comme moteur de la motivation ». Je souhaite cibler comme population les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral. Selon L'HAS, « Quels que soient les programmes choisis, la rééducation motrice doit débiter le plus vite possible et mixer les différentes approches ».(1) De ce fait, la prise en soin des personnes en post-AVC doit se faire le plus précocement possible. En effet, c'est dans les premiers mois que les chances de récupérations sont les plus élevés pour la personne. Si le patient refuse de réaliser les activités de rééducation, il diminue ses chances de récupération. C'est pourquoi il est nécessaire d'accompagner la personne à se motiver dans la prise en soin. Une question ressort de ce postulat qui est : En quoi l'information apporté au patient pourrait être un moyen de parvenir à le motiver ? Afin de pouvoir poursuivre la réflexion, il est nécessaire d'expliquer les termes clés de mon thème.

¹ Correspond aux patients ayant fait un accident vasculaire cérébral

1.2.1. L'Accident Vasculaire Cérébral

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « l'accident vasculaire cérébral résulte de l'interruption de la circulation sanguine dans le cerveau, en général quand un vaisseau sanguin éclate ou est bloqué par un caillot. L'apport en oxygène et en nutriments est stoppé, ce qui endommage les tissus cérébraux ». Il existe deux types d'accidents vasculaire cérébraux. Il y a l'AVC ischémique qui représente environ 80% des cas et l'AVC hémorragique 20%. L'OMS décrit les symptômes lors d'un AVC qui sont : « 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 », « la confusion mentale, la difficulté à parler ou des troubles de la compréhension, la baisse de la vision unilatérale ou double, la difficulté à marcher, des vertiges, la perte de l'équilibre ou de la coordination, des céphalées sévères inhabituelles, l'évanouissement ou l'inconscience ». (2) Selon l'INSERM, plus de 130 000 cas d'AVC surviennent chaque année soit environ 1 cas d'AVC toutes les quatre minutes. De plus, « L'AVC représente la première cause de handicap acquis de l'adulte, la deuxième cause de démence (après la maladie d'Alzheimer) et la deuxième cause de mortalité (environ 10 % des décès) ». (3)

1.2.2. La rééducation post-AVC

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la prise en soin des patients ayant subi un AVC comprend plusieurs étapes imbriquées que sont la rééducation, la réadaptation et la réinsertion. Il existe plusieurs méthodes de rééducation après un AVC qui s'appuient sur différents concepts (neurodéveloppemental, d'intégration sensitive, d'apprentissage etc.). L'HAS nous précise que « Quels que soient les programmes choisis, la rééducation motrice doit débiter le plus vite possible et mixer les différentes approches ». (1) De plus, l'HAS dit que la rééducation requiert intensité et continuité, en plus de la précocité. On distingue trois phases d'évolution post-AVC :

- La phase aiguë qui se situe avant le 14^{ème} jour
- La phase subaiguë qui se situe entre le 14^{ème} jour et 6 mois
- La phase chronique qui se situe après 6 mois

L'HAS nous dit que dès l'hospitalisation post-AVC, il est impératif de commencer les soins qui associent la kinésithérapie, l'orthophonie et l'ergothérapie.

1.2.3. L'ergothérapie

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeute (ANFE), « L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé ». La profession d'ergothérapeute est réglementé par le Code de La Santé Publique (L4331-1 et R4331-1). « L'objectif de l'ergothérapie (occupational therapy) est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. L'ergothérapeute (occupational therapist) est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société. L'ergothérapie vous permet de résoudre les problèmes qui vous empêchent d'accomplir les choses qui vous tiennent à cœur. Si une blessure, une maladie, une déficience ou un autre problème limite vos capacités :

- D'effectuer vos soins personnels
- De vous déplacer, de communiquer, de vous divertir
- De travailler, d'étudier
- De réaliser toutes les tâches qui vous sont propres

Alors un ergothérapeute peut trouver avec vous des solutions pour relever le défi du quotidien, faire disparaître les barrières et vous permettre d'agir, de retrouver votre rôle social et ainsi de mener une vie satisfaisante. »(4)

L'ergothérapeute « vous guidera vers l'identification de vos difficultés, la récupération optimale de vos capacités fonctionnelles physiques et psychiques, l'adaptation à vos limites et à votre potentiel, ainsi que vers le réinvestissement de vos activités et rôles sociaux antérieurs ». (4)

Selon l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif à la profession d'ergothérapeute, « L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Il intervient en faveur d'une personne ou d'un groupe de personnes dans un environnement médical, professionnel, éducatif et social. Il évalue les intégrités, les lésions, les capacités de la personne ainsi que ses performances motrices, sensorielles, cognitives, psychiques. Il analyse les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les situations de handicap et pose un diagnostic ergothérapique. Il met en œuvre des soins et des interventions de prévention, d'éducation thérapeutique, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale visant à réduire et compenser les altérations et les limitations d'activité, développer, restaurer et maintenir l'indépendance, l'autonomie et l'implication sociale de la

personne. Il conçoit des environnements de manière sécurisée, accessible, adaptée, évolutive et durable. Afin de favoriser la participation de la personne dans son milieu de vie, il préconise des aides techniques et des assistances technologiques, des aides humaines, des aides animalières et des modifications matérielles. Il préconise et utilise des appareillages de série, conçoit et réalise du petit appareillage, provisoire, extemporané. Il entraîne les personnes à leur utilisation »(5)

L'ergothérapeute possède un référentiel de compétence et qui comporte 10 compétences :

- Compétence 1 : Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique
- Compétence 2 : Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement
- Compétence 3 : Mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie
- 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
- Compétence 5 : Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique
- Compétence 6 : Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie
- Compétence 7 : Évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle
- Compétence 8 : Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques
- Compétence 9 : Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs
- Compétence 10 : Former et informer (6)

1.2.4. La communication

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), la communication se définit comme : « Un processus par lequel une personne (ou un groupe de personnes) émet un message et le transmet à une autre personne (ou groupe de personnes) qui le reçoit, avec une marge d'erreurs possibles (due, d'une part, au codage de la langue parlée ou écrite, langage gestuel ou autres signes et symboles, par l'émetteur, puis au décodage du message par le récepteur, d'autre part au véhicule ou canal de communication emprunté) ». (7) La communication apparaît donc comme une information transmise d'un émetteur vers un

récepteur. Afin que la communication fonctionne, il faudrait que l'émetteur comme le récepteur parle le même langage afin de se comprendre.

Dans son article intitulé « De la communication à l'interaction : l'évolution des modèles », D. Picard traite des différents auteurs ayant proposés des théories sur la communication. Selon lui, on peut distinguer trois grands types de modèles :

- Les modèles techniques
- Les modèles linguistiques
- Les modèles psychosociologiques (8)

- **Les modèles « techniques »**

Dans ces modèles, les auteurs se sont inspirés des systèmes de transmission de signaux dans les télécommunications. Ils se sont focalisés sur des problèmes de transmission de messages et de leurs réceptions. Parmi ces modèles figure celui de SHANNON et WEAVER (1949). Leur préoccupation essentielle était de régler les problèmes de transmission. Le modèle s'organise selon le schéma suivant :

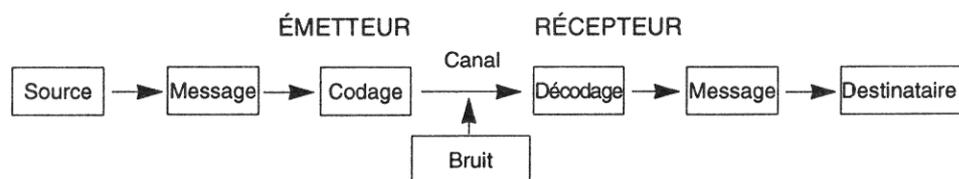


Schéma 1 : Modèle de Shannon et Weaver

Il y a ensuite eu le modèle de Harold D. LASWELL qui concerne quant à lui la communication de masse. Il se présente sous la forme d'un questionnement correspondant à des éléments de la communication comme par exemple :

- Qui ? (le communicateur)
- Dit quoi ? (le message)
- Par quel canal ? (support du message)
- A qui ? (le récepteur)

Et ainsi de suite. Pour finir, il y a le modèle de Riley et Riley (1959). Dans ce modèle, les auteurs prennent en compte que nous sommes des individus qui appartiennent à des groupes. Ils ont considéré le processus de communication avant tout comme un processus social.

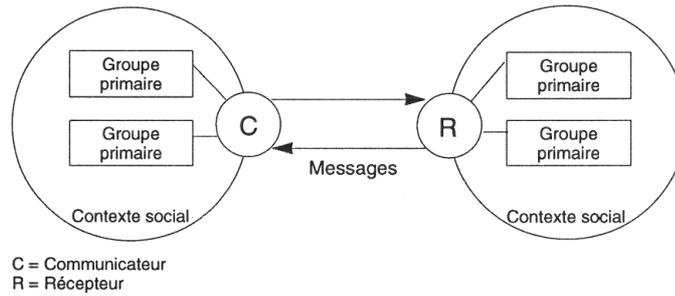


Schéma 2 : Modèle de Riley et Riley

La notion de feedback apporté par les travaux de Norbert WIENER a permis à de nombreux auteurs de franchir le premier pas de la « communication » à « l'interaction » en passant d'une vision linéaire à une processus circulaire. Un des défauts des modèles « techniques » a été de négliger la nature du message. L'importance accordé au langage fait l'intérêt des modèles linguistiques.

- **Les modèles linguistiques**

Parmi les modèles linguistiques, on en compte deux qui peuvent être considéré comme représentatif des travaux de la linguistique. Il y a dans un premier temps le modèle de Roman JAKOBSON (1963) qui a pour but de traiter de la communication humaine dans toute sa complexité. Il dégage ainsi 6 facteurs auxquelles il fait correspondre 6 fonctions. Les six facteurs sont : Le destinataire, le contexte, le message, le destinataire, le code et le contact. Les six fonctions associées sont : La fonction expressive, la fonction conative, la fonction phatique, la fonction métalinguistique, la fonction référentielle et la fonction poétique.

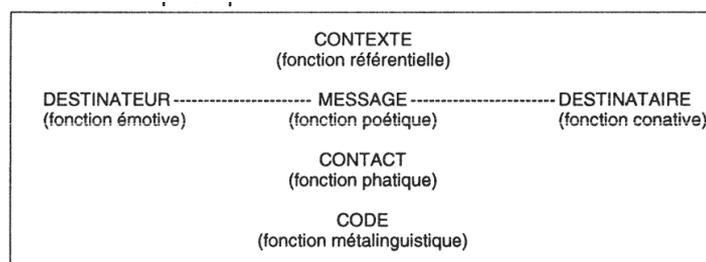


Schéma 3 : Le modèle de Jakobson

Malgré la complexité de son modèle, Jakobson ne tient pas compte des conditions sociales de la communication. Le courant de « l'ethnographie de la communication » de D. HYMES va

travailler quant à lui dans ce sens. C'est à lui qu'on doit le modèle « SPEAKING » qui est un acronyme des mots :

- Situation (Setting)
- Les Participants
- Les finalités (Ends)
- Les actes (Acts sequences)
- Le ton (Keys)
- Les instruments (Instrumentalities)
- Les normes (Norms)

Le genre (Gender)

Malgré l'apport de ces travaux à ceux de JAKOBSON, une étude de la communication doit prendre en compte également ses aspects psychologiques.

- **Les modèles psychologiques**

La perspective psychologique de la communication a enrichi les modèles précédents et a introduit des dimensions nouvelles. Il s'est avéré que la communication entre deux personnes ne pouvait pas se réduire à la relation entre un émetteur et un récepteur. La relation qui les unit est de l'ordre du « psycho-social » qui inclus leurs statuts et leur identité sociale. Un des premiers modèles psychosociologique est celui de T. NEWCOMB réalisés à partir de ceux de F. HEIDER (1958). Il traite de l'importance de l'équilibre dans une relation. Selon lui, une relation, pour exister, doit être ressenti comme équilibré par les partenaires. Le cas contraire, ils essaieront de réduire le déséquilibre ou rompront la relation. La communication y est présentée comme un phénomène dynamique et complexe.

Pour finir, D. Picard nous dit : « La compréhension de la communication s'est approfondie et enrichie depuis le premier modèle de Shannon et Weaver ». (8)

1.2.5. Définition de la motivation

La notion de motivation peut être, selon le contexte, substituée par d'autres termes tels que l'engagement, la volition ou l'envi. Dans cette partie, c'est uniquement le terme de « Motivation » qui va être défini et explicité. « Le concept de motivation représente le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le

déclanchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement » (VALLERAND & THILL, 1993)

A. Golay et al définissent la motivation de l'individu comme « la composante ou le processus qui règle son engagement dans une action ou une expérience. Elle en détermine le déclanchement dans une certaine direction avec une intensité et en assure la prolongation jusqu'à l'aboutissement ou l'interruption ». (9) D'après A. Golay et al (2010) le soignant envisage le plus souvent la motivation comme une potentialité ou une énergie propre à chaque individu. Pour le soignant, la motivation se manifeste sous divers aspects comme la volonté, l'enthousiasme, l'assiduité ou encore la persévérance.

La motivation se compose de deux aspects qui sont imbriqués et qui agissent l'un sur l'autre. La motivation interne qui correspond aux caractéristiques personnelles et physiologiques de la personne. Elle se compose de plusieurs facteurs que sont l'estime de soi, le sentiment d'autonomie, le projet, le sens et le plaisir. La motivation externe qui concerne l'environnement de la personne et qui peut favoriser ou non la motivation de la personne. Parmi les facteurs externes influençant la motivation il y a : la société (place, participation, culture), l'autre (la famille, les amis, valorisation, partage), l'environnement d'apprentissage et le soignant (écoute, attitude, projet thérapeutique, sens).

Pour conclure, selon A. Golay et al (2010), les soignants ne peuvent pas être des motivateurs externes ; ils devraient plutôt induire progressivement une motivation interne chez le patient.

1.3. Enjeux socio-économiques, professionnels et de santé publique

1.3.1. Enjeux socio-économiques

Selon Gérard de Pourville, directeur de l'Institut de la Santé et titulaire de la chaire ESSEC Santé, dans son article intitulé « Coût de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France » publié en Mars 2016 dans la revue « Archives of cardiovascular diseases supplements », « Les dépenses post-AVC représenteraient 65 % du coût de prise en charge ». De plus, « Les AVC génèrent une dépense importante pour la collectivité, qui ne se résume pas à la prise en charge de l'évènement initial et qui va courir jusqu'au décès des patients ». (10)

1.3.2. Enjeux de santé publique

Selon l'INSERM, « un an après l'accident 30 % des patients sont décédés. Parmi les survivants, environ 60 % récupèrent une indépendance fonctionnelle alors qu'environ 40 % gardent des séquelles importantes, remettant en cause leur autonomie dans leur vie quotidienne ». (3)

Le principe même de l'ergothérapie consiste à permettre à la personne d'être autonome dans ses activités de la vie quotidienne. Ces données constituent un enjeu de santé publique mais également un enjeu pour la profession d'ergothérapeute. De plus, il existe un plan d'action national « accidents vasculaire cérébraux 2010-2014 » piloté par la CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). Le but de ce plan était de diffuser aux patients et aux aidants des documents d'information, de former les aidants familiaux et d'organiser des filières de prise en charge des personnes après un AVC. (11)

1.3.3. Enjeux professionnels

En ce qui concerne la profession d'ergothérapeute, la communication est présente dans tous les domaines dans lesquels nous intervenons que ce soit en rééducation, en psychiatrie ou sur les lieux de vie. La participation du patient est un élément important et cette participation nécessite une implication et une motivation du patient dans sa prise en soin. Si nous prenons le cas par exemple de la rééducation d'un patient ayant fait un AVC, elle doit se faire le plus rapidement possible et est intense pour le patient. Pour ce faire, cela suppose une pleine implication du patient dans sa rééducation. Il est donc nécessaire de savoir comment motiver le patient et la communication pourrait être un moyen d'y parvenir. C'est en cela que je pense que mon thème a un réel enjeu pour notre profession d'ergothérapeute.

1.4. Revue de littérature

Dans cette revue de littérature, je ne vais pas cibler de population particulière. Je cherche à savoir s'il existe un apport réel de la communication à la prise en soin, si la communication à un lien avec la motivation dans une prise en soin de manière générale.

Concernant mon thème de recherche, plusieurs champs disciplinaires sont présents. Le premier est la psychologie. Le second champ disciplinaire est l'anthropologie. De mon point de vue, la culture d'une personne est un élément important à prendre en compte surtout dans notre métier d'ergothérapeute. Les notions de motivation et de communication peuvent varier d'une culture à une autre. Il peut exister des différences par rapport à notre culture et cette prise en compte

peut être un plus dans notre prise en charge. Enfin, le dernier champ disciplinaire est la santé. L'utilisation de la communication et de la notion de motivation a pour but de favoriser le rétablissement de la personne et donc a un lien avec la santé de la personne. De plus, selon la définition de la santé de l'OMS, « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social ... ». Dans notre profession d'ergothérapeute, nous participons à l'atteinte d'un état de bien-être physique, mental et social. De ce fait, la santé entre bien en compte dans mon thème de recherche.

1.4.1. Choix des bases de données

Afin de pouvoir réaliser la revue de littérature, j'ai décidé de choisir les bases de données suivantes :

- PUBMED qui est une base de données médicale en anglais qui contient plus de 28 millions de citations sur les sciences biomédicales
- PSYCINFO/PsycARTICLES qui est une base de données sur la psychologie
- CAIRN qui est une base de données qui traite des sciences humaines et sociales
- EM premium qui est une base de données sur la santé publique

Les bases de données que j'ai choisies sont issues des champs disciplinaires définis précédemment. Elles vont me permettre de cibler précisément mon thème.

1.4.2. Définition des mots clés

Pour que la revue de littérature cible précisément mon thème, je dois définir des mots clés en français et en anglais. Ces mots clés vont me servir lors de mes recherches sur les bases de données. Les mots clés que j'ai choisis sont :

- Communication
- Motivation
- Patient

Afin de pouvoir traduire mes mots clés de façon précise, j'ai choisi le traducteur sur internet LINGUEE. Mes mots clés en anglais sont :

- Communication
- Motivation

- Patient

Lors de la recherche d'articles, les mots clés choisis étaient : Communication, motivation, patient AVC, ergothérapie. Cependant, aucun article en lien avec le thème ressortait. Il a donc fallu limiter les mots clés afin de pouvoir trouver des articles pertinents.

1.4.3. Critères d'inclusion et d'exclusion

Afin de pouvoir sélectionner des textes en lien avec mon thème, j'ai identifié des mots clés et des moteurs de recherches. Des centaines de textes sont ressortis à partir des filtres choisis. Il a donc fallu que j'établisse des critères d'inclusion et d'exclusion. Comme présenté dans le tableau ci-dessus, le nombre de texte sélectionnés selon le texte est relativement élevé. De plus, ces textes n'ont pas forcément de lien direct avec mon sujet. J'ai donc décidé de retenir essentiellement des études scientifiques sélectionnées selon le titre et le résumé qu'ils soient en anglais ou en français. Parmi ces textes, je me suis intéressé :

- A la pertinence du titre. Les études scientifiques que j'ai sélectionnées comportaient dans leurs titre au moins deux des mots clés que j'ai choisis.
- Les mots clés devaient être représentatifs du travail, permettre un référencement.
- Le résumé devait présenter les objectifs, la méthode et les résultats de recherche.
- Les auteurs possèdent une reconnaissance, des diplômes ou sont des organismes ou lieux d'interventions reconnus.

Si les textes n'étaient pas des études scientifiques, il fallait :

- Que la bibliographie soit présente et fiable
- Que le titre contienne au moins un des mots clés que j'ai choisis
- Que le contenu du texte apporte des éléments pertinents avec mon thème de recherche.

Le dernier critère d'exclusion était la date de publication. Je n'ai pas sélectionné de textes publiés avant les années 2000 car les résultats de ces études ont pu évoluer avec le temps.

A partir des filtres que sont les mots clés et les bases de données, ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion, j'ai pu retenir 6 textes (Cf. annexe 1 p52).

1.4.4. Analyse critique des textes de la revue de littérature

- L'apport de la communication à la prise en soin

Parmi les textes sélectionnés, cinq sur six traitent de l'apport de la communication afin de rendre la prise en soin plus efficace et de favoriser la participation des patients. De ce fait, tous ces textes apportent une information commune qui est que la communication est un élément important de la prise en soin. De plus, Roth EG et al dans l'article « Diabetes and the Motivated Patient : Understanding Perlocutionary Effect in Health Communication » apporte encore deux éléments de complémentation aux autres textes. En effet, il évoque le fait que la communication pouvait avoir un effet positif si elle était adaptée mais que cependant elle pouvait avoir un effet négatif si elle ne l'était pas. Le second élément concerne la culture des patients. Pour les auteurs de cette étude, la prise en compte des caractéristiques culturelles des patients est un élément déterminant afin de favoriser la communication avec les patients. L'article de Laurin C et Lavoie KL « L'entretien motivationnel et les changements de comportements en santé » quant à lui apporte des éléments de complémentation aux autres articles en énumérant les différentes techniques de communications existantes.

- La communication et la motivation

Young HN et al dans l'article « How does patient-provider communication influence adherence to asthma medications ? », Roth EG et al et Laurin C et Lavoie KL apportent comme information supplémentaire que la communication a un lien direct avec la notion de motivation chez les patients. Ils permettent de compléter les informations fournis par les autres auteurs.

- Mise en garde sur les labels « motivé » et « non motivé »

Le seul texte que j'ai choisi et qui ne traite pas de la communication est l'article de Maclean N et al « The concept of patient motivation : a qualitative analysis of stroke professionals' attitudes ». Ce texte s'oppose aux autres textes en lien avec la motivation du patient. En effet, selon ce texte, la notion de motivation est floue et nécessite d'être manipulé avec précaution. Selon cette étude, le terme de motivation n'est pas clairement défini et les moyens de la mesurer aussi. Pour finir, cette étude explique que les labels « motivé » et « non-motivé » pouvaient avoir un effet néfaste sur le patient.

1.4.5. La problématique pratique issue de la revue de littérature

Comme on peut le constater à l'issue de cette revue de littérature, les auteurs s'accordent sur le lien entre la communication, la motivation et l'amélioration de la prise en soin du patient. Il est intéressant de savoir si les professionnels mettent en pratique ces éléments théoriques sur le terrain. De ce fait, plusieurs questions ressortent à l'issue de cette revue de littérature :

- Les ergothérapeutes travaillant auprès des personnes en post-AVC sont-ils informés de l'apport de la communication à la prise en soin ?
- Sont-ils informés du lien qui existe entre la communication et la motivation ?
- Quel est le point de vue des professionnels sur la communication ?
- Que signifie pour eux cette notion de motivation ?
- En quoi la communication pourrait-elle avoir un impact sur la motivation des patients post-AVC ?
- Existe-t-il des limites à l'apport de la communication à la prise en soin ?

1.5. Enquête exploratoire

1.5.1. Les objectifs de l'enquête exploratoire

Les questions issues de la revue de littérature interrogent la pratique des professionnels en lien avec les sous thématiques issues de la revue de littérature. Les objectifs de l'enquête exploratoire sont dans un premier temps d'obtenir des informations sur la pratique des ergothérapeutes auprès des patient en post-AVC mais aussi leur point de vue sur l'approche qui consiste à favoriser la motivation du patient grâce à la communication. En effet, lors de la revue de littérature, la confrontation des différents articles a permis de mettre en évidence le lien entre la communication et la motivation. Cependant, l'utilisation par les ergothérapeutes n'est aucunement mentionnée due au fait qu'aucun article n'a été trouvé lors de la recherche. Un des objectifs de l'enquête exploratoire va donc être de compléter la revue de littérature en incorporant le point de vue des ergothérapeutes sur l'approche consistant à favoriser la motivation du patient par l'usage de la communication. Dans un second temps, l'enquête exploratoire va permettre de mettre en évidence la vivacité ou finalement le manque de vivacité du thème de recherche auprès des ergothérapeutes français. Il est bien précisé « français » car

les articles sélectionnés lors de la revue de littérature sont pour la plupart issues de pays étrangers dont les États-Unis ou le Royaume-Uni.

1.5.2. La population cible et les sites d'exploration

Afin de rendre le questionnaire le plus représentatif possible, il est nécessaire cibler une population précise. Dans notre cas, la population cible correspond à des ergothérapeutes travaillant auprès des patients en post-AVC.

Les critères d'inclusion correspondants sont :

- Des ergothérapeutes **diplômés d'état**
- Travaillant dans **une structure** accueillant des **patients en post-AVC**
- Depuis au moins **1 an**

De plus, les critères d'exclusion sont :

- Des **étudiants** ergothérapeutes
- Des professionnels de l'AVC qui ne sont **pas des ergothérapeutes**
- Des ergothérapeutes **ayant travaillé** avec des patients en post-AVC
- Des ergothérapeutes **libéraux**

Les sites d'exploration correspondant à la population cible sont :

- Les centres de rééducation fonctionnel
- Les centres hospitaliers (universitaires)
- Les cliniques
- Les centres de médecine physique et réadaptation

1.5.3. Choix de l'outil de recueil de données

Après avoir ciblé la population correspondante au thème et défini les différents sites d'exploration, la question du choix de l'outil de recueil de données (ORD) se pose. Dans un premier temps, il faut se questionner sur le type de données qu'on souhaite obtenir. Dans notre cas, il s'agit de données quantitatives et qualitatives. L'ORD qui va nous permettre d'obtenir ces deux types de données est le questionnaire. En effet, lors de la construction d'un questionnaire, il nous est possible de choisir le type de réponses attendus (choix multiple, choix

simple, réponse courte ou longue). De plus, le questionnaire est un ORD qu'on peut transmettre à un grand nombre de personnes grâce à internet et à l'envoi de mails. Concernant la faisabilité, il faut peu de temps pour le réaliser et il nous évite d'avoir à nous déplacer sur le terrain. Enfin, il permet de garder l'anonymat des participants.

1.5.4. Anticipation des biais et stratégies de contrôle

Lors de la construction de l'outil de recueil de données, nous nous sommes intéressés aux différents biais que peut engendrer un questionnaire. Dans un premier temps, et afin d'anticiper un maximum de biais, nous nous sommes concentrés sur les questions que nous allions poser. Après réflexion, il nous a paru pertinent de prendre en compte le fait qu'un ensemble de questions fermées peut guider le lecteur dans le choix de la réponse. Nous avons donc fait le choix d'anticiper ce biais en posant plus de questions ouvertes. Nous partons du principe que si une personne répond à une question ouverte par une réponse en lien avec notre thème, celle-ci a d'autant plus de valeur du fait qu'aucun éléments de la question n'aura induit cette réponse. La recherche de réponses afin de prouver que notre thème est vrai est un autre biais que nous avons dû anticiper. Le fait de poser des questions ouvertes nous permet aussi de prendre du recul sur notre thème de recherche. Le but n'étant pas de prouver que nous avons raison mais de savoir si le thème est pertinent au regard de la profession et des professionnels sur le terrain. Après nous être intéressés au fond du questionnaire, nous nous sommes, dans un second temps, penchés sur la forme. Plusieurs biais en lien avec l'outil qu'est le questionnaire sont apparus. Le premier est que le questionnaire peut être réalisé à plusieurs. En effet, nous avons envoyés le questionnaire à des structures qui peuvent contenir parfois plusieurs ergothérapeutes au sein du service. Le questionnaire doit être réalisé seul afin d'avoir l'avis d'un seul professionnel à la fois. C'est pourquoi nous avons précisé dans l'introduction du questionnaire qu'il doit être réalisé seul. Pour finir, le dernier biais que nous avons anticipé est l'anonymat des personnes. Garantir l'anonymat d'une personne lui permet de pouvoir répondre sans craindre d'être jugé. C'est pourquoi nous avons rappelé dans l'introduction du questionnaire que ce dernier est anonyme afin de rassurer les personnes qui y répondront.

1.5.5. Construction de l'outil

Afin de construire l'outil de recueil de données (Cf. annexe 2 p53), nous avons utilisé un logiciel qui s'appelle Google Form® qui nous permet de créer un questionnaire en ligne. Nous avons choisi ce logiciel car il est accessible, facile d'utilisation et qu'il nous permet de choisir le type de question qu'on veut intégrer dans notre questionnaire (questions ouvertes, questions fermées, questions à choix multiples). Ce dernier une fois terminé, il pourra être envoyé par adresse mail à toutes les personnes ou structures à qui nous souhaitons le transmettre. Dans un premier temps, nous avons rédigé une introduction à notre questionnaire. Elle commence par une présentation avec nom, prénom, filière et année d'étude. Nous expliquons ensuite l'objectif du questionnaire en précisant brièvement le thème de recherche mais sans être trop précis afin de ne pas induire de biais de recherche. Nous remercions ensuite les futurs participants en précisant que leur réponse représente un apport certain pour notre recherche. Pour terminer, nous précisons que le questionnaire est anonyme et qu'il est nécessaire d'y répondre seul. Cette partie est en lien avec l'anticipation des biais vu précédemment.

Une fois l'introduction terminée, nous avons dû écrire les différentes questions. Afin de proposer les questions les plus pertinentes possible, nous nous sommes inspirés du questionnement issu de la revue de littérature et de la problématique pratique. Afin d'avoir des questions pertinentes et qui abordent toutes les thématiques qui nous intéressent, nous avons créé une matrice de questionnement (Cf. Annexe 3 p56). Cette matrice permet de référencer chaque question qui va être posée et de l'associer à un ou plusieurs thèmes qu'on souhaite aborder. Pour les deux premières questions nous avons posés des questions ouvertes qui ont pour but de recueillir des informations sur la personne qui répond. Ces questions concernent essentiellement le nombre d'année d'expérience auprès de patient en post-AVC ainsi que la date d'obtention du diplôme. La troisième question nous sert à poser les bases et à savoir si le refus du patient de venir en ergothérapie ou de réaliser une activité est quelque chose que les ergothérapeutes retrouvent souvent dans leurs prises en soins. Puis s'en suit une question sur le motif du refus. Nous avons choisi une question ouverte afin d'obtenir une réponse sans risque de biais. A partir de la cinquième question, deux thématiques sont abordés. La première est la motivation. Nous proposons aux personnes de définir avec leurs mots ce qu'est la motivation. Puis nous cherchons à savoir l'importance selon eux de la motivation du patient dans la prise en soin et d'expliquer leur choix. La seconde est la communication. Nous demandons de définir la communication et de dire ce qu'elle apporte à la prise en soin. Pour finir nous questionnons les personnes sur un éventuelle lien qui pourrait exister ou pas entre la communication avec le

patient et la motivation de ce dernier. Une case est laissée à disposition des personnes afin d'écrire un commentaire sur le thème ou sur les questions.

1.5.6. Choix de l'outil d'analyse de données

Afin d'analyser les données recueillis grâce au questionnaire, nous avons choisi le logiciel de traitement de données Microsoft Excel®. Notre choix s'est porté sur ce logiciel car il permet de traiter des données quantitatives. On peut par la suite afficher ces données dans des graphiques. Dans notre questionnaire, nous avons des questions ouvertes qui entraîne des données de type qualitative. Nous avons dû lire chaque question afin d'y extraire les éléments pertinents pour au final les transformer en données quantitatives. Il existe des logiciels qui aident au traitement de données qualitatives cependant ils ne sont pas toujours fiables. En effet, plusieurs mots peuvent vouloir dire la même chose cependant le logiciel les traitera comme des données différentes. De plus, les données que nous avons à traiter sont courtes et l'utilisation d'un logiciel nous prendrais plus de temps que de les analyser par nous-même. C'est pourquoi nous avons préféré traiter ces données nous-même.

1.5.7. Résultats de l'enquête exploratoire

Les résultats aux questions 1 et 2 montrent que les ergothérapeutes interrogés ont au moins un an de pratique en tant qu'ergothérapeute et aussi au moins un an d'expérience auprès des patients en post-AVC. En majorité, les participants ont entre 5 et 30 ans d'expérience auprès des patients en post-AVC.

Les réponses à la question 3 « Avez-vous déjà été confronté à un refus du patient ? » montrent que 21 ergothérapeutes sur 26 ont vécu un refus de venir en ergothérapie, 23 sur 26 ont quant à eux vécu un refus de réaliser une activité en ergothérapie. Ces résultats démontrent qu'il n'est pas anodin dans la pratique d'un ergothérapeute de vivre des situations de refus d'un patient de venir ou de participer à une activité en ergothérapie. (Cf. annexe 4 p58)

La question 4 concerne le ou les motif(s) de ce refus selon les ergothérapeutes. Parmi les réponses observées, il y a 12 ergothérapeutes sur 23 qui déclare que l'activité ne faisait pas sens pour le patient. 8 sur 23 déclarent que ces refus sont dus à un manque de motivation de la part

du patient. 7 ergothérapeutes sur 23 ont évoqué dans leur réponse que la fatigue du patient avait un lien avec le refus. Enfin, 7 sur 23 déclarent que le refus était dû aux troubles cognitifs du patient. D'autres propositions apparaissent parmi les réponses comme : « les activités jugées infantilisantes » (2/23), « la peur de l'échec » (3/23) et « le regard des autres » (1/23).

Quatre raisons principales sont dégagées par les ergothérapeutes interrogés :

- L'activité ne fait pas sens pour le patient
- Manque de motivation de la part du patient
 - Fatigue du patient lors de la séance
 - Refus liés aux troubles cognitifs

Parmi **les réponses à la question 5** « Définissez brièvement, avec vos mots, ce qu'est pour vous la motivation » deux termes ressortent majoritairement. Le premier est la notion « d'envie » qui est exprimé par 10 participants sur 26 et le second est la notion de « volonté » qui apparaît dans 7 réponses sur 26. De plus, des termes comme « engagement », « implication » et « intérêt » apparaissent parmi les réponses données.

Les réponses à la question 6 « Sur une échelle de 1 à 4, à combien estimeriez-vous l'importance de la motivation dans la prise en soin ? » sont :

- 20 ergothérapeutes sur 26 la note à 4/4
- 6 ergothérapeutes sur 26 la note à 3/4

Parmi toutes les réponses, les ergothérapeutes ont répondu que selon eux la motivation a une place importante voir très importante dans la prise en soin (Cf. annexe 5 p58).

A la question 7, il est demandé aux ergothérapeutes d'expliquer leurs choix en lien avec la question précédente. Les réponses sont principalement orientées vers le constat que la motivation est liée à la présence de résultats dans la rééducation et de manière générale dans la prise en soin. A plusieurs reprise, les termes de « moteur de la prise en charge » apparaissent parmi les réponses. Des mots en lien avec l'engagement et la participation de la personne figurent parmi les réponses. De manière générale, on aperçoit en lien avec les réponses, que le terme de motivation est lié à quelque chose de positif pour le patient et qu'un patient motivé retirera plus de bénéfice à la prise en soin qu'un patient non-motivé.

On pourrait dire, selon les réponses des ergothérapeutes participants, que la motivation est un moteur de la prise en charge et qu'elle est liée à l'engagement ainsi qu'à la participation des patients à la prise en soin.

La question 8 interroge les participants sur les moyens qu'ils utilisent afin d'évaluer la motivation auprès de leurs patients. Les réponses qui apparaissent le plus sont :

- Assiduité (9/26)
- Implication dans la rééducation (8/26)
- Ne l'évaluent pas (4/26)

D'autres réponses comme « l'adhésion » (2/26), « l'utilisation de la MCRO » (1/26) ou encore « la communication » (1/26) apparaissent mais en plus petite quantité.

Nous retenons des réponses des participants que les principaux critères d'évaluation de la motivation sont « l'assiduité » et « l'implication dans la rééducation ».

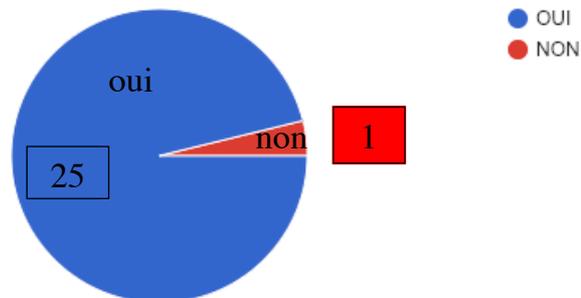
Parmi les **réponses à la question 9** « Dans votre pratique, quel(s) moyen(s) utilisez-vous afin d'avoir un impact sur la motivation du patient ? », deux d'entre elles ressortent le plus souvent : la première est un « projet de soin construit avec le patient » pour 10 ergothérapeutes sur 26 et la seconde est « l'explication des objectifs des activités réalisés » pour 9 ergothérapeutes sur 26. D'autres réponses apparaissent comme « la relation thérapeutique » (3/26) ou encore « un feed back » auprès du patient (2/26).

A la question 10, il est demandé aux participants de proposer leur définition de la communication. Les réponses les plus cités sont que la communication est une « transmission d'information », « une interaction entre plusieurs personnes » et « elle peut être verbale et non verbale ».

A la question 11 « Selon vous, que peut apporter la communication à la prise en soin ? », 9 ergothérapeutes sur 26 ont répondu que la communication apporte « une meilleure compréhension », qu'elle permet « d'établir un projet de soin » pour 5 participants sur 26, qu'elle permet « d'établir une relation » (4/26) et pour quatre d'entre eux, la communication apporte « tout » à la prise en soin.

A la question 12 « Selon vous, la communication peut-elle avoir un impact sur la motivation du patient en post-AVC ? », 25 ergothérapeutes sur 26 ont répondu « oui » et 1 ergothérapeute pense que « non » la communication n'a pas d'impact sur la motivation du patient.

26 réponses



Graphique 1 : Réponses des participants à la question 12

La question 13 demande aux participants d'expliquer en quoi la communication peut avoir un impact sur la motivation des patients. Parmi les réponses, deux d'entre elles apparaissent le plus souvent. Pour 11 ergothérapeutes sur 26, une bonne communication en lien avec « l'explication des objectifs », que ce soit les objectifs d'une activité ou de la prise en soin en général, favoriserait la motivation du patient à la réaliser. La deuxième réponse concerne « l'établissement du projet de soin avec le patient » (6/26).

Enfin, **à la question 14** « Selon vous, quelles peuvent être les limites de cette approche ? », 15 participants sur 23 évoquent les troubles cognitifs liés à l'AVC comme l'aphasie ou les troubles de la compréhension.

1.5.8. Analyse critique de l'enquête exploratoire

Les réponses aux questions 1 et 2 permettent de définir une population en termes d'expérience en tant qu'ergothérapeute ainsi que d'expérience auprès de patients en post-AVC. Ces résultats permettent d'inclure ou d'exclure des participants en lien avec les critères d'inclusion et d'exclusion décrit précédemment.

Les résultats de l'enquête exploratoire apportent plusieurs éléments pour le thème choisi. Les professionnels travaillant auprès des patients en post-AVC ont pour la plupart vécu des

situations de refus de la part d'un patient. Ces refus des patients concernent principalement la réalisation d'une activité en ergothérapie ou de venir en ergothérapie.

- **Corroboration entre la revue de littérature et l'enquête exploratoire**

Les résultats de l'enquête exploratoire se corroborent avec la revue de littérature. En effet, on retrouve dans les deux cas un intérêt pour la communication dans la prise en soin. De plus, pour les professionnels ayant répondu, la communication aurait un lien direct sur la motivation des patients. Concernant la notion de motivation, les réponses des professionnels lors de l'enquête exploratoire, ont des similitudes avec les réponses des professionnels lors de l'étude de Maclean N et al « The concept of patient motivation : a qualitative analysis of stroke professionals' attitudes ». Les professionnels de l'AVC ont une vision proche concernant la notion de motivation et la manière de l'évaluer. En effet, pour évaluer la motivation des patients, les notions d'implication, de participation, de ponctualité, d'assiduité apparaissent dans l'article comme dans les réponses à l'enquête exploratoire.

- **Complémentation entre la revue de littérature et l'enquête exploratoire**

L'enquête exploratoire apporte de nouveaux éléments qui viennent compléter ceux de la revue de littérature. Dans la revue de littérature, on apprenait qu'il y a un lien entre la communication et la motivation. Ce lien reste superflu et on ne sait pas en quoi ces deux notions sont liées. Les réponses des ergothérapeutes participants apportent des éléments quant aux raisons de ce lien entre communication et motivation dans la pratique de l'ergothérapie. Parmi les réponses figurent l'explication des objectifs et l'établissement d'un projet de soin. Selon eux, une communication avec le patient sur les objectifs d'une activité ou sur les objectifs de la prise en soin de manière générale augmenterait la motivation de ce dernier à réaliser l'activité ou à s'impliquer dans la prise en soin. Il y a une notion de transmission de savoir et de rendre acteur le patient de sa prise en soin. L'enquête exploratoire apporte un dernier élément de complémentation à la revue de littérature. A la question sur les limites de l'approche, les ergothérapeutes ayant répondu sont quasiment tous d'accord pour dire que des troubles cognitifs liés à l'AVC (aphasie, troubles de la compréhension) apporte une difficulté à l'utilisation de la communication afin de favoriser la motivation du patient.

Après avoir analysé les résultats et réalisé une analyse critique de l'enquête exploratoire, j'ai choisi de traiter de l'explication des objectifs thérapeutiques aux patients en post-AVC. J'ai fait

ce choix car l'établissement d'un projet de soin avec le patient est un sujet déjà traité et des modèles en ergothérapie propose ce type d'approche. Je n'ai pas trouvé d'articles qui parlent de ce sujet et je souhaite prendre cette direction pour la suite du mémoire.

Plusieurs questions ressortent de cette analyse critique :

- En quoi fournir des éléments d'information au patient favoriserait la motivation de ce dernier ?
- De quelle manière faudrait-il transmettre ces informations au patient afin qu'il y ait un impact sur sa motivation ?
- Comment pourrait-on évaluer l'impact de notre action sur le patient ?
- La notion de « motivation » est-elle perçue de la même façon par les patients ?
- En quoi la notion de « motivation » est-elle appropriée à la situation ?
- Pourrait-on utiliser d'autres termes que celui de « motivation » ?

1.6. Question initiale de recherche

A l'issu de ce questionnement, une question initiale de recherche ressort :

En quoi la communication sur les objectifs d'une activité avec le patient en post-AVC pourrait-elle impacter sur sa motivation à réaliser l'activité en ergothérapie ?

1.7. Cadre de référence

En lien avec la question initiale de recherche ainsi que la problématique pratique, nous avons choisi de poursuivre la recherche en utilisant deux concepts que sont l'éducation du patient et la motivation. En effet, nous nous sommes questionnés sur la « communication sur les objectifs d'une activité » :

- En quoi l'explication des objectifs d'une activité est-elle suffisante afin de favoriser la motivation du patient ?
- En quoi apporter un maximum d'information au patient pourrait favoriser sa motivation à réaliser les activités en ergothérapie ?
- Quels moyens pourrait-on mettre en place afin d'apporter un maximum d'information au patient ?

- En quoi l'éducation du patient pourrait être un moyen de favoriser la motivation du patient ?
 Nous allons explorer le concept d'éducation du patient afin de poursuivre la problématisation.
 Nous avons décidé de conserver le concept de « motivation » pour la suite de la recherche car, en lien avec l'enquête exploratoire et la revue de littérature, c'est une notion qui ressort beaucoup et qui semble prendre une place importante au sein d'un dispositif de soin.

1.7.1. Le concept de motivation

De nombreux auteurs ont écrit sur le concept de motivation. Nous allons confronter ces écrits sur la motivation afin de pouvoir faire ressortir les éléments clés à prendre en compte pour la suite de la recherche.

DECI & RYAN (1985) sont à l'origine de **la théorie de l'autodétermination**. Selon eux, la théorie de l'autodétermination est fondée sur le postulat qu'il existe trois besoins fondamentaux : le besoin d'autonomie, le besoin de compétence et celui d'appartenance sociale. La théorie de l'autodétermination a commencé par la distinction entre la motivation intrinsèque et extrinsèque. La motivation intrinsèque est celle qui pousse l'individu à faire une activité parce qu'il la trouve intéressante et qu'elle lui apporte de la satisfaction ou du plaisir. La personne est intéressée par ce qu'elle fait et l'activité est source de gratification. Par opposition, la motivation extrinsèque est une incitation externe à la personne. La personne entreprend une activité en fonction de facteurs externe comme pour obtenir une récompense ou éviter un inconvénient.

La théorie des caractéristiques de la tâche est développée par HACKMAN et OLDHAM (1968). Selon eux, le potentiel de motivation d'une activité dépend de cinq caractéristiques :

- La variété des compétences nécessaire pour effectuer l'activité
- L'identité de l'activité qui implique la connaissance par la personne de la finalité de la tâche
- La signification qu'a l'activité pour la personne
- L'autonomie de la personne à réaliser l'activité
- Un retour qu'a la personne sur ses activités, sa performance (feedback)

Cette théorie montre l'importance pour le thérapeute de proposer une activité en lien avec les compétences du patient mais aussi l'importance de s'assurer de la compréhension de l'activité par le patient.

La théorie des buts selon LOCKE et LATHAM (1968) considère que la motivation est liée à la poursuite de but précis. Par « buts », cette théorie entend des objectifs ou des états que les personnes cherchent à atteindre. Selon LOCKE et LATHAM, pour qu'un but soit facteur de motivation, il faut que ce dernier soit accessible et présente un défi. Les objectifs doivent être clairs afin de faciliter leur atteinte. De plus, il est important d'ajouter un feedback régulier afin de pouvoir ajuster les efforts pour atteindre le but.

Comme pour HACKMAN et OLDHAM, il y a des notions de feedback et d'objectifs qui ressortent.

Les différents auteurs se corroborent et se complètent dans les éléments qui composent la motivation d'une personne notamment sur les notions de compétences et d'autonomie mais aussi de feedback et de buts. Cependant, aucun d'eux n'explique comment agir sur ces éléments de la motivation. Il en ressort un questionnement :

- Ces éléments doivent-ils être pris en compte simultanément afin de pouvoir agir sur la motivation d'une personne ?
- Par quels moyens pourrait-on agir afin d'avoir un impact sur ces composantes de la motivation ?

Nous nous sommes ensuite questionnés sur la notion de motivation dans le champ de l'ergothérapie :

- Comment la motivation est définie par les ergothérapeutes ?
- Quelle est la place de la motivation dans le champ de l'ergothérapie ?

Dans le champ de l'ergothérapie, une auteure, Sylvie Meyer, a réuni les différentes définitions de la motivation ainsi que la manière dont le terme a été rapporté par les différents auteurs en ergothérapie. Selon Sylvie Meyer dans son livre intitulé : « De l'activité à la participation », la motivation est la raison ou la justification d'une action. Être motivé est un état d'engagement et en tant que raison à un comportement, elle est une justification logique d'une action. Dans ce cas, motiver une personne à faire quelque chose consisterait à lui expliquer les raisons pour lesquelles il doit le faire. Par exemple, expliquer à une personne qu'elle doit arrêter de fumer car c'est dangereux pour la santé. (12) Selon Sylvie Meyer : « Les premiers théoriciens de l'ergothérapie, [...] ont envisagé la motivation comme un des éléments clés de l'ergothérapie ».

La motivation en ergothérapie semblait être un élément déterminant de la réussite d'une intervention. Sylvie Meyer dit que la réussite d'une intervention en ergothérapie dépendrait de 3 conditions : la volonté du patient de s'engager dans l'activité, son investissement dans ces activités de traitement et la mise en œuvre des acquis dans la vie de tous les jours. Cependant, malgré l'application de ces 3 conditions, le patient ne comprend pas l'explication, n'y voit pas de sens. Ces éléments représentent un obstacle à la thérapie et le patient est alors qualifié de « non-motivé ». (12)

On comprend que la motivation prend une place importante dans la prise en soin d'un patient en ergothérapie et qu'un des facteurs qui l'influence est la compréhension des explications ainsi que le sens des propositions du thérapeute.

1.7.2. L'éducation thérapeutique du patient

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'éducation thérapeutique du patient : « l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. ». (13) De plus, l'OMS dit que : « Une information orale ou écrite, un conseil de prévention peuvent être délivrés par un professionnel de santé à diverses occasions, mais ils n'équivalent pas à une éducation thérapeutique du patient. ». (13)

Selon Cécile Fournier, la pratique de l'éducation du patient se développe en grande partie pour la prise en soin de maladie chronique. Cependant, elle tend à être mise en place dans le cas de maladies aiguës. Selon elle, la définition la plus partagée est celle proposée par DECCACHE et LAVENDHOMME (1989) et qui dit que : « l'éducation du patient est un processus par étapes, intégré dans la démarche de soins, comprenant un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale, concernant la maladie, les traitements, les soins, l'organisation et les procédures hospitalières, les comportements de santé et ceux liés à la maladie, et destinées à aider le patient (et sa famille) à comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge son état de santé, et favoriser un retour aux activités normales. ». (14)

Selon Franck Gatto : « L'éducation du patient est nécessaire au succès d'une thérapie ou tout simplement pour aider les gens à avoir des comportements compatibles avec une bonne santé ». (15) Dans le cas de notre recherche, nous traduirions les termes de « comportements

compatibles avec une bonne santé » par l'acceptation et la volonté du patient à réaliser les activités de rééducation proposées en ergothérapie. Selon lui, le domaine de la santé de manière générale est en train d'évoluer d'un paradigme dit « curatif » vers un paradigme ayant une vision globale du patient. L'éducation du patient apparaîtrait comme une passerelle entre ces deux paradigmes. Cependant, la pratique de l'éducation du patient nécessite une formation complémentaire en pédagogie et en éducation à la santé.(15) En tant qu'ergothérapeute, et comme indiqué dans notre référentiel de compétences (6), nous sommes formés en pédagogie et en éducation thérapeutique du patient ce qui nous permet de pouvoir mettre en place ce type d'intervention auprès du patient.

Les deux auteurs cités dans cette partie se corroborent sur le fait que l'éducation du patient va avoir un impact sur le comportement du patient. De plus, Cécile Fournier apporte des éléments complémentaires en abordant le fait de « collaborer aux soins » et « prendre en charge son état de santé ». En effet, Franck Gatto évoque « un comportement compatible avec une bonne santé » sans réellement définir cette notion. Cécile Fournier vient compléter cette notion en apportant des éléments qui vont permettre de mieux comprendre à quoi correspondent ces comportements.

Dans le cadre de la réalisation de cette recherche, nous sommes partis de l'hypothèse selon laquelle informer le patient sur les objectifs d'une activité pourrait impacter sur sa motivation à réaliser l'activité. La définition de l'OMS ainsi que les autres articles cités dans cette partie démontrent qu'une information donnée sans approche pédagogique et d'éducation du patient n'aurait pas le même impact sur le patient. On peut donc se questionner sur la manière dont l'ergothérapeute va construire le programme d'éducation du patient afin d'avoir le plus d'impact sur le comportement du patient :

- Quels sont les éléments à prendre en compte afin d'avoir un impact sur le comportement du patient ?

A. Golay, G. Lagger et A. Giordan, qui nous ont, dans un premier temps, proposé une définition de la motivation, nous propose à présent un modèle d'éducation thérapeutique qui permettrait « d'améliorer les processus d'apprentissage et la motivation du patient ». (16) En effet, selon eux, « L'éducation thérapeutique permet ainsi des perspectives pour améliorer la motivation des patients et leur observance thérapeutique. ». (16) Enfin, ils disent que : « L'éducation thérapeutique propose des moyens psychopédagogiques « propres à motiver le patient » pour

que celui-ci se prenne en charge et modifie ses comportements sur le long terme. ». (16) Ils définissent 4 dimensions à prendre en compte lors de l'éducation du patient :

- La dimension cognitive
- La dimension affective/ émotionnelle
- La dimension métacognitive
- La dimension infra cognitive

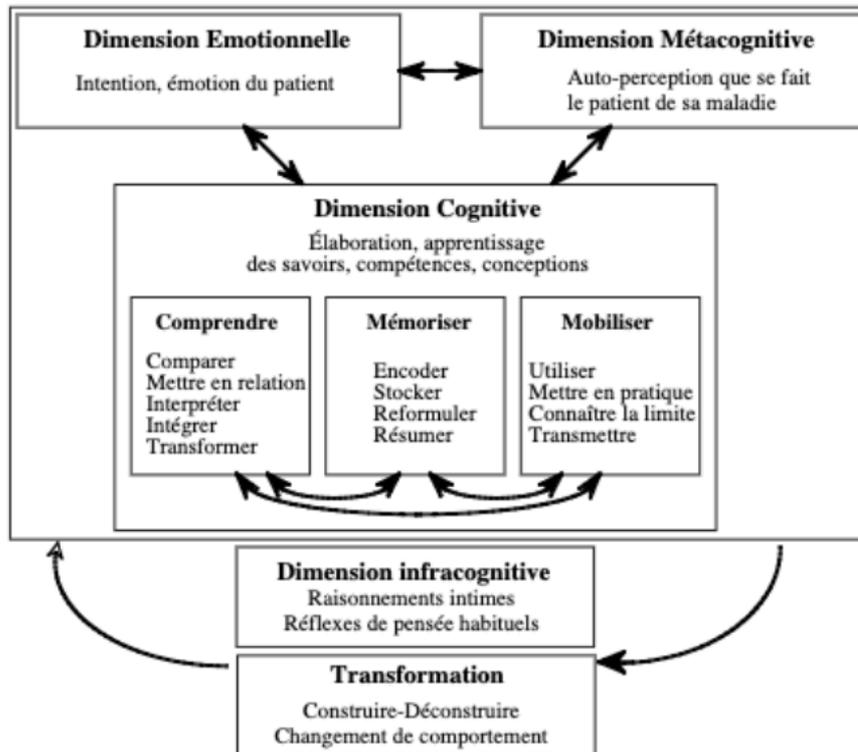


Schéma 4 : L'enseignement thérapeutique en quatre dimensions

Ces quatre dimensions permettraient d'améliorer les processus d'apprentissage et la motivation du patient. Selon les auteurs, le patient va, dans un premier temps, s'appuyer sur la dimension cognitive. Elle implique que le patient fasse des liens entre ses connaissances, son vécu, ses symptômes et cherche un moyen de les comprendre et les assimiler. Ensuite, pour que le patient change de comportement, il devra être touché sur le plan affectif. Ça nécessite que le patient y trouve du sens, du plaisir et se sent concerné. Pour finir, le patient devra s'interroger sur ses habitudes de pensées (dimension infra cognitive) et prendre du recul sur ses croyances (dimension métacognitive). Ce modèle d'éducation du patient permettrait d'agir sur les différentes composantes de la motivation que sont la motivation interne et externe.

A. Golay et al apportent des éléments de corroboration aux précédents auteurs, notamment sur le fait que l'éducation du patient pourrait avoir un impact sur le changement de comportement et sur la motivation du patient. De plus, ils apportent également des éléments de complémentation en proposant un modèle d'éducation thérapeutique qui nous permettrait d'avoir une base de référence pour la construction d'un programme d'éducation du patient en post-AVC.

Pour finir, l'HAS² en collaboration avec l'INPES³ nous propose un guide méthodologique de structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. (17) Cet élément nous permettra de construire un programme d'éducation thérapeutique conforme aux normes en vigueur.

1.8. Question et objet de recherche

A l'issue de toutes ces recherches bibliographiques, de nombreux questionnements et réflexions, une question de recherche ainsi qu'un objet de recherche ressortent :

Question de recherche :

En quoi l'éducation thérapeutique du patient en post-AVC pourrait impacter sur sa motivation dans la prise en charge en ergothérapie ?

Objet de recherche :

L'impact de l'éducation thérapeutique du patient en post-AVC sur sa motivation dans la prise en charge en ergothérapie

2. Matériel et méthode

L'objectif de cette recherche est de pouvoir affirmer ou infirmer notre hypothèse selon laquelle l'éducation du patient en post-AVC pourrait avoir un impact positif sur sa motivation à réaliser

² La Haute Autorité de Santé

³ Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

l'activité en ergothérapie. Afin de pouvoir y parvenir, nous devons mettre en place un dispositif de recherche que nous allons construire et détailler dans cette partie.

Le dispositif qui va être détaillé dans cette partie est pratiqué sur l'être humain. Dans le cadre de la Loi Jardé, les recherches impliquant la personne humaine doivent être encadrées et validées par un comité de protection des personnes. Notre étude est classée dans la catégorie 1 qui correspond aux recherches interventionnelles qui vont modifier la prise en charge habituelle de la personne.

2.1. Choix de la méthode de recherche

Nous avons choisi d'utiliser la méthode expérimentale pour cette recherche. Cette méthode de recherche est utilisée lorsqu'il s'agit de démontrer la relation de causalité entre deux éléments. En effet, selon l'OMS, « On peut considérer l'expérimentation comme la démarche ultime ou décisive du processus de recherche, en tant que mécanisme pour confirmer ou rejeter la validité des idées, des suppositions, des postulats et des hypothèses concernant le comportement des sujets, ou concernant les effets sur ces sujets de certaines interventions réalisées dans des conditions bien définies. » (18) Dans le cas de notre recherche, l'hypothèse est :

L'éducation thérapeutique du patient en post-AVC permettrait d'augmenter sa motivation dans la prise en charge en ergothérapie

Cette recherche s'appuie sur une méthode comparative. Nous allons comparer deux groupes à partir d'un échantillon de personnes, qui font parties d'une même population. La seule différence entre les deux groupes étant la participation ou non à un programme d'éducation thérapeutique pour les patients en post-AVC. Afin de pouvoir confirmer ou infirmer l'hypothèse, nous réaliserons **le test de l'hypothèse nulle**. L'hypothèse nulle H_0 déclare qu'il n'y a pas de différence entre le groupe expérimental et le groupe témoin. De ce fait, le rejet de l'hypothèse nulle est la confirmation de l'hypothèse prédictive du chercheur.

Dans le cas de notre recherche, il y a deux types de variables qui sont prises en compte :

- **La variable indépendante** qui correspond à l'application d'un programme d'éducation thérapeutique. C'est une variable indépendante qu'on qualifie de provoquée car elle est introduite par le chercheur.
- **La variable dépendante** qui correspond à la motivation du patient. Elle pourra varier ou non en fonction des modalités.

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

Dans le cadre de cette recherche, la population de référence ou population cible que nous avons choisie sera constituée de patients ayant fait un AVC récemment et qui présente un manque de motivation à réaliser les activités proposées en ergothérapie. Ce « manque de motivation » à réaliser les activités pourra être représenté :

- Par un refus explicite du patient de réaliser l'activité
- Par un refus du patient de venir aux séances d'ergothérapie

De façon générale, un programme d'éducation thérapeutique sur le thème de l'AVC peut être proposé à tout patient ayant fait un AVC. Dans le cadre de cette recherche, nous partons du postulat que l'éducation thérapeutique pourrait avoir un impact sur la motivation. C'est pour cela que le choix de la population cible est orienté vers des patients qui présentent un manque de motivation. De plus, nous avons choisi de cibler des patients ayant fait un AVC récemment. En effet, comme nous avons pu le présenter dans la partie 1.3. « Enjeux socio-économiques, professionnels et de santé publique », l'AVC, ainsi que les séquelles qui peuvent en découler représentent un véritable enjeu de santé publique et socio-économique. C'est en cela qu'une intervention précoce nous semble plus pertinente pour cette recherche.

A partir de ces données, nous avons établi des critères d'inclusion et d'exclusion. Les critères d'inclusion sont des patients :

- Ayant fait un AVC il y a **moins de 6 mois**
- Qui disposent de séances d'ergothérapie
- Qui sont pris en charge au sein d'une structure
- Présentant **un manque de motivation** à réaliser les activités en ergothérapie

Les critères d'exclusion sont des patients :

- Présentant **une pathologie autre que l'AVC**
- Ayant fait un AVC il y a **plus de 6 mois**
- Présentant des **troubles cognitifs** ou **phasiques**
- Qui ne disposent pas de séances d'ergothérapie
- Qui ne sont pas pris en charge au sein d'une structure
- Qui ne présentent **pas de manque de motivation** à réaliser les activités en ergothérapie

En ce qui concerne la population expérimentale, c'est-à-dire la population étudiée, nous utiliserons une méthode d'échantillonnage. Parmi les méthodes qui existent, nous avons choisi d'utiliser **la méthode probabiliste**. Chaque personne qui constitue la population mère ou population de référence possède la même chance d'être sélectionné. Elle permet d'être plus représentative de la population. Pour ce faire, nous utiliserons **la méthode de l'échantillon aléatoire simple**. A partir d'une liste de patients préalablement choisis en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion, nous sélectionnerons de façon aléatoire les participants à l'étude. Les participants seront alors répartis aléatoirement en deux groupes de taille égale.

2.3. Les sites d'exploration

Afin de mener à bien cette recherche, nous devons trouver des sites d'explorations qui comportent les trois critères suivants :

- Des établissements accueillant des patients en **post-AVC** dès la **phase précoce** ;
- Qui présentent un **manque de motivation** à réaliser les activités proposées en ergothérapie ;
- Et qui **accepte de participer à l'étude et donc de proposer le programme d'éducation** pour les patients en post-AVC à ses patients.

Ces sites d'explorations pourront se trouver dans la France entière. Nous souhaitons que l'étude reste au niveau national. Nous avons décidé de ne pas nous limiter à une région ou un département afin que l'étude soit la plus représentative possible.

2.4. Choix de l'outil de recueil de données

Dans le cadre de notre recherche, nous souhaitons recueillir un grand nombre de données issues d'une grande population à tester. Afin d'y parvenir, nous avons choisi le questionnaire comme

outil de recueil de données. C'est un outil qui va nous permettre de recueillir des données quantitatives. Il permet de vérifier des hypothèses sous la forme de relations éventuelles entre deux ou plusieurs variables. De plus, il ne nécessite pas la présence du chercheur pour être réalisé ce qui nous permet d'interroger des personnes éloignées géographiquement. Enfin, il permet de préserver l'anonymat des participants à l'étude.

2.5. Anticipation des biais et stratégies de contrôle

Avant de construire l'outil de recueil de données, nous nous sommes intéressés au biais qu'il pouvait comporter. Dans un premier temps, il peut y avoir des biais liés à la personne qui va répondre aux questions. Il faut pouvoir s'assurer que la personne :

- A compris le but du questionnaire
- A compris le système de cotation
- Réponde seule aux questions
- Réponde le plus honnêtement possible

Afin de minimiser ce risque, nous allons mettre un place un paragraphe explicatif qui va décrire le but du questionnaire, puis expliquer le système de cotation. Nous mettrons une phrase pour dire que le questionnaire doit être rempli seul. Enfin, pour s'assurer que la personne réponde de façon honnête, nous expliquerons que pour ne pas induire de biais à la recherche, il est nécessaire de répondre le plus honnêtement possible et que le questionnaire est anonyme.

Après s'être intéressés aux biais liés à la personne, nous avons réfléchi aux biais liés au système de cotation. Afin d'avoir le score le plus représentatif possible, nous avons choisi une cotation à quatre chiffres. Le but est que la personne ne puisse pas choisir de cotation « moyenne » comme dans un système impair.

2.6. Construction de l'outil de recueil de données

Après plusieurs recherches, nous n'avons trouvé aucun bilan validé qui permet de mesurer la motivation d'une personne. C'est pourquoi nous devons construire nous-même un questionnaire. Il va se baser sur les données recueillis dans la partie « 1.7.1. Le concept de motivation ». Ces données vont être synthétisées dans une matrice théorique qui nous donnera

des critères et des indicateurs sur lesquels nous nous baserons afin de créer le questionnaire. Le but de ce questionnaire sera de mesurer la motivation d'une personne avant et après l'utilisation d'un programme d'éducation thérapeutique. Ces mesures permettront de savoir si le programme d'éducation thérapeutique a ou non un impact sur la motivation des patients en post-AVC.

2.6.1. Construction du questionnaire à partir de la matrice théorique

A partir de la matrice théorique que nous avons construite (Cf. annexe 6 p59), nous avons pu concevoir un questionnaire (Cf. annexe 7 p61) qui permet de mesurer la motivation d'une personne lors des séances d'ergothérapie.

Dans la première partie, nous expliquons à la personne qui va répondre au questionnaire que :

- Le questionnaire permet de mesurer la motivation
- Chaque question est coté de 1 à 4 (1 étant le score le plus faible et 4 le plus élevé)
- Il faut répondre le plus honnêtement possible afin de ne pas induire de biais à la recherche
- Il faut répondre seul au questionnaire
- Le questionnaire est anonyme

Ce questionnaire est composé de 8 questions. Afin de le construire, nous nous sommes basés sur les 3 variables de la motivation que sont : la volonté du patient, son investissement et la mise en œuvre des acquis. Chaque variable possède un certain nombre d'indicateurs. Chaque question de notre outil de mesure interroge le patient sur un indicateur précis. Les trois premières questions interrogent le patient sur les indicateurs de la volonté, les quatre suivantes sur son investissement et la dernière question sur la mise en œuvre des acquis. Chaque question est cotée de 1 à 4. Le score final varie donc de 8 à 32. 8 étant le score minimal indiquant que la personne est peu ou pas motivée et 32 le score maximal qui indique que la personne est très motivée.

Le but de ce questionnaire n'est pas de simplement évaluer si une personne est motivée ou non. Il va nous servir d'outil de mesure afin de savoir si la motivation d'une personne a évolué. Si une personne a un score de 8 au début puis un score de 16 après l'intervention, on pourra constater une évolution positive de la motivation même si le score reste faible.

2.7. Construction du programme d'éducation thérapeutique

Afin de pouvoir mener notre recherche, il est nécessaire de construire un programme d'ETP⁴ afin que ce dernier soit proposé à tous les participants à l'étude. L'objectif est de pouvoir utiliser un seul et même programme pour tous les participants afin qu'il n'y ait pas de biais dans la recherche. Mais aussi de concevoir un programme spécifique dont le but, en plus de celui d'informer les patients, serait de favoriser la motivation des patients. Dans cette partie, nous détaillerons la construction de ce programme d'éducation thérapeutique.

Pour construire ce programme, nous nous sommes basés sur les écrits de A. Golay, G. Lager et A. Giordan qui ont proposés un modèle théorique d'éducation thérapeutique qui permettrait d'améliorer les apprentissages et de favoriser la motivation des patients (Cf. partie 1.7.2. L'éducation du patient). A partir de ces écrits, nous avons construit une matrice théorique qui contient tous les critères et indicateurs que devra comporter notre programme afin d'optimiser l'apprentissage et favoriser la motivation.

Concept	Variable	Indicateur
Éducation du patient A. Golay	Dimension émotionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Trouve du sens - Éprouve du plaisir - Se sent concerné
	Dimension métacognitive	<ul style="list-style-type: none"> - Auto-perception que se fait le patient de sa maladie - Prend du recul sur ses croyances
	Dimension cognitive	

⁴ Éducation thérapeutique du patient

	Dimension infra cognitive	<ul style="list-style-type: none"> - Fait des liens entre ses connaissances - Son vécu - Ses symptômes - Cherche un moyen de les comprendre et les assimiler - Raisonnement intimes - S'interroge sur ses habitudes de pensées
--	---------------------------	--

Tableau 1 : La matrice théorique

Nous nous sommes également aidés d'un programme d'éducation thérapeutique pour patients en post-AVC validé par l'ARS⁵ afin d'avoir une base pour la construction du programme. (19) Nous avons retenu de ce programme uniquement des éléments qui concernent la partie méthodologique dans la construction d'un programme d'éducation thérapeutique (ordre de présentation des parties, nom des différents éléments à présenter etc.).

Les différents ateliers ont été sélectionnés en fonction des indicateurs présent dans la matrice théorique. L'objectif étant de tous les retrouver dans le programme d'éducation thérapeutique. Dans chaque atelier se trouve entre parenthèse les différents indicateurs qu'il permet de proposer au patient. Les professionnels présents ont été sélectionnés en fonction des thèmes abordés lors des ateliers. Pour finir, les outils utilisés ont été choisis afin de faire participer les patients et les rendre acteurs de ce programme.

Thème	Maladie chronique, Activités de la vie quotidienne, Activité physique, Médicaments, Rééducation
--------------	---

⁵ Agence régionale de santé

Pathologie	Accident vasculaire cérébral (AVC)
Prise en charge	Au cours d'une hospitalisation
Contexte	La prise en charge des maladies chroniques est l'un des thèmes prioritaires du Programme régional de santé. L'AVC représente la première cause de handicap acquis de l'adulte, la deuxième cause de démence (après la maladie d'Alzheimer) et la deuxième cause de mortalité (environ 10 % des décès). C'est un enjeu de santé publique.
Objectifs de l'action	<p><u>Objectifs généraux :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Favoriser la motivation du patient dans sa prise en soin - Autonomiser le patient dans la gestion de sa pathologie et de ses conséquences <p><u>Objectifs opérationnels :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un programme personnalisé adapté aux besoins du patient - Garantir la confidentialité et la sécurité des informations - Impliquer l'entourage du patient dans la démarche d'éducation - Intégrer la démarche d'éducation aux soins
Description	<p><u>Inclusion dans le programme :</u></p> <p>Les patients inclus seront ceux qui feront partis de la population expérimentale qui bénéficiera du programme d'ETP.</p> <p><u>Atelier n°1 :</u> Comprendre l'AVC</p> <p>Atelier collectif animé par un médecin et un autre professionnel. (Auto-perception que se</p>

	<p>fait le patient de sa maladie, prendre du recul sur ses croyances)</p> <p><u>Atelier n°2</u> : Estime de soi, « Moi après l'AVC »</p> <p>Atelier collectif animé par une psychologue et un autre professionnel. (Raisonnements intimes, s'interroge sur ses habitudes de pensées)</p> <p><u>Atelier n°3</u> : Comprendre mes traitements médicamenteux</p> <p>Atelier collectif animé par une infirmière et un autre professionnel. (Faire des liens entre ses connaissances, son vécu et ses symptômes)</p> <p><u>Atelier n°4</u> : La rééducation après l'AVC, quel professionnel et pour quoi ?</p> <p>Atelier collectif animé par un ergothérapeute, un kinésithérapeute et un orthophoniste. (Trouve du sens, se sent concerné, prend du recul sur ses croyances, s'interroge sur ses habitudes de pensées)</p> <p><u>Atelier n°5</u> : « Ma vie après l'AVC », comment gérer les AVQ⁶ ?</p> <p>Atelier collectif animé par un ergothérapeute et un autre professionnel. Présence des aidants et de la famille. (Trouve du sens, se sent concerné, prendre du recul sur ses croyances, éprouve du plaisir)</p>
--	---

⁶ Activité de la vie quotidienne

	<p><u>Atelier n°6</u>: « Activité physique, c'est toujours possible »</p> <p>Atelier collectif animé par un EAPA⁷ ou un kinésithérapeute et un autre professionnel. (Éprouve du plaisir, auto-perception que se fait le patient de sa maladie, prend du recul sur ses croyances)</p>
Professionnels présents	Médecin, ergothérapeute, kinésithérapeute, orthophoniste, EAPA, infirmière psychologue.
Public	Patients adultes, Aidants, Famille
Outils et supports utilisés	Tableau/paperboard, brainstorming, Métaplan, adaptation pour les AVQ, brochures.
Secteurs d'activités	Centres de soins, établissements de santé

Tableau 2 : Récapitulatif du programme d'éducation thérapeutique

2.8. Test du dispositif auprès d'une cohorte d'entraînement

Afin de pouvoir valider l'outil de mesure de la motivation que nous avons construit, il est nécessaire de le tester. Pour ce faire, nous allons le communiquer à des ergothérapeutes afin qu'ils puissent nous donner leurs avis sur le questionnaire. De plus, nous devons le faire tester à une petite cohorte de patients afin de pouvoir mettre en avant des éventuels problèmes comme des difficultés de compréhension des consignes, des incohérences dans la formulation des questions. Les patients sélectionnés pour ce test devront faire partis de la population de référence et ne pourront pas participer à l'expérimentation par la suite afin de ne pas induire de biais à la recherche.

⁷ Enseignant en activité physique adaptée

Concernant le programme d'éducation thérapeutique, nous devons également le tester afin de pouvoir le valider. Pour ce faire, nous l'enverrons dans un premier temps à des spécialistes dans la construction et la validation des programmes d'éducation thérapeutique. L'objectif est qu'ils valident l'aspect méthodologique du programme afin de s'assurer qu'il soit conforme aux normes en vigueur. Dans un second temps, nous l'enverrons à des ergothérapeutes qui proposent des programmes d'éducation thérapeutiques pour les patients en post-AVC. L'objectif est de recueillir leurs avis sur le programme et de savoir si des éléments sont à modifier ou à rajouter.

2.9. Déroulement de l'expérimentation

Une fois que nous aurons construit l'outil de recueil de données, le programme d'ETP et que nous les aurons faits valider, nous pourrons débiter l'expérimentation.

2.9.1. La sélection des participants

Tout commence par la sélection des participants à l'étude. Pour ce faire, nous feront parvenir dans chaque centre situé en France, et remplissant les critères établis précédemment, des questionnaires sur la motivation que nous avons préalablement construits (Cf. annexe 7 p61). Les ergothérapeutes des différents centres feront passer aux patients correspondant aux critères d'inclusion le bilan de la motivation. Seuls les patients qui auront un score de 16 ou moins pourront, s'ils le souhaitent, choisir de participer à l'étude. Nous avons établi un score de 16 maximum car il correspond au score d'une personne qui aurait répondu le « niveau 2 » à chaque question. Le niveau 2 correspond à l'item « peu motivé ». Une personne ayant sélectionné le niveau 2 à chaque question serait donc qualifiée de « peu motivée ».

Le premier tri sera réalisé par les critères d'inclusion et d'exclusion. Le second tri, par le questionnaire sur la motivation où seuls les patients ayant un score de 16 ou moins pourraient être sélectionnés. Enfin, le dernier tri se fera par les patients eux-mêmes en décidant s'ils souhaitent ou non participer à notre étude. Les scores des participants au questionnaire sur la motivation nous seront remis par les ergothérapeutes de chaque centre.

Une fois que la sélection de la population expérimentale sera terminée, nous séparerons de façon aléatoire cette population en deux groupes de taille égale. Le premier groupe, que nous

appellerons cohorte n°1, participera à un programme d'éducation thérapeutique en plus de ses séances d'ergothérapie quotidiennes. Le second groupe, que nous appellerons cohorte n°2, participera uniquement aux séances d'ergothérapie quotidiennes.

2.9.2. Mise en place du programme d'éducation thérapeutique

La cohorte n°2 disposera uniquement de séances d'ergothérapie. La cohorte n°1 se verra attribuer deux séances d'éducation thérapeutique par semaine. Ces séances seront réalisées en plus des séances quotidiennes d'ergothérapie. Les patients de la cohorte n°1 et 2 ne devront pas entrer en contact durant l'expérience afin de ne pas biaiser la recherche. Afin d'avoir un aperçu du programme d'éducation thérapeutique, nous allons détailler une séance à laquelle les patients pourront participer.

Atelier n°5 : « Ma vie après l'AVC », comment gérer les AVQ ?

Durée de l'activité	1h30
Nombre de participant	4 à 10 participants
Thématique	La gestion des activités de la vie quotidienne après un AVC
Compétences mobilisés	Trouver des solutions afin de pouvoir réaliser ses AVQ

L'objectif général de cette séance va être : **A la fin de la séance, les participants auront des solutions afin de pouvoir réaliser leurs AVQ.**

Les objectifs spécifiques sont :

- Les participants prendront conscience qu'il y a d'autres moyens de réaliser leurs AVQ
- Les participants trouveront des solutions afin de pouvoir réaliser leurs AVQ

Déroulé de la séance :

Mobilisation du groupe	Après avoir attendu que tous les membres du groupe soient présents, l'ergothérapeute et l'autre professionnel présent présentent brièvement le
-------------------------------	--

<p>5 mn</p>	<p>contenu de la séance du jour. Les objectifs de la séance sont évoqués. Les animateurs demandent aux participants si les explications sont claires pour tout le monde et s'il y a des questions.</p>
<p>Consignes et déroulement de la séance</p> <p>1h</p>	<p><u>Temps n°1</u> : Les intervenants demandent aux participants : « Actuellement, y a-t-il des activités de la vie quotidienne que vous n'arrivez plus à réaliser ou que vous craignez de ne plus pouvoir réaliser ? ». Les animateurs laissent s'exprimer les personnes qui le souhaite et sollicitent si nécessaire les interventions. Les animateurs notent sur un tableau/paperboard les AVQ évoqués par les patients.</p> <p><u>Temps n°2</u> : Les intervenants proposent aux patients de se mettre par groupes de deux/trois, de choisir une ou plusieurs des AVQ notées au tableau/paperboard et d'essayer de trouver des solutions afin de pouvoir réaliser l'AVQ.</p> <p><u>Temps n°3</u> : Les intervenants demandent à chaque groupe de restituer les solutions qu'ils ont trouvés. Les animateurs notent sur le tableau/paperboard les solutions à coté de chaque AVQ correspondante. Un temps est laissé aux patients s'ils souhaitent discuter ou débattre d'une ou plusieurs solutions.</p> <p><u>Temps n°4</u> : Si nécessaire, les intervenants proposent des éléments de réponses pour des AVQ pour lesquelles aucune solution n'aurait été trouvée. Les intervenants présentent les aides techniques qui peuvent exister et aider à la réalisation des AVQ.</p>
<p>Transfert des acquis</p> <p>20 mn</p>	<p>Les intervenants proposent différentes situations de la vie quotidienne et les participants doivent trouver des solutions et/ou des aides techniques afin de pouvoir les réaliser.</p>
<p>Conclusion</p>	<p>Les intervenants concluent la séance en demandant aux participants s'ils ont des questions. Ils proposent de se mettre à disposition des personnes</p>

5 mn	qui auraient des questions même en dehors des séances d'ETP. Ils rappellent aux participants l'intitulé de la séance suivante et remercient les patients pour leur participation.
-------------	---

La recherche prendra fin quand le programme d'éducation thérapeutique sera terminé. Afin que les résultats des patients puissent être pris en compte, ils devront participer à toutes les séances d'éducation thérapeutique. Les patients qui abandonneront au cours de la recherche ne seront pas comptabilisés dans les résultats de l'étude, mais le nombre d'abandon sera quant à lui comptabilisé.

2.9.3. Évaluation des patients à la fin du programme d'éducation thérapeutique

Dès que le programme d'éducation thérapeutique sera terminé, nous proposerons aux patients des deux cohortes de réaliser à nouveau le bilan de la motivation. Nous garderons séparés les bilans de la cohorte n°1 et n°2. Nous réaliserons ensuite une analyse des résultats qui sera présentée dans la partie « 3. Résultats ».

2.10. Choix des outils de traitement et d'analyse des données

Afin d'analyser les données recueillis grâce au questionnaire, nous avons choisi le logiciel de traitement de données Microsoft Excel®. Notre choix s'est porté sur ce logiciel car il permet de traiter des données quantitatives. De plus, il offre la possibilité de calculer directement des valeurs statistiques comme une moyenne. Il va également nous permettre de représenter les résultats obtenus sous la forme d'un ou plusieurs graphiques.

3. Résultats

Cette partie nous permet de mettre en avant les résultats obtenus lors de la recherche. N'ayant pas pu mettre en place le protocole décrit précédemment, nous n'avons pas de résultats concrets pour notre recherche. Cependant, nous allons décrire la façon dont les résultats auraient été traités ainsi que les différents résultats que nous aurions pu obtenir.

Afin de pouvoir traiter les résultats, dans un premier temps, nous réaliserons une moyenne des résultats obtenus pour chaque cohorte avant et après la mise en place du protocole. Ensuite, nous réaliserons une comparaison entre les résultats au bilan de la motivation avant et après l'expérimentation pour les deux cohortes. Les données seront détaillées sous la forme d'un tableau « Excel ».

	Résultats avant la mise en place du protocole	Résultats après la mise en place du protocole
Cohorte n°1	Moyenne obtenue par la cohorte n°1	Moyenne obtenue par la cohorte n°1
Cohorte n°2	Moyenne obtenue par la cohorte n°2	Moyenne obtenue par la cohorte n°2

Tableau 2 : Représentation des résultats de la recherche dans un tableau « Excel »

Nous allons observer pour chaque cohorte si le niveau de motivation a baissé ou augmenté durant la recherche. Plusieurs résultats sont possibles :

La moyenne de la cohorte n°1 a augmenté et celui de la cohorte n°2 est identique ou a diminué

Ce résultat permettrait de confirmer notre hypothèse selon laquelle l'éducation du patient favoriserait la motivation.

La moyenne de la cohorte n°1 est identique et celui de la cohorte n°2 également

Ce résultat confirmerait l'hypothèse nulle H_0 et donc infirmerait notre hypothèse. Nous saurions donc que l'éducation du patient ne favorise pas sa motivation.

La moyenne de la cohorte n°1 a diminuée et celui de la cohorte n°2 a augmenté

L'obtention de ces résultats mettrait en avant que l'éducation du patient ne favorise pas la motivation et pourrait même la diminuer, mais aussi qu'il existe un élément dont la cohorte n°2 a bénéficié et qui permettrait de favoriser la motivation.

La moyenne de la cohorte n°1 a diminué et celui de la cohorte n°2 a diminué également

Ce résultat mettrait également en avant que notre hypothèse ne serait pas validée.

4. Discussion des données

4.1. Éléments de réponse à l'objet de recherche

Le dispositif de recherche a pour objectif de tester notre hypothèse de départ qui est : **« L'éducation thérapeutique du patient en post-AVC permettrait d'augmenter sa motivation dans la prise en charge en ergothérapie »**. Étant donné que le dispositif de recherche n'a pas pu être mis en place, aucun résultat ne peut être donné.

A l'issue de la recherche, l'obtention de résultats positifs permettra de valider notre hypothèse de départ. La recherche aurait donc permis de mettre en avant que l'éducation thérapeutique du patient aurait un impact positif sur la motivation du patient.

En revanche, l'obtention de résultats négatifs mettrait en avant le fait que l'éducation du patient n'influerait en aucun cas sur la motivation du patient. Notre hypothèse serait donc infirmée.

4.2. Critique du dispositif de recherche

Dans cette partie, nous allons faire une critique du dispositif de recherche que nous avons mis en place dans ce travail. Nous traiterons chaque partie dans l'ordre d'apparition dans ce travail.

La revue de littérature aurait pu être plus détaillée en termes d'articles. Dans un premier temps, nous n'avons sélectionnés que 3 bases de données pour cette partie. Nous aurions pu étendre le champ de la recherche sur plus de bases de données. Un des éléments ayant contribué à cette restriction est le fait que certaines bases de données n'étaient pas gratuites. Les mots clés choisis étaient « communication, motivation et patient ». Le mot clé « patient » n'est peut-être pas assez pertinent. Nous aurions pu introduire le mot clé « rééducation » ou « prise en charge » afin de plus cibler les articles. En effet, avec les mots clés que nous avons choisis, des milliers d'articles étaient proposés à chaque recherche. Avec l'évolution de la question et l'objet de recherche, nous avons obtenus d'autres mots clés. La réalisation d'une nouvelle revue de littérature avec les mots clés actuels pourrait enrichir la recherche par l'apport d'articles supplémentaires plus ciblés sur le sujet.

L'enquête exploratoire avait pour objectif de recueillir l'avis des professionnels sur le lien qui pourrait exister entre la communication et la motivation. Pour ce faire, nous avons construit un questionnaire que nous avons transmis à un certain nombre d'ergothérapeutes travaillant auprès de patients en post-AVC. Dans un premier temps, nous avons choisi une population uniquement constituée d'ergothérapeutes. Nous aurions pu interroger également d'autres professionnels de la rééducation comme des kinésithérapeutes ou des orthophonistes. Élargir le questionnaire à d'autres professionnels nous aurait permis de recueillir plus de données sur la motivation des patients ainsi que sur les méthodes mises en place pour essayer de la renforcer. Afin d'obtenir les adresses mails des professionnels, nous avons utilisés une liste de lieu de stage proposée dans notre institut de formation. Cependant, ce choix a réduit le nombre d'ergothérapeutes qui ont été interrogés. Afin que l'enquête soit plus représentative, nous aurions pu élargir les recherches sur d'autres établissements en France.

Dans un second temps, nous avons choisi de laisser dans le questionnaire une grande quantité de questions ouvertes afin de ne pas biaiser l'enquête. Ce choix nous a mis en difficulté pour la suite car nous avons eu beaucoup de réponses différentes et qui n'étaient pas forcément ciblées par rapport au thème. De plus, les réponses étaient parfois constituées de mots clés et non de phrases ce qui pouvait laisser place à de l'interprétation de notre part. L'utilisation de questions à choix multiples aurait été plus adapté pour ce questionnaire.

L'outil de recueil de données pour l'expérimentation a été construit à partir des écrits d'un auteur. Pour cela, nous avons construit une matrice théorique avec des variables et des indicateurs. Cependant, il y a quand même une part de subjectivité dans le choix des indicateurs. Malgré que pour la recherche nous avons utilisé des articles scientifiques, ça ne permet pas de construire un questionnaire complet. Pour cela, nous aurions dû effectuer une recherche à part entière uniquement afin de mettre en place un bilan de qualité sur la motivation.

Pour cette recherche, nous avons choisi une méthode expérimentale. C'est une méthode de recherche qui demande beaucoup de temps pour la mise en place. N'ayant pas pu la mettre en place, notre hypothèse est restée au stade d'hypothèse. Afin d'obtenir des résultats concrets, nous aurions pu opter pour une méthode qui demande moins de temps comme une méthode clinique.

Pour conclure cette partie, il nous semble important d'aborder deux autres points de la recherche. Le premier point concerne le choix de la population expérimentale. En effet, la population des patients en post-AVC est variée dans les symptômes, qui sont propres à chaque

patient. Ce qui en fait une population difficile à étudier. Lors de la recherche, nous avons dû expliquer que les patients présentant des troubles cognitifs importants ainsi que des aphasies importantes ne pourraient pas participer à l'étude. Ce choix, aussi justifié soit-il, ne permet pas à une grande partie des patients en post-AVC de participer à l'étude. Nous nous sommes donc questionnés sur la représentativité de notre étude pour cette population.

Le deuxième point est en lien avec la notion de motivation. Durant la réalisation de l'étude, nous nous sommes interrogés sur l'impact que pourrait avoir notre étude sur les patients. Des auteurs comme N. Maclean ont évoqués que l'utilisation des labels « motivé » et « non-motivé » pouvait avoir un effet négatif sur les patients. En effet, pour qu'un patient soit retenu pour l'étude, il doit être qualifié de peu ou pas motivé. Nous nous sommes alors questionnés sur la situation :

- En quoi l'utilisation des labels « motivé » et « non-motivé » pourrait avoir un impact sur les patients ?

4.3. Apport, intérêt et limites des résultats pour la pratique professionnelle

La mise en place de ce protocole de recherche pourrait apporter des éléments de réponse à la question : « Que pourrions-nous mettre en place afin d'avoir un impact sur la motivation d'un patient ? ». En effet, la validation de l'hypothèse générale mettrait en évidence que l'utilisation d'un programme d'éducation thérapeutique pourrait avoir un impact positif sur la motivation des patients en post-AVC. Cependant, dans le cas où l'hypothèse générale est infirmée, cela mettrait en évidence que l'utilisation d'un programme d'éducation thérapeutique n'apporterait pas de solution afin de favoriser la motivation des patients.

Les limites des résultats seraient en lien avec la population expérimentale. Comme dit précédemment, la population test ne comprend pas les patients aphasiques et ayant des troubles cognitifs. De plus, l'étude est menée auprès de patients en post-AVC et donc n'est pas généralisable pour les différentes pathologies prises en charge par l'ergothérapeute.

4.4. Transférabilité pour la pratique professionnelle

L'utilisation de programmes d'éducation thérapeutiques fait partie des missions de l'ergothérapeute. La réalisation de cette recherche m'a permis d'enrichir mes connaissances sur

l'éducation thérapeutique tant dans ses apports pour les patients qu'en terme de compétences à mobiliser pour les professionnels de santé dont l'ergothérapeute. En effet, les ateliers d'éducation thérapeutique sont un temps d'échange durant lequel les patients vont pouvoir en apprendre plus sur leurs pathologies, mais aussi devenir acteurs de leurs prises en charge. En ce qui concerne ma propre pratique professionnelle, je me sens plus à même de participer à des programmes d'éducation thérapeutique et c'est actuellement une activité que j'ai envie de proposer dans ma future pratique professionnelle.

En ce qui concerne l'apport de la méthodologie de recherche, elle m'a permis d'apprendre à me questionner sur ma pratique professionnelle. C'est-à-dire prendre du recul sur ce qui est fait et mettre en tension les informations en étant le plus objectif possible. Mais également à justifier ma pratique par l'apport d'écrits scientifiques. En effet, il est important de pouvoir justifier nos actes et l'utilisation d'écrits scientifiques apporte de la valeur à notre pratique et pour la reconnaissance de la profession d'ergothérapeute.

4.5. Perspectives de recherche

Il serait intéressant de pouvoir mettre en place le protocole construit lors de cette recherche. En effet, l'obtention de résultats ainsi que leur analyse pourraient nous apporter une réponse à la question de recherche. Dans le cas où l'hypothèse est validée, il serait intéressant de mener une étude sur les facteurs présents dans l'éducation thérapeutique et qui participent à améliorer la motivation du patient. Pour cela, nous pourrions tester individuellement chaque élément qui constitue l'éducation thérapeutique.

En revanche, dans le cas où l'hypothèse n'est pas validée, nous pourrions effectuer une nouvelle recherche en lien avec la motivation du patient. Dans cette nouvelle étude, nous chercherions à savoir quels moyens les ergothérapeutes mettent en place afin d'avoir un impact sur la motivation de leurs patients. Cette recherche serait basée sur une méthode clinique dans laquelle des ergothérapeutes seraient questionnés sur leur pratique avec également une observation sur le terrain. L'objectif de cette observation serait d'obtenir des informations sur le comportement des patients lors de la rééducation.

Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé - Rééducation motrice après un AVC : à déclencher dès que possible. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1359319/fr/reeducation-motrice-apres-un-avc-a-declencher-des-que-possible. Consulté le 22 septembre 2018.
2. OMS | Accident vasculaire cérébral (AVC). [En ligne]. http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/fr/. Consulté le 22 septembre 2018
3. Accident vasculaire cérébral (AVC) | Inserm. [En ligne]. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/accident-vasculaire-cerebral-avc#>. Consulté le 22 septembre 2018.
4. Définition Ergothérapie anfe. [En ligne]. <http://www.anfe.fr/definition>. Consulté le 22 septembre 2018.
5. Santé, Protection sociale, Solidarité - N° 7 du 15 août 2010 - TO_arrete_5_juillet_2010.pdf. [En ligne]. https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/TO_arrete_5_juillet_2010.pdf. Consulté le 13 octobre 2018.
6. Référentiel métiers DEE.pdf - Référentiel-de-compétences-DEE.pdf. [En ligne]. <http://www.unilim.fr/ilfomer/files/2012/03/R%C3%A9f%C3%A9rentiel-de-comp%C3%A9tences-DEE.pdf>. Consulté le 9 octobre 2018.
7. COMMUNICATION : Définition de COMMUNICATION. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/COMMUNICATION>. Consulté le 25 février 2019.
8. De la communication à l'interaction : l'évolution des modèles – Persée. [En ligne]. http://www.persee.fr/doc/colan_0336-1500_1992_num_93_1_2380. Consulté le 25 février 2019.
9. Golay A. Lager G. Giordan A. La place de la motivation. In: Comment motiver le patient à changer ? Maloine. Paris; 2010. p. 115-29. (Education du patient).
10. de Pourville G. Coût de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France. Arch Cardiovasc Dis Suppl. 1 févr 2016;8(2):161-8.
11. Plan national d'actions AVC 2010-2014 : prévention et accompagnement des malades | CNSA. [En ligne]. <https://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/plans-de-sante-publique/plan-national-dactions-avc-2010-2014>. Consulté le 22 septembre 2018.
12. Meyer S. Chapitre 9 L'énergie du « faire » : la motivation, la volition, l'engagement. In: De l'activité à la participation. 1re édition. Paris: De Boeck-Solal; 2013. p. 143-60.

13. epreuve 1 - etp - _definition_finalites - _recommandations_juin_2007.pdf. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf. Consulté le 23 février 2019.
14. L'éducation du patient | Cairn.info. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-laennec-2002-1-page-15.htm#no2>. Consulté le 21 février 2019.
15. Gatto F. Apprendre à éduquer le patient.pdf. [En ligne]. <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Hcsp/Adsp/26/ad267074.pdf>. Consulté le 21 février 2019.
16. Motiver pour changer : un modèle d'éducation thérapeutique pour chaque patient diabétique – PDF. [En ligne]. <https://docplayer.fr/23635435-Motiver-pour-changer-un-modele-d-education-therapeutique-pour-chaque-patient-diabetique.html>. Consulté le 24 mars 2019.
17. Version finale guide méthodo-octobre 2007- ADSP - etp - _guide_version_finale_2_pdf.pdf. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf. Consulté le 24 mars 2019.
18. Untitled-1 - dhs_hr_health_research_methodology_a_guide_for_training_in_research_methods_second_edition_fr.pdf. [En ligne]. http://www.wpro.who.int/health_research/documents/dhs_hr_health_research_methodology_a_guide_for_training_in_research_methods_second_edition_fr.pdf. Consulté le 7 avril 2019.
19. Programme d'éducation thérapeutique « AVC vivre AVeC » - OSCARS : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé. [En ligne]. <http://www.oscarsante.org/provence-alpes-cote-d-azur/etp/action/detail/6643?filtres%5Bintitule%5D%5Bop%5D=AND&filtres%5Bintitule%5D%5Bq%5D%5B%5D=AVC&libre=&from=0&size=20&types%5B%5D=etp&types%5B%5D=sante&types%5B%5D=travail&modeResultats=tableau&sortArray%5B%5D=programme+d%27education+therapeutique+%22avc+vivre+avec%22&sortArray%5B%5D=2018&sortArray%5B%5D=action%236643>. Consulté le 30 avril 2019.

Annexe**Sommaire des annexes :**

ANNEXE 1 : Interrogation des banques de données.....	52
ANNEXE 2 : Questionnaire pour l'enquête exploratoire.....	53
ANNEXE 3 : Matrice de questionnement.....	56
ANNEXE 4 : Graphique représentant les réponses à la question 4 de l'enquête exploratoire.	58
ANNEXE 5 : Graphique représentant les réponses à la question 6 de l'enquête exploratoire.	58
ANNEXE 6 : Matrice théorique.....	59
ANNEXE 7 : Outil de recueil de données (mesure de la motivation).....	61

Annexe 1 : Interrogation des banques de données

Voici ci-joint un tableau récapitulatif de mes recherches scientifiques en lien avec le thème :

Total à partir des mots clefs	Base de données	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre	Articles retenus
30 725	PUBMED	1 602	461	5	1
	PsycARTICLES/Psycinfo	7 088	298	2	2
	CAIRN	9 100	7	0	2
	EM premium	12 061	98	3	1

Annexe 2 : Questionnaire pour l'enquête exploratoire

30/04/2019

Enquête exploratoire

Enquête exploratoire

Bonjour, je m'appelle Naji Bourega. Je suis étudiant en 3ème année à l'Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) de Marseille. Dans le cadre de la réalisation d'un mémoire d'initiation à la recherche, je souhaite recueillir des données issues de la pratique des professionnels. Ce recueil de données est axé sur la pratique de l'ergothérapie auprès des patients en post-AVC. Je tiens d'ores et déjà à vous remercier de bien vouloir répondre à mon questionnaire. Vos réponses sont importantes et représentent un apport certain pour ma recherche. Je tiens à vous rappeler que ce questionnaire est totalement anonyme et qu'il doit se réaliser seul afin de ne pas induire de biais à la recherche. Ce questionnaire dure environ 20 minutes et est composé de 14 questions.

*Obligatoire

1. Depuis combien d'années êtes-vous diplômé en ergothérapie ? *

2. Combien d'années d'expérience avez-vous auprès des patients ayant subi un AVC ? *

3. Avez-vous déjà été confronté à un refus du patient : *

Plusieurs réponses possibles.

- De venir en ergothérapie
- De réaliser une activité
- Aucun
- Autre : _____

4. Si oui, quel était le motif de ce refus ?

5. Définissez brièvement, avec vos mots, ce qu'est pour vous la motivation *

30/04/2019

Enquête exploratoire

6. **Sur une échelle de 1 à 4, à combien estimeriez-vous l'importance de la motivation dans la prise en soin ? ***

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	
Pas importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Très importante

7. **Expliquez brièvement votre choix, c'est-à-dire en quoi, pour vous, la motivation est peu/pas ou très importante ***

8. **Quels sont le ou les critères qui vous permettent d'évaluer la motivation du patient ? ***

9. **Dans votre pratique, quel(s) moyen(s) utilisez-vous afin d'avoir un impact sur la motivation du patient ? ***

10. **Comment définiriez-vous la communication ? ***

11. **Selon vous, que peut apporter la communication à la prise en soin ? ***

30/04/2019

Enquête exploratoire

12. **Selon vous, la communication peut-elle avoir un impact sur la motivation du patient en post-AVC ? ***

Une seule réponse possible.

- OUI
 NON

13. **En quoi, selon vous, la communication peut-elle ou non avoir un impact sur la motivation du patient post-AVC ? ***

14. **Selon vous, quelles peuvent être les limites de cette approche ?**

15. **Commentaire**

Fourni par
 Google Forms

Annexe 3 : Matrice de questionnement

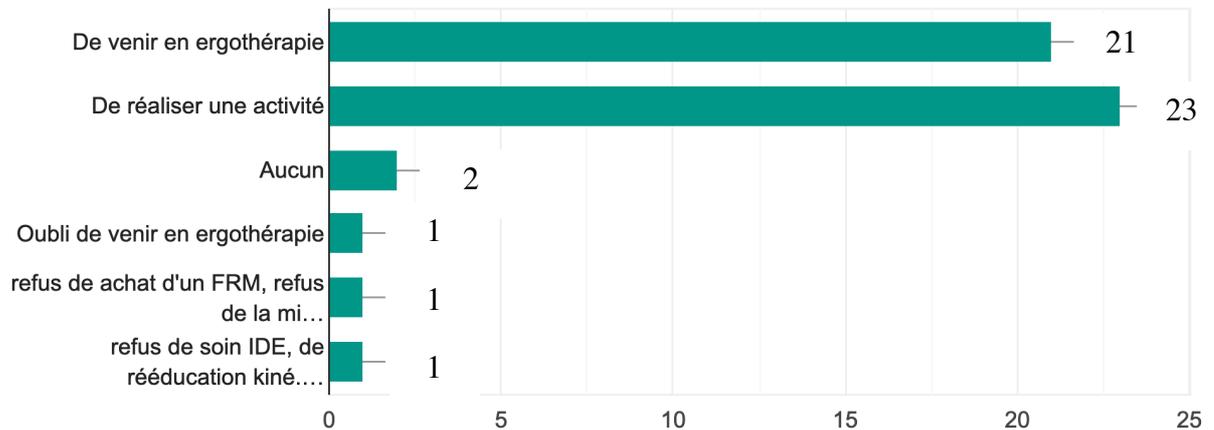
Sous-thématiques issues de la RL	Questionnement issue des sous thématiques	Question enquête exploratoire	Objectifs des questions
L'apport de la communication à la prise en soin	<p>Les ergothérapeutes travaillant auprès des personnes en post-AVC sont-ils informés de l'apport de la communication à la prise en soin ?</p> <p>Quel est le point de vue des professionnels sur la communication ?</p> <p>Existe-t-il des limites à l'apport de la communication à la prise en soin ?</p>	<p>Questions :</p> <p>- 10</p> <p>- 11</p>	<p>Recueillir le point de vue des professionnels sur la notion de communication, son apport pour leur prise en charge et les limites auxquels ils peuvent être confrontés en ce qui concerne la communication</p>
La communication et la motivation	<p>Sont-ils informés du lien qui existe entre la communication et la motivation ?</p> <p>En quoi la communication pourrait-elle avoir un impact sur la motivation des patients post-AVC ?</p>	<p>Questions :</p> <p>- 9</p> <p>- 12</p> <p>- 13</p> <p>- 14</p>	<p>Savoir si les professionnels travaillant auprès de patient AVC sont informés du lien qui existe entre la communication et la motivation, connaître leur avis sur les effets de cette pratique auprès des patients</p>

			en post AVC (savoir si, selon eux, ça peut fonctionner ou non et pourquoi) et savoir s'ils utilisent la communication afin de motiver leurs patients
La notion de motivation	Que signifie pour eux cette notion de motivation ?	Questions : - 5 - 6 - 7 - 8	Connaitre l'avis des professionnels sur la notion de motivation Savoir si, selon eux, c'est une notion importante dans une prise en soin Savoir comment est-ce qu'ils évaluent la motivation chez un patient

Annexe 4 : Graphique représentant les réponses à la question 4 de l'enquête exploratoire

Avez-vous déjà été confronté à un refus du patient :

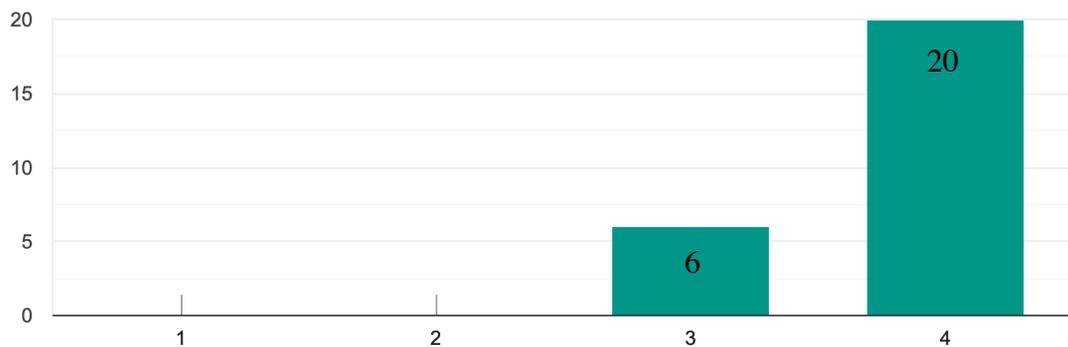
26 réponses



Annexe 5 : Graphique représentant les réponses à la question 6 de l'enquête exploratoire

Sur une échelle de 1 à 4, à combien estimeriez-vous l'importance de la motivation dans la prise en soin ?

26 réponses



Annexe 6 : Matrice théorique

Concept	Variable	Indicateur
Motivation Sylvie Meyer (2013)	Volonté du patient	<ul style="list-style-type: none"> - Intérêt pour la rééducation - Fait des propositions - Questionnement
	Son investissement	<ul style="list-style-type: none"> - Persévérance - Ponctualité - S'applique lors des activités - Travail en dehors des séances
	Mise en œuvre des acquis	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation des apprentissages dans la vie quotidienne
	Dimension émotionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Trouve du sens - Éprouve du plaisir - Se sent concerné
	Dimension métacognitive	<ul style="list-style-type: none"> - Auto-perception que se fait le patient de sa maladie - Prend du recul sur ses croyances

Annexe 7 : Outil de recueil de données (mesure de la motivation)

Outil de mesure de la motivation

Ce questionnaire a pour but de mesurer la motivation lors des séances d'ergothérapie. Il est composé de 8 questions et de deux pages. Chaque question possède un système de cotation allant de 1 à 4. Le chiffre 1 correspond au niveau le plus bas et 4 au niveau le plus haut. Toutes les questions fonctionnent selon ce modèle.

Afin de ne pas induire de biais à la recherche, nous vous demandons de répondre le plus honnêtement possible à ce questionnaire. Il doit être rempli seul et est entièrement anonyme.

Question 1 : Quel est votre intérêt pour la rééducation ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aucun intérêt | 1 |
| <input type="checkbox"/> Peu d'intérêt | 2 |
| <input type="checkbox"/> De l'intérêt | 3 |
| <input type="checkbox"/> Beaucoup d'intérêt | 4 |

Question 2 : Vous arrive-t-il de faire des propositions (choix d'activité, utilisation d'une méthode précise) à votre ergothérapeute ?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | 1 |
| <input type="checkbox"/> Un peu | 2 |
| <input type="checkbox"/> Souvent | 3 |
| <input type="checkbox"/> Très souvent | 4 |

Question 3 : Vous arrive-t-il de questionner votre ergothérapeute sur la rééducation ?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | 1 |
| <input type="checkbox"/> Un peu | 2 |
| <input type="checkbox"/> Souvent | 3 |
| <input type="checkbox"/> Très souvent | 4 |

Question 4 : Lors de la réalisation d'une activité en ergothérapie, quel est votre degré de persévération en cas d'échec ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Je ne persévère jamais | 1 |
| <input type="checkbox"/> Je persévère un peu | 2 |
| <input type="checkbox"/> Je persévère souvent | 3 |
| <input type="checkbox"/> Je persévère toujours | 4 |

Question 5 : Lors des séances d'ergothérapie, quel est votre niveau de ponctualité ?

- Je suis toujours en retard 1
- Je suis souvent en retard 2
- Je suis rarement en retard 3
- Je ne suis jamais en retard 4

Question 6 : Lors de la réalisation d'une activité en ergothérapie :

- Je ne m'applique pas 1
- Je m'applique un peu 2
- Je m'applique souvent 3
- Je m'applique beaucoup 4

Question 7 : Vous arrive-t-il de travailler en dehors des séances d'ergothérapie :

- Jamais 1
- Un peu 2
- Souvent 3
- Toujours 4

Question 8 : Vous arrive-t-il d'utiliser les apprentissages fait en ergothérapie dans votre vie quotidienne ?

- Jamais 1
- Un peu 2
- Souvent 3
- Toujours 4

Merci d'avoir répondu à notre questionnaire et pour votre participation à notre étude.

Résumé

La prise en charge des patients ayant fait un accident vasculaire cérébrale (AVC) constitue un enjeu économique, de santé publique mais également pour les professionnels de santé dont l'ergothérapeute. Parmi les éléments clés qui ressortent de l'introduction, il y a la motivation du patient et la communication. L'objectif de cette recherche est de savoir si l'éducation thérapeutique influence la motivation du patient dans la prise en charge en ergothérapie. Un protocole de recherche basé sur une méthode expérimentale a été construit. Un questionnaire sur la motivation ainsi qu'un programme d'éducation thérapeutique ont été créés afin d'être utilisés lors de la recherche. Le protocole consiste à tester l'utilisation d'un programme d'éducation thérapeutique auprès d'une cohorte de patients en post-AVC. Ce dernier n'a pas pu être réalisé sur le terrain. La mise en place de ce protocole permettrait d'obtenir des résultats et leur exploitation apporterait des éléments de réponse à la question de recherche par la validation ou non de l'hypothèse.

Mots clés : Communication, Éducation thérapeutique, Patient AVC, Ergothérapie, Motivation.

Abstract

The care of stroke patients is an economic and public health issue, but also for health professionals including the occupational therapist. Key elements that come out of the introduction include patient motivation and communication. The aim of this research is to address how patient education impacts the individual's motivation in occupational therapy. A research protocol based on an experimental method was constructed. A motivational questionnaire and a therapeutic education program were created for use in the research. The protocol is to test the use of a therapeutic education program in a cohort of post-stroke patients. It could not be done in the field. The implementation of this protocol would provide results and their exploitation would provide answers to the research question by validating or not the hypothesis.

Keywords : Communication, Patient education, Stroke patient, Occupational therapy, Motivation