



HAL
open science

L'engagement du patient dans sa rééducation : réflexion sur l'association de deux approches dans une même intervention ergothérapique

Laurette Menviel

► To cite this version:

Laurette Menviel. L'engagement du patient dans sa rééducation : réflexion sur l'association de deux approches dans une même intervention ergothérapique. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02269194

HAL Id: dumas-02269194

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02269194>

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

Laurette MENVIEL

U.E 6.5 S6 : Mémoire d'initiation à la
recherche

Le 16 mai 2019

L'engagement du patient dans sa rééducation : Réflexion
sur l'association de deux approches dans une même
intervention ergothérapique

Sous la direction de ALBUQUERQUE Sophie et
BONIZEC Pierre

Diplôme d'état d'ergothérapie

Remerciements :

Dans le cadre de la réalisation de ce mémoire d'initiation à la recherche, je tiens à remercier plusieurs personnes qui m'ont permis de vous présenter ce travail de recherche.

Je remercie tout d'abord ma directrice de mémoire, Mme Albuquerque Sophie pour sa patience et ses conseils tout au long de ce travail de recherche.

Je remercie également mon référent professionnel, Mr Bonizec Pierre pour nos échanges d'une grande richesse concernant la pratique ergothérapeutique et sa disponibilité.

Je remercie tous les ergothérapeutes ayant participé à cette recherche en répondant aux questions.

Je remercie mes parents pour leur soutien durant la formation et leur relecture pour ce mémoire.

Je remercie mes « tanties » pour leur soutien et leur présence durant la formation.

Je remercie Tom, pour son soutien inconditionnel durant ces 3 ans et son aide pour ce travail de recherche.

Je remercie chaleureusement Marie-Christine, Géraldine et Sarah sans qui ces 3 années de formation n'auraient pas eu le même sens.

Je remercie l'équipe administrative de l'école pour leur disponibilité durant la formation.

Et enfin, je tiens à remercier toute l'équipe des formateurs qui m'ont beaucoup apporté tant sur le plan professionnel que personnel durant ces 3 années de formation.

Sommaire

1. Introduction.....	1
1.1. Contexte	1
1.2. Thème général :	3
1.3. Enjeux socio-économiques, professionnels, de santé publique :	3
1.4. Revue de littérature	6
1.4.1. Stratégie de recherche.....	6
1.4.2. Critères de sélection au sein de la recherche	8
1.4.3. L'activité signifiante comme moyen en ergothérapie	9
1.4.4. Le sens d'une activité et d'une occupation.....	12
1.4.5. La performance, l'engagement et la participation	15
1.5. Enquête exploratoire :	16
1.5.1. Elaboration de l'outil	16
1.5.2. Résultats de la pré-enquête	17
1.5.3. Analyse critique de l'outil	19
1.6. Question initiale de recherche	20
1.7. Cadre de référence.....	20
1.7.1. Engagement	20
1.7.2. Approche centrée sur la personne.....	22
1.7.3. Approche analytique.....	24
1.8. Question et objet de recherche	25
2. Matériel et Méthode	25
2.1. Choix de la méthode de recherche et de l'outil théorisé de recueil de données.....	25
2.2. Population et critères d'inclusion, exclusion.....	26
2.3. Choix et argumentation des sites d'exploration	26
2.4. Construction de l'outil théorisé	26
2.5. Test de faisabilité et de validité du dispositif.....	27

2.6.	Déroulement de l'enquête	27
2.7.	Choix des outils de traitement et d'analyse des données	28
3.	Résultats	28
3.1.	L'utilisation d'une approche, d'un modèle par les ergothérapeutes dans leur pratique : 29	
3.2.	La place du patient dans le processus de soins.....	31
3.3.	Connaissances des approches, modèles conceptuels en ergothérapie par les ergothérapeutes et leur utilisation dans la pratique :.....	35
4.	Discussion des données.....	36
4.1.	Résultats et question de recherche.....	36
4.2.	Limites du dispositif de recherche	37
4.3.	Apports, limites des résultats pour la pratique professionnelle.....	38
4.4.	Proposition et transférabilité pour la pratique professionnelle.....	39
4.5.	Perspectives de recherches et nouvelle question de recherche.....	39
	Bibliographie	41
	Annexes :.....	44
	Annexe 1 : Résultats des banques des moteurs de recherche.....	44
	Annexe 2 : Matrice de questionnement de l'enquête exploratoire.....	45
	Annexe 3 : Résultats de l'enquête exploratoire.....	48
	Annexe 4 : Matrice conceptuelle.....	56
	Annexe 5 : Grille d'entretien.....	58
	Annexe 6 : Photocopie de la lettre d'informations concernant la protection des données personnelles, datée, signée par l'ergothérapeute A.	61
	Annexe 7 : Photocopie de la dernière page de la lettre d'informations concernant la protection des données personnelles, datée, signée par l'ergothérapeute B.	63
	Annexe 8 : Photocopie de la dernière page de la lettre d'informations concernant la protection des données personnelles, datée, signée par l'ergothérapeute C.	64
	Annexe 9 : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute A	65

Annexe 10 : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute B	69
Annexe 11 : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute C	79
Annexe 12 : Tableau des fragments signifiants du discours des ergothérapeutes, regroupés par thèmes.	82

1. Introduction

L'ergothérapeute favorise l'autonomie et l'indépendance de la personne dans ses activités de la vie quotidienne selon l'ANFE¹(1). Les moyens utilisés pour y parvenir sont des activités signifiantes et significatives pour la personne. Une activité signifiante est une activité ayant du sens, une importance pour la personne qui va la réaliser. Une activité significative est une activité ayant du sens pour l'environnement de cette même personne (2). Ces différents moyens traduisent l'utilisation d'une approche « systémique » qui a inspiré la méthode « top-down », centrée sur le patient. L'approche systémique prend en compte la personne dans sa globalité, au sein de son propre système : personne - environnement - participation (3). De cette approche est inspirée la méthode top-down qui est centrée sur l'évaluation des activités importantes pour la personne, en lien avec ses habitudes de vie (2).

1.1.Contexte

Lors d'un stage en SSR², au sein du service d'ortho-traumatologie, avec des adultes, âgés de 25 ans à 75 ans, j'ai remarqué que la plupart des activités proposées en rééducation étaient essentiellement basées sur de l'exercice analytique tout au long de la prise en soins. Les patients réalisaient des exercices au moyen de cônes à déplacer, de pinces à linge à poser sur une boîte et de boulons à visser, dévisser. De plus, ces exercices étaient souvent répétés d'une séance à l'autre. Les objectifs des séances d'ergothérapie étaient établis selon le déficit de la personne, ses incapacités à réaliser certains mouvements. Mais, très peu semblaient liés directement aux difficultés que pouvait rencontrer le patient dans son quotidien. Les exercices avaient peu de sens et n'étaient pas très signifiants pour le patient qui ne semblait pas s'y engager. Une rééducation basée essentiellement sur des exercices analytiques visant la récupération du déficit s'apparente plus à une approche bottom up en ergothérapie (4). Cette approche appartient au paradigme mécaniste ou modèle biomédical, biomécanique défini comme étant une ergothérapie centrée sur la récupération des fonctions touchées au moyen d'exercices pour permettre l'activité selon Gary Kielhofner (5).

¹ Association Nationale Française des Ergothérapeutes

² Soins de Suite et de Réadaptation

Selon Catherine Trombly, l'occupation du patient doit avoir du sens pour lui, être suffisamment importante à ses yeux pour vouloir la réinvestir et ainsi, favoriser sa motivation (6)(2). Pour Sylvie Meyer, l'engagement de la personne dans l'activité favorise sa participation et est déterminant de la réussite de l'intervention en ergothérapie (5). Ces auteures décrivent l'importance d'une approche holistique, centrée sur l'occupation comme l'approche top down. Elle est centrée sur les occupations ayant du sens pour le patient en prenant en compte ses capacités à réaliser ses occupations et leurs contextes de réalisation.

Selon Gwen Weinstock-Zlotnick et Jim Hinojosa, l'utilisation seule d'une des deux approches ne conduit pas à l'intervention la plus efficace. Une approche centrée sur la personne conduit à une évaluation complète des besoins du patient. Au vu des résultats de cette évaluation, l'ergothérapeute peut s'orienter vers l'une des deux approches selon les besoins du patient. Par exemple, si le patient se préoccupe essentiellement de son problème de santé, l'ergothérapeute s'oriente d'abord vers une approche bottom up. Mais, si le patient se préoccupe de ses difficultés à réaliser une occupation de son quotidien entraînant une diminution de sa participation à celle-ci, l'ergothérapeute s'oriente d'abord vers une approche top down (4).

Dans la formation au métier d'ergothérapeute, l'activité signifiante et significative pour la personne est centrale pour le maintien, la récupération d'indépendance, d'autonomie. Néanmoins, il a été constaté lors d'un stage que dans la pratique, ce lien entre la personne, l'activité et son environnement n'est pas toujours pris en compte dans la prise en soins. Ce décalage entre la théorie et la pratique pose question.

Je me suis alors questionnée sur ces différents points :

- Comment le patient peut-il s'engager dans une activité où il ne perçoit pas le lien avec les activités de sa vie quotidienne ?
- S'il n'est pas un minimum engagé dans les activités de rééducation, comment peut-il progresser ?

- Quelles sont les raisons qui amènent les professionnels à avoir ce type d’approches avec les patients ?

1.2.Thème général :

Au début de la recherche, le thème portait sur les méthodes bottom-up et top-down. Peu d’articles scientifiques évoquent l’utilisation de ces méthodes. Elles sont toutes deux issues respectivement des approches analytique et systémique. La recherche s’est élargie à l’étude de l’approche analytique et systémique. Cette recherche concerne les adultes en SSR âgés de 18 à 65 ans sans troubles cognitifs.

Ce sujet fait appel à différents champs disciplinaires :

- Santé et sciences médicales
- Psychologie
- Sciences humaines (éthique)
- Sociologie
- Sciences de l’occupation

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

Ce sujet fait appel à plusieurs enjeux d’ordre :

- Socio-économique : D’après les chiffres de l’INSEE³, la CSBM⁴ s’élève à 198,5 milliards d’euros en 2016 correspondant à 8,9% du PIB⁵. Il a été constaté une évolution croissante de la CSBM entre 2006 et 2016 (7).

³ Institut Nationale de la statistique et des Etudes Economiques

⁴ Consommation de Soins et de Biens Médicaux

⁵ Produit Intérieur Brut

Montants en millions d'euros, évolution en %, contribution à l'évolution de la CSBM en point de %

	Montants										Évolution 2017	Contribution 2017
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
Soins hospitaliers	75 390	78 356	80 316	82 461	84 567	86 688	89 060	90 430	92 002	92 848	0,9	0,4
Secteur public	57 939	60 211	61 701	63 294	64 952	66 779	68 603	69 781	70 864	71 463	0,8	0,3
Secteur privé	17 451	18 145	18 615	19 166	19 615	19 909	20 457	20 649	21 138	21 386	1,2	0,1
Soins ambulatoires	89 535	91 510	93 147	95 585	97 202	98 525	101 129	102 503	104 760	106 498	1,7	0,9
- Soins de ville*	42 263	43 396	44 150	45 729	47 054	48 286	49 387	50 524	52 132	53 430	2,5	0,7
Soins de médecins et de sages-femmes	18 093	18 401	18 225	18 913	19 021	19 298	19 715	20 078	20 569	21 120	2,7	0,3
Soins d'auxiliaires médicaux	9 950	10 513	11 036	11 521	12 322	13 105	13 768	14 351	14 974	15 497	3,5	0,3
Soins dentaires	9 506	9 660	9 992	10 280	10 480	10 595	10 584	10 757	11 079	11 282	1,8	0,1
Laboratoires d'analyses	4 132	4 219	4 280	4 393	4 335	4 340	4 315	4 314	4 413	4 465	1,2	0,0
Cures thermales	320	320	328	332	353	364	387	392	408	414	1,5	0,0
Contrats et autres soins	262	282	288	290	543	584	616	632	688	651	-5,4	0,0
- Médicaments	33 063	33 350	33 395	33 517	33 028	32 392	33 207	32 745	32 662	32 592	-0,2	0,0
- Autres biens médicaux**	10 838	11 192	11 853	12 488	13 047	13 559	14 122	14 630	15 160	15 504	2,3	0,2
- Transports sanitaires	3 371	3 572	3 749	3 852	4 074	4 288	4 413	4 604	4 806	4 972	3,5	0,1
Ensemble	164 926	169 866	173 463	178 046	181 769	185 213	190 189	192 933	196 762	199 346	1,3	1,3
CSBM en % du PIB	8,3	8,8	8,7	8,6	8,7	8,7	8,8	8,8	8,8	8,7		
CSBM en % de la consommation effective des ménages	12,0	12,4	12,3	12,3	12,4	12,5	12,6	12,6	12,6	12,5		
Évolution de la Valeur	3,2	3,0	2,1	2,6	2,1	1,9	2,7	1,4	2,0	1,3		
CSBM (en %) Prix	0,3	0,2	-0,4	-0,1	-0,3	-0,3	-0,3	-0,8	-0,9	-0,1		
CSBM (en %) Volume	2,9	2,8	2,5	2,8	2,4	2,2	3,0	2,3	2,9	1,4		

* Dans les comptes de la santé, les soins de ville ne comprennent ni les honoraires en cliniques privées, ni les dépenses de biens médicaux et de transports sanitaires, habituellement inclus dans le concept de soins de ville employé par les régimes d'assurance

Tableau 1 : Tableau du cout des soins en biens médicaux (7)

- Professionnels : Selon la définition de l'ANFE l'ergothérapie a pour but 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'ergothérapie est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société. ». L'ergothérapeute est concerné car il intervient auprès de public en situation de handicap (1). De plus, selon Meyer (2007), il a pour rôle de « favoriser, de recouvrer ou de maintenir l'indépendance et la participation sociale des personnes » (Meyer, 2007, p17) (2). Enfin, d'après le référentiel d'activité⁶, l'ergothérapeute utilise des activités « liées aux soins personnels, à la mobilité, à la communication et entraînement par des exercices ciblés visant le développement des facultés d'adaptation, d'apprentissage ou de réapprentissage de procédures cognitives, de gestes adaptés et la correction d'attitudes nocives » (8). L'ergothérapeute se centre sur les activités du quotidien pour maintenir, restaurer l'autonomie, l'indépendance de la personne. Il utilise également la « mise en situation écologique » pour parvenir aux objectifs thérapeutiques (8). Selon Doris Pierce, le contexte dans lequel est réalisé

⁶ Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute

l'activité est important. Il participe au potentiel thérapeutique de l'activité. C'est pourquoi elle préconise la réalisation de l'activité proposée dans un contexte qui se rapproche le plus de celui de la personne (9).

- Santé publique : Selon le rapport mondial de l'OMS⁷ réalisé en 2011, l'estimation de personnes vivants avec un handicap s'élève à plus d'un milliard, correspondant à environ 15% de la population mondiale. Ces chiffres sont en augmentation par rapport à l'estimation de l'OMS réalisée en 1970 qui s'élevait à environ 10%. Ce taux croissant est dû essentiellement à l'augmentation de l'espérance de vie, traduisant une augmentation des pathologies chroniques entraînant un handicap. Les pathologies chroniques représentent 66,5% des handicaps (10).

Selon les chiffres de l'INVS⁸, aujourd'hui remplacée par l'ANSP⁹, 5% des personnes de 15 ans et plus jugent avoir des incapacités dans certaines activités du quotidien portant sur les soins personnels. 19% des personnes ayant 18 ans et plus ont des difficultés en lien avec les activités dites « domestiques ». Ainsi, leur qualité de vie est impactée par leur limitations et leur handicap (11).

C'est une question socialement vive car la population vieillit et le taux de maladie chroniques entraînant un handicap est croissant.

Ce sujet peut faire évoluer la pratique professionnelle en ergothérapie car il permettrait de mieux comprendre les raisons d'utilisation d'une approche bottom up, analytique plutôt que l'utilisation d'une approche top down, systémique en milieu hospitalier. Ces deux approches abordent le patient et sa participation dans la prise en soins de manière différente. L'approche bottom up se centre majoritairement sur les déficits, la pathologie pour favoriser à long terme la participation dans les activités de la vie quotidienne de la personne. Cependant, l'approche top down place le patient et ses difficultés dans son quotidien, au centre du processus de soins et vise l'amélioration de sa participation dès le début de la prise en soins (4). Enfin, cette

⁷ Organisation Mondiale de la Santé

⁸ Institut de Veille Sanitaire

⁹ Agence Nationale de Santé Publique

recherche pourrait informer les ergothérapeutes sur l'efficacité de l'utilisation séparée ou associée des approches bottom up et top down, soit analytique et systémique.

1.4.Revue de littérature

1.4.1. Stratégie de recherche

Afin de cibler les recherches de manière pertinente, les mots clés suivants ont été déterminés : ergothérapie – concept d'accompagnement - approches analytique/ systémique – engagement du patient – rééducation.

Au vu du peu de lectures scientifiques pour les méthodes bottom-up et top-down, l'étude s'est élargie aux approches dont elles sont issues : approche analytique et systémique. L'engagement du patient est une notion importante en ergothérapie. Selon Meyer, l'engagement du patient dans sa prise en soins est primordial pour que l'intervention soit efficace (5). De plus, les lectures opportunistes telles que « engagement, occupation et santé : une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie » de Jean-Michel Caire et Arnaud Schabaille (9), « De l'activité à la participation » de Meyer (5), évoque le concept d'engagement de la personne dans ses activités, occupations.

L'ergothérapie est un domaine de la santé qui met en lien l'activité comme moyen de rééducation mais aussi d'évaluation des capacités et incapacités des personnes en situation de handicap. Cette discipline a pour objectif de maintenir ou de restaurer les aptitudes de la personne de sorte qu'elle soit autonome, indépendante et sécurisée dans la réalisation de ses activités de la vie quotidienne (1). Le mot « ergothérapie » a été choisi afin d'orienter les résultats de recherche en lien avec cette profession.

Le concept d'accompagnement est considéré comme étant une personne dite « ressource » aux côtés d'une autre. L'accompagnant oriente l'accompagné vers un objectif qui lui est propre. Dans cette relation, chacun est porteur de savoirs et de compétences différentes (12). Il fait partie des mots clefs car il est en lien avec la méthode top down et l'approche systémique.

L'approche analytique et systémique sont toutes deux des méthodes d'intervention en ergothérapie qui orientent la prise en soins du patient. Selon Rémy Hignet et Jean-Luc Blaise, les professionnels sont dans une approche analytique lorsqu'ils focalisent leur intervention sur la pathologie, le trouble ou le déficit de santé du patient. Dans cette approche, le contexte social, physique ou encore occupationnel n'est pas ou très peu pris en compte. En revanche, l'approche systémique se caractérise par une approche globale, holistique de la personne. C'est une approche qui perçoit la personne au sein d'un système dynamique dans lequel chaque élément de la vie de la personne comme ses activités, son environnement doivent être pris en considération (3). D'après Weinstock-Zlotnick et Hinojosa, l'approche analytique, centrée sur les déficits, les troubles, s'apparente à la méthode bottom-up et l'approche systémique, centrée sur la personne de manière globale est en lien avec la méthode top-down. Cette méthode est centrée sur les occupations significatives pour le patient en prenant en compte ses capacités à réaliser ses occupations et leurs contextes de réalisation (4). Les deux mots clefs : approche analytique/système ont été choisis car ils orientent la recherche et sont en lien avec les méthodes bottom-up/ top-down.

L'engagement du patient fait partie des mots clefs de cette recherche car il oriente et précise l'étude. Selon Meyer, l'engagement est la sensation de prendre part à une activité, d'être engagé durant toute la durée de sa réalisation. Il a un impact avantageux sur la performance car la personne est impliquée dans la réalisation de l'activité (9). De plus, selon Meyer, il a été démontré que l'engagement du patient optimise l'efficacité de l'intervention en ergothérapie (5).

Enfin, le mot clef : rééducation, pour centrer les recherches et obtenir des résultats sur les conditions et raisons d'utilisation des approches analytique et systémique.

En anglais : occupational therapy - approach analytical / systemic –engagement – rehabilitation

Ces mots clefs ont été respectivement entrés sur plusieurs banques de données : Pubmed, EM premium, Cairn, Cochrane Library, Science direct. (Cf Annexe 1 p44)

Afin d'avoir un meilleur accès aux bases de données, la connexion au réseau de la faculté AMU¹⁰ a été appliquée. Chaque base de données proposée de manière systématique par la bibliothèque universitaire a été ouverte pour y rentrer les différents mots clefs.

Ces différentes banques de données ont été sélectionnées car elles relèvent de la recherche médicale comme Pubmed avec des études cliniques validées ainsi que des données probantes comme Cochrane. Il y a également des banques de données qui appartiennent aux champs de la santé publique comme EM premium. D'autres bases de données sont en lien avec les sciences humaines et sociales comme le portail Cairn. La base de données Science direct contient des documents appartenant à la bibliothèque médicale Française ainsi que des archives de revues scientifiques.

Le thème de cette revue de littérature relève de plusieurs domaines : médical, santé publique, sciences humaines et sociales. Il semble pertinent d'utiliser des bases de données en lien avec ces domaines.

1.4.2. Critères de sélection au sein de la recherche

Afin d'affiner les recherches et d'avoir des résultats en lien avec le thème j'ai choisi deux types de critères :

Critères d'inclusion :

- Articles en lien avec les adultes âgés de 18 à 65 ans
- Articles en lien avec la prise en soins en SSR
- Articles scientifiques

Critères d'exclusion :

- Articles parus avant les années 2000 afin d'avoir des données récentes et pertinentes
- Articles portant sur les adultes atteint de troubles cognitifs

¹⁰ Aix-Marseille Université

1.4.3. L'activité signifiante comme moyen en ergothérapie

Après avoir rentré les mots clefs de la recherche sur la base de données scientifique EM Premium, un article traitant de l'intérêt de proposer des activités signifiantes pour la personne en situation de handicap a été sélectionné. Selon l'auteure, Aurélie Bigex, l'implication du patient dans sa prise en soins par le biais d'activité signifiante accroît sa motivation et permet à l'ergothérapeute d'avoir une meilleure compréhension des attentes de son patient favorisant l'émergence de réponses adaptées (13).

A la suite de la lecture de cet article, les recherches ont été orientées sur le lien entre la réalisation d'activités et la santé. Puis, sur ce qu'est une activité dans le langage de l'ergothérapie et ce qu'est une activité signifiante. Certaines de ces lectures opportunistes sont d'auteurs clés comme Meyer qui met en avant l'importance de la participation de la personne dans le processus de soins, Mary Reilly qui développe l'intérêt de l'activité pour l'Homme, Pierce qui écrit sur la manière de rendre une activité signifiante, Ann Allart Wilcock et Clare Hocking qui abordent l'interaction entre la santé, l'Homme et la survie. Certaines lectures opportunistes présentées dans ce mémoire sont parues avant les années 2000. Néanmoins, elles sont scientifiques, fiables et alimentent cette recherche de manière pertinente.

La santé et l'activité :

Dans son article écrit en 1961, Reilly a formulé une hypothèse fondatrice de l'ergothérapie concernant le lien entre les occupations et la santé de l'individu : « cet homme, par l'utilisation de ses mains alimentées en énergie par son esprit peut influencer son état de santé. » (Reilly, 1961). Cette hypothèse fut un des premiers postulats fondateurs de l'ergothérapie. Elle implique que l'exploitation des habiletés et de la sensibilité de l'homme, peut avoir un impact positif sur sa santé. Grâce au constat des bienfaits de l'activité concernant le rétablissement de la personne, le premier déplacement de celle-ci a été intégré comme un principe dans le processus de soins. De plus, les patients ont été formés à « l'auto-rééducation », permettant de les impliquer pleinement dans la prise en soins mais aussi de les rendre plus indépendants (14).

Elizabeth June Yerxa (1992), professeur à l'université de Southern en Californie aux Etats-Unis va dans le même sens que Reilly, elle considère l'être humain comme un agent « actif, capable,

libre, autonome, intégré et auteur d'une activité ayant une influence sur sa santé » (Yerxa, 1992, p79) (15).

Wilcock et Hocking confirme les propos de Reilly et l'idée de Fromm. Dans leur livre parus en 2015, elles évoquent le besoin inné de l'Homme de réaliser des occupations variées tout au long de sa vie dans le but d'être en bonne santé et de survivre. Elles mettent en évidence la relation triangulaire entre : la santé, la survie et l'occupation.

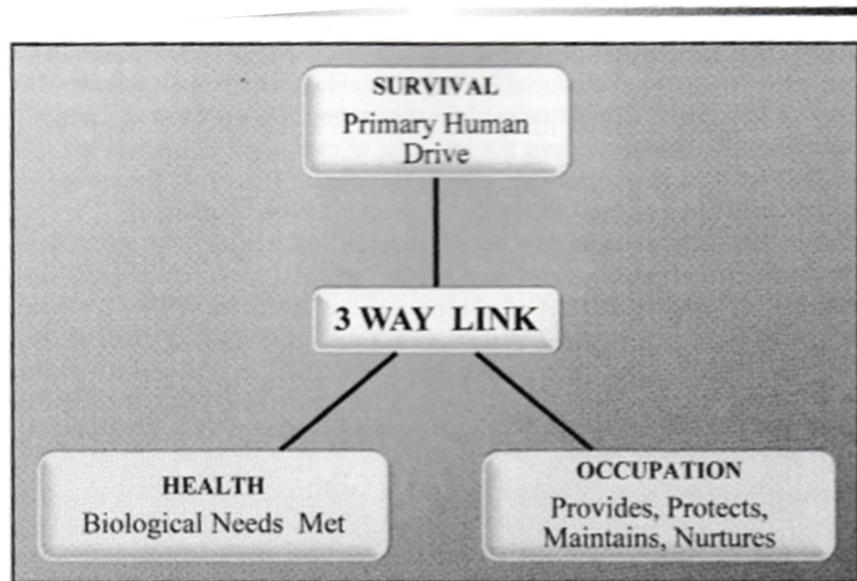


Figure 4-7. Three-way link between occupation, health, and survival.

Tableau 2 : Schématisation de la relation triangulaire entre la survie, la santé et l'occupation selon Ann Wilcock (16)

Pour survivre, l'Homme doit satisfaire ses besoins physiologiques par le biais d'occupations. Les auteurs ajoutent que la réalisation d'occupations ayant du sens est source d'engagement social pour la personne qui les réalisent. Elles reprennent les propos de McAllister (2005), pour qui l'occupation représente « les loisirs, le travail professionnel, les relations sociales, les facteurs dits matériels comme le revenu, ainsi que la santé mentale et psychique » (Wilcock et Hocking, 2015, p127) (16).

Karen Whalley Hammell a écrit un article en 2009 ayant un regard critique sur les « croyances » en ergothérapie. Dans son article, l'auteure critique l'hypothèse de Reilly (1961) évoquée précédemment : « cet homme, par l'utilisation de ses mains alimentées en énergie par son esprit peut influencer son état de santé » car certaines personnes ne peuvent utiliser leurs mains ou n'en ont pas forcément la volonté. Selon Hammell, il y a des personnes dans le monde qui n'ont pas la possibilité de choisir, contrôler, d'influencer leur vie. De plus, il existe une multitude de facteurs extérieurs incontrôlables éliminant tout choix, contrôle possible. L'auteur va également aller à l'encontre des propos de Yerxa car pour elle, cette hypothèse ne peut s'appliquer à tous les êtres humains. Elle ne s'applique qu'aux personnes dont « les occupations ne sont pas limitées par leur sexe, leur classe sociale, leur caste, race, religion, éducation, pauvreté, ethnie, âge, culture, situation géographique, orientation sexuelle ou par d'autres axes de différences ou d'accès au pouvoir » (Hammell, 2009, p17) (17).

Dans un autre article paru en 2017, Hammell développe l'idée d'injustice occupationnelle pouvant être représentée selon cinq formes différentes : déprivation occupationnelle, aliénation occupationnelle, déséquilibre occupationnel, marginalisation occupationnelle et l'apartheid occupationnel. Cependant, Hammell reprend les propos de Durocher pour émettre une critique concernant le concept d'injustice occupationnelle manquant de « clarté quant à la manière de déterminer quelles occupations devraient être limitées ou imposées selon les individus » (Hammell, 2017, p64) (18).

Activité et occupation :

Avec l'évolution des paradigmes et des modèles en ergothérapie, les termes activités et occupations ont leur propre définition et ne sont plus considérés comme des synonymes. Le CCTE¹¹ (2013) définit l'occupation comme « Un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socio-culturelle et qui est le support de la participation à la société » (Meyer, 2013, p59). Elle illustre sa définition par l'exemple suivant : « skier est une occupation dénommée et définie dans la culture que partagent les populations de la région des Alpes, mais guère celles des zones himalayennes » (Meyer, 2013, p53) (5).

¹¹ Cadre Conceptuel du groupe Terminologie

Pour Meyer (2013), l'activité est « Une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations » (Meyer, 2013, p). Elle cite également Golledge (1998), pour qui l'activité se caractérise par « l'absence de sens et de relation avec le style de vie du patient bien qu'elles puissent servir sa rééducation » (Meyer, 2013, p) (5).

1.4.4. Le sens d'une activité et d'une occupation

Pour Meyer, l'occupation, l'activité ou encore la tâche ont du sens pour les personnes qui les réalisent. Néanmoins, le sens d'une activité est propre à chaque individu (5).

Quant au sens d'une occupation, il est pertinent que pour l'acteur de l'occupation. A ce sens s'ajoute une dimension émotionnelle. L'auteur de l'occupation n'est pas forcément conscient du sens qu'elle a pour lui. Plusieurs facteurs influencent ce sens : temporel, contextuel, socio-culturel, économique et expérientiel de la personne. L'accès au sens de l'occupation des personnes n'est permis que par le récit de celles-ci. L'observateur d'un usager réalisant une occupation risque d'interpréter la réalisation car il ne peut se fier qu'à ce qu'il voit. Dans le cadre d'une intervention en ergothérapie, le professionnel a accès au sens des occupations du patient grâce à son récit (5). Pierce exprime l'importance du récit de vie de la personne permettant d'obtenir une vision globale de la personne. Dans son livre « la science de l'occupation pour l'ergothérapie », elle reprend la définition d'Atkinson (1998) concernant le récit de vie : « l'histoire qu'une personne choisit de dire à propos de la vie qu'elle a vécue, racontée le plus intégralement et le plus honnêtement possible, ce dont elle se rappelle et ce que le narrateur veut que les autres en sachent » (Pierce, 2016, p238). Par exemple, l'ergothérapeute met en place des entretiens pour obtenir des informations générales sur la personne mais aussi plus précises concernant ses activités, ses capacités, ses limitations et la manière dont elle les réalise (19). Pour Meyer, avoir accès au sens de l'occupation de la personne représente une forme de compréhension de celle-ci (5).

Selon l'AOTA¹² et Meyer, proposer des occupations non significantes génère peu de motivation, d'engagement de la personne donc une participation moindre et de faibles résultats optimaux en termes d'intervention (20) (5).

Pour Trombly, le potentiel thérapeutique d'une occupation réside dans le sens que celle-ci a pour la personne. Si la participation à une activité est importante pour une personne alors cette

¹² American Occupational Therapy Association

activité a du sens pour elle. L'activité signifiante est en lien avec les valeurs et la culture de la personne. Dans son article écrit en 1995, il ajoute que l'ergothérapeute doit s'assurer que l'occupation proposée fasse sens pour la personne et que celle-ci soit suffisamment engagée pour apprendre de nouveaux à réaliser l'occupation dont il est question. Néanmoins, même si l'occupation proposée a du sens, pour Trombly, le contexte dans lequel elle est réalisée a un impact sur la performance occupationnelle. L'occupation réalisée en contexte hospitalier et celle réalisée dans la vie réelle ne génèrent pas forcément la même performance (6).

La place de l'environnement :

Cœur-Larreur, Dominique Malifarge et Stéphane Lefèbvre évoquent le concept de complexité étudié par Edgar Morin. Dans une situation, il faut prendre en compte toutes les interactions entre le patient et ce qui l'entoure, le contexte. Ces interactions peuvent être favorables ou défavorables au rétablissement du patient et le mettre en situation de handicap (21). Cet article a orienté les recherches et les lectures opportunistes sur l'influence du contexte, de l'environnement de la personne pour favoriser la participation et la performance de celle-ci.

Eric Trouvé, directeur de l'IFE¹³ de Tours et président de l'ANFE exprime l'importance de l'environnement et son interrelation avec la personne. Leur relation est complexe et multidimensionnelle. De plus, Trouvé apporte une notion supplémentaire dans le concept d'environnement : l'usage. Prendre en compte l'usage que la personne va faire de son nouvel environnement aménagé, est important pour avoir une démarche efficace. Si l'aménagement de l'environnement ne correspond pas aux attentes, à la demande de la personne, elle ne l'investira pas. Ainsi, un environnement censé améliorer les capacités, l'autonomie, l'indépendance ne remplira pas cette fonction. Afin d'éviter ce genre de situation, il est essentiel que le professionnel soit dans une démarche dynamique de réadaptation amenant la personne à s'exprimer, participer. C'est tout l'intérêt des approches écologiques. Face à une situation de handicap, l'ergothérapeute doit prendre en compte les possibilités de la personne mais également les exigences environnementales auxquelles elle doit faire face pour favoriser l'occupation et la qualité de vie (22).

¹³ Institut de Formation en ergothérapie

Selon l'OMS (2001), « L'état de fonctionnement et de handicap d'une personne est le résultat de l'interaction dynamique entre son problème de santé (maladie, troubles, lésions, traumatismes, etc.) et les facteurs contextuels » (23). C'est pourquoi diminuer les facteurs obstacles et optimiser les facteurs facilitateurs de la personne sont des objectifs vers lesquels tendre (24).

Pour Pierce, les différents contextes dans lesquels sont réalisés les activités impactent l'engagement de la personne ainsi que son bien-être en favorisant ou limitant ses capacités (19).

Selon Isabelle Margot Cattin, Ergothérapeute et professeur à l'école d'ergothérapie de Lausanne, l'environnement influence la performance de la personne. C'est pourquoi, la loi du 11 février 2005¹⁴ aborde la notion d'accessibilité physique des lieux pour que les personnes en situation de handicap puissent s'y rendre. D'après Margot Cattin, l'utilisation de modèles conceptuels favorisent la compréhension de cette complexité du contexte et oriente la pratique des professionnels de santé (25).

De plus, l'environnement dans lequel se trouve la personne a une réelle importance pour la récupération de ses fonctions. « La personne que nous accueillons doit pouvoir s'expérimenter en fonctionnement, dans un environnement proche de ses habitudes de vie » (Isabelle Marchalot, 2018, p 260). C'est pourquoi, l'ergothérapeute utilise comme moyen de rééducation, les mises en situations dans des lieux se rapprochant le plus possible de ceux dans lesquels les personnes réalisent leurs activités quotidiennes (9). L'objectif étant d'augmenter « la performance et la participation, en particulier de mobilité, de vie domestique, de communication, de relations et interactions avec autrui, d'activité liées aux grands domaines de la vie (éducation, travail et emploi, vie économique), de vie communautaire, sociale et civique ;» (8).

Pour Carl Rogers, psychologue humaniste à l'origine de l'approche centrée sur la personne, un environnement optimal favorisant l'indépendance fonctionnelle est un environnement utilisant les compétences actuelles de l'individu. Dans le processus en ergothérapie, les exigences environnementales sont augmentées progressivement pour améliorer le niveau fonctionnel de la personne. Tout d'abord, il est nécessaire de déterminer le « juste défi », qui sera le plus adapté au développement de l'intérêt et de la technique de l'individu. Rogers définit le « juste défi »

¹⁴ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

comme étant la tâche, dans laquelle le patient perçoit une difficulté, qui lui est supportable et surmontable favorisant ainsi sa compétence, tout en lui donnant un sentiment d'autonomie. La performance de celui-ci s'accroît grâce à la réalisation progressive de tâches, activités ou occupations de plus en plus difficiles (26).

Pierce (2016) évoque la nécessité de mettre la personne en situation d'activité dans une « réalité écologique » afin de d'observer au mieux sa performance. Elle définit la « réalité écologique » comme « le degré d'occurrence de l'activité thérapeutique dans les conditions spatiales, temporelles et socioculturelles habituelles du client, tel que cela serait pour ce client si nous n'étions pas dans un contexte d'intervention » (Pierce, 2016, p260). Le milieu hospitalier n'étant pas considéré comme l'environnement écologique de la personne mais plutôt comme un milieu qui se rapproche de la réalité, Pierce et Marie-Chantal Morel-Bracq, ergothérapeute et directrice de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Bordeaux, le définissent comme un environnement clinique (19) (27).

Selon le référentiel des ergothérapeutes, ces mises en situations ont pour objectif d'augmenter « la performance et la participation, en particulier de mobilité, de vie domestique, de communication, de relations et interactions avec autrui » (8).

Un environnement adapté favorise donc la performance et la participation de la personne. A présent, les lectures opportunistes sont orientées sur la performance, l'engagement et la participation.

1.4.5. La performance, l'engagement et la participation

Pour Meyer, lors de la réalisation d'une tâche, activité, ou occupation, 3 facteurs en interaction entre en jeu : la performance occupationnelle, l'engagement et la participation. Elle définit la performance occupationnelle comme la manière de réaliser une activité. C'est en analysant la situation, que la personne va adapter l'activité ou l'environnement dans lequel elle l'accomplit pour optimiser sa performance. La personne peut également améliorer sa performance en répétant l'activité. Cependant, la performance occupationnelle est dépendante de la motivation de la personne (9). Ainsi, la performance occupationnelle, la personne et l'environnement sont au centre d'un système dynamique en interaction permanentes (5).

La définition de la performance occupationnelle du CCTE (2013) vient corroborer les propos de Meyer. La performance occupationnelle est « l'engagement effectif dans la réalisation d'une occupation ou d'une activité. » (CCTE, 2013, p83) (5).

Pour Meyer, sans motivation ni engagement de la personne, il n'y a pas de performance. Elle définit l'engagement comme la sensation de prendre part à une activité, d'être engagé durant toute la durée de sa réalisation. Certains auteurs affirment que l'engagement occupationnel est influencé par le sens donné à l'occupation. Il n'est pas fixe dans le temps. De plus, l'engagement a un impact avantageux sur la performance car la personne est impliquée dans la réalisation de l'activité et peut réaliser des efforts si besoins (9).

Ainsi le sens que prend une occupation pour une personne est un des déterminants de sa performance occupationnelle, de sa participation et par conséquent, de son engagement. Le contexte socio-environnemental influe également sur l'engagement occupationnel de la personne. Il a été reconnu que l'engagement et la sensation de santé, bien-être sont étroitement liés. C'est pourquoi la prise en compte de l'engagement occupationnel est pertinente pour des patients ayant une qualité de vie réduite par leur handicap (9).

Problématique pratique : En quoi le type d'approche utilisé dans la prise en soins de la personne, influence-t-il son engagement dans le processus de soin ?

1.5. Enquête exploratoire :

1.5.1. Elaboration de l'outil

D'après la littérature, une approche globale et centrée sur la personne implique le patient dans son processus de soins. Les activités signifiantes favorisent son engagement, sa participation et augmentent les conditions de réussite de la prise en soins. Cette pré-enquête a pour objectif d'interroger la pratique professionnelle actuelle des ergothérapeutes concernant leur méthode de rééducation. Elle vise à confronter leur pratique à la théorie qui expose l'importance et l'intérêt de la mise en place d'activités signifiantes et significatives ainsi que des mises en situation en milieu écologique. Cette enquête permettrait de découvrir dans quelle approche se

situent les prises en soins des ergothérapeutes ainsi que les facteurs influençant ce type de prise en soins. Enfin, elle a pour but de mettre en évidence la vivacité et la pertinence de ce sujet de mémoire. L'enquête concerne les ergothérapeutes travaillant en SSR auprès d'adultes de 18 à 65 ans sans troubles cognitifs. Les sites d'explorations sont les SSR, CRF¹⁵ ou service de MPR¹⁶.

L'outil utilisé pour cette enquête est le questionnaire afin d'avoir un très grand nombre de réponses. C'est un outil qui demande peu de temps pour y répondre et pouvant toucher un large public via sa diffusion auprès des réseaux sociaux, des boîtes mails. De plus, la réponse peut être « différée ».

Avant que le questionnaire ne soit envoyé, certains biais ont été anticipés comme les questions trop longues, les QCM¹⁷ plutôt que les réponses longues. Dans ce questionnaire les réponses sont données par écrit. Les professionnels qui y répondent ne sont pas observés, ainsi il est pertinent de prendre en compte que ce qu'ils répondent n'est pas nécessairement la réalité de leur pratique. Afin de diminuer ce biais, il a été précisé dans le questionnaire que celui-ci était strictement anonyme et que les résultats ne seraient traités que dans le cadre de cette recherche. Le vocabulaire employé aujourd'hui en école d'ergothérapie n'est pas obligatoirement le même que pour les ergothérapeutes diplômés. C'est pourquoi les phrases ont été recherchées de manière simple avec du vocabulaire relativement connu des ergothérapeutes. Avant que l'outil ne soit créé et mis en forme sur Google Forms®, une matrice du questionnaire (Cf Annexe 2 p45) a été réalisée sur Word® afin d'éviter et de diminuer le plus possible les biais.

L'outil a été testé auprès de 6 personnes dont 4 ergothérapeutes et 2 étudiants en ergothérapie. L'enquête a été postée sur les réseaux sociaux le 18/10/18. Deux semaines après avoir été posté sur les réseaux, le questionnaire a été envoyé par mail à 109 centres hospitaliers. Cette enquête a été clôturée le 30/12/18.

1.5.2. Résultats de la pré-enquête

Les résultats ont été traités par thème à l'aide de la feuille de retranscription Sheet® permettant de repérer les réponses de tous les sondés de manière anonyme. Les différents graphiques du

¹⁵ Centre de Rééducation Fonctionnelle

¹⁶ Médecine Physique et de Réadaptation

¹⁷ Question à Choix Multiple

logiciel Excel® mettent en évidence de manière claire et précise les chiffres et les réponses de l'enquête. Au total, 39 ergothérapeutes ont répondu à l'enquête exploratoire. La totalité des résultats de l'enquête est disponible en Annexe (Cf Annexe 3 p48).

De cette enquête est ressortie qu'une majorité des ergothérapeutes interrogés soit 28/39 utilisent des bilans afin d'évaluer les déficiences, incapacités et limitations d'activités de la personne. Pour une majorité des ergothérapeutes interrogés soit 35/39, les objectifs sont élaborés en fonction des attentes de la personne. Pour 30/39 des ergothérapeutes interrogés, les objectifs sont élaborés à l'aide des résultats des bilans. 20/39 ergothérapeutes interrogés ont écrit qu'ils élaboraient les objectifs de la prise en soins selon une approche centrée sur la personne.

Ce graphique permet de mettre en évidence les différents moyens utilisés par les ergothérapeutes de l'enquête pour atteindre les objectifs de la prise en soins :

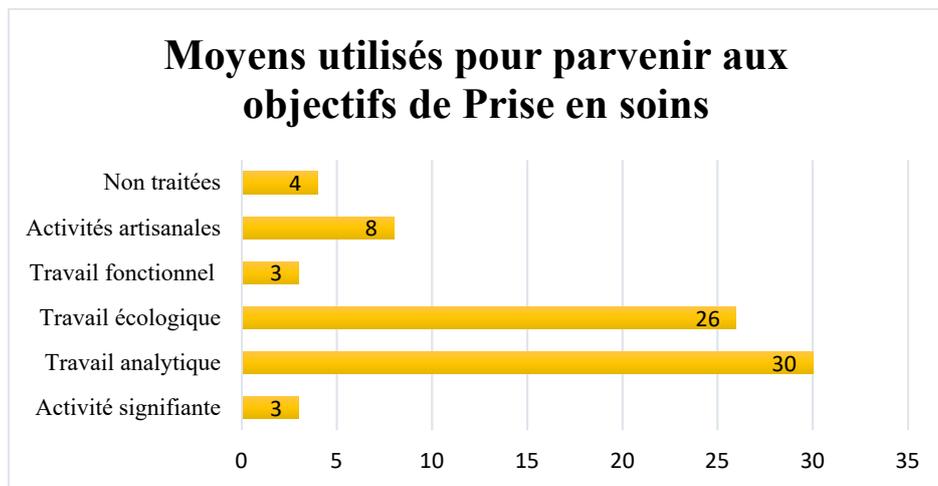


Tableau 3 : Graphique des différents moyens utilisés par les ergothérapeutes pour parvenir aux objectifs de prise en soins du patient en rééducation

La majorité des ergothérapeutes soit 30/39 écrivent utiliser le travail analytique comme un moyen pour atteindre les objectifs de prise en soins. Une minorité d'ergothérapeutes interrogés

soit 3/39, écrivent utiliser l'activité signifiante comme moyen pour atteindre les objectifs de prise en soins de la personne.

D'après les réponses des ergothérapeutes, 18/39 écrivent utiliser ces moyens pour avoir une approche centrée sur la personne et 18/39 écrivent utiliser ces moyens pour avoir une approche centrée sur les capacités, la douleur et les objectifs de la personne.

Plus de la majorité, soit 35/39 des ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire ont indiqué utiliser des moyens différents selon le stade de rééducation comme la mise en place d'activités plus complexes pour 20/39 ergothérapeutes et d'activités écologiques pour 12/39 ergothérapeutes. La majorité, soit 21/39 ergothérapeutes, écrivent utiliser des moyens différents selon le stade de rééducation car la personne est au centre du processus de soins. Pour les 4/39 ergothérapeutes ayant répondu qu'ils n'utilisaient pas d'autres moyens selon le stade de rééducation, 3 d'entre eux ont explicité leur choix. La majorité d'entre eux, soit 2/3 ont répondu que l'activité n'avait pas nécessairement besoin de changer mais d'être adaptée à la personne.

D'après ces résultats, la majorité des ergothérapeutes dit utiliser une approche centrée sur la personne, élaborer des objectifs avec le patient et le placer au centre du processus de soins. Or, une majorité des ergothérapeutes, soit 30/39 dit utiliser l'exercice analytique comme moyen de rééducation et une minorité de 3/39 ergothérapeutes dit utiliser l'activité signifiante comme moyen de rééducation.

Il est pertinent de se demander comment les ergothérapeutes, selon leurs réponses, peuvent utiliser une approche centrée sur le patient tout en utilisant l'exercice analytique comme moyen de rééducation.

1.5.3. Analyse critique de l'outil

Le fait d'avoir privilégié les questions ouvertes m'a permis d'obtenir des réponses d'une grande richesse. Néanmoins, beaucoup de questions concernant les outils, moyens utilisés en rééducation étaient trop vastes pour permettre des réponses précises. De plus, le questionnaire était trop long. Pour y remédier je compte supprimer quelques questions concernant le domaine

d'exercice, l'ancienneté ou l'âge des patients qui n'alimentent pas cette recherche de manière pertinente.

La question concernant les outils, moyens utilisés pour évaluer les déficiences, incapacités ou limitations d'activité est formulée essentiellement avec des termes à connotation négative. Cette formulation peut influencer la réponse de la personne. C'est pourquoi lors de l'élaboration de l'outil de recherche, je veillerai aux termes choisis et à leur sens.

1.6. Question initiale de recherche

Comment peuvent coexister l'approche centrée sur la personne et l'approche analytique au sein d'un même processus d'intervention ergothérapeutique visant l'engagement du patient dans sa rééducation ?

1.7. Cadre de référence

Afin de mieux explorer ce phénomène, le cadre théorique de cette recherche se centre sur l'engagement, l'approche centrée sur la personne et l'approche analytique de laquelle découle un modèle biomédical, biomécanique.

1.7.1. Engagement

Selon Meyer, dans le modèle biomédical, le concept d'engagement est peu présent car les activités thérapeutiques sont choisies par l'ergothérapeute et centrées sur l'entraînement ou la restauration des déficits internes sans se préoccuper des difficultés que peut rencontrer le patient dans son quotidien. Aujourd'hui, avec le modèle des sciences de l'occupation, le concept d'engagement prend une toute autre dimension. Ce concept est ce vers quoi tendent les ergothérapeutes ainsi qu'un moyen d'intervention à considérer (5).

Karren Morris et Diane Cox ont écrit un article à ce sujet afin de mieux définir l'engagement et d'améliorer la pratique en ergothérapie. D'après cet article, l'engagement occupationnel est l'implication dans une occupation à laquelle une valeur individuelle est rapportée. Tout comme Meyer, Morris et Cox affirment que le type d'activité, l'état physique, psychologique de la personne et le contexte au moment de réaliser l'activité sont des facteurs influençant l'engagement occupationnel. Au fil des années, un cadre conceptuel de l'engagement a été élaboré puis modifié. (28)

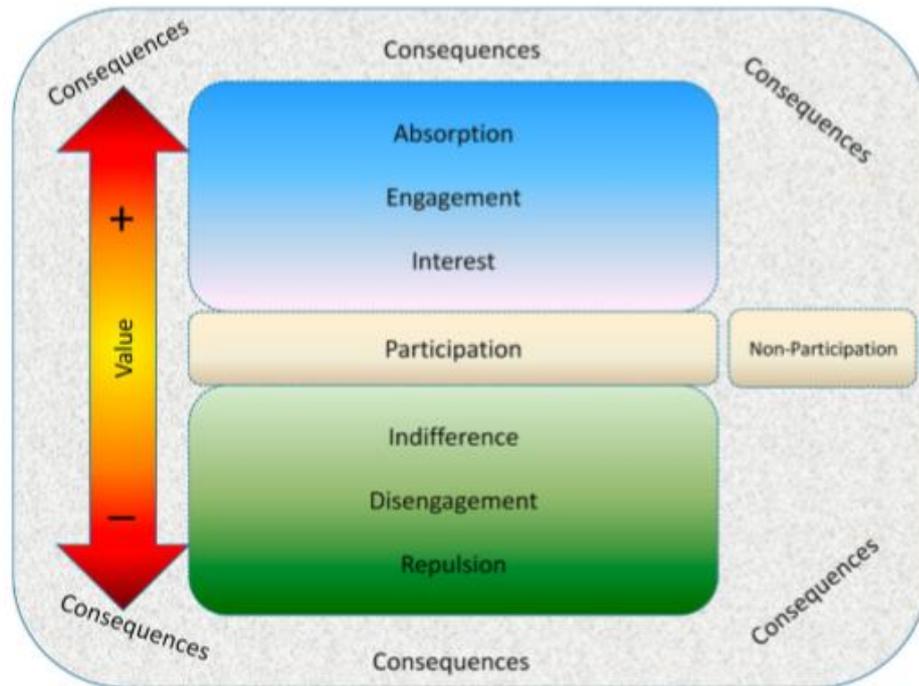


Figure 5. A descriptive framework for occupational engagement

Tableau 4 : Schématisation du processus de l'engagement occupationnel par Morris et Cox
(28)

Dans ce cadre, la valeur accordée à chaque occupation par la personne est déterminante de la participation à l'activité, l'occupation. Plus la valeur, le sens est important, plus l'engagement l'est aussi pouvant même aller jusqu'au « flow » (28) .

Pour Mihaly Csikszentmihalyi, à l'origine du concept, le flow représente un « état dans lequel se trouvent ceux qui sont fortement engagés dans une activité pour elle-même ; ce qu'ils éprouvent alors est si agréable et si intense qu'ils veulent le revivre à tout prix et pour le simple plaisir que produit l'activité elle-même et rien d'autre » (Csikszentmihalyi, 2006, p18). Il ajoute également que le « flow » est vecteur du développement de soi en termes d'habileté, d'estime mais favorise aussi la qualité de vie de la personne. Selon des études menées, l'auteur affirme que « l'expérience optimale » n'est pas propre à un genre, une catégorie socio-économique ou culturelle, une classe d'âge (29).

Wilcock (2006), définit l'engagement comme un « investissement permettant d'être, de devenir et d'appartenir » (Meyer, 2013, p154). Le CCTE (2013) définit le concept d'engagement comme « le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation » (Meyer, 2013, p156-157). L'engagement est considéré comme une ressource du « faire » (5).

Plus la personne est engagée dans ce qu'elle fait, plus sa performance augmente car elle va faire des efforts et aller au bout de l'activité proposée. Sa performance devient alors efficace (9). De plus, sa participation sera d'autant plus importante dans l'activité. Néanmoins, l'engagement dans une occupation n'est pas fixe. Selon le sens que la personne attribue à l'activité, l'engagement peut être plus ou moins important allant même jusqu'au désengagement pour certaines occupations. Dans ce cas précis, la performance reste présente mais est moins efficace. C'est pourquoi les activités significatives en ergothérapie sont à privilégier. Cependant, ce concept n'est pas toujours lié à la qualité de la performance. Une personne peut être engagée dans une occupation sans avoir les « meilleurs » résultats. Par exemple, une personne peut s'engager dans l'activité peinture de manière importante sans être pour autant un artiste (5).

Selon le CCTE (2013), le « comportement observable » s'apparente à la performance tandis que « l'éprouvé » représente l'engagement. En ergothérapie, les professionnels cherchent à favoriser l'engagement de leurs patients dans les activités afin qu'ils ressentent du plaisir au moment de l'action et poursuivent leurs efforts. Selon Meyer, l'engagement est « une condition des thérapies centrées sur le client » (Meyer, 2013, p155). Même s'il n'est pas réellement observable, le CCTE évoque la présence d'indices à observer afin de déterminer si l'activité suscite de l'engagement chez la personne. Par exemple les notions de plaisir et déplaisir à réaliser une activité, le temps d'investissement ou encore les « manifestations verbales ou intraverbales de l'engagement ». Néanmoins, la participation de toute la population dans des occupations dites satisfaisantes n'est pas une vérité universelle. C'est pourquoi le concept d'engagement en ergothérapie est très fortement étudié pour permettre la participation dans des occupations au plus grand nombre de personnes (5).

1.7.2. Approche centrée sur la personne

Rogers a émis une hypothèse de départ : « L'être humain a en lui d'immenses ressources, qui lui permettent de se comprendre lui-même, comme de modifier sa propre image, ses attitudes

et son comportement volontaire » (Rogers, 2017, p166). Selon lui, l'exploitation de ces ressources n'est possible que dans un contexte propice à leur développement caractérisé par des « attitudes psychologiques facilitatrices » (Rogers, 2017, p166) (30).

Il définit trois grands prérequis pouvant s'appliquer dans tous types de relations à partir du moment où l'épanouissement de la personne est l'objectif. Le premier est « l'authenticité, la vérité ou la congruence » (Rogers, 2017, p166). Il le définit comme étant l'expression la plus sincère, transparente vis à vis des émotions, ressentis qui habitent le thérapeute. Pour Rogers, il y a « concordance ou congruence entre ce qu'il [thérapeute] ressent au plus profond de lui-même, ce dont il est conscient, et ce qu'il montre à son client » (Rogers, 2017, p167). La congruence favorise le sentiment de sécurité et de confiance chez la personne (30).

Le deuxième prérequis à une ambiance favorable est « la disponibilité, l'ouverture, l'affection, la valorisation, bref : un regard inconditionnellement positif » (Rogers, 2017, p167). Le thérapeute regarde son patient de manière positive, en pensant que celui-ci est capable de tout changement. L'ergothérapeute est disponible pour son patient. Il peut prendre quelques instants pour se recueillir si besoin afin d'être présent de tout son être. De plus, il doit être ouvert aux ressentis, émotions de son patient. Il n'est en aucun cas là pour juger. Il considère son patient comme unique et différent de soi. Pour reprendre les mots de Rogers, le regard du thérapeute est « authentiquement positif » (Rogers, 2017, p167) (30).

Enfin, le troisième prérequis est la « compréhension empathique » (Rogers, 2017, p167) du thérapeute, définie comme étant la perception et non l'appropriation des sentiments, des ressentis intimes du patient de manière exacte par le thérapeute. Ainsi, le thérapeute est à même d'éclairer le patient sur ce dont il a conscience et sur ce qu'il est en train d'élaborer. Selon Rogers, ces prérequis conduisent vers une découverte de soi puis vers un changement, une évolution du comportement, de l'attitude de la personne (30).

Les travaux de recherches d'Earl Ends et Curtis Page mettent en lumière l'importance et les bienfaits de la considération de l'autre en tant que personne et de l'implication du thérapeute à être empathique (30).

Les propos de Martin Buber, révèlent chez Rogers l'importance de voir une personne avec des potentialités et non pas avec ses caractéristiques, son passé, etc. Pour Buber, il faut accueillir l'autre et non pas l'enfermer dans des hypothèses qui nous sont propres sinon les potentialités

de la personne ne pourront se développer. Il est à l'origine de l'expression « confirmation » : « Confirmer l'autre signifie... le recevoir dans tout son potentiel... Je peux accepter en lui, reconnaître en lui, la personne qu'il a été... crée pour devenir... Je le confirme en moi, puis en lui, en liaison avec ce potentiel qui peut désormais se développer, évoluer. » (Rogers, 2017, p 156) (30).

Cette approche est centrée sur la personne. La relation entre le thérapeute et le patient est horizontale, chacun est détenteur d'un savoir (31).

1.7.3. Approche analytique

Dans ce travail de recherche l'approche analytique est perçue sous l'angle du modèle biomécanique centré sur la déficience et décrit comme étant la « restauration de la fonction ...par des exercices gradués basés sur des principes biomécaniques » (Morel-Bracq, 2017, p169). L'objectif principal est la récupération de la fonctionnalité du geste (32). Ce modèle est adapté en centre de SSR plus particulièrement dans les services de traumatologie, neurologie périphérique, rhumatologie et également dans les cas d'amputation, de brûlure (33) (32).

Etant centré sur un angle spécifique de la personne, il est qualifié de réductionniste. Les moyens d'intervention en ergothérapie lorsque le thérapeute a une approche biomécanique se traduisent par des exercices et jeux adaptés en termes de graduation de la vitesse, force, résistance... (33). Pour adapter ses exercices, le thérapeute peut être amené à adapter les moyens. Par exemple, il peut grossir un manche, l'alléger ou l'alourdir, utiliser un système de suspension. Avec ce modèle conceptuel, le thérapeute emploie du vocabulaire biomédical comme exercice, graduation, rééducation, limites fonctionnelles, résistance, vitesse, force.

En ce qui concerne la relation entre le thérapeute et le patient, celle-ci est verticale. Le thérapeute détient le savoir, il dirige l'intervention tandis que le patient coopère. D'après Morel-Bracq, les activités de la vie quotidienne ou artisanales sont très peu utilisées avec ce modèle du fait de la présence d'un écart entre ces activités relativement complexes et les « besoins de rééducation » (Morel-Bracq, 2017, p170). C'est pourquoi les ergothérapeutes utilisent des exercices ou activités dits adaptés, spécifiques et répétitifs. Travailler selon ce modèle permet de mesurer de manière quantifiable la progression du patient pouvant susciter de la motivation. Cependant, pour avoir des résultats fiables, il est nécessaire d'être précis ce qui diminue le choix des activités possibles lors de l'intervention. De plus, c'est un modèle centré essentiellement

sur les caractéristiques individuelles de la personne. Il ne prend pas en compte l'environnement, les rôles sociaux, ... D'après Morel-Bracq, les ergothérapeutes tendent à l'utiliser de manière plus ponctuelle au sein de leur processus d'intervention (32).

Questionnement : Chacune de ces deux approches semble pouvoir susciter de l'engagement, motivation auprès de la personne. Elles présentent toutes les deux des avantages mais aussi des inconvénients à leur utilisation. L'utilisation de l'une et l'autre au sein d'un même processus d'intervention est-elle pertinente pour les patients en termes d'engagement ? Une utilisation des deux est-elle plus adaptée que l'utilisation exclusive de l'une ou de l'autre ?

1.8. Question et objet de recherche

La question de recherche de ce mémoire est : Comment peuvent coexister l'approche centrée sur la personne et l'approche analytique au sein d'un même processus d'intervention ergothérapique visant l'engagement de la personne ?

Objet de recherche : Au travers de cette question de recherche, l'étude a pour objectif d'éclairer le phénomène d'utilisation associée de deux approches différentes dans un même processus d'intervention visant l'engagement de la personne en rééducation.

2. Matériel et Méthode

2.1. Choix de la méthode de recherche et de l'outil théorisé de recueil de données

Dans le cadre de cette recherche, la méthode clinique semble la plus pertinente car elle permet d'explorer un phénomène en se centrant sur le sujet (34). Cette recherche consiste à questionner les ergothérapeutes sur leur utilisation d'une approche ou modèle au cours d'un même processus d'intervention recherchant l'engagement du patient. En ayant une méthode centrée sur le sujet, il est pertinent d'utiliser comme outil l'entretien afin d'avoir des données qualitatives. L'entretien est conduit selon un mode semi-directif afin de laisser la personne s'exprimer tout en l'orientant sur des sujets précis. En amont, une grille d'entretien est élaborée selon les différents thèmes à aborder (34).

L'utilisation de questions semi-ouvertes permet de laisser au professionnel la possibilité de s'exprimer sans être influencé. Les questions de relances sont également un bon moyen pour

obtenir plus d'informations et recentrer l'entretien (34). Enfin, les silences ont toute leur importance durant cet entretien, ils permettent à la personne d'élaborer, analyser ce qu'elle vient de dire.

En ce qui concerne les modalités des entretiens, ils sont réalisés sur les sites d'exercices des ergothérapeutes selon leurs disponibilités pour favoriser leur immersion dans leur pratique. Dans le cas contraire, l'entretien se fera par téléphone selon les disponibilités des professionnels. Le lieu et le moyen utilisés pour réaliser un entretien ont une influence sur la personne interrogée, son discours et son comportement.

2.2. Population et critères d'inclusion, exclusion

Les ergothérapeutes seront sélectionnés selon les critères suivants :

Critères d'inclusion : L'outil de recueil de données s'adresse aux ergothérapeutes travaillant dans un centre ou service de rééducation : SSR, CRF, etc. peu importe le domaine, avec des adultes âgés de 18 à 65 ans.

Critères d'exclusion : Ergothérapeutes ne travaillant pas dans des centres de rééducation ou services SSR, ergothérapeutes travaillant avec un public ayant des troubles cognitifs.

2.3. Choix et argumentation des sites d'exploration

Au vu du temps restreint pour mener cette étude et traiter les données, les entretiens se feront dans les services SSR présents sur Marseille, faciles d'accès en transports en commun pour favoriser le déplacement jusqu'aux ergothérapeutes. Dans le cas contraire, les entretiens seront réalisés par téléphone. Réaliser les entretiens sur Marseille, permet d'en faire passer plus que s'il fallait sortir de la ville. Néanmoins, se restreindre à une seule ville ne permet pas d'avoir une hétérogénéité des ergothérapeutes que nous pourrions avoir avec une étude à plus grande échelle.

2.4. Construction de l'outil théorisé

L'élaboration du cadre de référence de cette recherche a permis d'identifier les points importants à aborder lors des entretiens auprès des ergothérapeutes. Ces thèmes sont ordonnés sous forme de matrice conceptuelle. (Cf annexe 4 p56).

A l'aide de celle-ci, une grille d'entretien (Cf Annexe 5 p 58) est réalisée afin de préparer au mieux la pertinence de la question inaugurale et des questions de relances.

L'entretien commence avec une question inaugurale : Pouvez-vous me donner un exemple type de votre processus d'intervention en ergothérapie, de l'arrivée d'un nouveau patient à sa sortie par exemple ? Cette question inaugurale favorise l'immersion du professionnel au sein de sa pratique et lui laisse la possibilité de s'exprimer de manière libre.

Les différentes questions de relances permettront à l'ergothérapeute de se recentrer sur les thèmes qui n'ont pas ou peu été abordés de manière spontanée.

2.5. Test de faisabilité et de validité du dispositif

Avant d'être validé, l'outil a été testé auprès d'une cohorte constituée de 4 personnes dont 2 étrangères au métier de la santé, 1 étudiante en ergothérapie et 1 ergothérapeute.

Quelques corrections ont été apportées à l'outil au niveau de la question inaugurale, avant l'entretien test avec l'ergothérapeute. Celui-ci n'ayant pas précisé de modification de l'outil, ses propos peuvent être retenus dans le cadre de cette recherche. L'échange s'est effectué par téléphone du fait du manque de disponibilités respectives pour s'entretenir physiquement. En amont de l'entretien, un mail contenant la lettre d'information concernant les droits des données personnelles lui a été envoyé. Il l'a retourné datée, signée. (Cf Annexe 6 p 61) Il avait été informé du thème du mémoire de manière générale pour ne pas influencer ses réponses. Avant de commencer l'entretien, il lui a été précisé que celui-ci était anonyme, enregistré et sans jugement. L'entretien a duré 12 minutes pour une durée prévisionnelle de 30 minutes.

2.6. Déroulement de l'enquête

Les 2 autres ergothérapeutes ont également été contactés et informés par mail. L'entretien s'est déroulé sur leur lieu d'exercice. Pour les 2 entretiens, nous étions dans une petite salle à l'écart pour éviter d'être dérangé. Comme pour l'entretien test, ils ont pris connaissance et signé la lettre d'information concernant leurs droits sur l'utilisation de leurs données personnelles. (Cf annexe 7 p 63) (Cf annexe 8 p 64) Pour chaque entretien, les questions de relances étaient posées une fois que l'ergothérapeute avait fini de répondre à la question inaugurale. Le fait de les laisser s'exprimer ainsi enrichit cette recherche car l'entretien permet de recueillir des données mais aussi de les accueillir (34).

Sur les 3 entretiens, 2 ont duré 15 minutes et le troisième, 30 minutes.

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

Les données recueillies lors des entretiens sont traitées selon une analyse thématique. Pour cela, les thèmes de la grille d'entretien vont servir à la construction d'une grille d'analyse. Les entretiens ont été retranscrits et sont disponibles en annexe. (Cf Annexe 9 Ergothérapeute A p 65, Annexe 10 Ergothérapeute B p 69 et Annexe 11 Ergothérapeute C p79)

3. Résultats

Dans un premier temps, les résultats vont être présentés de manière descriptive, à l'aide d'un tableau regroupant tous les fragments signifiants du discours de chaque ergothérapeute par thème. (Cf Annexe 12 p85) Puis, les données seront recontextualisées selon les grands thèmes suivants : L'utilisation d'une approche ou modèle par les ergothérapeutes dans leur pratique, la place du patient dans le processus de soins et connaissance des approches et modèles en ergothérapie.

	Ergothérapeute A	Ergothérapeute B	Ergothérapeute C
Structure d'exercice	Clinique de rééducation	de Hôpital, dans le service de SSR	Hôpital, dans le service de SSR
Secteur	Neurologie (Sclérose en plaques, blessés médullaires)	Ortho-traumatologie, Neurologie, Rhumatologie, Amputé-vasculaire	Ortho-traumatologie, Neurologie, Rhumatologie, Amputé-vasculaire

Afin de diminuer le phénomène d'interprétation au maximum, le discours a été ressorti tel qu'il a été présenté. Le sens que chaque ergothérapeute a mis derrière ses propos a été étudié avec une prise de recul pour minimiser l'interprétation.

3.1.L'utilisation d'une approche, d'un modèle par les ergothérapeutes dans leur pratique :

Accueil, prise de contact et premières évaluations de la personne :

A l'arrivée d'un nouveau patient, 2/3 ergothérapeutes (EC¹⁸ et EB) l'accueillent. Un des deux ergothérapeutes (EB) l'informe sur ce qu'est l'ergothérapie, l'intérêt d'en avoir en rééducation. Cet accueil se fait en chambre, avec le patient afin d'être concret. L'autre ergothérapeute (EC) réalise un premier entretien pour vérifier l'identité de son patient, l'informer sur sa pathologie ou les circonstances de sa venue au centre, ses antécédents médicaux du patient. Il réalise également un bilan socio-environnemental : « Savoir un peu sa situation familiale, est-ce qu'il travaille, il est marié etc... Voir aussi s'il a déjà des aides, s'il dépend de la MDPH, de l'APA etc... Son environnement physique. Donc comment il vit, est-ce qu'il vit en appartement ? Comment c'est aménagé ? » (EC L6-9).

Pour 1/3 ergothérapeute (EA), il n'y a pas de temps d'accueil, la première rencontre avec le patient est une séance dédiée aux bilans d'entrée.

En ce qui concerne les évaluations, une minorité des ergothérapeutes (EB) réalise une mise en situation en chambre avec le patient afin d'avoir une idée concrète de ses capacités. C'est aussi l'occasion d'impliquer le patient en lui demandant ce qu'il pense de ses capacités : « On fait un petit peu le point avec lui sur son degré de dépendance. » (EB L10).

La majorité des ergothérapeutes (EB, EC) travaillent en équipe pluridisciplinaire au moment de l'évaluation, l'un (EB) réalise la mise en situation avec l'équipe soignante qui entoure le patient et a une bonne connaissance de ses capacités, incapacités et de son degré de dépendance tandis que l'autre ergothérapeute (EC) participe à la mise en place du P3I¹⁹ en début de prise en soins.

Néanmoins, pour évaluer les déficits du patient, la totalité des ergothérapeutes procèdent à des évaluations. 1/3 (EA) utilise des bilans orthopédiques, musculaires, fonctionnels et cognitifs si besoin. 1/3 (EC) ergothérapeute précise utiliser des bilans normés en fonction de la pathologie qui sont souvent des bilans moteurs, sensitifs et cognitifs si besoin. (EB) utilise des bilans pour évaluer le patient.

¹⁸ Par souci de simplification, Ergothérapeute A, B et C seront respectivement écrit EA, EB et EC

¹⁹ Plan d'Interdisciplinaire d'Intervention Individualisée

Elaboration des objectifs :

Concernant l'élaboration des objectifs, tous les ergothérapeutes les définissent avec le patient en se basant sur ses centres d'intérêts, sa demande et ses besoins : « je vais aller à ce qui est important pour lui et qui a du sens » (EC L68-69).

Les résultats des bilans permettent également l'élaboration des objectifs pour les 3 ergothérapeutes.

Pour 2/3 ergothérapeutes (EB, EC) les objectifs ne sont pas tous établis et fixés au début de la prise en soins mais peuvent émerger au cours du processus de soins selon l'évolution du patient : « Effectivement, il y a certains objectifs qui vont se fixer le premier jour ou le deuxième et d'autres qui vont venir au fil du temps en fonction de notre connaissance du patient, en fonction de ce qu'on va découvrir lors des évaluations qu'on va faire à posteriori et en fonction aussi de la progression du patient. » (EB L24-27).

Mise en place du plan d'intervention :

Dans un premier temps, la majorité des ergothérapeutes (EA, EB) propose des exercices analytiques, centrés sur les déficits du patient au moyen de cônes, cubes par exemple.

2/3 ergothérapeutes (EB, EC) utilisent les mises en situation comme moyen d'intervention et être ainsi dans le quotidien de la personne. 1/3 (EC) ergothérapeute a évoqué la mise en situation à domicile afin de replacer la personne dans son contexte environnemental.

Une minorité d'ergothérapeute (EC) utilise des activités significantes pour la personne mais également des activités qui ont du sens dans sa rééducation : « on choisit aussi une activité qui a du sens dans sa rééducation. Si on veut travailler telle déficience motrice ou si on veut travailler telle déficience cognitive, eh bien nous sommes les experts de l'analyse de l'activité, on sait que cette activité (l'activité signifiante du patient) n'est pas forcément la meilleure pour travailler ce que l'on veut spécifiquement travailler » (EC L113-117).

1/3 ergothérapeute (EB) a précisé qu'il travaille souvent la répétition des gestes durant les séances de rééducation.

2/3 ergothérapeutes (EB, EC) utilisent les séances de rééducations pour ré évaluer le patient afin de redéfinir certains objectifs. Cette ré évaluation peut être sous forme de mises en situation, en milieu le plus écologique possible : « ça permet de clarifier les choses sur ce degré de capacités, d'incapacité, surtout dans le cas d'une pathologie qui peut évoluer [...] on fait un point après, un retour, une restitution de ça. [...] ça permet au patient de se rendre compte de ce dont il aura éventuellement besoin » (EB L66-70), ou sous forme de bilans afin d'observer une évolution chez le patient.

La sortie du patient :

1/3 ergothérapeute (EC) a abordé la sortie du patient durant l'entretien. Celle-ci est discutée en équipe et permet d'adapter la prise en soins et de l'évaluer.

3.2.La place du patient dans le processus de soins

Aux différentes étapes du processus de soins :

Les 3 ergothérapeutes disent offrir une place centrale au patient dans le processus de soins concernant l'élaboration des objectifs qui sont centrés sur les centres d'intérêts du patient, ses besoins : « En fonction [...] de lui, qu'est-ce qu'il recherche ? qu'est-ce qui est réalisable ? Et surtout qu'est-ce qui a du sens dans sa vie. Enfin, moi je mets souvent des objectifs qui ont du sens dans sa vie quotidienne. » (EC L60-63).

En ce qui concerne le plan d'intervention, 2/3 ergothérapeutes (EB, EC) mettent en place des mises en situation des patients qui leur permettent de prendre conscience de leurs capacités en les impliquant, les faisant participer. Ils proposent également des activités significantes pour eux et ayant un intérêt dans leur rééducation : « trouver [...] le juste milieu entre ce qu'il accepte, ce qui a une peu plus de sens pour eux mais nous aussi qui correspond à ce que l'on veut faire travailler » (EC L120-122).

La place de la compréhension du patient :

Pour 2/3 ergothérapeutes (EB, EC) il est important que le patient comprenne le déroulement de son processus de soins, le métier d'ergothérapeute, les objectifs et les moyens mis en place lors des séances d'ergothérapie : « Le processus d'intervention, il faut qu'il soit clair pour nous mais aussi pour lui. En le rendant clair pour lui, on le rend clair pour nous aussi. » (EB L49-50). Pour cela, ils sont amenés à expliquer à leurs patients le déroulement du processus, le choix des moyens utilisés pour parvenir aux objectifs.

Place de son engagement :

Tous les ergothérapeutes interviewés considèrent l'engagement du patient comme essentiel. Néanmoins, l'engagement varie tout au long du processus de soins mais aussi d'un patient à un autre : « on ne sait pas les premiers jours jusqu'où on va aller, à combien on va pouvoir l'impliquer aussi, son degré d'implication est mouvant et se définit tout au long du séjour » (EB L30-32), « j'ai du mal à faire faire quelque chose à quelqu'un qui est réticent et qui n'adhère pas. Si l'activité n'enchant pas la personne du tout et qu'elle n'a pas envie, elle n'a aucune motivation, elle va mal le faire donc je trouve que ça ne sert à rien de le faire aussi. » (EC L133-135)

Les moyens pour le favoriser :

Chaque ergothérapeute met en place différents moyens pour favoriser l'engagement du patient dans sa rééducation.

→ Relation avec le patient

Tous les ergothérapeutes ont évoqué la liberté de choix du patient vis-à-vis de sa rééducation.

2/3 ergothérapeutes (EB, EC) ont évoqué la liberté du patient de pouvoir s'exprimer sur ses envies, ses interrogations.

Une majorité (EA, EB) évoque l'importance de la relation de confiance avec le patient, la disponibilité du thérapeute. L'un d'eux (EB) ajoute la qualité d'écoute à chaque séance pour

laisser le patient s'ouvrir peu à peu : « une relation thérapeutique c'est presque comme [...] une maman qui découvre son bébé, qui ne le connaît pas. C'est un peu la même chose et qui va en prendre soin. [...] » (EB L166-168).

2/3 ergothérapeutes (EB, EC) ont évoqué la posture du professionnel de santé. Ils ont tous deux des exemples différents mais sont en lien avec le rapport du professionnel de santé face au patient. Certaines attitudes peuvent générer une relation horizontale entre l'ergothérapeute et le patient : « arriver à trouver [...] des attitudes aussi où le patient va être un peu plus en relation avec nous. Par exemple, un patient qui est allongé sur un lit, si on reste debout tout le temps peut être que ça va, dominant-dominé qui n'est pas forcément, qui peut être néfaste. Donc s'asseoir, être au même niveau etc. Dans la prise en soins c'est important pour favoriser le dialogue. » (EB L181-185), il a également ajouté que l'ergothérapeute été amené à conseiller le patient et non pas donner des directives. Le deuxième ergothérapeute (EC) met en évidence la posture de l'ergothérapeute comme expert de l'activité tout en considérant le patient, ses envies, ses besoins.

Ces deux ergothérapeutes ont une relation horizontale avec le patient en le considérant comme égal et détenteur d'un savoir. Le patient est considéré comme l'expert de ses habitudes de vie.

→ Le cadre thérapeutique

Le cadre thérapeutique des séances a également un rôle important dans l'engagement du patient. La majorité des ergothérapeutes (EB, EC) réalise leurs séances dans une grande salle ouverte où chaque ergothérapeute reçoit son patient. Et une minorité d'ergothérapeute (EA) réalise les séances dans une pièce fermée dans laquelle il est amené à recevoir 3 ou 4 patients par heure. Dans le cadre de la réalisation des mises en situation, 2/3 ergothérapeutes (EB, EC) préconisent un milieu le plus écologique possible permettant d'avoir une vision plus représentative de la réalité du patient dans son quotidien mais aussi un lieu à part dans lequel le patient s'isole avec le thérapeute : « On peut être amené à s'isoler avec le patient, à changer de cadre justement pour qu'il y ait un peu plus d'intimité, je pense que c'est important aussi pour avoir, lors des mises en situation un petit peu plus de participation de sa part. » (EB L123-125). 1/3 ergothérapeute (EB) a évoqué la pertinence du choix du lieu et des personnes présentes en amont de faire la mise en situation.

Une majorité des ergothérapeutes (EA, EC) a évoqué le refus du patient de venir en séances ou de réaliser l'activité. Dans ce genre de situation ils accueillent ce refus tout en cherchant à comprendre ce qui déplaît au patient et comment y remédier.

Une minorité des ergothérapeutes (EB) interviewés a évoqué la nécessité de mettre en place un cadre rigide pour certains patients notamment au niveau de l'horaire des séances.

→ L'information fournie au patient

Pour la majorité des ergothérapeutes (EB, EC), ils informent le patient sur l'intérêt de l'ergothérapie, les objectifs, les moyens utilisés en faisant le lien avec le quotidien, et le déroulement du processus d'intervention pour favoriser le plus possible son adhésion et son engagement dans la rééducation.

→ Les principes des ergothérapeutes

Tous les ergothérapeutes interviewés prennent en compte pour chaque patient leurs centres d'intérêts, leurs habitudes de vie et les difficultés qu'ils peuvent rencontrer.

2/3 ergothérapeutes (EB, EC) sont également centrés sur l'environnement humain et matériel du patient.

Pour 2/3 ergothérapeutes (EA, EB) le respect de la douleur du patient est essentiel pour mener à bien la prise en soins : « le respect de la douleur déjà. Le respect de la douleur c'est quand même quelque chose d'important, je pense qu'on ne peut pas rentrer dans une relation thérapeutique correcte si on n'a pas pris en charge la douleur du patient. Alors que ce soit... qu'on y réponde en termes de positionnement, en termes d'équipe c'est en en parlant effectivement à l'équipe, en le traçant, en en parlant au médecin bien sûr, en jouant... sur le plan médical, en jouant sur le traitement etc. Ça c'est quelque chose auquel il faut vraiment être à l'écoute quotidiennement, à mon sens. Et savoir y répondre soit par notre action d'ergothérapeute soit effectivement par l'équipe. » (EB L142-149)

Pour une minorité d'ergothérapeute (EB), son attention se porte également sur le rythme de la personne en rééducation mais aussi celui qu'elle avait avant, son rôle familial, son niveau scolaire, sa culture, religion et à sa langue. Comme l'a précisé l'ergothérapeute, le public accueilli dans cet établissement ne parle pas toujours ni le français ni l'anglais

Enfin 1/3 ergothérapeute (EA) est aussi centré sur le respect du patient de manière générale.

3.3. Connaissances des approches, modèles conceptuels en ergothérapie par les ergothérapeutes et leur utilisation dans la pratique :

Tous les ergothérapeutes interviewés se disent être dans une approche, modèle conceptuel ou s'en rapprochent.

Une minorité des ergothérapeutes (EA) qualifie le travail des séances de travail analytique. Cette même minorité n'utilise pas de modèles conceptuels dans la pratique même en ayant eu des cours durant la formation initiale d'ergothérapie : « je vais voir les déficits du patient, sa pathologie mais je ne me dis pas eh bien là je vais utiliser le modèle biomécanique ou le modèle psycho dynamique [...] tu es plus dans l'agir que dans la planification en fait. » (EA L70-73) En revanche, pour lui, le modèle biomécanique est le plus utilisé en rééducation.

1/3 ergothérapeutes (EB) dit utiliser certains modèles de manière ponctuelle comme le MCRO et le modèle Kawa. Néanmoins, l'utilisation du MCRO, lui avait permis de renouer le dialogue avec sa patiente, de la ré impliquer dans la thérapie en se centrant sur sa satisfaction durant les activités. Ayant eu un seul cours sur les modèles et plus particulièrement le MCREO lors de la formation initiale, il sollicite les stagiaires ergothérapeutes pour lui faire découvrir les nouveaux modèles. Pour lui, l'utilisation de modèle est bénéfique mais compliquée à utiliser : « Je pense que dans nos prises en soins [...] on utilise des morceaux ici ou là, ou on s'en inspire, on les habite un petit peu mais sans vraiment les connaître et en fait il n'y a pas de structure en réalité de ces modèles-là. » (EB L205-208), « si on continue à dire que les modèles finalement on les fait sans les faire, je pense qu'on ne peut pas vraiment faire quelque chose de qualité, qu'on ne peut pas les utiliser correctement si on ne les utilise pas de façon rigoureuse en réalité. » (EB L209-212). La difficulté de mettre en place les modèles dans la pratique vient aussi du fait, pour cet ergothérapeute, que son établissement accueille des personnes de différentes cultures, religions qui ne sont pas nécessairement adaptées au modèle qui vient souvent de l'étranger. Afin d'illustrer ses propos il a cité Blaise Pascal : « Vérité au-deçà des Pyrénées, erreur au-delà » (EB L281-282).

1/3 ergothérapeute (EC) a une connaissance de la plupart des modèles et a eu plusieurs cours durant sa formation initiale. Selon les propos de cet ergothérapeute, il se situe dans le MOHO mais ne l'utilise pas complètement. Il en est de même pour le PPH qu'il a donné en exemple :

« Est-ce que j'interviens plus sur l'environnement, plus sur l'activité ou le patient en lui-même, ça on le fait mais je ne le pose pas à l'écrit non plus c'est plus dans la tête. » (EC L187-188)

Tous les ergothérapeutes ont eu au moins un cours sur les modèles conceptuels durant leur formation initiale d'ergothérapeute.

4. Discussion des données

4.1. Résultats et question de recherche

A la suite de cette première analyse des données des entretiens, une analyse interprétative des résultats va permettre de trouver des éléments de réponse à l'objet de recherche.

Rappel de l'objet de recherche : L'étude du phénomène d'utilisation associée de deux approches différentes dans un même processus d'intervention visant l'engagement de la personne en rééducation.

Après avoir analysé les résultats selon une approche thématique, il semblerait que les ergothérapeutes interviewés utilisent plusieurs approches au sein d'un même processus de soins.

Deux d'entre eux (EB, EC) réalisent un entretien centré sur la personne, ses habitudes de vie, son environnement lors de la première rencontre avec le patient. Ils semblent être dans une approche centrée sur la personne lors du premier contact.

Concernant la phase d'évaluation, lorsque les ergothérapeutes utilisent des bilans normés pour évaluer les déficits comme EA, EB et EC, ils se centrent sur les déficiences de la personne et sont donc dans une approche analytique. Lorsqu'ils réalisent des bilans sous forme de mises en situation, bilan socio-environnemental comme EB et EC, ils se centrent sur la personne, son environnement et ses capacités. Dans ce cas, c'est une approche centrée sur la personne.

Pour élaborer les objectifs, les ergothérapeutes se basent sur le patient, ses attentes, ce qui s'apparente à une approche centrée sur la personne. Mais, ils prennent également en considération les résultats des bilans, pouvant s'apparenter à une approche analytique. Les objectifs sont négociés avec le patient et les moyens utilisés pour y parvenir sont adaptés, signifiants pour le patient. Néanmoins, les ergothérapeutes interviewés gardent à l'esprit l'objectif et les différents muscles, gestes à travailler. C'est pourquoi l'ergothérapeute et le

patient travaillent ensemble dans le but de trouver une activité qui soit signifiante pour le patient mais aussi pertinente dans sa rééducation. Des recherches sur la collaboration, coopération entre le thérapeute et le patient permettraient d'approfondir ce sujet et d'apporter de nouveaux éléments de réponses.

Deux ergothérapeutes ont mentionné utiliser des exercices analytiques au moyen de cônes ou de cubes pour EA et des exercices répétitifs pour EB. Ces exercices sont centrés sur les déficits de la personne et s'apparentent à une approche analytique

Les mises en situation dans un lieu le plus écologique possible comme EB et EC ou encore d'activités signifiantes pour le patient comme EC, sont des moyens centrés sur la personne, ses capacités. Les ergothérapeutes se situent plus dans une approche centrée sur la personne.

D'après les résultats, les ergothérapeutes se situent dans une approche centrée sur la personne et analytique tout au long du processus d'intervention. Ils n'utilisent pas ces deux approches de manière simultanée mais plutôt de manière alternative. Cette alternance favorise la complémentarité. En effet, ils ont une vision globale de la personne, sa situation, ses déficits et incapacités. L'étude de la complémentarité des approches serait pertinente pour éclairer ce phénomène.

Enfin, les résultats ont révélé que malgré la présence de cours sur les approches, modèles conceptuels durant la formation initiale, les ergothérapeutes ne les utilisent pas quotidiennement dans leur pratique. Une recherche sur les différents paramètres pouvant influencer sur la non-utilisation des approches, modèles apporterait de nouveaux éléments de réponses.

4.2.Limites du dispositif de recherche

Malgré l'anticipation des biais dans le cadre de l'élaboration de l'outil de recherche, celui-ci présente quelques limites.

Tout d'abord, un entretien n'a pas pu être réalisé sur le lieu d'exercice de l'ergothérapeute en raison du manque de disponibilité mutuelle et a été réalisé par téléphone. De plus, l'ergothérapeute ne semblait pas être dans un endroit calme ce qui a perturbé la compréhension mutuelle des échanges.

Cette étude comporte 3 ergothérapeutes ce qui correspond à un faible échantillon. L'interview d'une plus grande cohorte jusqu'à saturation des données serait d'autant plus enrichissante et pertinente pour la recherche.

Les ergothérapeutes de l'entretien travaillent à Marseille, il serait pertinent de mener la même étude à une plus grande échelle comme interroger des ergothérapeutes de toute la France permettant de généraliser ainsi une pratique des ergothérapeutes en France.

Ayant eu peu de réponses pour les entretiens, il n'a pas été possible d'interroger 3 ergothérapeutes travaillant dans des lieux distincts. Ainsi, 2 ergothérapeutes de cette étude travaillent dans le même établissement. Cette donnée traduit un manque d'hétérogénéité des ergothérapeutes interrogés. Comme peu d'ergothérapeutes ont répondu présent pour cette interview, l'entretien test fait partie des 3 entretiens analysés. L'élocution des questions de relance étaient peu travaillée. D'autres questions de relances auraient pu être posées pendant les entretiens pour enrichir le discours des ergothérapeutes interviewés.

Un des 3 ergothérapeutes interviewés connaît le chercheur, cette relation peut avoir une influence sur les résultats de cette étude.

En ce qui concerne le choix de l'outil, l'entretien n'est pas forcément le plus adapté dans le cadre d'une étude des pratiques des ergothérapeutes car il recueille seulement la perception de du professionnel sur sa pratique. (34) L'outil le plus adapté pour ce genre de recherche est l'observation. Pour le choix de l'outil, l'observation avait été envisagée mais il aurait été pertinent de la mettre en place sur plusieurs séances avec un même patient tout au long du processus d'intervention. Les contraintes temporelles n'ayant pas permis cette mise en place, l'entretien a été privilégié.

4.3. Apports, limites des résultats pour la pratique professionnelle

Cette recherche a mis en évidence que les ergothérapeutes se situent dans des approches, modèles conceptuels sans nécessairement s'en rendre compte. Qu'ils aient eu beaucoup ou peu de cours en lien avec les approches durant leur formation initiale, ils sont amenés à en utiliser plusieurs dans un même processus d'intervention. La mise en évidence de l'alternance d'approches révèle la complémentarité et la richesse de leur association dans un même processus d'intervention.

Les résultats ont également permis de mettre en lumière certaines raisons à la non-utilisation « officielle » d'approche ou modèle conceptuels dans la pratique. En effet, certains modèles proviennent de pays étrangers ayant leur propre culture, habitudes de vie. L'application d'un modèle à une culture différente peut influencer sa pertinence aux yeux de son utilisateur.

Les approches et modèles sont considérés comme abstraits, ils ne sont pas assez dans l'« agir », le « pratico-pratique ».

4.4. Proposition et transférabilité pour la pratique professionnelle

Dans cette étude, la revue de littérature fait un état des lieux actuel sur les pratiques préconisées en ergothérapie pour favoriser l'engagement du patient dans sa rééducation. Elle met en lumière l'importance de l'activité, du sens que lui donne le patient et aussi de l'environnement dans lequel il interagit au quotidien. Bien que ce travail de recherche soit centré sur les établissements de rééducation, le concept d'engagement du patient est applicable à tous types d'établissement, secteurs en ergothérapie.

Le cadre théorique de cette recherche est riche mettant en évidence les avantages et les limites de différentes approches pouvant être utilisées en ergothérapie. Il apporte également un éclairage sur les moyens favorisant l'engagement du patient.

De plus en plus d'approches et de modèles conceptuels voient le jour. L'importance de l'activité et de l'occupation dans le quotidien de la personne est de plus en plus reconnue et évoquée en tant que pièce maitresse de l'engagement du patient.

Comme il l'a été présenté aux 4èmes assises nationales de l'ergothérapie, l'occupation, la participation et, par conséquent l'engagement sont au cœur de la recherche en ergothérapie.

4.5. Perspectives de recherches et nouvelle question de recherche

Au vu du faible échantillon de cette recherche, il serait pertinent de la poursuivre avec plus d'ergothérapeutes et à l'échelle de toute la France pour avoir une vision globale et généralisée de la pratique.

Il pourrait être pertinent d'approfondir les raisons de non-utilisation des modèles et les facteurs influençant leur utilisation dans la pratique des ergothérapeutes en France.

Afin d'obtenir des données plus représentatives de la pratique, il serait intéressant de reproduire cette étude en utilisant comme outil de recherche l'observation. Le chercheur accompagnerait plusieurs ergothérapeutes durant leurs séances avec le même patient pour observer son évolution tout au long de la prise en soins. Dans l'idéal, l'observation se ferait tout au long du processus d'intervention, de l'arrivée du patient à sa sortie.

Comme il l'a été précisé dans les résultats, le modèle est propre à son pays d'origine. Il serait intéressant d'étudier l'impact de la culture sur un modèle et sa transférabilité dans un autre pays ayant une culture différente.

Bibliographie

1. ANFE. L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. 2019.[En ligne]. <https://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>. Consulté le 31 janvier 2019.
2. Meyer S. Démarches et raisonnements en ergothérapie. Lausanne: EESP; 2007: 217p (Les Cahiers de l'EESP).
3. Hignet R, Blaise J-L. Bilans musculaires. Stratégie d'évaluation d'après la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). 2008: 1-16 [En ligne]. [http://dx.doi.org/10.1016/S1283-0887\(08\)43881-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1283-0887(08)43881-1). Consulté le 20 juin 2018
4. Weinstock-Zlotnick G, Hinojosa J. Bottom-Up or Top-Down Evaluation: Is One Better Than the Other? AJOT.2004;58(5):594-599.
5. Meyer S. De l'activité à la participation. Bruxelles: De Boeck Supérieur; 2013: 274p.
6. Trombly CA. Occupation: Purposefulness and Meaningfulness as Therapeutic Mechanisms. AJOT.1995;49(10):960-972.
7. Insee.Tableaux de l'économie française édition 2018 Dépenses de santé. [En ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303480?sommaire=3353488&q=CSBM>. Consulté le 22 septembre 2018.
8. Ministère de la santé et des sports. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. JORF n°0156 du 8 juillet 2010.p 12558.
9. Caire J-M, Schabaille A. Engagement, occupation et santé. Paris: ANFE; 2018: 424p.
10. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondiale sur le handicap. 2011. [En ligne]. https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_fr.pdf?ua=1. Consulté le 30 janvier 2019.
11. DREES, Santé publique France. L'état de santé de la population en France Rapport 2017. 2017. [En ligne]. http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat_sante_2017/ESP2017_Ouvrage_complet_vdef.pdf. Consulté le 29 septembre 2018.
12. Vial M, Caparros-Mencacci N. Distinguer l'accompagnement professionnel. In : Vial M, Caparros-Mencacci. L'accompagnement professionnel?. Bruxelles: De Boeck Supérieur; 2007:19-71.
13. Bigex A. Le patient acteur de sa prise en charge en ergothérapie – de l'activité analytique à l'activité signifiante. Hand Surgery and Rehabilitation. 2017; 36(6):502 [En ligne]. <https://doi.org/10.1016/j.hansur.2017.10.226>. Consulté le 9 février 2019.
14. Reilly M. Occupational Therapy Can Be One Of the Great Ideas of 20th Century Medecine. AJOT. 1962; 16 (1): 87-105 [En ligne]. <https://pdfs.semanticscholar.org/513f/1fc0229ad8807630e4a976eaaea6a899582e.pdf>. Consulté le 11 novembre 2018.

15. Yerxa EJ. Some Implications of Occupational Therapy's History for Its Epistemology, Values, and Relation to Medicine. *AJOT*.1992;46(1):79-83 [En ligne]. Consulté le 15 février 2019.
16. Wilcock A A, Hocking C. An occupational perspective of health. 3ème édition. Thorofare NJ: SLACK Incorporated; 2015: 493 p.
17. Hammell K R W. Les textes sacrés : Un examen sceptique des hypothèses qui sous-tendent les théories sur l'occupation. *CJOT*. 2009;76(1):14-22. [En ligne]. <http://dx.doi.org/10.1177/000841740907600106>. Consulté le 10 novembre 2018.
18. Hammell K R W, Beagan B. Occupational injustice : A critique. *CJOT*. 2017;84(1):58-68.[En ligne]. <http://dx.doi.org/10.1177/0008417416638858>. Consulté le 29 avril 2019.
19. Pierce D, Morel-Bracq M-C. La science de l'occupation pour l'ergothérapie. Bruxelles: De Boeck supérieur; 2016: 364p.
20. AOTA, Choosing Wisely. Five Things Clients Should Question. 2018. [En ligne]. <http://www.choosingwisely.org/wp-content/uploads/2018/05/AOTA-Choosing-Wisely-List.pdf>. Consulté le 30 avril 2019.
21. Cœur-Larreure M, Malifarge D, Lefèbvre S. Des difficultés de sortie du centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelles... au projet de vie. Quel accompagnement en ergothérapie pour trouver le sens de la sortie ?. *Journal de Réadaptation Médicale: Pratique et Formation En Médecine Physique et Réadaptation*. 2010;30(1):25-31.[En ligne]. <https://doi.org/10.1016/j.jrm.2010.01.003>. Consulté le 16 juin 2018.
22. Trouvé E. Agir sur l'environnement pour permettre les activités.Bruxelles: De Boeck Supérieur; 2017: 643p.
23. OMS. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé: CIF. Genève:OMS; 2001: 304 p. Weltgesundheitsorganisation,
24. Chapireau F. La nouvelle classification de l'OMS : « Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé ». *Ann Méd-Psychol*. 2002;160(3):242-246.
25. Izard M-H, Nespoulous R, Institut de formation en ergothérapie (Montpellier). *Expériences en ergothérapie Vingt et unième série* .Montpellier: Sauramps médical; 2008: 259p.
26. Rogers J C. The Spirit of Independence: The Evolution of a Philosophy. *AJOT*.1982; 36(11):709-715.[En ligne]. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.36.11.709>. Consulté le 5 novembre 2018.
27. Izard M-H, Nespoulous R, Adant G, Aubry D, Rosset Barondiot C. *Expériences en ergothérapie: vingt-neuvième série*. Montpellier: Sauramps médical; 2016: 415p.
28. Morris K, Cox D. Developing a descriptive framework for "occupational engagement". *Journal of Occupational Science*. 2017;24(2):152-164.[En ligne]. <http://dx.doi.org/10.1080/14427591.2017.1319292>. Consulté le 2 novembre 2018.

29. Csikszentmihalyi M, Bouffard L. Vivre : la psychologie du bonheur. Paris: R. Laffont; 2006: 282p.
30. Rogers CR, Kirschenbaum H, Land Henderson V, Richon H-G. L'approche centrée sur la personne: anthologie de textes. Genève: Editions Ambre; 2017: 544p.
31. Ras P. L'art d'écouter : l'approche centrée sur la personne. Saint-Julien-en-Genevois: Editions Jouvence; 2009: 10p.
32. Morel-Bracq M-C. Les modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux. 2e édition. Louvain-La-Neuve: De Boeck Supérieur; 2017: 261p.
33. ANFE. Ergothérapie guide de pratique. Arcueil: L'Association nationale française des ergothérapeutes; 2000.
34. Eymard-Simonian C, Thuilier O. Le travail de fin d'études: s'initier à la recherche en soins infirmiers. 3^{ème} édition. Rueil-Malmaison: Lamarre; 2018: 275p.

Annexes :**Annexe 1 : Résultats des banques des moteurs de recherche**

Base de données	TOTAL à partir des mots clefs	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre	Articles retenus
Pub med					
Français	0	0	0	0	0
Anglais	0	0	0	0	0
Cairn infos					
Français	27	0	0	0	0
Anglais	0	0	0	0	0
Science Direct					
Français	0	0	0	0	1
Anglais	0	0	0	0	0
Cochrane Library					
Français	0	0	0	0	0
Anglais	0	0	0	0	0

EM premium					
Français	3051	3051	11	0	2
Anglais	1163	1163	5	0	0

Annexe 2 : Matrice de questionnement de l'enquête exploratoire

Thèmes	Objectifs	Questions	Modalités de réponse
Critères d'inclusion et impact des facteurs extérieurs	Repérer si des facteurs extérieurs entrent en jeu dans le choix d'une approche	- Dans quel(s) type(s) de structure(s) travaillez-vous actuellement ?	Réponse courte
		- Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette structure ?	
		- Dans quel(s) domaine(s) exercez-vous votre profession d'ergothérapeute au sein de la structure ?	Cases à cocher entre plusieurs propositions : Neurologie, Orthotraumatologie, Rhumatologie,

			Amputé-vasculaire, Autre
		- Pouvez-vous indiquer la tranche d'âge du public auprès duquel vous intervenez ?	Cases à cocher : 18-24 ans, 25-39 ans, 40-59 ans, 60 ans et plus
Approches utilisées par les ergothérapeutes	Repérer dans quelle(s) approche(s) se situent les ergothérapeutes	Quel(s) outil(s) d'évaluation(s) utilisez-vous pour évaluer les déficiences, incapacités et les limitations d'activité ?	Réponse longue
		-Pourquoi ?	
Place du patient dans le processus de soins	Repérer quelle place est donnée au patient dans sa prise en soins	- De qu'elle manière élaborerez-vous les objectifs de la prise en soins du patient ?	
		- Pourquoi ?	
	Repérer si le patient est inclus	- Dans quelle mesure le patient participe-t-il à l'élaboration des	Echelle linéaire de 1 à 4 : 1 étant le patient ne participe pas et 4

	dans le processus de soins	objectifs de la prise en soins ?	le patient participe
	Repérer dans quelle(s) approche(s) se situent les ergothérapeutes	- Dans la séance de prise en soins de la personne, qu'utilisez-vous comme moyen(s) et/ou type(s) d'activité(s) pour parvenir aux objectifs ?	Réponse longue
		- Pouvez-vous expliquer en quelques mots les raisons ou facteurs de votre choix ?	
	Repérer si le stade de récupération influence la ou les approches utilisées par les ergothérapeutes	- Selon le stade de rééducation de la personne, utilisez-vous des moyens, types d'activités différents pour rééduquer le patient ?	Choix multiples : Oui / non
		- Si oui, lesquels ?	Réponse courte
		- Si oui, pourquoi utilisez-vous ces	Réponse longue

		moyens, types d'activité ?	
		- Si non, pourquoi n'utilisez-vous pas de moyens, types d'activités différents ?	

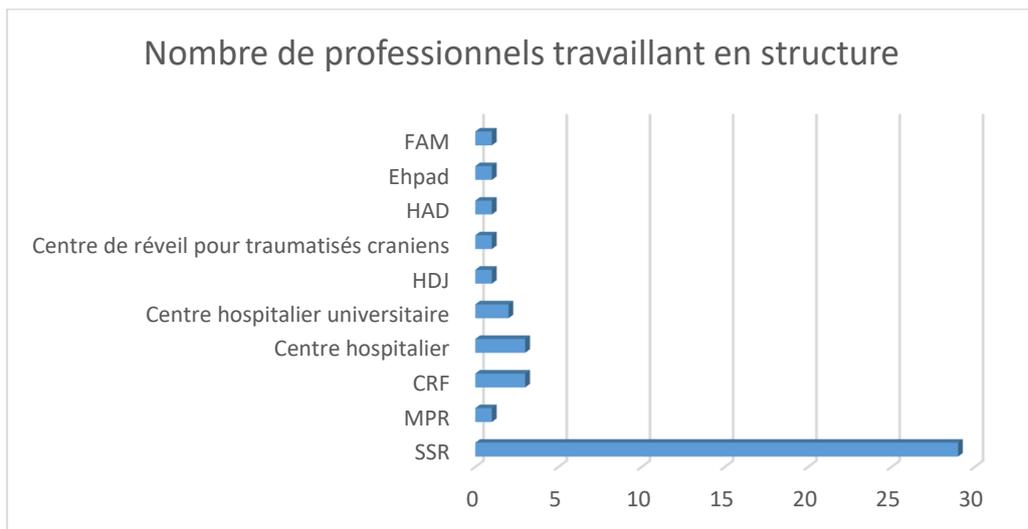
Annexe 3 : Résultats de l'enquête exploratoire

Abréviation :

PES : Prise en soins

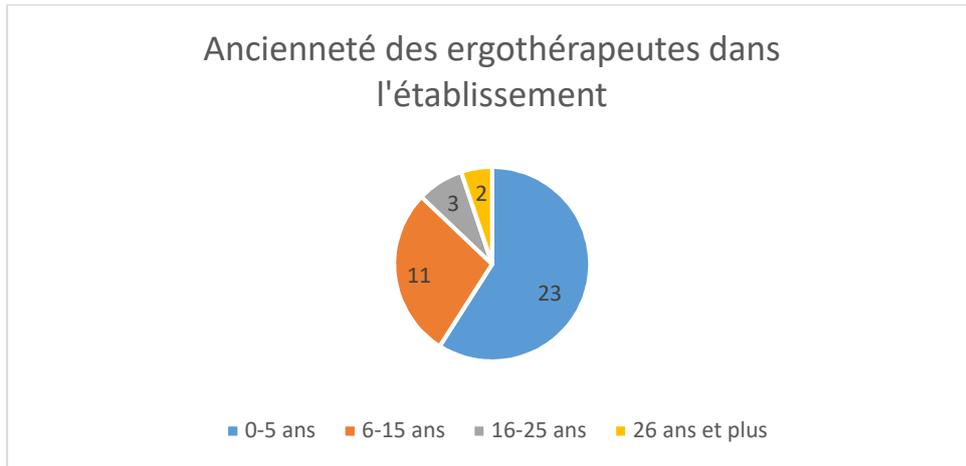
PEC : Prise en charge

Dans quel(s) type(s) de structure(s) travaillez-vous actuellement ?



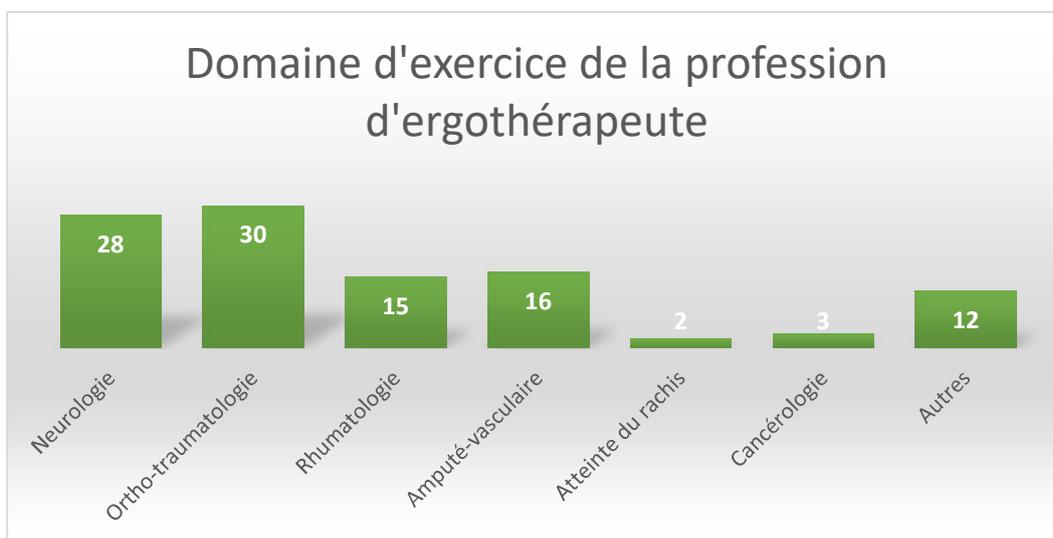
D'après les données de l'histogramme, la majorité des ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire travaillent en SSR (29/39 réponses).

Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette structure ?



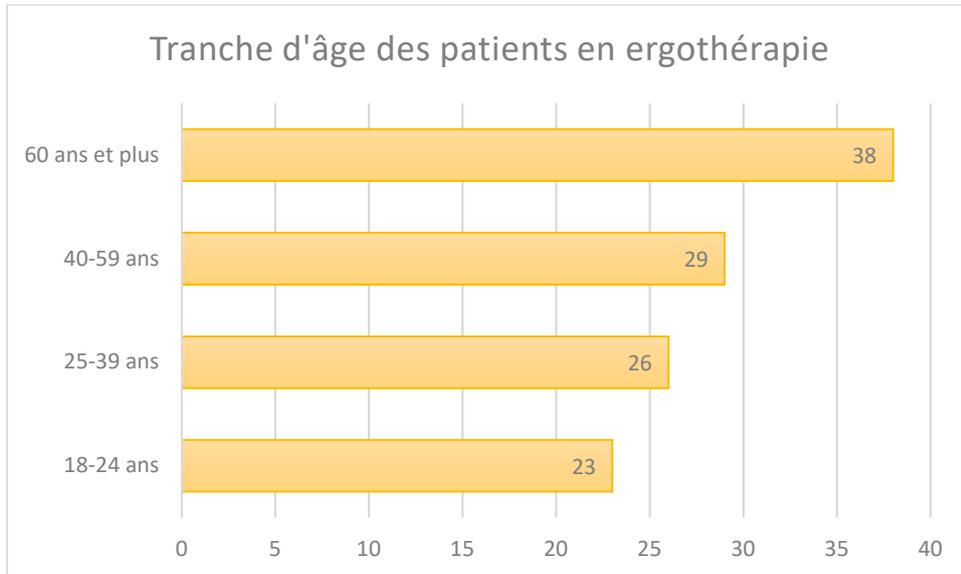
La majorité des ergothérapeutes soit 23/39 ayant répondu à l'enquête travaillent dans leur structure actuelle depuis quelques mois jusqu'à 5 ans. 11/39 ont répondu y travailler depuis 6 à 15 ans, 3/39 depuis 16 à 25 ans et 2/39 ont répondu y travailler depuis au moins 26 ans.

Dans quel(s) domaine(s) exercez-vous votre profession d'ergothérapeute au sein de la structure ?



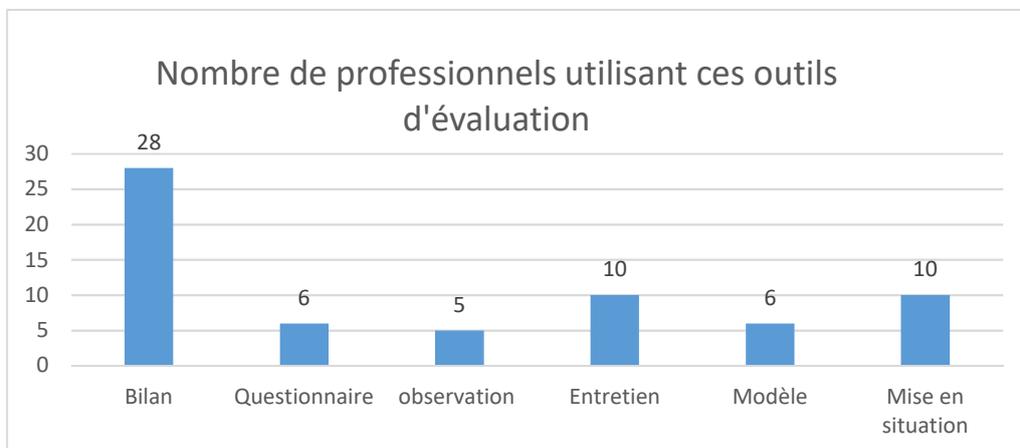
Au vu des résultats, il y a une majorité d'ergothérapeutes travaillant en ortho-traumatologie puis en neurologie.

Pouvez-vous indiquer la tranche d'âge du public auprès duquel vous intervenez ?



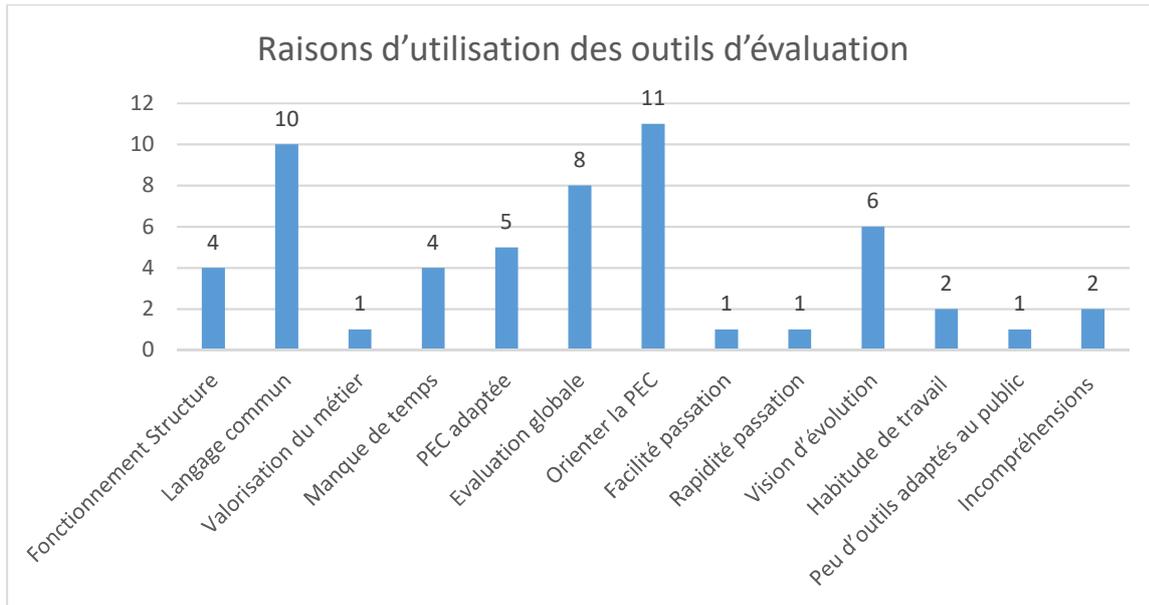
D'après les résultats, le public auprès duquel interviennent le plus les ergothérapeutes (38/39) ayant répondu au questionnaire sont âgés de 60 ans et plus. Une minorité d'ergothérapeutes soit 23/39 travaillent auprès d'un public âgé de 18 à 24 ans.

Quel(s) outil(s) d'évaluation(s) utilisez-vous pour évaluer les déficiences, incapacités et les limitations d'activité ?



La plupart des professionnels ayant répondu utilisent des bilans (28/39). Puis, dans un deuxième temps l'entretien et les mises en situation sont utilisés pour 10/39 ergothérapeutes. 6 ergothérapeutes ont répondu utiliser des questionnaires et s'aider de modèles durant la phase d'évaluation. Enfin, une minorité de 5/39 professionnels disent utiliser l'observation.

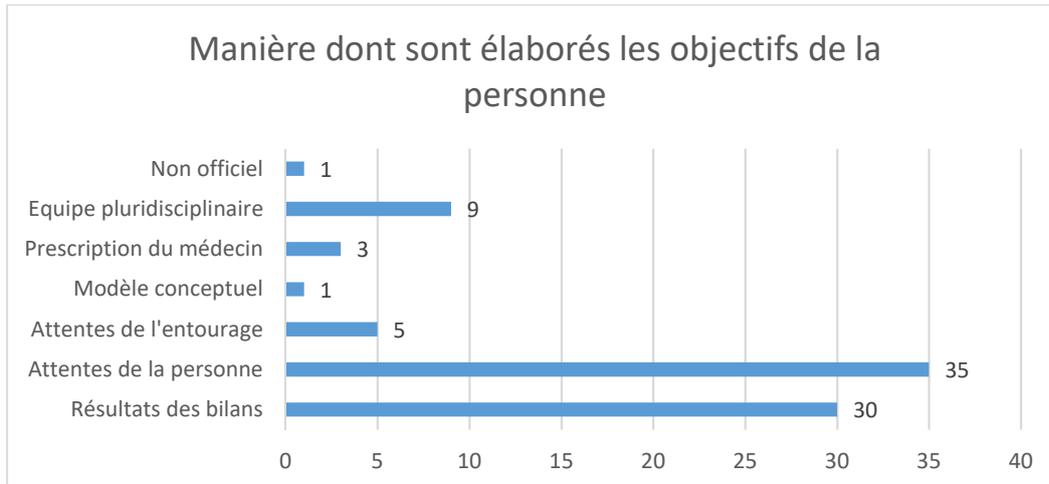
Pourquoi ?



11 ergothérapeutes ont répondu utiliser les outils d'évaluation afin d'orienter la prise en soins. 10 professionnels ont répondu utiliser des outils d'évaluation afin d'avoir un langage commun avec les autres professionnels de santé. 8 ergothérapeutes ont répondu utiliser des outils d'évaluation afin d'avoir une prise en soin globale. 6 ergothérapeutes ont répondu utiliser des outils d'évaluation afin d'avoir une vision de l'évolution de la personne. 5 ergothérapeutes ont répondu utiliser des outils afin d'avoir une prise en soins adaptée à la personne. 4 ergothérapeutes ont répondu utiliser des outils d'évaluation en fonction de la structure dans laquelle ils travaillent et les moyens dont elle dispose. 4 professionnels ont répondu utiliser certains outils d'évaluation par manque de temps. 2 ergothérapeutes ont répondu utiliser des outils d'évaluation par habitude de travail. 1 ergothérapeute a répondu utiliser des outils d'évaluation pour la reconnaissance du métier. 1 professionnel de santé a également répondu utiliser les outils d'évaluation selon leur facilité de passation et un autre professionnel en fonction de la rapidité de la passation. 1 ergothérapeute a répondu utiliser des outils d'évaluation selon le public qu'il reçoit, certains outils ne sont pas adaptés au public.

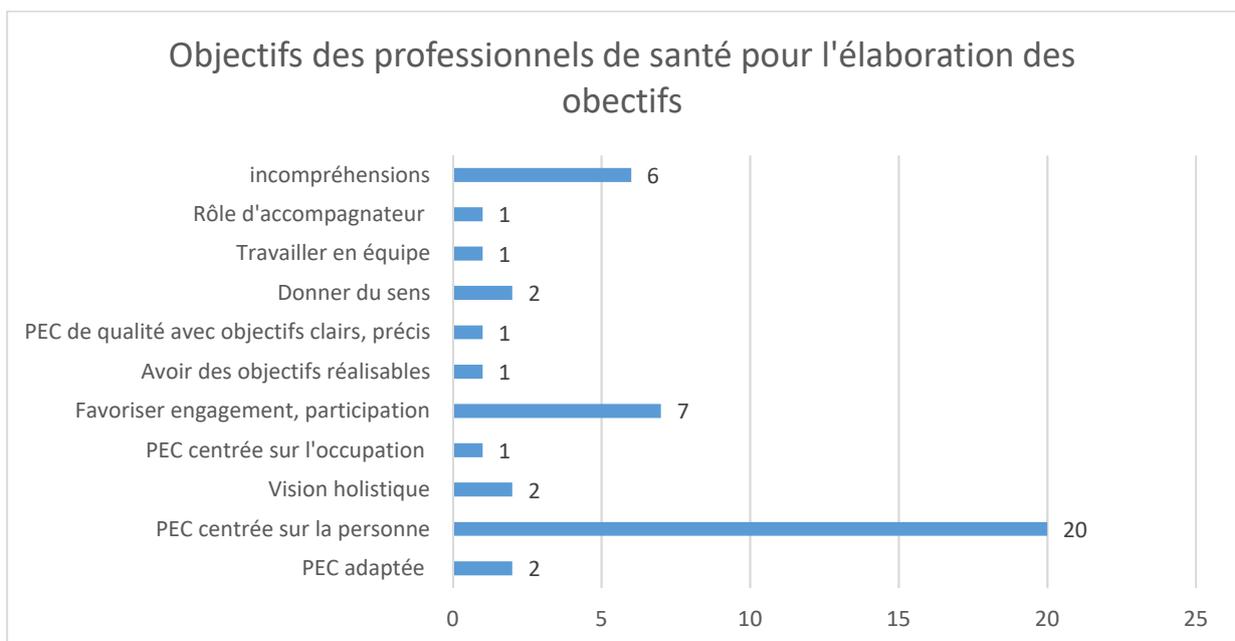
Parmi les réponses, 2 personnes ont répondu ne pas comprendre la question.

7-De quelle manière élaborez-vous les objectifs de la prise en soins du patient ?



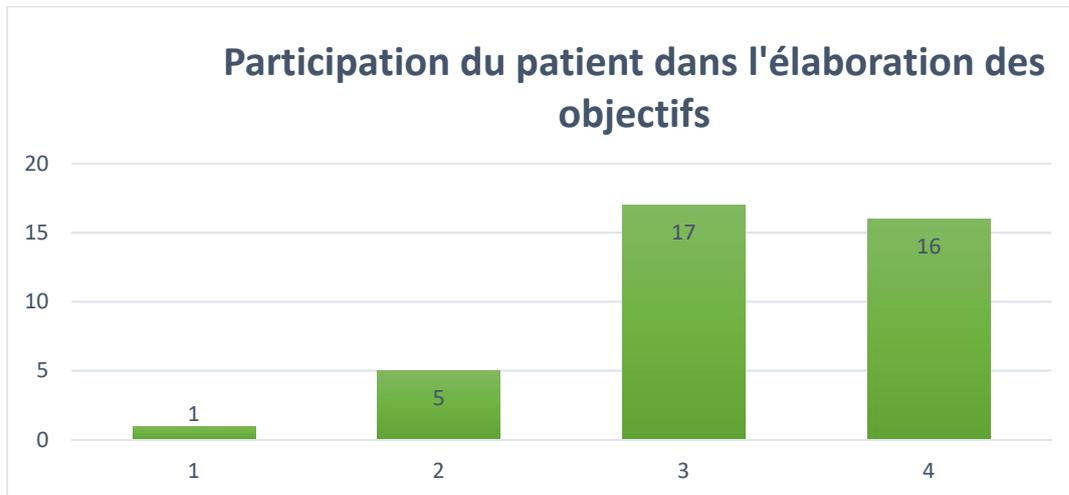
Une majorité soit 35/39 ergothérapeutes ont répondu élaborer les objectifs de la prise en soins selon les attentes du patient. 30/39 ergothérapeutes les élaborent en fonction des résultats des bilans. 9/39 ergothérapeutes ont répondu qu'ils les élaboraient en équipe pluridisciplinaire. 5/39 ont répondu le faire en fonction des attentes de l'entourage. 3/39 ont répondu les élaborer en utilisant la prescription du médecin. 1/39 ergothérapeute a répondu élaborer des objectifs de manière non officielle. Enfin, une autre minorité soit 1/39 des ergothérapeutes a répondu utiliser un ou plusieurs modèles conceptuels pour élaborer les objectifs de la prise en soins.

Pourquoi ?



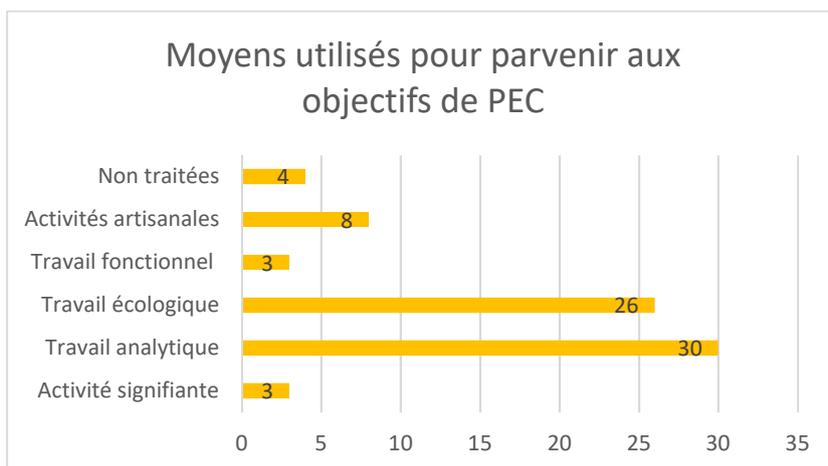
Une majorité soit 20/39 ergothérapeutes argumentent l'élaboration des objectifs d'une telle manière parce qu'ils ont une prise en charge centrée sur la personne.

Dans quelle mesure le patient participe-t-il à l'élaboration des objectifs de la prise en soins ?



17 ergothérapeutes ont répondu que le patient participe à l'élaboration de ses objectifs selon une échelle de 3/4, 16 professionnels ont répondu que le patient participe à l'élaboration de ses objectifs selon une échelle de 4/4. 5 ont répondu selon une échelle de 2/4. Enfin, 1 ergothérapeute a répondu que le patient participe à l'élaboration de ses objectifs sur une échelle de 1/4.

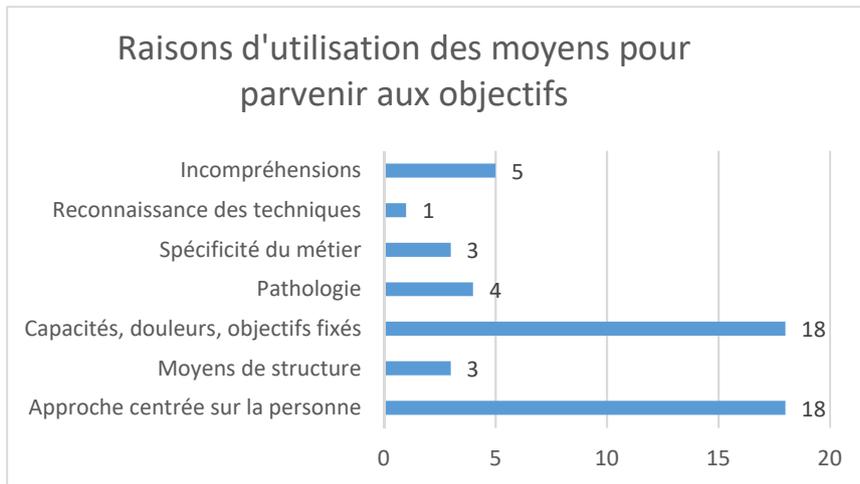
10-Dans la séance de prise en soins de la personne, qu'utilisez-vous comme moyen(s) et/ou type(s) d'activité(s) pour parvenir aux objectifs ?



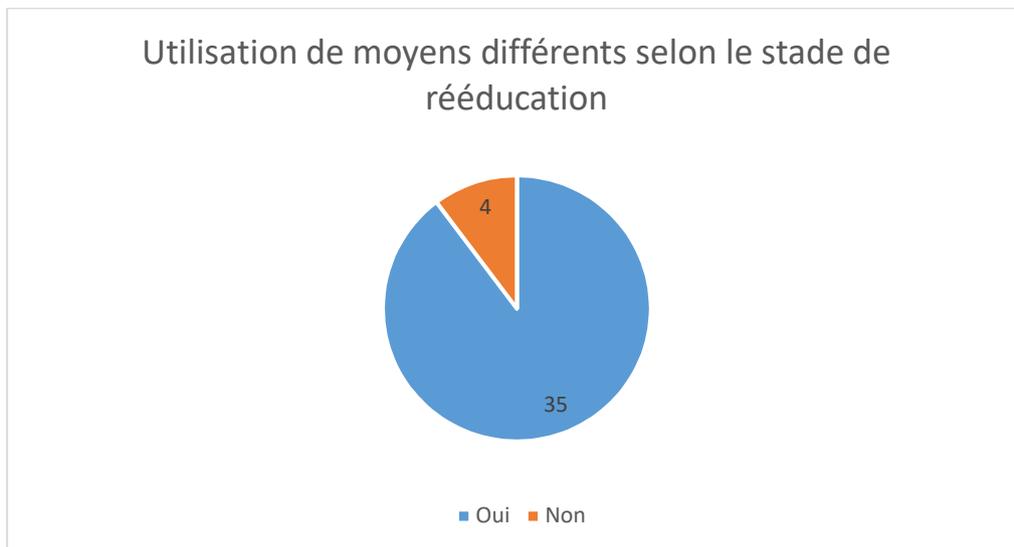
Comme vous pouvez le voir sur le graphique, la majorité des ergothérapeutes (30/39 réponses) disent utiliser le travail analytique comme moyen pour atteindre les objectifs. Une minorité utilise le travail fonctionnel et l'activité signifiante.

Dans cette question, 4 réponses n'ont pu être traitées de par leur contenu non en lien avec la question.

11- Pouvez-vous expliquer en quelques mots les raisons de votre choix ?

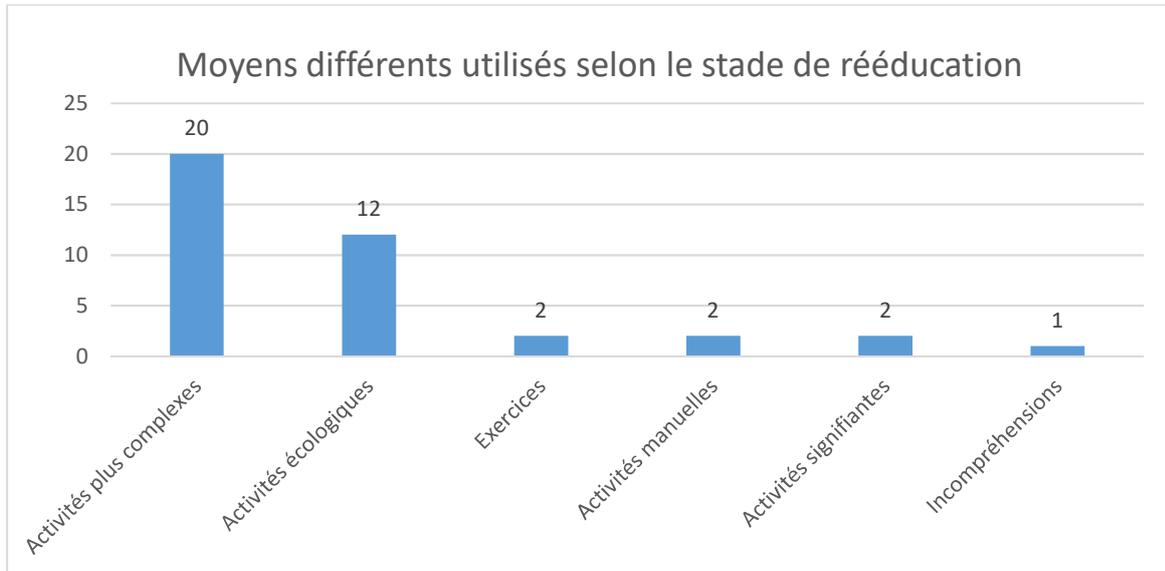


12- Selon le stade de rééducation de la personne, utilisez-vous des moyen(s), type(s) d'activité(s) différent(s) pour rééduquer le patient ?



La majorité des ergothérapeutes soit 35/39, ont répondu utiliser des moyens différents selon le stade de rééducation.

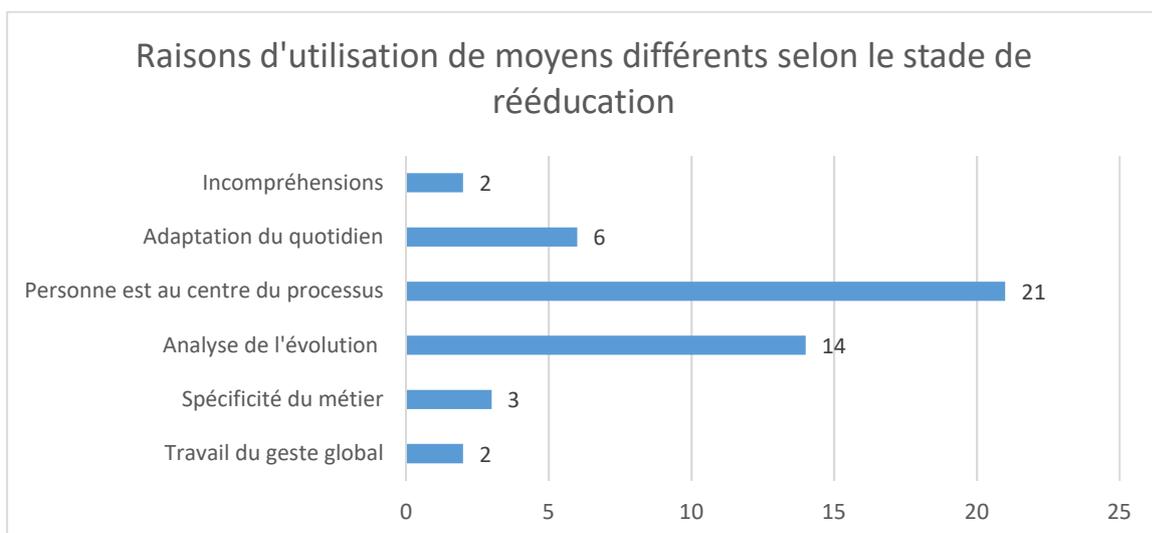
13- Si oui, lesquels ?



Les ergothérapeutes ayant répondu oui à la question précédente, ont répondu pour la majorité d'entre eux (20/35) qu'ils utilisent des activités plus complexes selon le stade de rééducation.

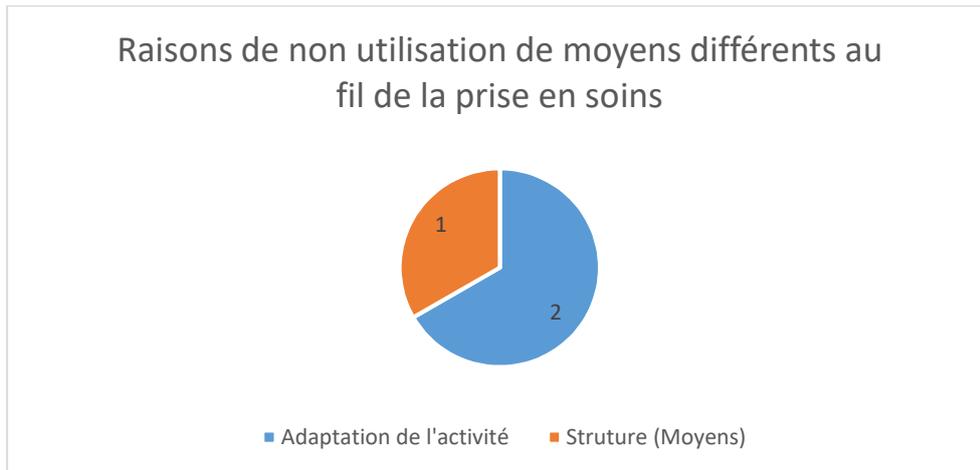
1 ergothérapeute n'a pas pu répondre à cette question du fait d'une incompréhension de celle-ci.

14- (Si oui à la question 12) Pourquoi utilisez-vous ces moyen(s), type(s) d'activité(s)?



Une majorité des ergothérapeutes soit 21/35 ont répondu utiliser des moyens différents selon le stade de rééducation de la personne car elle est au centre du processus.

15- (Si non à la question 12) Pourquoi n'utilisez-vous pas de moyen(s), type(s) d'activité(s) différent(s) ?



Cette question n'étant pas obligatoire 3/4 ergothérapeutes ayant répondu ne pas utiliser de moyens différents selon le stade de rééducation ont argumenté leur réponse. 2 d'entre eux ont répondu ne pas utiliser de moyens différents car ils adaptent l'activité au fil de la prise en soins. 1 ergothérapeute a répondu que sa structure ne lui permettait pas de changer de moyens au fil de la prise en soins.

Annexe 4 : Matrice conceptuelle

Concepts	Qualitatifs	Critères/ Indicateurs
Approche centrée sur la personne	<ul style="list-style-type: none"> → Centrée sur la personne → Processus de changement → Congruence 	<ul style="list-style-type: none"> → Questions ouvertes → Place centrale → Discours plus important du patient

	<ul style="list-style-type: none"> → Regard inconditionnellement positif → Compréhension empathique → Relation horizontale entre le thérapeute et le patient 	<ul style="list-style-type: none"> → Honnêteté du thérapeute → Disponibilité du thérapeute → Attitude positive du thérapeute envers le patient → Le patient a un rôle d'expert
<p>Approche analytique (Modèle biomécanique)</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Centré sur la déficience ou le problème → Approche réductionniste → Relation verticale → Mesure quantifiable 	<ul style="list-style-type: none"> → Centré sur les caractéristiques individuelles de la personne → Thérapeute oriente, dirige → Questions fermées, semi ouvertes → Discours du thérapeute plus important → Exercices gradués, répétitifs → Activités adaptées → Thérapeute est détenteur du savoir

Engagement	<ul style="list-style-type: none"> → Implication → Flow 	<ul style="list-style-type: none"> → Participation → Activités significantes → Performance (efficacité) → Motivation → Temps d'investissement → Manifestations verbales → Manifestations infraverbales → Notion de plaisir → Thérapie centrée sur le client → Ressource → Agir → Environnement
------------	---	--

Annexe 5 : Grille d'entretien

Thèmes	Objectifs	Questions de relances
--------	-----------	-----------------------

L'utilisation d'une approche ou modèle par les ergothérapeutes dans leur pratique.	Comprendre dans quelle(s) approche(s) se situent les ergothérapeutes.	QR : Pouvez-vous préciser comment se passe l'élaboration des objectifs ?
L'utilisation d'une approche ou modèle par les ergothérapeutes dans leur pratique.	Comprendre dans quelle(s) approche(s) se situent les ergothérapeutes.	QR : Quel est la place (rôle) du patient dans ce processus ?
Connaissance des approches et modèles en ergothérapie.	Comprendre quelles sont les raisons d'utilisation ou de non-utilisation des approches, modèles en ergothérapie par els ergothérapeutes.	QR : Que pensez-vous des approches et modèles conceptuels en ergothérapie ? QR : Quels sont ceux que vous utilisez le plus souvent ?
La place de l'engagement de la personne dans le processus d'intervention	Comprendre quelle est la place de l'engagement de patient dans la prise en soins en ergothérapie.	QR : Qu'est-ce qui selon vous est le plus important dans la prise en soins du patient en ergothérapie ? QR : Qu'en est-il de l'engagement du patient ?
Les moyens mis en place par les ergothérapeutes pour	Comprendre les moyens mis en place par les ergothérapeutes pour	QR : Comment favorisez-vous l'engagement du patient dans votre pratique ?

favoriser l'engagement du patient.	favoriser l'engagement du patient ?	<p>QR : Qu'en est-il du cadre thérapeutique ?</p> <p>QR : Qu'en est-il des moyens, activités ?</p>
L'impact du contenu de la formation initiale dans l'utilisation ou non d'une approche	Déterminer si durant leur formation en ergothérapie, les ergothérapeutes ont eu des cours sur les approches, modèles en ergothérapie.	<p>QR : Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?</p> <p>QR : Durant votre formation, avez-vous eu des cours en lien avec les approches, modèles conceptuels ?</p>

QR : question de relance

Annexe 6 : Photocopie de la lettre d'informations concernant la protection des données personnelles, datée, signée par l'ergothérapeute A.

Lettre d'information concernant la protection des données personnelles dans le cadre de cette recherche

Tout d'abord, je vous remercie pour votre participation. L'objet de cette recherche porte sur l'utilisation d'approches, modèles conceptuels différents au sein d'un même processus d'intervention en ergothérapie visant l'engagement du patient. Cette étude permet l'exploration du phénomène de coexistence de deux approches différentes au sein d'une même intervention ergothérapique en rééducation.

Cette étude est réalisée dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche et vise le recueil de connaissances concernant la pratique des ergothérapeutes.

Les données collectées sont anonymes et seulement utilisées dans le cadre de ce travail de recherche avec l'étudiant en question.

Ci-dessous sont rédigés vos droits concernant la protection de vos données personnelles :

Droit d'être informé

Vous avez le droit d'être informé à propos des données qui sont collectées, comment elles sont utilisées, combien de temps elles sont conservées et si elles seront ou non partagées avec des tierces parties dans un langage clair et concis.

Droit d'accès

Si vous le souhaitez, vous pouvez bénéficier d'une copie de toutes les données personnelles recueillies lors de cet entretien. Dans ce cas le délai de délivrance de ces informations ne dépassera pas un mois.

Droit de rectification

Si vous pensez que les données fournies sont inexactes ou incomplètes, vous êtes en droit de demander qu'elles soient mises à jour. Cette manœuvre peut aller jusqu'à un mois avant que les informations soient modifiées.

Droit à l'effacement ou Droit à l'oubli

Vous êtes en droit de demander la suppression des données. Par exemple lorsque les données ne sont plus nécessaires, lorsque les données sont traitées de manière illégitimes ou lorsqu'elles ne sont plus nécessaires aux fins pour lesquelles elles ont été collectées. Cela comprend les cas où les personnes concernées retirent leur consentement.

Droit à la limitation du traitement

Vous pouvez demander la limitation d'utilisation de vos données personnelles. Il s'agit d'une alternative au droit d'effacement et peut être utile lorsqu'un individu conteste l'exactitude de

leurs données personnelles ou lorsque les informations ne sont plus utiles mais que les organisations en ont besoin pour établir, exercer ou défendre une revendication légale.

Droit à la portabilité des données

Vous avez le droit d'obtenir et de réutiliser vos données personnelles. Ce droit ne s'applique qu'aux données personnelles qu'un individu a fourni aux responsables du traitement via un contrat ou son consentement.

Les organisations doivent arrêter de traiter des informations à moins de pouvoir avoir des raisons légitimes sérieuses au traitement, surpassant les intérêts, droits et libertés des individus ou si le traitement a pour but la mise en place ou l'exercice de la défense en cas de revendications juridiques.

Droits liés à la prise de décision automatisée y compris le profilage

Le RGPD comprend les dispositions concernant les décisions prises sans participation humaine, tel que le profilage, utilisant les données personnelles afin de faire des hypothèses calculées concernant les individus. Il y a des règles strictes concernant le type de traitement, et vous êtes en droit de contester et demander une révision du traitement si vous croyez que les règles ne sont pas suivies.

Pour toutes questions vous pouvez me contacter sur cette adresse mail :

laurette.menviel@etu.univ-amu.fr

Date et signature :

29 Avril 2019



Annexe 7 : Photocopie de la dernière page de la lettre d'informations concernant la protection des données personnelles, datée, signée par l'ergothérapeute B.

leurs données personnelles ou lorsque les informations ne sont plus utiles mais que les organisations en ont besoin pour établir, exercer ou défendre une revendication légale.

Droit à la portabilité des données

Vous avez le droit d'obtenir et de réutiliser vos données personnelles. Ce droit ne s'applique qu'aux données personnelles qu'un individu a fourni aux responsables du traitement via un contrat ou son consentement.

Les organisations doivent arrêter de traiter des informations à moins de pouvoir avoir des raisons légitimes sérieuses au traitement, surpassant les intérêts, droits et libertés des individus ou si le traitement a pour but la mise en place ou l'exercice de la défense en cas de revendications juridiques.

Droits liés à la prise de décision automatisée y compris le profilage

Le RGPD comprend les dispositions concernant les décisions prises sans participation humaine, tel que le profilage, utilisant les données personnelles afin de faire des hypothèses calculées concernant les individus. Il y a des règles strictes concernant le type de traitement, et vous êtes en droit de contester et demander une révision du traitement si vous croyez que les règles ne sont pas suivies.

Pour toutes questions vous pouvez me contacter sur cette adresse mail :

laurette.menviel@etu.univ-amu.fr

Date et signature :

Le 3/05/2019



Annexe 8 : Photocopie de la dernière page de la lettre d'informations concernant la protection des données personnelles, datée, signée par l'ergothérapeute C.

leurs données personnelles ou lorsque les informations ne sont plus utiles mais que les organisations en ont besoin pour établir, exercer ou défendre une revendication légale.

Droit à la portabilité des données

Vous avez le droit d'obtenir et de réutiliser vos données personnelles. Ce droit ne s'applique qu'aux données personnelles qu'un individu a fourni aux responsables du traitement via un contrat ou son consentement.

Les organisations doivent arrêter de traiter des informations à moins de pouvoir avoir des raisons légitimes sérieuses au traitement, surpassant les intérêts, droits et libertés des individus ou si le traitement a pour but la mise en place ou l'exercice de la défense en cas de revendications juridiques.

Droits liés à la prise de décision automatisée y compris le profilage

Le RGPD comprend les dispositions concernant les décisions prises sans participation humaine, tel que le profilage, utilisant les données personnelles afin de faire des hypothèses calculées concernant les individus. Il y a des règles strictes concernant le type de traitement, et vous êtes en droit de contester et demander une révision du traitement si vous croyez que les règles ne sont pas suivies.

Pour toutes questions vous pouvez me contacter sur cette adresse mail :

laurette.menviel@etu.univ-amu.fr

Date et signature :

03/05/2019



Annexe 9 : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute A

1 Q : Question inaugurale : Pouvez-vous me donner un exemple de votre processus
2 d'intervention en ergothérapie, donc de l'arrivée d'un nouveau patient à sa sortie ?

3 R : Ok, eh bien à l'arrivée du patient donc je prends connaissance du dossier en amont qui est
4 le dossier d'entrée qui a été fait par le médecin et je prends ma prescription. Et en fonction, je
5 fais mes bilans d'entrée. Donc la plupart du temps, je fais un bilan orthopédique, ensuite du
6 musculaire comme outil, fonctionnel et si y'a besoin du cognitif mais le cognitif c'est en
7 complément du bilan neuropsych.

8 Q : D'accord. OK.

9 R : Et après je commence ma rééducation et adaptation en aides techniques ou au
10 positionnement et après, eh bien je fais la prise en charge. Et après, un peu en amont de la
11 sortie je travaille vraiment sur la réadaptation logement et voilà.

12 Q : D'accord. OK.

13 R : Et pour tout ce qui est social, en général on les envoie sur COMETE, c'est un organisme
14 qui est là pour la réinsertion socio-professionnelle.

15 Q : D'accord. OK. Et est-ce que vous pouvez préciser comment se passe l'élaboration des
16 objectifs ?

17 R : Eh bien les objectifs, c'est en fonction des déficits que... que je peux observer suite aux
18 bilans.

19 Q : D'accord. Et quel est... le patient dans tout ça, dans ce processus quelle est sa place ?

20 R : Eh bien c'est-à-dire que lors de l'entretien je lui demande ses centres d'intérêts, ses loisirs,
21 ce qu'il faisait avant, s'il travaillait ou pas et... et ce qu'il attend de sa prise en charge. Après
22 la plupart du temps ils me répondent qu'ils veulent retrouver un maximum de capacités.

23 Q : D'accord.

24 R : Donc voilà. C'est-à-dire que les blessés médullaires qui viennent d'avoir un accident, leur
25 objectif c'est, eh bien lui il veut remarcher, c'est délicat de lui dire tu ne vas pas pouvoir faire
26 ça quoi. (Rires)

27 Q : D'accord.

28 R : Voilà.

29 Q : Et au niveau de la rééducation que vous pouvez, que vous mettez en place, est-ce que vous
30 pouvez me donner un exemple de type d'activités ou d'exercices ?

31 R : Eh bien dans les premiers temps ça va beaucoup être du travail analytique en fait pour
32 retrouver quand même des ... des gestes les plus fonctionnels possibles pour qu'après ils
33 puissent s'épanouir dans leur projet quoi.

34 Q : D'accord.

35 R : Mais, au premier abord c'est vraiment de l'analytique donc je travaille avec des cônes, des
36 cubes, je les posture... voilà.

37 Q : D'accord OK. Et est-ce qu'au niveau du cadre thérapeutique il y a quelque chose ?

38 R : Pardon, je n'ai pas compris ça a un peu coupé.

39 Q : Est-ce qu'au niveau du cadre thérapeutique vous mettez en place quelque chose ?

40 R : Le truc c'est que mettre un cadre eh bien c'est un peu compliqué parce que déjà je ne suis
41 pas seule avec un patient, c'est-à-dire que pendant... les patients viennent ils ont une heure de
42 rééducation en ergo donc je peux en avoir 3 à 4 par heure donc c'est sûr que je ne fais pas du
43 groupe, je fais des prises en charges qui sont individuelles mais en gros c'est de l'individuel
44 dans un groupe. Après je reste disponible pour lui, s'il a des questions je suis là voilà. Je,
45 voilà après sur les principes de prises en charge, c'est ça que tu veux savoir ?

46 Q : Oui.

47 R : Voilà, ce sont des principes comme le respect de la douleur, et respect de la personne quoi
48 et voilà.

49 Q : D'accord. Et au niveau de l'engagement du patient ?

50 R : Eh bien l'engagement, lui normalement il est engagé à venir tous les jours une heure en
51 ergo, après c'est lui qui décide de venir ou pas quoi donc s'il ne vient pas, bon eh bien dans
52 un premier temps je vais chercher à savoir pourquoi il n'est pas venu, s'il avait un rendez-

53 vous, s'il avait trop de douleurs, qu'il ne pouvait pas ou si tout simplement il ne voulait pas à
54 cet instant venir en rééducation parce que eh bien moralement ça n'allait pas trop ou quoique
55 ce soit. Voilà. Après je lui explique que de toute façon la rééducation c'est pour lui ce n'est
56 pas pour moi que s'il vient c'est lui qui va être eh bien ... c'est lui qui va perdre ce n'est pas
57 moi. (Rires)

58 Q : D'accord.

59 R : Ils sont majeurs donc ils sont libres de faire leur choix quoi.

60 Q : OK. Et du coup comment vous favorisez l'engagement du patient dans votre pratique ?

61 R : Eh bien j'essaye de le favoriser en instaurant quand même une confiance avec le patient.
62 Faut que le patient ait une confiance en moi et ses capacités et que je vais tout faire pour
63 retrouver le plus de motricité possible mais que ça vient surtout de sa part. Le plus important
64 c'est lui, son engagement à lui et sa motivation à lui.

65 Q : D'accord. OK. Et sinon qu'est-ce que vous pensez des approches et des modèles
66 conceptuels qui existent en ergothérapie ?

67 R : (Rires) Alors, pour moi les modèles conceptuels sont jolis sur le papier, que c'est
68 beaucoup fait pour, je pense qu'en fait, on les apprend à l'école mais c'est un peu pour nous
69 formater à une certaine vision que l'on doit avoir dans notre profession mais après en
70 pratique tu les sollicites pas du tout c'est-à-dire qu'en fait je vais voir les déficits du patient,
71 sa pathologie mais je ne me dis pas eh bien là je vais utiliser le modèle biomécanique ou le
72 modèle psychodynamique ou quoique ce soit c'est-à-dire qu'en fait je fais... tu es plus dans
73 l'agir que dans la planification en fait.

74 Q : D'accord. Et est-ce qu'il y en a que vous utilisez particulièrement ?

75 R : Eh bien, en fait, en rééducation on va beaucoup utiliser le modèle biomécanique.

76 Q : D'accord. De puis combien de temps êtes-vous diplômé ?

77 R : Je suis diplômé depuis septembre 2016 et ça va faire 2 ans et demi bientôt que je travaille
78 dans le centre de rééducation ?

79 Q : D'accord et durant votre formation initiale, est-ce que vous avez eu des cours en lien avec
80 les approches, modèles conceptuels ?

81 R : eh bien oui, on le voit en première année à l'école mais je n'ai pas fait des analyses en lien
82 avec les modèles pendant les stages par exemple. Ce n'était que pour les devoirs.

83 Q : D'accord.

Annexe 10 : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute B

1 Q : Pouvez-vous me donner un exemple du processus d'intervention, de l'arrivée d'un
2 nouveau patient à sa sortie ?

3 R : Eh bien... de processus d'intervention, ça risque d'être long. (Rires) Tout d'abord, on
4 accueille ce patient, on lui présente l'ergothérapie, on lui dit qui on est, ce pourquoi on doit
5 s'occuper de lui. Donc ça c'est une première approche en réalité lorsqu'on reçoit le patient.
6 On le fait en chambre, pour être concret.

7 Q : D'accord.

8 R : Et lorsqu'on voit le patient en chambre on fait un petit peu le point de sa situation,
9 notamment sur les gestes dans le lit, les transferts, les retournements, les rehaussements, les
10 redressements, etc. On fait un petit peu le point avec lui aussi sur son degré de dépendance.

11 Q : Oui.

12 R : Point que l'on fait en collaboration avec le service soignant qui connaît aussi le patient,
13 qui l'a vu à son arrivée, qui a son idée sur le patient, ses capacités et son degré de dépendance.
14 Ensuite, le patient descend en ergothérapie le lendemain en général et là on fait les premières
15 évaluations, les premiers entretiens et on fixe les objectifs à court terme avec le patient. Voilà,
16 ça se passe comme ça. Ensuite, la prise en charge est quotidienne, à savoir une demi-heure par
17 jour, donc tous les jours, que ce soit un patient d'hôpital de jour ou un patient
18 d'hospitalisation complète. C'est tous les jours.

19 Q : D'accord. OK.

20 R : Tu veux plus de détails par rapport à ça, par rapport au processus d'intervention ?

21 Q : Oui, notamment sur comment se passe l'élaboration des objectifs. Tout à l'heure vous
22 aviez dit avec le patient, c'est-à-dire ? Vous auriez un exemple ?

23 R : Oui, l'élaboration des objectifs viennent du questionnement d'abord, de l'entretien, des
24 évaluations qu'on va faire aussi. Effectivement, il y a certains objectifs qui vont se fixer le
25 premier jour ou le deuxième et d'autres qui vont venir au fil du temps en fonction de notre
26 connaissance du patient, en fonction de ce qu'on va découvrir lors des évaluations qu'on va
27 faire à posteriori et en fonction aussi de la progression du patient. Evidemment, il faut une
28 bonne qualité d'écoute, un échange dans toutes les séances, un relationnel important pour être

29 à l'écoute justement...pour découvrir un petit peu plus le patient. Lui va s'ouvrir parfois un
30 peu plus au fil du temps, au fil des échanges, au fil de sa rééducation et souvent on ne sait pas
31 les premiers jours jusqu'où on va aller, à combien on va pouvoir l'impliquer aussi, son degré
32 d'implication est mouvant et se définit tout au long du séjour, c'est rarement les premiers
33 jours.

34 Q : Oui.

35 R : Ce qui est intéressant aussi c'est que le patient va découvrir au fil du temps, parce que les
36 patients ne savent pas ce qu'est l'ergothérapie en majorité et vont découvrir au fil du temps
37 l'intérêt même si on leur explique le premier jour ce n'est pas suffisant, ils vont découvrir par
38 les exercices, les objectifs qu'on va fixer avec eux, par les entretiens qu'on va avoir avec eux
39 à chaque séance, vont découvrir ce qu'on va pouvoir leur proposer et vont comprendre ça.

40 Q : D'accord.

41 R : C'est à nous effectivement de jouer avec ça d'être le plus, comment dire ça, le plus clair
42 possible eh bien pour expliquer notre approche, pour expliquer les moyens qu'on utilise, ce
43 qui fait partie de notre profession, pourquoi on va utiliser ces moyens là pour arriver à
44 atteindre tel ou tel objectif qu'on s'est fixé avec le patient. Tout ça pour comprendre que ce
45 n'est pas un modèle fait sur un laps de temps très court et sur le court de l'entretien c'est
46 quelque chose qui va être mouvant et qui va pouvoir être élaboré au fil du temps, au fil de la
47 prise en charge, au fil des questions donc du patient aussi et au fil de la progression et ... voilà
48 au fil de vraiment de la connaissance qu'il a de notre propre métier, notre propre intervention.
49 Le processus d'intervention il faut qu'il soit clair pour nous mais aussi pour lui. En le rendant
50 clair pour lui on le rend clair pour nous aussi. Ça c'est un truc auquel je crois vraiment.

51 Q : D'accord. Et tout à l'heure vous parliez de l'implication du patient, est-ce qu'il y a des
52 choses que vous mettez en place pour la favoriser notamment ?

53 R : Oui, surtout les mises en situation. Pour moi, c'est une clé pour obtenir l'implication du
54 patient où le patient et nous on voit ce qui peut être problématique dans ses capacités. Quelles
55 incapacités vont occasionner des dépendances particulières si tu veux. Donc ce sont les mises
56 en situations qui permettent souvent de définir si la patient a...comment dire ? En fait, on fait
57 un point. L'idée c'est plutôt ça. On fait un point sur la mise en situation et c'est lors de ce
58 point là qu'on va redéfinir avec lui un peu les objectifs et de façon à le réimpliquer un petit

59 peu dans sa prise en charge, si tant est qu'il y ait des déficits d'implication ou des problèmes
60 via ça, via la pathologie, via aussi... Ce qu'il faut considérer c'est peut-être diviser aussi les
61 pathologies en plusieurs parties. C'est à dire que les pathologies qui dégèrent, enfin qui sont
62 évolutives, la mise en situation va permettre de faire un vrai point sur les capacités à l'instant
63 T, sachant qu'il peut y avoir une évolution aussi. Du coup on va pouvoir proposer en fonction
64 de cette mise en situation et de ce qui a débouché.

65 (Interruption de l'entretien)

66 R : Bon, qu'est-ce que je disais ? Oui, ça permet de clarifier les choses sur ce degré de
67 capacités, d'incapacité, surtout dans le cas d'une pathologie qui peut évoluer effectivement et
68 du coup c'est vrai qu'on s'en sert, qu'on fait un point après, un retour, une restitution de ça. Et
69 j'aime bien faire ça maintenant, ça permet au patient de se rendre compte de ce dont il aura
70 éventuellement besoin, d'essayer comme aides techniques, on va prendre comme exemple
71 l'aide technique, et du coup de l'impliquer là-dessus. Et c'est vrai qu'encore une fois je ne me
72 sers pas de...

73 (Interruption de l'entretien)

74 R : Voilà. Donc après quand c'est une pathologie qui ne va pas être forcément évolutive, la
75 donne est différente parce qu'il y a une projection qui est un peu plus vers les progrès, la
76 positivité, etc. Donc c'est différent. Après peut-être que d'autres questions vont permettre
77 d'élaborer un peu de... de parler un peu plus de ça. C'est vrai qu'ici on a pas mal de sclérose
78 en plaques, de patient atteint de sclérose en plaque et c'est vrai que... bon je sais que ton
79 mémoire porte sur les modèles, mais je sais que ça serait peut-être bien de le mettre un petit
80 peu plus en place pour ces patients parce que c'est parfois compliqué même lorsqu'on fait de
81 mises en situation, c'est parfois compliqué pour eux de se rendre compte qu'ils n'ont plus
82 grand-chose à quoi se raccrocher. Voilà c'est un peu ça l'idée.

83 Q : D'accord. Et est-ce que par exemple, au niveau du cadre thérapeutique vous essayez de
84 mettre en place des choses justement ?

85 R : Du cadre thérapeutique c'est-à-dire ?

86 Q : He bien au niveau de l'environnement des séances, les modalités, etc pour essayer que la
87 personne soit, comme vous disiez tout à l'heure, impliquée ?

88 R : Mmmh

89 Q : Vous donniez l'exemple des, d'utiliser comme moyen les mises en situation que ça peut
90 impliquer le patient et là est-ce qu'au niveau du cadre thérapeutique, des modalités des
91 séances, il y des choses qui sont mises en place ?

92 R : He bien...des modalités des séances, j'essaye de trouver des exemples.

93 Q : Ça peut être aussi par rapport à vous, dans votre posture...

94 R : Tu veux dire est-ce que le cadre qu'on impose, qu'on fixe, notre posture aussi peut influencer sur
95 l'implication c'est ça la question ?

96 Q : Si oui, qu'est-ce que dans ces cas là vous mettez en place ?

97 R : Si oui, qu'est-ce qu'on met en place, là je n'ai pas d'exemple précis et ça ne m'aide pas à
98 argumenter si tu veux. On peut être amené à effectivement à poser un cadre. Alors là je pense
99 plus à des patients hémiparétiques, hémiparésie gauche qui ont du mal à respecter ce cadre là et
100 qui ne viennent pas à l'heure en séance par exemple, sont toujours perturbés par la notion du
101 temps. La notion du temps chez eux est altérée et pourquoi il va falloir mettre en place un
102 cadre vraiment très rigide. Oui, effectivement il en découlera une implication, je ne sais pas si
103 on peut parler d'implication mais dans tout les cas quelque chose de... par le fait que ce soit
104 cadrant on oblige le patient à s'impliquer dans une rééducation qui est cadrée. Pas plus tard
105 qu'hier, il y a une dame qui... les séances reprennent à 13h chez nous et elle arrive toujours à
106 une heure moins le quart. Donc ce que je lui ai dit plusieurs fois c'est de venir à 13h. Et là,
107 hier elle était encore là à une heure moins le quart. Donc l'idée c'est de se, comment dire, se
108 forger une conscience (rires) ce n'est pas toujours simple. Il faut faire un vrai travail sur soi
109 parce qu'imposer à quelqu'un un cadre ce n'est pas facile je trouve, personnellement. Ça
110 rejoint un petit peu le fait que le soignant puisse, en fonction de sa personnalité de soignant
111 fixer ce cadre-là. On peu aussi s'aider de l'organisation, de la structure tout simplement, de la
112 direction quand vraiment on n'arrive pas à imposer ce cadre là en prenant parti, en prenant
113 prétexte de cette...eh bien de l'organisation en général du service ou du centre pour que le
114 patient arrive à le respecter. Et du coup en le respectant, oui l'implication devient peut-être...
115 par ce biais-là, il y a une implication dans sa rééducation puisqu'il arrivera à respecter un petit
116 peu plus ce cadre.

117 Q : D'accord.

118 R : Il me vient un autre [exemple], c'est vrai que pour les mises en situation par exemple. Le
119 cadre lieu va être important. Les mises en situation ne se font pas n'importe où.

120 Q : D'accord.

121 R : Elles ne se font pas au vu et au su de ...parfois c'est vrai que... je pense qu'on peut le
122 faire nous ici mais le service est très ouvert. Et du coup on a une salle de mises en situation à
123 l'étage, la cuisine. On peut être amené à s'isoler avec le patient, à changer de cadre justement
124 pour qu'il y ait un peu plus d'intimité, je pense que c'est important aussi pour avoir, lors des
125 mises en situation un petit peu plus de participation de sa part. et puis, ça nous arrive très très
126 souvent de faire des mises en situation là-haut [étage] avec les familles, les aidants, les aidants
127 familiaux, parfois les auxiliaires de vie aussi ça nous arrive. Donc en impliquant des tierces
128 personnes qui sont déjà dans l'aide du patient si tu veux, dans la vie de tous les jours. En
129 faisant ce travail en triangulation, en miroir pour que le patient arrive à montrer ce dont il est
130 capable de faire aux yeux du soignant mais aussi aux yeux de l'auxiliaire de vie. Donc s'il fait
131 un peu plus d'effort dans sa mise en situation en montrant ce qu'il est capable de faire, il y a
132 une meilleure résonance au niveau de l'aide que va pouvoir apporter l'auxiliaire de vie, c'est
133 plus clair, c'est plus net mais tout en prenant en compte aussi qu'en fonction du moment, de
134 l'instant où le patient est en train de faire sa mise en situation ça compte aussi. Le matin ça ne
135 sera pas comme le soir, le midi etc. Voilà, et il y aura aussi d'autres notions, d'autres
136 paramètres mais ce cadre là est important. Et ça il faut en parler en amont, dans quel cadre on
137 va faire la mise en situation. Et du coup, effectivement l'implication peut-être je pense,
138 modifiée en fonction des personnes présentes, du cadre dans lequel on le fait. Tu vois les
139 idées me viennent au fil du dialogue.

140 Q : Qu'est-ce qui selon vous est le plus important, ou les choses auxquelles il faut faire
141 attention dans la prise en soins du patient ?

142 R : Eh bien le respect de la douleur déjà. Le respect de la douleur c'est quand même quelque
143 chose d'important, je pense qu'on ne peut pas rentrer dans une relation thérapeutique correcte
144 si on n'a pas pris en charge la douleur du patient. Alors que ce soit... qu'on y réponde en
145 termes de positionnement, en termes d'équipe c'est en en parlant effectivement à l'équipe, en
146 le traçant, en en parlant au médecin bien sur, en jouant... sur le plan médical, en jouant sur le
147 traitement etc. Ça c'est quelque chose auquel il faut vraiment être à l'écoute quotidiennement,
148 à mon sens. Et savoir y répondre soit par notre action d'ergothérapeute soit effectivement par

149 l'équipe. Ensuite il faut faire attention à sa culture aussi, à sa tradition, à son niveau scolaire, à
150 la famille, à ses habitudes de vie bien entendu, voilà à l'entourage. Qu'est-ce qu'il faut
151 prendre en compte ? Il faut prendre en compte son environnement, à la fois humain et
152 matériel. Donc ça comprend le lieu de vie etc. Donc le package auquel on est confronté nous
153 ergothérapeute. Il faut faire attention aussi à ses rythmes, en rééducation, à son rythme de vie
154 habituel aussi, à son rythme familial aussi, à son rôle familial c'est important. Encore une fois,
155 culture, tradition, religion, ici on a une population qui ne parle pas trop français souvent donc
156 faut aussi qu'on arrive à trouver des tierces personnes qui peuvent communiquer avec les
157 patients pour nous donner des informations et aussi dialoguer avec eux. Donc ça ce n'est pas
158 toujours simple. Donc voilà faire attention à tout ça, donc c'est très global mais effectivement
159 c'est important.

160 Q : Oui.

161 R : Et je pense que si on ne prend pas en compte tout ça, un maximum de choses qui concerne
162 ce que je viens de dire, effectivement pour l'impliquer ça va être plus compliqué quoi. (Rires)

163 Q : Oui.

164 R : Ça c'est clair, c'est évident. Et parfois très honnêtement, tout ça ne vient pas d'un seul
165 coup, encore une fois ça vient au fil du temps et le patient apprend tout simplement à nous
166 connaître. C'est un peu comme...une relation thérapeutique c'est presque comme un peu,
167 (rires) peut être que je vais aller un peu loin mais, une qui découvre son bébé, qui ne le
168 connaît pas. C'est un peu la même chose et qui va en prendre soins.

169 Q : D'accord.

170 R : C'est un peu ce type de relation là, à d'autres échelles bien sûr mais où au fil du temps
171 l'un et l'autre vont apprendre à se connaître et à s'adopter. Je pense qu'il y a quelque chose
172 comme ça.

173 Q : D'accord.

174 R : Il faut prendre aussi en compte, c'est quelque chose dont il faut parler je pense, c'est notre
175 positionnement de thérapeute. Il faut qu'il soit clair, net et affirmé. Maintenant, tout en
176 laissant de la place au patient dans ce qu'il... dans ses souhaits, ses habitudes de vie, dans le
177 respect de ses souhaits, de ses habitudes de vies mais tout en étant quand même...eh bien, il

178 faut avoir un peu d'expériences et arriver à intégrer un petit peu tout un tas de connaissances
179 bien sûr, c'est important aussi. Il faut que nous on est notre place aussi de soignant en tant
180 qu'ergothérapeute et que ce soit bien clair dans l'équipe. Et il faut aussi, je pense bien se
181 connaître soi-même, ses propres réactions et physiquement aussi il faut arriver à trouver
182 parfois des attitudes aussi où le patient va être un peu plus en relation avec nous. Par exemple,
183 un patient qui est allongé sur un lit, si on reste debout tout le temps peut être que ça va,
184 dominant-dominé qui n'est pas forcément, qui peut être néfaste. Donc s'asseoir, être au même
185 niveau etc. Dans la prise en soins c'est important pour favoriser le dialogue.

186 Q : D'accord. Et qu'est-ce que vous pensez des approches et modèles conceptuels en
187 ergothérapie ?

188 R : He bien j'en pense de plus en plus de bien. Ce n'est pas de la langue de bois ce que je fais.
189 Mais je ne les ai pas du tout appris lors de mes études d'ergothérapie il y a 20 ans, un peu
190 plus que ça. En réalité, le fait d'avoir des stagiaires qui viennent chez nous et qui nous en
191 parlent un petit peu ça me plaît bien. Ça me plaît bien mais de là à les utiliser c'est compliqué.
192 Alors je me suis déjà servie de la MCREO avec une patiente au début de ma carrière et j'avais
193 bien apprécié le fait d'apprécier justement la qualité de satisfaction, le degré de satisfaction de
194 la patiente dans chaque action de...chaque activité de la vie quotidienne. Ce qui me permettait
195 de hiérarchiser vraiment et d'arriver à prioriser certaines activités et du coup à prioriser,
196 hiérarchiser les objectifs de rééducation, voilà et ça c'était super. Et j'avais vraiment trouvé
197 avec elle que ça m'avait permis de dialoguer. C'est une dame que je connaissais depuis
198 longtemps et ça m'avait permis de renouer le dialogue car j'étais dans l'impasse thérapeutique
199 avec elle parce que je ne savais pas trop, elle ne s'impliquée effectivement plus trop. Et ça
200 avait été une clé si tu veux de ré implication, de réinvestissement parce que « A enfin
201 quelqu'un qui m'écoute et qui prend en compte les choses que je mets en premier et mon
202 degré de satisfaction à faire les choses malgré mon handicap, mes incapacités ». Donc tu vois
203 j'en pense du bien après je dois utiliser le modèle kawa avec un patient justement après en
204 avoir discuté avec une stagiaire qui est passée la semaine dernière et du coup je vais essayer
205 de le mettre en place. Mais c'est vrai que je n'ai pas cette culture-là. Je pense que dans nos
206 prises en soins, c'est vrai il faut dire prise en soins (rires), on utilise des bribes, des morceaux
207 ici ou là, ou on s'en inspire, on les habite un petit peu mais sans vraiment les connaître et en
208 fait il n'y a pas de structure en réalité de ces modèles-là. Et j'avoue que ce n'est pas bien, ce
209 n'est pas top, c'est à dire que si on continue à dire que les modèles ne servent à rien, je parle
210 pour les anciens, si on continue à dire que les modèles finalement on les fait sans les faire, je

211 pense qu'on ne peut pas vraiment faire quelque chose de qualité, qu'on ne peut pas les utiliser
212 correctement si on ne les utilise de façon rigoureuse en réalité. Voilà, c'est un peu mon avis
213 car j'entends souvent que les modèles c'est de la philosophie, sociologie et c'est vrai que ça
214 rejoint ces notions là mais s'ils existent c'est qu'il y a des gens qui se sont penchés là-dessus
215 et que c'est utilisable et utilisé forcément. Après peut-être qu'il a une différence entre le nord
216 et le sud en France. Ce serait intéressant de savoir ça. Voilà, en tout cas j'en pense du bien et
217 j'aimerais bien en utiliser plus souvent concrètement. Voilà, la MCREO peut être, le modèle
218 kawa, je pense que ça peut être un modèle intéressant quand vraiment les patients eux-mêmes
219 sont dans une impasse, ne savent plus à quoi se raccrocher, des gens qui sont à la fois dans la
220 pathologie, qui ont une vie familiale qui est en train de se dissoudre, de se disloquer un petit
221 peu souvent du fait de la pathologie. Ça peut être très intéressant et puis dans d'autres
222 domaines effectivement. Mais j'en pense du bien franchement.

223 Q : D'accord.

224 R : Je suis assez pour mais je ne les utilise pas assez. Je me flagelle un peu en disant ça.

225 (Rires)

226 Q : Et juste avant qu'on termine, une dernière question, au niveau des moyens, des activités
227 que vous mettez en place dans le cadre de la rééducation du patient, de ses déficits, est-ce que
228 vous pouvez me donner quelques exemples de ce que vous utilisez ?

229 R : Comme exercice de rééducation ? C'est ça ? Tu veux que je te décrive les exercices ?

230 Q : Comme moyen, comme activités.

231 R : Comme moyen, comme activités...

232 Q : des exemples.

233 R : des exemples d'activités eh bien des activités de...

234 Q : Ça peut être très précis.

235 R : Ça peut être très précis ? eh bien des activités, par exemple on va prendre un travail de
236 l'équilibre debout. On va mettre en place un travail de l'équilibre debout en positionnant une
237 table devant le patient, un exercice de déplacement d'objets avec les bras, lesquels vont le
238 déséquilibrer, lui en fait ré apprend à s'équilibrer. Ça peut être devant un miroir, c'est un

239 moyen que l'on va utiliser pour renforcer l'équilibre du patient. Le fait de se lâcher avec une
240 main, deux mains aussi va pouvoir renforcer un petit peu sa réassurance en l'utilisation des
241 jambes, des membres inférieurs par exemple.

242 Q : D'accord.

243 R : éventuellement, cet exercice-là va pouvoir aussi faire travailler les réactions d'appui, le
244 ressenti des appuis, les transferts d'appui d'une jambe à l'autre éventuellement s'il y a un
245 déficit plus important d'un côté que de l'autre, les transferts d'appui du bassin. Toujours en
246 les expliquant, en expliquant pourquoi on les fait, dans un but par exemple de faire en sorte
247 que le patient arrive à tenir debout devant un lavabo, devant un plan de travail de cuisine, en
248 sécurité et continuer à travailler avec ses bras, éventuellement tenir debout devant des toilettes
249 aussi. Voilà, tous les mouvements qui vont être faits avec les bras peuvent cibler les moments
250 de la vie quotidienne surtout. Après ça peut être aussi le travail des transferts dont le support
251 sont les mises en situations mais on va guider, on va donner des...pas des directives mais des
252 conseils qu'on va répéter. On travaille sur la répétition souvent. Quand c'est un patient
253 hémiplégique par exemple qui a aussi des troubles des fonctions supérieures on travaille aussi
254 sur les troubles des fonctions supérieures, sur les problèmes praxiques aussi. Les toilettes
255 aussi, les toilettes thérapeutiques peuvent être à la fois des évaluations mais aussi des
256 exercices de réadaptation qui permettent de travailler sur des points de reconnaissances
257 d'objets, des troubles gnosiques, ou des problèmes d'utilisation d'objet de la vie quotidienne,
258 de troubles praxiques. Enfin, de réintégrer ces objets dans l'utilisation courante et dans les
259 bons gestes à réaliser pour que ces objets soient correctement utilisés. Voilà.

260 Q : Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?

261 R : Depuis 1999, donc cela fait 20 ans.

262 Q : d'accord et est-ce que vous aviez eu des cours en lien avec les modèles et les approches
263 durant la formation initiale.

264 R : Oui, j'ai eu un cours sur la MCREO, fait par une ergothérapeute qui avait été traduit de
265 l'anglais au français. Je me rappelle bien ce cours car je l'ai réutilisé justement mais c'est
266 tout, pas d'autres modèles en 1999 à appréhender, à intégrer en cours, malheureusement. Peut
267 être que ce n'était pas en vigueur à l'époque. Je pense que c'est toujours pareil, on prend de
268 plus en plus de ... le Canada nous inonde de plus en plus de ces modèles-là. Ce qui perturbe

269 les ergothérapeutes, en général, c'est que le Canada ce n'est pas la France tout simplement.
270 Après moi je ne connais pas le Canada, je n'y suis pas allé mais je pense que la relation au
271 soin, la relation thérapeutique, la notion même de soins, de prise en soins est différente d'ici
272 [France]. Après chez nous, dans cet hôpital-là, ce qui est compliqué c'est la variété de
273 population qu'il y a, la religion. Il y a des bouddhistes, des catholiques, des musulmans, des
274 religions hindouistes parfois. L'utilisation des modèles peut avoir aussi je pense, encore une
275 fois je ne les ai pas encore assez utilisés pour t'en parler de façon concrète mais... je pense
276 qu'en fonction des cultures on peut avoir des freins et des ajustements à faire, sachant que ces
277 modèles là viennent la plupart du temps du Canada, pas tous mais beaucoup je pense. Voilà,
278 donc... après peut-être qu'il y a des modèles qui viennent d'autres pays que je ne connais pas.
279 Non kawa, ce n'est pas du Canada. C'est quoi ?

280 Q : Ça vient du Japon.

281 R : Voilà, mais il peut y avoir des freins relatifs, comme on dit « Vérité au-deçà des Pyrénées,
282 erreur au-delà », je ne sais pas si tu connais cette expression ? (Rires)

283 Q : Non (Rires).

284 R : Ça veut dire que quand tu es chez toi effectivement tout ce qui avait l'air de vérité dans un
285 pays, une région n'est pas forcément conçu, voulu, intégré de la même façon ailleurs.

286 Q : D'accord.

Annexe 11 : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute C

1 Q : Question inaugurale : Est-ce que vous pouvez me donner un exemple de votre processus
2 d'intervention ? Donc de l'arrivée d'un patient à sa sortie.

3 R : Ok. Donc processus d'intervention... Donc premier contact avec le patient. Dans un
4 premier temps on va quand même vérifier son identité. Euh, on lui fait un rappel sur ce qui lui
5 arrive, sur sa pathologie, sur ses antécédent médicaux, une sorte d'anamnèse un petit peu, plus
6 médicale. Après je fais un bilan socio-environnemental. Savoir un peu sa situation familiale,
7 est ce qu'il travaille, il est marié etc... Voir aussi s'il a déjà des aides s'il dépend de la
8 MDPH, de l'APA etc... Son environnement physique. Donc comment il vit, est ce qu'il vit
9 en appartement ? Comment c'est aménagé ? etc...

10 Q : OK.

11 R : Voilà, en gros ça c'est la première prise de contact. Ensuite on va faire un bilan, tout
12 dépend de la pathologie. Bilan moteur, bilan sensitif, bilan cognitif. Euh cognitif on ne va pas
13 le faire forcément si on voit qui n'y a pas de trouble déjà au départ. Comme sensitif si... vite
14 fait. Donc là on va utiliser des évaluations.

15 Q : Oui.

16 R : Eh bien, voilà qui sont des des évaluations connues, normées. Après en fonction des
17 résultats de ses bilans moi je demande toujours à la personne quels sont à son avis ses besoins
18 et qu'est-ce qu'elle attend de ce séjour en centre de rééducation. Donc on prend toujours en
19 compte ses envies qu'est-ce qu'il attend pour pouvoir mettre en place un plan d'intervention
20 ergothérapeutique. Donc voilà nous en fonction des moyens à disposition, donc voilà on ne peut
21 pas forcément non plus... Dans un centre de rééducation on ne peut pas avoir non plus tous
22 les moyens qu'on veut. C'est assez limité. Mais voilà en fonction de ses centres d'intérêts de
23 ce qu'il attend de ce séjour en rééducation je mets en place des... Un plan d'intervention
24 ergothérapeutique avec plusieurs objectifs.

25 Q : D'accord.

26 R : Court, moyen, long terme. Eh bien qui sont sans cesse... qui évoluent sans cesse en
27 fonction de l'évolution du patient de ses besoins, s'il y a des choses qui changent. Donc voilà
28 après ça c'est le bilan mise en place du plan d'intervention. Et ensuite ce sont les séances de
29 rééducation.

30 Q : Oui.

31 R : Donc ça, ça peut se passer soit en chambre s'il est hospitalisé parfois si eh bien on travail
32 certaines choses précises, si on veut faire des mises en situation de toilette etc...

33 Q : D'accord.

34 R : Ça peut se passer dans la salle de rééducation. On peut aussi faire des sorties à l'extérieur,
35 voir un peu comment il se déplace. Enfin comment voir... Pour évaluer aussi en milieu plus
36 écologique. Et à domicile, donc nous on fait des visites à domicile. Et parfois des mises en
37 situation à domicile.

38 Q : D'accord.

39 R : Donc la visite à domicile c'est pour soit évaluer l'environnement. Soit aussi pour le mettre
40 en situation chez lui parce qu'il y a souvent un décalage entre ce qu'on voit ici et ce qui se fait
41 là-bas. Donc voilà ça euh... C'est en gros une séance de rééducation. En fonction de sa date
42 de sortie on a quand même des visites une fois par mois avec le médecin et le patient. Il peut
43 avoir aussi des P3I. Donc ça généralement c'est en début et pourquoi pas en fin en fin de prise
44 en charge quand c'est une situation un peu difficile, complexe, on fait venir la famille. Et
45 donc en fonction de cette visite, généralement le médecin établit une date de sortie. En
46 fonction de ça on adapte aussi notre prise en charge. On peut réévaluer le processus de prise
47 en charge et voilà. Et anticiper la sortie. Au cours des séances de rééducation, on peut faire
48 des petits bilans intermédiaires, pour voir s'il y a une évolution sur le plan moteur, cognitif. Et
49 généralement on fait un bilan de sortie la dernière semaine avant le départ du patient. Voilà.

50 Q : Ok. Et au niveau de l'élaboration des objectifs, comment ça se passe ? Est-ce que vous
51 avez un exemple à me donner ?

52 R : Un exemple précis ?

53 Q : Oui. Ou me détailler juste un peu plus comment ça se passe l'élaboration des objectifs.
54 Comment vous faites ?

55 R : Alors en fonction, déjà par rapport au bilan des capacités. Imaginons, je prends l'exemple
56 d'un patient qui a une sclérose en plaques, eh bien depuis... déjà depuis combien de temps
57 elle a eu cette une sclérose en plaques ? On regarde qu'est ce qui a été fait en amont avant par

58 d'autres professionnels car généralement il y a des patients qui ont envie de faire plein de
59 trucs mais on se rend compte qu'il y a plein de choses qui ont déjà été établies et que ça n'a
60 pas été possible. Enfin on essaie de comprendre pourquoi. Après en fonction des bilans, de ce
61 qui a été fait, des motivations du patient. De lui, qu'est-ce qu'il recherche ? Qu'est ce qui est
62 réalisable ? Et surtout qu'est ce qui a du sens dans sa vie. Enfin moi je mets souvent des
63 objectifs qui ont du sens dans sa vie quotidienne.

64 Q : D'accord.

65 R : ça ne sert à rien d'essayer absolument de lui faire faire des transferts ou je ne sais pas
66 moi... Récupérer de la force motrice dans le membre supérieur si lui te dit que ça se passe très
67 bien, qu'il est indépendant et autonome chez lui et que ce n'est pas ça qui est important pour
68 lui dans ses activités. Je ne vais pas mettre l'accent sur ça dans la rééducation. Je vais aller à
69 ce qui est important pour lui et qui a du sens quoi.

70 Q : D'accord.

71 R : Surtout sur des maladies évolutives, tu peux un petit peu récupérer mais tu sais que de
72 toute façon la maladie va évoluer et que si ce n'est pas ça qui compte... Après, par contre des
73 fois on a un œil d'expert qu'eux n'ont pas ... Par exemple sur une sclérose en plaques il y en a
74 qui disent « bah ce n'est pas grave, mon bras je n'en ai pas besoin je fais tout avec l'autre »,
75 parce qu'il y a toujours un côté qui est plus touché. Donc eux pour eux ils ont l'impression
76 que ça n'a pas de sens mais tu dis « oui mais moins vous en faites et plus vite vous allez
77 perdre aussi ». Donc on leur fait prendre conscience que c'est quand même important d'axer
78 la rééducation dessus même s'ils pensent que non au début mais on leur explique que moins
79 on en fait et plus ça va se dégrader au plus vite même s'ils ont l'impression que leur bras, ils
80 savent faire qu'avec l'autre. On essaie de leur faire comprendre donc. En fait il y a un peu de
81 tout. En fonction de tes bilans, ton œil d'expert, etc les envies du patient, ses motivations et
82 aussi la réalité chez lui, quotidienne.

83 Q : Et donc au niveau de tout ce qui va être mis en place après, pour les séances de
84 rééducation, donc les moyens et les activités par exemple. Est-ce que vous pourriez me
85 donner des exemples ou des détails sur ce qui est mis en place ?

86 R : Eh par exemple, eh bien en fonction des affinités de la personne avec telle ou telle
87 activités, imaginons on a un patient qui... je ne sais pas... si j'ai un exemple, j'ai un patient

88 qui avait une fracture de l'humérus, pour qui la rééducation était compliquée parce que lui
89 faire des exercices, mettre des anneaux sur un arbre ça l'énervait concrètement et voilà c'est
90 un monsieur qui est très bricoleur. Donc j'ai essayé de lui trouver une activité, de lui faire
91 faire des petites constructions en hauteur pour que l'on puisse travailler l'abduction de
92 l'épaule et les rotations sans que ce soit quelque chose de... en fait on le voit tout de suite, il y
93 a des patients qui refusent certaines activités, c'est catégorique et on va essayer de trouver
94 quelque chose qui fait travailler les mêmes choses mais qui soit, eh bien qui ait du sens pour
95 eux.

96 Q : D'accord. Ok.

97 R : Il y a des choses aussi... par exemple, c'est bête de dire encore ça à notre époque (Rires).
98 Mais entre les hommes et les femmes, la popu que l'on reçoit ici, il y a quand même les
99 femmes qui s'occupent beaucoup à la maison du ménage, des tâches ménagères, etc les
100 hommes le font un peu moins, ici en tout cas. Par exemple, sur un dos opéré les femmes ici
101 vont nous dire mais moi « comment je vais faire à la maison pour m'occuper de mes enfants,
102 pour vider le lave-vaisselle, ... ? » donc on va faire plus des mises en situations concrètes
103 donc voilà « pour faire votre lit vous ferez comme ça ». Un patient, par exemple qui te dit
104 « mais moi je ne fais jamais mon lit et je ne vide jamais le lave-vaisselle », bon eh bien on va
105 lui dire qu'on ne va pas faire ça mais on va lui dire « qu'est-ce que vous faites ? » donc je ne
106 sais pas, par exemple, il aime réparer les voitures, bon c'est très caricatural ce que je dis mais
107 c'est un peu ça quand même. (Rires) donc lui ce qu'il veut c'est conduire donc on va lui dire
108 « comment vous faites pour rentrer dans la voiture ? », « il faut que vous montiez comme ça »,
109 « il ne faut pas que vous conduisiez tant de temps... ». Donc ça se rapproche plus des affinités
110 de la personne pour eh bien dans leur vie quotidienne.

111 Q : Et quelle place a vraiment le patient en fait, dans tout ça, tout ce processus ?

112 R : Eh bien, alors il ne choisit pas directement l'activité parce que je pense que c'est nous
113 qui... on ne choisit pas une activité pour lui plaire, on choisit aussi une activité qui a du sens
114 dans sa rééducation. Si on veut travailler telle déficience motrice ou si on veut travailler telle
115 déficience cognitive, eh bien nous sommes les experts de l'analyse de l'activité, on sait que
116 cette activité n'est pas forcément la meilleure pour travailler ce que l'on veut spécifiquement
117 travailler mais par contre je pense qu'on leur laisse quand même une place dans... ils ont le
118 droit de dire si oui ou non... J'ai des patients qui me disent « je ne fais pas ça, ça ne

119 m'intéresse pas, je n'ai pas envie de faire ça, ça n'a aucun sens », même ça peut parfois les
120 énerver. Donc oui, là on va essayer de voir ensemble, de trouver quelque chose de plus
121 adapté, le juste milieu entre ce qu'il accepte, ce qui a une peu plus de sens pour eux mais nous
122 aussi qui correspond à ce que l'on veut faire travailler. Je pense qu'il y a un peu des deux.

123 Q : Oui.

124 R : parfois ça tombe bien, par exemple pour travailler la dextérité manuelle ou les préhensions
125 fines, on peut tomber sur des patientes qui sont très créatives et on va leur proposer de faire de
126 la couture, un pompon, ou faire de la laine et là tu tombes pile sur ce qu'elles aiment et donc
127 là elles sont super contentes.

128 Q : Mmmmm.

129 R : il y a des patients avec lesquels c'est un peu plus difficile car déjà ils ont des centres
130 d'intérêts un peu restreints donc il faut aller creuser qu'est-ce qu'ils aiment bien faire.

131 Q : Oui.

132 R : et puis, que ça corresponde avec ce que nous on veut leur faire travailler aussi. Après moi
133 j'ai du mal à faire faire quelque chose à quelqu'un qui est réticent et qui n'adhère pas. Si
134 l'activité n'enchant pas la personne du tout et qu'elle n'a pas envie, elle n'a aucune
135 motivation, elle va mal le faire donc je trouve que ça ne sert à rien de le faire aussi.

136 Q : D'accord.

137 R : Après des fois, en expliquant pourquoi on fait cette activité, ça passe mieux. C'est vrai que
138 s'il faut lui faire récupérer de la force dans les doigts, il n'y a pas 36 000 choses, on va
139 travailler avec les pâtes de rééducation, on ne va pas travailler avec les poignées. Bon eh bien
140 il n'y a pas beaucoup de choix pour travailler la force dans les doigts et donc là ils sont un peu
141 obligés d'adhérer mais si on leur explique que c'est pour travailler ça dans un premier temps,
142 ils adhèrent un peu plus en tout cas, ils ne sont pas réticents.

143 Q : Vous y aviez déjà un petit peu répondu mais comment vous favorisez l'engagement du
144 patient dans ce processus ? Vous aviez parlé des explications.

145 R : Alors déjà, au début, quand j'établis les objectifs je dis toujours et je lui demande s'il
146 adhère à ce qu'on va travailler ensemble donc je lui dis par exemple « on va travailler plus les

147 transferts parce que je pense que c'est ce qui est le plus important pour vous, pour récupérer
148 en autonomie, est-ce que vous êtes d'accord ». Généralement ils adhèrent quand même
149 souvent avant la rééducation. Et pour adhérer aux activités de rééducation, eh bien oui c'est ce
150 que je disais, on leur laisse un choix entre plusieurs, on leur laisse plusieurs possibilités.
151 Après parfois, on n'a pas le choix et il n'y a pas grand-chose à faire et dans ce cas-là on leur
152 explique. Dans ce cas-là « c'est important parce que ça fait travailler la flexion des doigts,
153 etc ».

154 Q : Et sinon que pensez-vous des approches, modèles conceptuels en ergothérapie ?

155 R : Alors le modèle de l'occupation humaine et le MCREO c'est un peu la même...en tout cas
156 c'est basé sur l'occupation humaine et la motivation du patient. Enfin le MCRO c'est plus sur
157 la satisfaction. C'est vrai que je serai plus sur le modèle de l'occupation humaine que sur la
158 MCREO parce que c'est vrai que je ne le fais pas trop à la fin des prises en charge, demander
159 la satisfaction. C'est vrai que je ne la demande pas trop, je vais demander vraiment ce qui le
160 gêne dans son quotidien, essayer vraiment de connaître ses centres d'intérêts, ce qui est
161 important pour lui ça oui.

162 Q : Oui.

163 R : Mais c'est vrai que la satisfaction, moi en tout cas je ne l'utilise pas trop parce que par fois
164 je trouve que c'est assez biaisé parce qu'on peut avoir aussi pas mal de patients qui ont des
165 troubles cognitifs ou psychiatriques, et parfois des personnalités un petit peu, ce n'est pas
166 border line mais...pas tous mais il y en a certains qui sont souvent dans la plainte. Quand on
167 leur demande s'ils sont satisfaits, selon les jours ils vont dire pas du tout tel jour, si on leur
168 demande « sur une échelle de 1 à 10 à combien êtes-vous satisfait ? » ils vont dire 2 et puis le
169 lendemain ils dire que non c'est plutôt 6. Je trouve que ce n'est pas très fiable selon l'humeur
170 du patient, selon s'il a des troubles cognitifs ou psychiatriques. Je trouve qu'en l'observant
171 sans demander on arrive à voir si la personne est satisfaite. Après le modèle Kawa je ne
172 l'utilise pas trop, c'est plus en psychiatrie. Ici il y a quand même une neuropsychologue qui
173 travaille beaucoup avec eux. Si on va le faire un petit peu de façon indirecte quand on fait les
174 anamnèses, quand on leur demande et qu'ils nous disent « eh bien oui depuis deux ans il y a
175 ça » et on va dire « qu'est-ce qu'il s'est passé il y a deux ans ? ». Donc on sait un petit peu les
176 éléments de vie, ce qu'il s'est passé.

177 Q : Mmmm.

178 R : En tout cas je ne vais pas le faire vraiment, « dessinez- moi un fleuve et mettez-moi les
179 », ça je ne le mets pas en pratique vraiment, je peux l'observer un petit peu. Après
180 forcément on parle beaucoup avec les patients pendant les séances, donc on sait quand même
181 plein de choses sur leur histoire de vie. On sait un peu des trucs mais moi je serai plus sur le
182 modèle de l'occupation humaine je pense.

183 Q : D'accord.

184 R : Après le PPH on est dedans mais c'est plus pour établir les plans d'intervention que je
185 l'utilise.

186 Q : Oui. Donc du coup...

187 R : Est-ce que j'interviens plus sur l'environnement, plus sur l'activité ou le patient en lui-
188 même, ça on le fait mais je ne le pose pas à l'écrit non plus c'est plus dans la tête.

189 Q : Avant que l'on termine, j'ai deux questions, depuis combien de temps vous êtes diplômé ?

190 R : Depuis 2 ans. Donc en septembre 2017.

191 Q : Et donc est-ce que vous aviez eu des cours en lien avec les approches, les modèles
192 conceptuels durant votre formation initiale ?

193 R : Oui, ma formation s'est déroulée en Belgique à Bruxelles.

Thèmes	Fragments signifiants Ergothérapeute A	Fragments signifiants Ergothérapeute B	Fragments signifiants Ergothérapeute C
<p>L'utilisation d'une approche ou modèle par les ergothérapeutes dans leur pratique.</p>	<p>« à l'arrivée du patient donc je prends connaissance du dossier en amont qui est le dossier d'entrée qui a été fait par le médecin et je prends ma prescription. Et en fonction, je fais mes bilans d'entrée. Donc la plupart du temps, je fais un bilan orthopédique, ensuite du musculaire comme outil, fonctionnel et si y'a besoin du cognitif mais le cognitif c'est en complément du bilan neuropsych. » L3-7</p> <p>« après je commence ma rééducation et adaptation en aides techniques ou au positionnement et après, eh bien je fais la prise en charge. Et après, un peu en amont de la sortie je travaille vraiment sur la réadaptation logement et voilà. » L9-11</p> <p>« Et pour tout ce qui est social, en général on les envoie sur COMETE, c'est</p>	<p>« Tout d'abord, on accueille ce patient, on lui présente l'ergothérapie, on lui dit qui on est, ce pourquoi on doit s'occuper de lui. Donc ça c'est une première approche en réalité lorsqu'on reçoit le patient. On le fait en chambre, pour être concret. » 13-6</p> <p>« Et lorsqu'on voit le patient en chambre on fait un petit peu le point de sa situation, notamment sur les gestes dans le lit, les transferts, les retournements, les rehaussements, les redressements, etc. On fait un petit peu le point avec lui aussi sur son degré de dépendance. » 18-10</p>	<p>« Donc premier contact avec le patient. Dans un premier temps on va quand même vérifier son identité. Euh, on lui fait un rappel sur ce qui lui arrive, sur sa pathologie, sur ces antécédents médicaux, une sorte d'anamnèse un petit peu, plus médicale. Après je fais un bilan social environnemental. Savoir un peu sa situation familiale, est ce qu'il travaille, il est marié etc... Voir aussi s'il a déjà des aides s'il dépend de la MDPH, de l'APA etc... Son environnement physique. Donc comment il vit, est ce qu'il vit en appartement ? Comment c'est</p>

	<p>un organisme qui est là pour la réinsertion socio-professionnelle. » L13-14</p> <p>« Eh bien les objectifs, c'est en fonction des déficits que... que je peux observer suite aux bilans. » L17-18</p> <p>« lors de l'entretien je lui demande ses centres d'intérêts, ses loisirs, ce qu'il faisait avant, s'il travaillait ou pas et... et ce qu'il attend de sa prise en charge. Après la plupart du temps ils me répondent qu'ils veulent retrouver un maximum de capacités. » L20-22</p> <p>« C'est-à-dire que les blessés médullaires qui viennent d'avoir un accident, leur objectif c'est, eh bien lui il veut remarcher » L24-25</p> <p>« Eh bien dans les premiers temps ça va beaucoup être du travail analytique en fait pour retrouver quand même des ... des gestes les plus fonctionnels possibles pour</p>	<p>« Point que l'on fait en collaboration avec le service soignant qui connaît aussi le patient, qui l'a vu à son arrivée, qui a son idée sur le patient, ses capacités et son degré de dépendance. [...] On fait les premières évaluations, les premiers entretiens et on fixe les objectifs à court terme avec le patient. » L12-15</p> <p>« Oui, l'élaboration des objectifs viennent du questionnaire d'abord, de l'entretien, des évaluations qu'on va faire aussi. Effectivement, il y a certains objectifs qui vont se fixer le premier jour ou le deuxième et d'autres qui vont venir au fil du temps en fonction de notre connaissance du patient, en fonction de ce qu'on</p>	<p>aménagé ? etc... » L3-9</p> <p>« c'est la première prise de contact. Ensuite on va faire un bilan, tout dépend de la pathologie. Bilan moteur, bilan sensitif, bilan cognitif. » L11-12</p> <p>« Donc là on va utiliser des évaluations. [...] qui sont des des évaluations connues, normées. Après en fonction des résultats de ces bilans moi je demande toujours à la personne quels sont à son avis ses besoins et qu'est-ce qu'elle attend de ce séjour en centre de rééducation. Donc on prend toujours en compte ses envies qu'est-ce qu'il attend pour pouvoir mettre en place un plan d'intervention</p>
--	--	---	--

	<p>qu'après ils puissent s'épanouir dans leur projet quoi. » L31-33</p> <p>« Mais, au premier abord c'est vraiment de l'analytique donc je travaille avec des cônes, des cubes, je les posture... » L35-36</p> <p>« je ne suis pas seule avec un patient [...] donc je peux en avoir 3 à 4 par heure donc c'est sûr que je fais pas du groupe, je fais des prises en charges qui sont individuelles mais en gros c'est de l'individuel dans un groupe. Après je reste disponible pour lui, s'il a des questions je suis là » L40-44</p> <p>« ce sont des principes comme le respect de la douleur, et respect de la personne » L47</p> <p>« en instaurant quand même une confiance avec le patient. Faut que le patient ait une confiance en moi et ses capacités et que je vais tout faire pour retrouver le</p>	<p>va découvrir lors des évaluations qu'on va faire à posteriori et en fonction aussi de la progression du patient. Evidemment, il faut une bonne qualité d'écoute, un échange dans toutes les séances, un relationnel important pour être à l'écoute justement...pour découvrir un petit peu plus le patient. Lui va s'ouvrir parfois un peu plus au fil du temps, au fil des échanges, au fil de sa rééducation et souvent on ne sait pas les premiers jours jusqu'où on va aller, à combien on va pouvoir l'impliquer aussi, son degré d'implication est mouvant et se définit tout au long du séjour, c'est rarement les premiers jours. » 123-33</p>	<p>ergothérapique. Donc voilà nous en fonction des moyens à disposition, [...] Dans un centre de rééducation on ne peut pas avoir non plus tous les moyens qu'on veut. C'est assez limité. Mais voilà en fonction de ces centres d'intérêts de ce qu'il attend de ce séjour en rééducation je mets en place des... Un plan d'intervention ergothérapique avec plusieurs objectifs. » L14-24</p> <p>« Court, moyen, long terme. Eh bien qui sont sans cesse... qui évoluent sans cesse en fonction de l'évolution du patient de ses besoins, s'il y a des choses qui changent. » 126-27</p> <p>« donc ça, ça peut se passer soit en</p>
--	---	---	--

	<p>plus de motricité possible mais que ça vient surtout de sa part. Le plus important c'est lui, son engagement à lui et sa motivation à lui. » L61-64</p> <p>« en fait je vais voir les déficits du patient, sa pathologie » L70-71</p> <p>« tu es plus dans l'agir que dans la planification » L72-73</p> <p>« en rééducation on va beaucoup utiliser le modèle biomécanique » L75</p>	<p>« le patient va découvrir au fil du temps, parce que les patients ne savent pas ce qu'est l'ergothérapie en majorité et vont découvrir au fil du temps l'intérêt même si on leur explique le premier jour ce n'est pas suffisant, ils vont découvrir par les exercices, les objectifs qu'on va fixer avec eux, par les entretiens qu'on va avoir avec eux à chaque séance, vont découvrir ce qu'on va pouvoir leur proposer et vont comprendre ça. » l35-39</p> <p>« le plus clair possible [...] pour expliquer notre approche, pour expliquer les moyens qu'on utilise, ce qui fait partie de notre profession, pourquoi on va utiliser ces moyens là pour</p>	<p>chambre s'il est hospitalisé parfois si eh bien on travail certaines choses précises, si on veut faire des mises en situation de toilette etc... » L31-32</p> <p>« Ça peut se passer dans la salle de rééducation. On peut aussi faire des sorties à l'extérieur, voir un peu comment il se déplace. [...] Pour évaluer aussi en milieu plus écologique. Et à domicile, donc nous on fait des visites à domicile. Et parfois des mises en situation à domicile. » L34-37</p> <p>« la visite à domicile c'est pour soit évaluer l'environnement. Soit aussi pour le mettre en situation chez lui parce qu'il y a souvent un décalage entre ce qu'on voit ici</p>
--	--	---	--

		<p>arriver à atteindre tel ou tel objectif qu'on s'est fixé avec le patient. » 131-44</p> <p>« ce n'est pas un modèle fait sur un laps de temps très court et sur le court de l'entretien c'est quelque chose qui va être mouvant et qui va pouvoir être élaboré au fil du temps, au fil de la prise en charge, au fil des questions donc du patient aussi et au fil de la progression » 144-47</p> <p>« Le processus d'intervention il faut qu'il soit clair pour nous mais aussi pour lui. En le rendant clair pour lui on le rend clair pour nous aussi.» 149-50</p> <p>« Oui, surtout les mises en situation. Pour moi, c'est une clé pour obtenir l'implication du</p>	<p>et ce qui se fait là-bas. [...] En fonction de sa date de sortie on a quand même des visites une fois par mois avec le médecin et le patient. [...] Et donc en fonction de cette visite, généralement le médecin établie une date de sortie. En fonction de ça on adapte aussi notre prise en charge. On peut réévaluer le processus de prise en charge et voilà. Et anticiper la sortie. Au cours des séances de rééducation, on peut faire des petits bilans intermédiaires, pour voir s'il y a une évolution sur le plan moteur, cognitif. Et généralement on fait un bilan de sortie la dernière semaine avant le départ du patient. » L39-49</p>
--	--	---	--

		<p>patient ou le patient et nous on voit ce qui peut être problématique dans ses capacités. [...] On fait un point sur la mise en situation et c'est lors de ce point-là qu'on va redéfinir avec lui un peu les objectifs et de façon à le réimpliquer un petit peu dans sa prise en charge » 153-59</p> <p>« Et du coup on a une salle de mises en situation à l'étage, la cuisine. On peut être amener à s'isoler avec le patient, à changer de cadre justement pour qu'il y ait un peu plus d'intimité, je pense que c'est important aussi pour avoir, lors des mises en situation un petit peu plus de participation de sa part." L122-125</p>	<p>« il peut avoir aussi des P3I. Donc ça généralement c'est en début de prise en charge. » L42-343</p> <p>« par rapport au bilan des capacités. Imaginons, je prends l'exemple d'un patient qui a une sclérose en plaque, eh bien depuis... déjà depuis combien de temps elle a eu cette une sclérose en plaque ? On regarde qu'est ce qui a été fait en amont avant par d'autres professionnels. Car généralement il y a des patients qui ont envies de faire pleins de trucs mais on se rend compte qu'il y a pleins de choses qui ont déjà été établies et que ça n'a pas été possible. Enfin on essaie de comprendre pourquoi. Après en fonction des bilans, de ce qui a été fait, des</p>
--	--	--	---

		<p>« Eh bien le respect de la douleur déjà. Le respect de la douleur c'est quand même quelque chose d'important, je pense qu'on ne peut pas rentrer dans une relation thérapeutique correct si on n'a pas pris en charge la douleur du patient. Alors que ce soit... qu'on y réponde en termes de positionnement, en termes d'équipe c'est en n'en parlant effectivement à l'équipe, en le traçant, en n'en parlant au médecin bien sûr, en jouant... sur le plan médical, en jouant sur le traitement etc. Ça c'est quelque chose auquel il faut vraiment être à l'écoute quotidiennement, à mon sens. Et savoir y répondre soit par notre action</p>	<p>motivations du patient. De lui, qu'est-ce qu'il recherche ? Qu'est ce qui est réalisable ? Et surtout qu'est ce qui a du sens dans sa vie. Enfin moi je mets souvent des objectifs qui ont du sens dans sa vie quotidienne. » L55-63</p> <p>« Je vais aller à ce qui est important pour lui et qui a du sens quoi. » L68-69</p> <p>« Après, par contre des fois on a un œil d'expert qu'eux n'ont pas ... Par exemple sur une sclérose en plaque il y en a qui disent « bah ce n'est pas grave, mon bras je n'en ai pas besoin je fais tout avec l'autre », parce qu'il y a toujours un côté qui est plus touché. Donc eux pour eux ils ont l'impression que ça n'a pas de sens mais</p>
--	--	--	---

		<p>d'ergothérapeute soit effectivement par l'équipe. Ensuite il faut faire attention à sa culture aussi, à sa tradition, à son niveau scolaire, à la famille, à ses habitudes de vie bien entendu, voilà à l'entourage. Qu'est-ce qu'il faut prendre en compte ? Il faut prendre en compte son environnement, à la fois humain et matériel. Donc ça comprend le lieu de vie etc. Donc le package auquel on est confronté nous ergothérapeute. Il faut faire attention aussi à ses rythmes, en rééducation, à son rythme de vie habituel aussi, à son rythme familial aussi, à son rôle familial c'est important.</p> <p>Encore une fois, culture, tradition, religion, ici on a une population qui ne</p>	<p>tu dis « oui mais moins vous en faites et plus vite vous allez perdre aussi ». Donc on leur fait prendre conscience que c'est quand même important d'axer la rééducation dessus même s'ils pensent que non au début mais on leur explique que moins on en fait et plus ça va se dégrader au plus vite même s'ils ont l'impression que leur bras, ils savent faire qu'avec l'autre. On essaye de leur faire comprendre donc. En fait il y a un peu de tout. En fonction de tes bilans, ton œil d'expert, etc les envies du patients, ses motivations et aussi la réalité chez lui, quotidienne. »</p> <p>L72-82</p> <p>« j'ai un patient qui avait une fracture de l'humérus, pour qui la</p>
--	--	---	---

		<p>parle pas trop français souvent donc faut aussi qu'on arrive à trouver des tierces personnes qui peuvent communiquer avec les patients pour nous donner des informations et aussi dialoguer avec eux. Donc ça ce n'est pas toujours simple. Donc voilà faire attention à tout ça, donc c'est très global mais effectivement c'est important. » L142-159</p> <p>« Ça c'est clair, c'est évident. Et parfois très honnêtement, tout ça ne vient pas d'un seul coup, encore une fois ça vient au fil du temps et le patient apprend tout simplement à nous connaître. C'est un peu comme...une relation thérapeutique c'est presque comme un peu, (rires) peut</p>	<p>rééducation était compliquée parce que lui faire des exercices, mettre des anneaux sur un arbre ça le gonfler concrètement et voilà c'est un monsieur qui est très bricoleur. Donc j'ai essayé de lui trouver une activité, de lui faire faire des petites constructions en hauteur pour que l'on puisse travailler l'abduction de l'épaule et els rotations sans que ce soit quelque chose de... en fait on le voit tout de suite, il y a des patients qui refusent certaines activités, c'est catégorique et on va essayer de trouver quelque chose qui fait travailler les mêmes choses mais qui soit, eh bien qui ait du sens pour eux. » L87-95</p> <p>« Par exemple, sur un dos opéré les femmes</p>
--	--	--	---

		<p>être que je vais aller un peu loin mais, une maman qui découvre son bébé, qui ne le connaît pas. C'est un peu la même chose et qui va en prendre soins. » L164-168</p> <p>« C'est un peu ce type de relation là, à d'autres échelles bien sûr mais où au fil du temps l'un et l'autre vont apprendre à se connaître et à s'adopter. Je pense qu'il y a quelque chose comme ça. » L170-172</p> <p>« Il faut prendre aussi en compte, c'est quelque chose dont il faut parler je pense, c'est notre positionnement de thérapeute. Il faut qu'il soit clair, net et affirmé. Maintenant, tout en laissant de la place au patient dans ce qu'il... dans ses</p>	<p>ici vont nous dire mais moi « comment je vais faire à la maison pour m'occuper de mes enfants, pour vider le lave-vaisselle, ... ? » donc on va faire plus des mises en situations concrètes donc voilà « pour faire votre lit vous ferez comme ça ». Un patient, par exemple qui te dit « mais moi je ne fais jamais mon lit et je ne vide jamais le lave-vaisselle », bon eh bien on va lui dire qu'on ne va pas faire ça mais on va lui dire « qu'est-ce que vous faites ? » donc je ne sais pas, par exemple, il aime réparer les voitures, bon c'est très caricatural ce que je dis mais c'est un peu ça quand même. (Rires) donc lui ce qu'il veut c'est conduire donc on va</p>
--	--	--	---

		<p>souhaits, ses habitudes de vie, dans le respect de ses souhaits, de ses habitudes de vies mais tout en étant quand même [...] Il faut que nous on est notre place aussi de soignant en tant qu'ergothérapeutes et que ce soit bien clair dans l'équipe » L174-180</p> <p>« Et il faut aussi, je pense bien se connaître soi-même, ses propres réactions et physiquement aussi il faut arriver à trouver parfois des attitudes aussi où le patient va être un peu plus en relation avec nous. Par exemple, un patient qui est allongé sur un lit, si on reste debout tout le temps peut être que ça va, dominant-dominé qui n'est pas forcément, qui peut être néfaste.</p>	<p>lui dire « comment vous faites pour rentrer dans la voiture ? », « il faut que vous montiez comme ça », « il ne faut pas que vous conduisiez tant de temps... ». Donc ça se rapproche plus des affinités de la personne pour eh bien dans leur vie quotidienne. » L100-110</p> <p>« j'ai du mal à faire faire quelque chose à quelqu'un qui est réticent et qui n'adhère pas. Si l'activité n'enchante pas la personne du tout et qu'elle n'a pas envie, elle n'a aucune motivation, elle va mal le faire donc je trouve que ça ne sert à rien de le faire aussi. » L133-135</p>
--	--	---	---

		<p>Donc s'asseoir, être au même niveau etc.</p> <p>Dans la prise en soins c'est important pour favoriser le dialogue. » L180-185</p> <p>« eh bien des activités, par exemple on va prendre un travail de l'équilibre debout. On va mettre en place un travail de l'équilibre debout en positionnant une table devant le patient, un exercice de déplacements d'objets avec les bras, lesquels vont le déséquilibrer, lui en fait ré apprend à s'équilibrer. Ça peut être devant un miroir, c'est un moyen que l'on va utiliser pour renforcer l'équilibre du patient. Le fait de se lâcher avec une main, deux mains aussi va pouvoir renforcer un petit peu sa réassurance en l'utilisation des</p>	
--	--	--	--

		<p>jambes, des membres inférieurs par exemple. » L235-241</p> <p>« Éventuellement, cet exercice-là va pouvoir aussi faire travailler les réactions d'appui, le ressenti des appuis, les transferts d'appui d'une jambe à l'autre éventuellement s'il y a un déficit plus important d'un côté que de l'autre, les transferts d'appui du bassin. Toujours en les expliquant, en expliquant pourquoi on les fait, dans un but par exemple de faire en sorte que le patient arrive à tenir debout devant un lavabo, devant un plan de travail de cuisine, en sécurité et continuer à travailler avec ses bras, éventuellement tenir debout devant des toilettes aussi. Voilà,</p>	
--	--	---	--

		<p>tous les mouvements qui vont être fait avec les bras peuvent cibler les moments de la vie quotidienne surtout. Après ça peut être aussi le travail des transferts dont le support sont les mises en situations mais on va guider, on va donner des...pas des directives mais des conseils qu'on va répéter. On travaille sur la répétition souvent. Quand c'est un patient hémiplégique par exemple qui a aussi des troubles des fonctions supérieures on travaille aussi sur les troubles des fonctions supérieures, sur les problèmes pratiques aussi. Les toilettes aussi, les toilettes thérapeutiques peuvent être à la fois des évaluations mais aussi des exercices de</p>	
--	--	--	--

		<p>réadaptation qui permettent de travailler sur des points de reconnaissances d'objets, des troubles gnosiques, ou des problèmes d'utilisation d'objet de la vie quotidienne, de troubles praxiques. Enfin, de réintégrer ces objets dans l'utilisation courante et dans les bons gestes à réaliser pour que ces objets soient correctement utilisés. » L243-259</p>	
<p>Connaissance des approches et modèles en ergothérapie.</p>	<p>« pour moi les modèles conceptuels sont jolis sur le papier, que c'est beaucoup fait pour, je pense qu'en fait, on les apprend à l'école mais c'est un peu pour nous formater à une certaine vision que l'on doit avoir dans notre profession mais après en pratique tu les sollicites pas du tout c'est-à-dire qu'en fait je vais voir</p>	<p>« He bien j'en pense de plus en plus de bien. Ce n'est pas de la langue de bois ce que je fais. Mais je ne les ai pas du tout appris lors de mes études d'ergothérapie il y a 20 ans, un peu plus que ça. En réalité, le fait d'avoir des stagiaires qui</p>	<p>« je serai plus sur le modèle de l'occupation humaine que sur la MCREO parce que c'est vrai que je ne le fais pas trop à la fin des prises en charge, demander la satisfaction. [...] je vais demander vraiment ce qui le gêne dans son</p>

	<p>les déficits du patient, sa pathologie mais je ne me dis pas eh bien là je vais utiliser le modèle biomécanique ou le modèle psychodynamique ou quoique ce soit c'est-à-dire qu'en fait je fais... tu es plus dans l'agir que dans la planification en fait. » L67-73</p>	<p>viennent chez nous et qui nous en parlent un petit peu ça me plaît bien. Ça me plaît bien mais de là à les utiliser c'est compliqué. Alors je me suis déjà servie de la MCREO avec une patiente au début de ma carrière et j'avais bien apprécié le fait d'apprécier justement la qualité de satisfaction, le degré de satisfaction de la patiente dans chaque action de... chaque activité de la vie quotidienne. Ce qui me permettait de hiérarchiser vraiment et d'arriver à prioriser certaines activités et du coup à prioriser, hiérarchiser les objectifs de rééducation, voilà et ça c'était super. Et j'avais vraiment trouvé avec elle que ça m'avait permis de re dialoguer. C'est</p>	<p>quotidien, essayer vraiment de connaître ses centres d'intérêts, ce qui est important pour lui ça oui. » L157-161</p> <p>« c'est vrai que la satisfaction, moi en tout cas je ne l'utilise pas trop parce que parfois je trouve que c'est assez biaisé parce qu'on peut avoir aussi pas mal de patients qui ont des troubles cognitifs ou psychiatriques, et parfois des personnalités un petit peu, ce n'est pas border line mais...pas tous mais il y en a certains qui sont souvent dans la plainte. Quand on leur demande s'ils sont satisfaits, selon les jours ils vont dire pas du tout tel jour, si on leur demande « sur une échelle de 1 à 10 à combine êtes-vous</p>
--	--	--	--

		<p>une dame que je connaissais depuis longtemps et ça m'avait permis de renouer le dialogue car j'étais dans l'impasse thérapeutique avec elle parce que je ne savais plus trop, elle ne s'impliquée effectivement plus trop. Et ça avait été une clé si tu veux de ré implication, de réinvestissement parce que « A enfin quelqu'un qui m'écoute et qui prend en compte les choses que je mets en premier et mon degré de satisfaction à faire les choses malgré mon handicap, mes incapacités ». Donc tu vois j'en pense du bien après je dois utiliser le modèle kawa avec un patient justement après en avoir discuté avec une stagiaire qui est</p>	<p>satisfait ? » ils vont dire 2 et puis le lendemain ils dire que non c'est plutôt 6. Je trouve que ce n'est pas très fiable selon l'humeur du patient, selon s'il a des troubles cognitifs ou psychiatriques. Je trouve qu'en l'observant sans demander on arrive à voir si la personne est satisfaite. Après le modèle Kawa je ne l'utilise pas trop, c'est plus en psychiatrie. Ici il y a quand même une neuropsychologue qui travaillent beaucoup avec eux. Si on va le faire un petit peu de façon indirecte quand on fait les anamnèses, quand on leur demande et qu'ils nous disent « eh bien oui depuis deux ans il y a ça » et on va dire « qu'est-ce qu'il s'est passé il y a deux ans ? ». Donc on sait</p>
--	--	---	--

		<p>passée la semaine dernière et du coup je vais essayer de le mettre en place. Mais c'est vrai que je n'ai pas cette culture-là. Je pense que dans nos prises en soins, c'est vrai il faut dire prise en soins (rires), on utilise des bribes, des morceaux ici ou là, ou on s'en inspire, on les habite un petit peu mais sans vraiment les connaître et en fait il n'y a pas de structure en réalité de ces modèles-là. Et j'avoue que ce n'est pas bien, ce n'est pas top, c'est à dire que si on continu à dire que les modèles ne servent à rien, je parle pour les anciens, si on continu à dire que les modèles finalement on les fait sans les faire, je pense qu'on ne peut pas vraiment faire quelque chose de qualité, qu'on ne</p>	<p>un petit peu les éléments de vie, ce qu'il s'est passé. » L163-176</p> <p>« on parle beaucoup avec les patients pendant les séances, donc on sait quand même pleins de choses sur leur histoire de vie. On sait un peu des trucs mais moi je serai plus sur le modèle de l'occupation humaine je pense. » L180-182</p> <p>« le PPH on est dedans mais c'est plus pour établir les plans d'intervention que je l'utilise. » L184-185</p> <p>« Est-ce que j'interviens plus sur l'environnement, plus sur l'activité ou le patient en lui-même, ça on le fait mais je ne le pose pas à l'écrit non plus c'est plus</p>
--	--	---	---

		<p>peut pas les utiliser correctement si on les utilise de façon rigoureuse en réalité. Voilà, c'est un peu mon avis car j'entends souvent que les modèles c'est de la philosophie, sociologie et c'est vrai que ça rejoint ces notions là mais s'ils existent c'est qu'il y a des gens qui se sont penchés là-dessus et que c'est utilisable et utilisé forcément. Après peut-être qu'il a une différence entre le nord et le sud en France. Ce serait intéressant de savoir ça. Voilà, en tout cas j'en pense du bien et j'aimerais bien en utiliser plus souvent concrètement. Voilà, la MCREO peut être, le modèle kawa, je pense que ça peut être un modèle intéressant quand vraiment les patients eux-mêmes</p>	<p>dans la tête. » L187-188</p>
--	--	--	---------------------------------

		<p>sont dans une impasse, ne savent plus à quoi se raccrocher, des gens qui sont à la fois dans la pathologie, qui ont une vie familiale qui est en train de se dissoudre, de se disloquer un petit peu souvent du fait de la pathologie. Ça peut être très intéressant et puis dans d'autres domaines effectivement. Mais j'en pense du bien franchement. » L188-222</p> <p>« Je suis assez pour mais je ne les utilise pas assez. » L224</p> <p>« Je pense que c'est toujours pareil, on prend de plus en plus de ... le Canada nous inonde de plus en plus de ces modèles-là. Ce qui perturbe les ergothérapeutes, en général, c'est que le</p>	
--	--	--	--

		<p>Canada ce n'est pas la France tout simplement. Après moi je ne connais pas le Canada, je n'y suis pas allé mais je pense que la relation au soin, la relation thérapeutique, la notion même de soins, de prise en soins est différente d'ici [France]. Après chez nous, dans cet hôpital-là, ce qui est compliqué c'est la variété de population qu'il y a, la religion. Il y a des bouddhistes, des catholiques, des musulmans, des religions indouistes parfois. L'utilisation des modèles peut avoir aussi je pense, encore une fois je ne les ai pas encore assez utilisés pour t'en parler de façon concrète mais... je pense qu'en fonction des cultures on peut avoir des freins et des</p>	
--	--	---	--

		<p>ajustements à faire, sachant que ces modèles-là viennent la plupart du temps du Canada, pas tous mais beaucoup je pense. Voilà, donc... après peut-être qu'il y a des modèles qui viennent d'autres pays que je ne connais pas. Non kawa, ce n'est pas du Canada. » L267-279</p> <p>« Voilà, mais il peut y avoir des freins relatifs, comme on dit « vérité en de ça des Pyrénées, erreurs de là » » L281-282</p> <p>« Ça veut dire que quand tu es chez toi effectivement tout ce qui avait l'air de vérité dans un pays, une région n'est pas forcément conçue, voulu, intégré de la même façon ailleurs. » L284-285</p>	
--	--	--	--

<p>La place de l'engagement de la personne dans le processus d'intervention</p>	<p>« c'est lui qui décide de venir ou pas quoi donc s'il ne vient pas, bon eh bien dans un premier temps je vais chercher à savoir pourquoi il n'est pas venu, s'il avait un rendez-vous, s'il avait trop de douleurs, qu'il ne pouvait pas ou si tout simplement il ne voulait pas à cet instant venir en rééducation parce que eh bien moralement ça n'allait pas trop ou quoique ce soit. » L51-55</p> <p>« Ils sont majeurs donc ils sont libres de faire leur choix » L59</p> <p>« Le plus important c'est lui, son engagement à lui et sa motivation à lui. » L63-64</p>	<p>« Oui, surtout les mises en situation. Pour moi, c'est une clé pour obtenir l'implication du patient ou le patient et nous on voit ce qui peut être problématique dans ses capacités. Quelles incapacités vont occasionnées des dépendances particulières si tu veux. Donc ce sont les mises en situations qui permettent souvent de définir si la patient a...comment dire ? En fait, on fait un point. L'idée c'est plutôt ça. On fait un point sur la mise en situation et c'est lors de ce point-là qu'on va redéfinir avec lui un peu les objectifs et de façon à le réimpliquer un petit peu dans sa prise en charge, si tant est</p>	<p>« en fonction [...] des motivations du patient. De lui, qu'est-ce qu'il recherche ? Qu'est ce qui est réalisable ? Et surtout qu'est ce qui a du sens dans sa vie. Enfin moi je mets souvent des objectifs qui ont du sens dans sa vie quotidienne. » L60-63</p> <p>« en fonction des affinités de la personne avec telles ou telles activités » L86-87</p> <p>« alors il ne choisit pas directement l'activité parce que je pense que c'est nous qui... on ne choisit pas une activité pour lui plaire, on choisit aussi une activité qui a du sens dans sa rééducation. Si on veut travailler telle déficience motrice ou si on veut travailler telle déficience</p>
---	--	--	---

		<p>qu'il y est des déficits d'implication ou des problèmes via ça, via la pathologie » L53-60</p> <p>« [...] par le fait que ce soit cadrant on oblige le patient à s'impliquer dans une rééducation qui est cadrée. » L103-104</p>	<p>cognitive, eh bien nous sommes les experts de l'analyse de l'activité, on sait que cette activité n'est pas forcément la meilleure pour travailler ce que l'on veut spécifiquement travailler mais par contre je pense qu'on leur laisse quand même une place dans...ils ont le droit de dire si oui ou non... » L112-118</p>
<p>Les moyens mis en place par les ergothérapeutes pour favoriser l'engagement du patient.</p>	<p>« lors de l'entretien je lui demande ses centres d'intérêts, ses loisirs, ce qu'il faisait avant, s'il travaillait ou pas et... et ce qu'il attend de sa prise en charge. Après la plupart du temps ils me répondent qu'ils veulent retrouver un maximum de capacités. » L20-22</p>	<p>« Oui, ça permet de clarifier les choses sur ce degré de capacités, d'incapacité, surtout dans le cas d'une pathologie qui peut évoluer effectivement et du coup c'est vrai qu'on s'en sert, qu'on fait un point après, un retour, une restitution de ça. [...] ça permet</p>	<p>« Donc on prend toujours en compte ses envies qu'est-ce qu'il attend pour pouvoir mettre en place un plan d'intervention ergothérapique. [...] Mais voilà en fonction de ces centres d'intérêts de ce qu'il attend de ce séjour en</p>

	<p>« Après je lui explique que de toute façon la rééducation c'est pour lui ce n'est pas pour moi que s'il vient c'est lui qui va être eh bien ...c'est lui qui va perdre ce n'est pas moi. » L55-57</p> <p>« en instaurant quand même une confiance avec le patient. Faut que le patient ait une confiance en moi et ses capacités et que je vais tout faire pour retrouver le plus de motricité possible mais que ça vient surtout de sa part. Le plus important c'est lui, son engagement à lui et sa motivation à lui. » L61-64</p>	<p>au patient de se rendre compte de ce dont il aura éventuellement besoin, d'essayer comme aides techniques, on va prendre comme exemple l'aide technique, et du coup de l'impliquer là-dessus. » l66-71</p> <p>« Donc après quand c'est une pathologie qui ne va pas être forcément évolutive, la donne est différente parce qu'il y a une projection qui est un peu plus vers les progrès, la positivité, etc. » L74-76</p> <p>« On peut être amené à effectivement à poser un cadre. Alors là je pense plus à des patients hémiplegiques, hémiplegie gauche qui ont du mal à respecter ce cadre-là</p>	<p>rééducation je mets en place des... Un plan d'intervention ergothérapeutique avec plusieurs objectifs. » L18-24</p> <p>« Enfin moi je mets souvent des objectifs qui ont du sens dans sa vie quotidienne » L62-63</p> <p>« Je vais aller à ce qui est important pour lui et qui a du sens quoi. » L68-69</p> <p>« Donc on leur fait prendre conscience que c'est quand même important d'axer la rééducation dessus [...] On essaye de leur faire comprendre donc. [...] En fonction [...] les envies du patients, ses motivations » L77-81</p> <p>« en fonction des affinités de la personne avec telles</p>
--	---	--	---

		<p>et qui ne viennent pas à l'heure en séance par exemple, sont toujours perturbés par la notion du temps. La notion du temps chez eux est altérée et pourquoi il va falloir mettre en place un cadre vraiment très rigide. Oui, effectivement il en découlera une implication, je ne sais pas si on peut parler d'implication mais dans tous les cas quelque chose de... par le fait que ce soit cadrant on oblige le patient à s'impliquer dans une rééducation qui est cadrée. » L98-104</p> <p>« On peut aussi s'aider de l'organisation, de la structure tout simplement, de la direction quand vraiment on n'arrive pas à imposer ce</p>	<p>ou telles activités » L86-87</p> <p>« on va essayer de trouver quelque chose qui fait travailler les mêmes choses mais qui soit, eh bien qui ait du sens pour eux. » L93-95</p> <p>« Par exemple, sur un dos opéré les femmes ici vont nous dire mais moi « comment je vais faire à la maison pour m'occuper de mes enfants, pour vider le lave-vaisselle, ... ? » donc on va faire plus des mises en situations concrètes donc voilà « pour faire votre lit vous ferez comme ça ». Un patient, par exemple qui te dit « mais moi je ne fais jamais mon lit et je ne vide jamais le lave-vaisselle », bon eh bien on va lui dire qu'on ne va pas</p>
--	--	--	---

		<p>cadre-là en prenant parti, en prenant prétexte de cette...eh bien de l'organisation en général du service ou du centre pour que le patient arrive à le respecter. Et du coup en le respectant, oui l'implication devient peut-être... par ce biais-là, il y a une implication dans sa rééducation puisqu'il arrivera à respecter un petit peu plus ce cadre. » L111-116</p> <p>« Il me vient un autre [exemple], c'est vrai que pour les mises en situation par exemple. Le cadre lieu va être important. Les mises en situation ne se font pas n'importe où. » L118-119</p> <p>« Et du coup on a une salle de mises en situation à l'étage, la cuisine. On peut être amené à s'isoler avec</p>	<p>faire ça mais on va lui dire « qu'est-ce que vous faites ? » donc je ne sais pas, par exemple, il aime réparer les voitures, bon c'est très caricatural ce que je dis mais c'est un peu ça quand même. (Rires) donc lui ce qu'il veut c'est conduire donc on va lui dire « comment vous faites pour rentrer dans la voiture ? », « il faut que vous montiez comme ça », « il ne faut pas que vous conduisiez tant de temps... ». Donc ça se rapproche plus des affinités de la personne pour eh bien dans leur vie quotidienne. » L100-110</p> <p>« J'ai de patients qui me disent « je ne fais pas ça, ça ne m'intéresse pas, je</p>
--	--	--	--

		<p>le patient, à changer de cadre justement pour qu'il y ait un peu plus d'intimité, je pense que c'est important aussi pour avoir, lors des mises en situation un petit peu plus de participation de sa part. et puis, ça nous arrive très très souvent de faire des mises en situation là-haut [étage] avec les familles, les aidants, les aidants familiaux, parfois les auxiliaires de vie aussi ça nous arrive. Donc en impliquant des tierces personnes qui sont déjà dans l'aide du patient si tu veux, dans la vie de tous les jours. En faisant ce travail en triangulation, en miroir pour que le patient arrive à montrer ce dont il est capable de faire aux yeux du soignant</p>	<p>n'ai pas envie de faire ça, ça n'a aucun sens », même ça peut parfois les énerver. Donc oui, là on va essayer de voir ensemble, de trouver quelque chose de plus adapté, le juste milieu entre ce qu'il accepte, ce qui a une peu plus de sens pour eux mais nous aussi qui correspond à ce que l'on veut faire travailler. Je pense qu'il y a un peu des deux. » L118-122</p> <p>« il y a des patients avec lesquels c'est un peu plus difficile car déjà ils ont des centres d'intérêts un peu restreints donc il faut aller creuser qu'est-ce qu'ils aiment bien faire. » L129-130</p> <p>« et puis, que ça corresponde avec ce que nous on veut leur</p>
--	--	---	---

		<p>mais aussi aux yeux de l'auxiliaire de vie. Donc s'il fait un peu plus d'effort dans sa mise en situation en montrant ce qu'il est capable de faire, il y a une meilleure résonnance au niveau de l'aide que va pouvoir apporter l'auxiliaire de vie, c'est plus clair, c'est plus net mais tout en prenant en compte aussi qu'en fonction du moment, de l'instant où le patient est en train de faire sa mise en situation ça compte aussi. Le matin ça ne sera pas comme le soir, le midi etc. Voilà, et il y aura aussi d'autres notions, d'autres paramètres mais ce cadre-là est important. Et ça il faut en parler en amont, dans quel cadre on va faire la mise en situation. Et</p>	<p>faire travailler aussi. » L132</p> <p>« en expliquant pourquoi on fait cette activité, ça passe mieux. C'est vrai que s'il faut lui faire récupérer de la force dans les doigts, il n'y a pas 36 000 choses, on va travailler avec les pâtes de rééducation, on ne va pas travailler avec les poignées. Bon eh bien il n'y a pas beaucoup de choix pour travailler la force dans les doigts et donc là ils sont un peu obligés d'adhérer mais si on leur explique que c'est pour travailler ça dans un premier temps, ils adhèrent un peu plus en tout cas, ils ne sont pas réticents. » L137-142</p> <p>« quand j'établis les objectifs je dis toujours et je lui</p>
--	--	--	---

		<p>du coup, effectivement l'implication peut-être je pense, modifiée en fonction des personnes présente, du cadre dans lequel on le fait. » L122-138</p> <p>« C'est un peu ce type de relation là, à d'autres échelles bien sûr mais où au fil du temps l'un et l'autre vont apprendre à se connaître et à s'adopter. Je pense qu'il y a quelque chose comme ça. » L170-172</p> <p>« Maintenant, tout en laissant de la place au patient dans ce qu'il... dans ses souhaits, ses habitudes de vie » L175-177</p> <p>« Et il faut aussi, je pense bien se connaître soi-même, ses propres réactions</p>	<p>demande s'il adhère à ce qu'on va travailler ensemble donc je lui dis par exemple « on va travailler plus les transferts parce que je pense que c'est ce qui est le plus important pour vous, pour récupérer en autonomie, est-ce que vous êtes d'accord ». Généralement ils adhèrent quand même souvent avant la rééducation. Et pour adhérer aux activités de rééducations, eh bien oui c'est ce que je disais, on leur laisse un choix entre plusieurs, on leur laisse plusieurs possibilités. Après parfois, on n'a pas le choix et il n'y a pas grand-chose à faire et dans ce cas-là on leur explique. » L145-152</p>
--	--	--	--

		<p>et physiquement aussi il faut arriver à trouver parfois des attitudes aussi où le patient va être un peu plus en relation avec nous. Par exemple, un patient qui est allongé sur un lit, si on reste debout tout le temps peut être que ça va, dominant-dominé qui n'est pas forcément, qui peut être néfaste. Donc s'asseoir, être au même niveau etc.</p> <p>Dans la prise en soins c'est important pour favoriser le dialogue. » L180-185</p> <p>« Toujours en les expliquant, en expliquant pourquoi on les fait, dans un but par exemple de faire en sorte que le patient arrive à tenir debout devant un lavabo, devant un plan de travail de cuisine, en sécurité et continuer à travailler</p>	
--	--	---	--

		<p>avec ses bras, éventuellement tenir debout devant des toilettes aussi. Voilà, tous les mouvements qui vont être fait avec les bras peuvent cibler les moments de la vie quotidienne surtout. Après ça peut être aussi le travail des transferts dont le support sont les mises en situations mais on va guider, on va donner des...pas des directives mais des conseils qu'on va répéter. » L245-252</p>	
--	--	---	--

Résumé :

De nombreux modèles et approches sont utilisés par les ergothérapeutes en France. Certains sont centrés sur la personne et sa situation dans son environnement tandis que d'autres partent de la pathologie, des déficiences. D'après la littérature scientifique, une approche centrée sur la personne favorise son engagement dans sa rééducation.

Au travers de l'étude des pratiques, nous cherchons à comprendre comment peuvent coexister deux approches différentes dans un même processus d'intervention visant l'engagement de la personne en rééducation. Des entretiens ont été réalisés auprès de 3 ergothérapeutes exerçant en centre de rééducation selon une méthode clinique. Les résultats ont été traités selon une analyse thématique afin de mettre en évidence la richesse et la complémentarité d'une utilisation alternée de deux approches dans un même processus de soins.

Mots clefs : ergothérapie, engagement du patient, rééducation, approches

Abstract :

In France, occupational therapists use models or approaches. Some focus on client and his situation in his environment, while others are founded on disease, deficiency. Based on current scientific research, client-focused approach encourage his involvement in rehabilitation

Through a study of practices, we are working to understand how two different approaches can coexist in the same intervention process. The aim is engaging the patient in his rehabilitation. According to clinical method, three occupational therapists who are working in rehabilitation centre were interviewed. Results were treated by thematic analysis which showed the richness and complementarity of using alternated approaches in the same care process.

Keys words : occupational therapy, patient involvement, rehabilitation, approaches

