



HAL
open science

Participation à la validation d'un bilan ergothérapeutique : validité d'apparence et validité de contenu

Laurie Gau

► To cite this version:

Laurie Gau. Participation à la validation d'un bilan ergothérapeutique : validité d'apparence et validité de contenu. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03035734

HAL Id: dumas-03035734

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03035734>

Submitted on 2 Dec 2020

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.



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FORMATION EN ERGOTHÉRAPIE

Gau Laurie

MÉMOIRE
Pour le
DIPLOME d'ÉTAT EN
ERGOTHÉRAPIE

**Participation à la validation d'un bilan ergothérapique :
validité d'apparence et validité de contenu**

Directeurs de mémoire

Pr E. Coudeyre

Chef du service Médecine Physique et Réadaptation au CHU de Clermont-Ferrand

Mme C. Dautat

Directrice et formatrice à l'IUFE d'Auvergne, ergothérapeute de profession

Remerciements

« Sous la direction de Mme Céline Dauzat, directrice et formatrice à l'IUFE d'Auvergne et ergothérapeute de profession, et de M. Emmanuel Coudeyre, chef du service MPR au CHU de Clermont Ferrand, directeurs de mémoire »

Je tiens tout d'abord à remercier Céline Dauzat et Emmanuel Coudeyre d'avoir accepté de nous suivre dans ce projet d'étude, pour leur accompagnement, pour leurs conseils et leurs encouragements.

Mes remerciements se tournent à présent vers Chloé Haristoy et Célia Godefroy, pour nous avoir fait confiance dans l'élaboration de ce projet et pour avoir pris le temps de répondre à toutes nos questions.

Je souhaite également remercier mes trois camarades, Pauline, Marco et Dylan avec qui j'ai partagé ce projet pendant près de deux ans. Je tiens à préciser que sans eux rien n'aurait été possible. Merci pour tout ce que vous m'avez apporté.

Un grand merci à toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce travail en ayant accepté de participer à l'étude.

Je tiens particulièrement à remercier mes amis et ma famille pour m'avoir soutenue tout au long de cette formation. Un merci infini à Anthony, qui a toujours cru en moi, m'a toujours soutenue dans mes choix. Merci pour votre patience et vos encouragements.

Je suis également reconnaissante envers l'équipe pédagogique de l'IUFE d'Auvergne pour leur bienveillance et leur soutien durant ces trois années parsemées d'embûches.

Enfin, j'adresse mes remerciements à mes camarades de promotion pour ces trois années de partage et d'enrichissement tant au niveau professionnel que personnel. Merci pour leur folie qui me permet de garder des souvenirs inoubliables.

Sommaire

Liste des tableaux	3
Liste des abréviations	4
Introduction	5
Contexte et justification de l'étude.....	7
1. Connaissances sur le sujet	7
1.1. Ergothérapie, évaluation et outils d'évaluation.....	7
1.2. Pertinence d'un outil d'évaluation : les données métrologiques.....	11
1.3. Etude des différents bilans cuisine validés	14
1.4. Présentation de l'outil : « Evaluation d'une activité rapide en cuisine ».....	20
2. Enquête exploratoire.....	21
3. Question de recherche	22
4. Cadre éthique.....	23
Méthodologie de recherche	24
1. Objectif de la recherche et de choix de la méthode.....	24
2. Première partie de l'étude (étude 1)	24
2.1. Choix de la population et procédure de recrutement	24
2.2. Choix et construction de l'outil.....	25
2.3. Déroulé de l'étude	25
3. Deuxième partie de l'étude (étude 2)	26
3.1. Choix de la population et procédure de recrutement	26
3.2. Choix et construction de l'outil.....	26
3.3. Déroulé des entretiens.....	27
Analyse des données et principaux résultats	27
1. Analyse des données de l'étude 1 menée auprès des personnes saines	27
1.1. Mode d'analyse des données.....	27
1.2. Présentation des participants.....	28

1.3.	Présentation des résultats	29
1.4.	Synthèse	31
2.	Analyse des données de l'étude 2 menée auprès des ergothérapeutes	31
2.1.	Mode d'analyse des données	31
2.2.	Présentation des ergothérapeutes	32
2.3.	Présentation des résultats de l'analyse transversale	33
	Discussion	38
1.	Conclusion et interprétation des résultats obtenus	38
2.	Réponse à la question de recherche.....	41
3.	Critiques de l'étude	42
4.	Discussion des éventuelles modifications	44
4.1.	Modifications au niveau du protocole patient.....	44
4.2.	Modifications au niveau du protocole thérapeute	45
4.3.	Modifications au niveau des grilles de cotation.....	47
4.4.	Conclusion	48
5.	Perspectives de travail	48
6.	Apports personnels	49
	Conclusion.....	50
	Bibliographie.....	51
	Annexe I : Tests statistiques et interprétations	55
	Annexe II : Protocole du bilan	56
	Annexe III : Formulaire d'information et de non-opposition.....	62
	Annexe IV : Questionnaire destiné aux patients	63
	Annexe V : Grille d'entretien.....	64
	Annexe VI : Tableaux de l'analyse transversale	66
	Annexe VII : Version 2 du protocole de passation	73

Liste des tableaux

Tableau I : Présentation des données métrologiques relatives à l'EF2E.	15
Tableau II : Présentation des données métrologiques relatives au PAI	16
Tableau III : Présentation des données métrologiques relatives à l'EFPT	17
Tableau IV : Présentation des données métrologiques relatives au RKE-R.	17
Tableau V : Présentation des données métrologiques relatives au KTA.	18
Tableau VI : Présentation des données métrologiques relatives au Kettle Test.....	18
Tableau VII : Caractéristiques des personnes ayant répondu au questionnaire.	28
Tableau VIII : Réponses au questionnaire.	30
Tableau IX : Présentation des ergothérapeutes interrogés (échantillonnage)	32
Tableau X : Récapitulatif des points à améliorer.	40

Liste des abréviations

AIVQ : Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVQ : Activités de la Vie Quotidienne

CCI : coefficient de corrélation intra-classe

CNIL : Commission Nationale Informatique et Liberté

CPP : Comité de Protection des Personnes

EF2E : Évaluation des Fonctions Exécutives en Ergothérapie

EFPT : Executive Function Performance Test

FAM : Functional Assessment Measure

FIM : Functional Independence Measure

IUFE : Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie

KTA : Kitchen Task Assessment

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAI : Profil des Activités Instrumentales

RIPH : Recherches Impliquant la Personne Humaine

RKE-R : Rabideau Kitchen Evaluation – Revised

TCC : Traumatisme craniocérébral

Introduction

Le sujet de ce mémoire d'initiation à la recherche émane d'une demande faite par deux ergothérapeutes auprès de l'Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie d'Auvergne (IUFÉ). Haristoy Chloé et Godefroy Célia sont deux ergothérapeutes exerçant au Centre Hospitalier d'Aurillac. Elles ont constaté qu'il est parfois difficile de se procurer certains ingrédients comme les œufs en milieu hospitalier, du fait des contraintes législatives. De plus, les locaux et l'intervention dans différents services représentent des contraintes matérielles. En effet, l'ergothérapeute n'a pas toujours accès à une cuisine thérapeutique équipée de tout le matériel nécessaire. Il faut parfois qu'il s'adapte à ces contraintes afin de pouvoir dispenser quoi qu'il en soit la meilleure prise en charge possible. Ces deux professionnelles expriment qu'il est donc parfois impossible d'utiliser des bilans dits « validés » existant dans la littérature.

C'est pour pallier ces contraintes que les deux ergothérapeutes, nommées ci-dessus, ont créé un bilan cuisine, nommé « Evaluation d'une activité rapide en cuisine » (anciennement le bilan « Charlotte aux fruits ») et adapté à leur pratique. Ce bilan est une mise en situation cuisine qui se veut simple et accessible à toutes les conditions de passation, permettant à tous les ergothérapeutes de pouvoir l'utiliser malgré la difficulté à disposer d'un local adapté ou encore à se procurer des ingrédients spécifiques. Cette évaluation a pour but d'évaluer le patient dans une situation proche de la vie quotidienne et permet d'évaluer ses capacités de manière globales.

Le souhait des auteures vis-à-vis de ce bilan, est d'en obtenir la validation afin de pouvoir le diffuser à l'échelle nationale afin que d'autres ergothérapeutes puissent l'utiliser dans leur pratique professionnelle. Pour cela, ce sujet a été confié à quatre étudiants de l'Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie d'Auvergne (IUFÉ).

Nous savons que dans n'importe quel suivi de rééducation/réadaptation il est important d'effectuer un bilan sur les capacités de la personne au début, au cours et à la fin de la prise en charge. Pour cela il est important pour l'ergothérapeute de pouvoir évaluer la personne, « *il s'agit de déterminer le statut de la personne par l'expertise des handicaps et en corollaire les besoins qui vont décliner les objectifs et les actions de soins la concernant lors de l'accompagnement thérapeutique* » (KALFAT, 2006). Cela amène à se poser une première question :

Qu'est-ce que l'évaluation en ergothérapie et en quoi consiste-t-elle ?

Les outils d'évaluations semblent avoir une place importante dans la pratique professionnelle. Selon les recommandations effectuées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (2001) concernant le « dossier du patient en ergothérapie » (validé par l'Haute Autorité de Santé), il est important d'utiliser des outils normés et validés, et plus particulièrement des bilans qui sont reproductibles et sensibles.

Les recherches que nous avons pu faire jusqu'à maintenant mettent en évidence qu'il y a plusieurs étapes dans le processus de validation d'un bilan. Effectivement, la validation d'un bilan, d'une échelle ou d'un questionnaire nécessite des études approfondies de l'outil en question. De ce fait, découle ce questionnement :

Quelles sont les propriétés métrologiques permettant la validation des outils de mesure au sens large et particulièrement des bilans cuisines validés en ergothérapie ?

Au travers des données existantes dans la littérature, nous allons exposer la réponse à ces questions ce qui constituera la première partie de ce mémoire de fin d'étude. Ensuite, nous présenterons plus spécifiquement l'outil dont il est question ici, avant de présenter notre question de recherche. Dans un deuxième temps, nous expliquerons la méthodologie de recherche choisie en détaillant le choix de la population, le choix de l'outil et le déroulé de celle-ci. Ensuite, nous présenterons l'analyse des résultats de cette étude. Pour enfin se consacrer à la discussion dans laquelle seront exposés les éléments de réponse à la question de recherche, ainsi que l'analyse réflexive effectuée sur ce travail.

Contexte et justification de l'étude

1. Connaissances sur le sujet

1.1. Ergothérapie, évaluation et outils d'évaluation

1.1.1. Définition de l'ergothérapie

Le terme ergothérapie provient du grec « ergon » signifiant l'activité et « therapia » signifiant « soin ». L'ergothérapie est une profession paramédicale qui s'exerce dans les secteurs sanitaires et sociaux. Elle fonde sa pratique sur le lien qui existe entre l'activité humaine et la santé. Elle prend en compte l'interaction personne – activité – environnement. L'objectif de l'ergothérapie est de « *maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement* » (ANFE, 2019). Autrement dit, l'objectif de l'ergothérapie est de permettre aux personnes en situation de handicap physique ou mental de réaliser leurs activités de la vie quotidienne dans les domaines des soins personnels, des activités domestiques, des loisirs mais également du travail.

Selon le référentiel de compétence, l'ergothérapeute est en capacité de « *mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie* ». Il peut accompagner des patients sur une prise en charge courte ou de plus longue durée et travailler avec tout type de population. Il utilise l'activité comme intermédiaire thérapeutique, réalise des mises en situation écologique, aménage l'environnement, préconise des aides techniques et du matériel médical et confectionne des orthèses sur mesures. De plus, l'ergothérapeute est un professionnel qui a les compétences nécessaires afin de dispenser des actions de prévention, de promotion de la santé ou d'enseignement aux populations à risque de perte d'autonomie.

Mais avant cela, selon l'Arrêté du 5 juillet 2010 (2010), l'ergothérapeute « *évalue les intégrités, les lésions, les capacités de la personne ainsi que ses performances motrices, sensorielles, cognitives, psychiques. Il analyse les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les situations de handicap et pose un diagnostic ergothérapeutique* ». De plus, d'après le référentiel des compétences du Diplôme d'Etat d'ergothérapeute, une des compétences clé de l'ergothérapeute est « *Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique* ». Mais en quoi consiste exactement l'évaluation en ergothérapie ?

1.1.2. L'évaluation en ergothérapie

1.1.2.1. Définition

Tout d'abord, évaluer signifie « *Déterminer, fixer, apprécier la valeur, le prix de quelque chose, d'un bien, etc* » (Larousse, 2019). Et plus particulièrement, « *Evaluer consiste fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention en mettant en œuvre un dispositif capable de fournir des informations scientifiquement valides et socialement légitimes sur cette intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes* » (Hartz (dir.), 2011).

Selon Béthoux et Calmels (2012), « *en médecine physique et de réadaptation, l'évaluation est incontournable pour la rationalisation des soins, ainsi que pour le développement de la qualité des soins et la validation des techniques et des procédures de cette spécialité médicale. Elle ne doit pas perdre de vue l'objectif de la rééducation qui est de diminuer les conséquences des maladies ou traumatismes et d'en analyser les dimensions médicales sociales et psychologiques* ». Par extension, l'évaluation est une chose importante et incontournable dans la pratique de l'ergothérapeute.

Dans l'esprit des personnes et plus particulièrement des patients, l'évaluation est une chose qui fait peur (Guihard, 2007b). Effectivement, quand on est évalué on prend le risque d'être jugé, d'exposer nos faiblesses et donc d'exposer notre non-savoir, notre incompréhension, voire notre incompetence.

Pour Guihard (2007a), ergothérapeute, « *l'évaluation consiste à mettre en valeur un ou des points d'un objet étudié en vue de connaître ce dernier* », c'est-à-dire que l'évaluation en ergothérapie ne permet pas de juger le patient mais elle « *permet d'identifier les problèmes de l'usager, de les comprendre et les expliquer, voire de les coter et les interpréter* » (Caire, Margot-Cattin, Schabaille, & Seene, 2008). Autrement-dit, « *l'évaluation faite par un ergothérapeute n'est pas par rapport au patient, mais par rapport au schéma, à la stratégie thérapeutique mise en place par le médecin.* »(Guihard, 2007b).

Appliquées à l'ergothérapie, les évaluations ne doivent pas être ciblées sur un symptôme, une pathologie mais plutôt sur les attentes de la personne ainsi que sur ses difficultés (Morel-Bracq, Caire, & Detraz, 2008). De plus en ergothérapie, les évaluations se basent sur trois dimensions : la personne, son environnement et l'activité évaluée. Autrement dit, l'évaluation est dite holistique.

1.1.2.2. Les différentes étapes de l'évaluation

Selon Schabaille et Caire (2008), « *l'évaluation compte quatre temps principaux : le recueil des informations préalables à l'évaluation, la sélection des éléments à évaluer, le choix de l'outil d'évaluation puis l'interprétation des données* ».

Le recueil de données concerne tout le contexte de vie de la personne. Il se fait au travers de la prescription médicale, d'entretiens avec le patient et/ou son entourage et également au travers de l'observation. Il permet d'avoir des informations sur les habitudes de vie du patient, sur ses ressources mais également les gênes qu'il peut rencontrer dans les différents domaines de sa vie. Suite à cela, l'ergothérapeute détermine les éléments à évaluer qui lui semblent les plus pertinents en fonction du contexte. C'est à ce moment-là, qu'il est important de bien choisir les outils d'évaluation à utiliser. Après ces différentes étapes, vient la phase de l'interprétation des données. C'est là, que l'ergothérapeute doit mettre en évidence sa qualité d'évaluateur, c'est-à-dire mettre en évidence les dysfonctionnements qui ressortent de l'analyse des différentes données récoltées. Cette étape est importante dans le processus d'intervention de l'ergothérapeute, c'est ce qui lui permet de déterminer ses objectifs et ses actions de soins vis-à-vis de l'accompagnement thérapeutique.

De plus Botokro (2003), ergothérapeute, explique que les évaluations sont réalisées à différents moments de la prise en charge du patient. Les « évaluations initiales » viennent au début de la prise en charge et permettent de déterminer les objectifs et les axes de travail. Puis des « évaluations régulières » sont réalisées afin de réajuster ou modifier les propositions de prise en charge. Enfin, les « évaluations finales » permettent de se rendre compte de ce qui a été fait, des progrès effectués ou encore des difficultés restantes.

L'évaluation a une place importante dans la démarche ergothérapique. Comme peuvent le souligner Caire et al. (2008), « *une bonne connaissance de la démarche d'évaluation permettra à l'ergothérapeute d'orienter le traitement, de choisir les interventions, ainsi que d'argumenter et justifier l'efficacité de sa pratique* ». Afin d'effectuer une évaluation satisfaisante de la personne, l'ergothérapeute va avoir à sa disposition différents outils afin de déterminer au mieux la répercussion des troubles sur sa vie quotidienne.

1.1.2.3. L'évaluation par la mise en situation

Nous savons qu'il existe une multitude d'outils d'évaluation afin de permettre à l'ergothérapeute de décrire les capacités et les incapacités de la personne. Comme nous l'avons vu plus haut, l'ergothérapeute doit donc faire un choix dans l'outil d'évaluation utilisé.

L'une des possibilités pour le thérapeute est d'utiliser la mise en situation qui est « *une observation directe du patient en situation d'activité écologique* » (Delavallade & Verguier, 2009). Les mises en situation consistent à placer une personne dans un environnement contextualisé afin qu'elle réalise une activité. Selon Guihard (2007a), elles vont permettre d'évaluer les capacités et les difficultés d'une personne autrement dit déterminer l'autonomie et l'indépendance du patient dans les activités quotidiennes, ainsi que l'impact de l'environnement sur la performance.

Le terme « évaluation écologique » est utilisé lorsque l'ergothérapeute s'intéresse « *aux interactions entre l'homme et son environnement* » (Seene, 2008). Mais attention, d'après Poncet et al. (2009) une évaluation est considérée comme écologique quand elle est effectuée au domicile du patient. De plus, selon Carlino (2011), certaines mises en situation sont dites « modélisées » quand la situation n'est pas réelle et qu'elle s'appuie sur un protocole de passation qui demande de respecter un cadre.

1.1.2.4. Le choix de l'outil d'évaluation

Nous constatons dans la pratique un manque d'utilisation d'outils d'évaluation pertinents. Effectivement, il arrive que des bilans ne soient pas utilisés à bon escient, ou alors que les bilans ne soient pas utilisés de la même manière entre différents thérapeutes. Cela pose des soucis quant au suivi des progrès du patient si les résultats du début et de fin ne peuvent pas être comparés. En tant que thérapeute, il faut être vigilant : le choix de l'outil permettant d'évaluer la personne est important. Selon Schabaille et Caire (2008), nous pouvons définir plusieurs critères rentrant en jeu :

Le premier critère est la qualité métrologique d'un instrument, c'est-à-dire que l'instrument d'évaluation a fait l'objet d'une étude, c'est pour cela qu'il est important de vérifier la présence de ces données dans les publications scientifiques (validité et fiabilité). Il est également important dans le cas d'un outil dont la validité a été prouvée d'être en possession du protocole de passation et de respecter le déroulement, c'est grâce à cela que les résultats obtenus peuvent être correctement interprétés par tous les thérapeutes mais également comparés entre eux.

Le second critère est un critère de pertinence, il est nécessaire de choisir l'outil en fonction de la population, de la pathologie et du contexte de travail. Par exemple, certains outils sont plus pertinents à utiliser au domicile du patient, ou encore d'autres ont été créés pour une population donnée comme les traumatisés crâniens et n'ont donc aucun intérêt prouvé auprès d'une autre population. Il est important de respecter au maximum les conditions d'utilisations des outils.

Le troisième critère est un critère d'utilisation, c'est-à-dire que plus l'outil est utilisé, plus il est connu et plus il semble pertinent dans la pratique. Ce critère est valable pour les outils spécifiques en ergothérapie mais également pour les outils interprofessionnels. Mais ce critère n'a de sens que si tout le monde utilise l'outil de la même manière.

Dans la partie qui va suivre, nous allons porter plus particulièrement notre attention sur l'un des critères vus ci-dessus. Nous allons prendre le temps d'étudier les données métrologiques ou autrement appelées les qualités psychométriques qui définissent la pertinence d'un outil d'évaluation.

1.2. Pertinence d'un outil d'évaluation : les données métrologiques.

Les échelles d'évaluations sont très utilisées en pratique dans tous les domaines touchant la santé et également en ergothérapie. Ces évaluations permettent d'évaluer des composantes comme la douleur, la qualité de vie, les capacités ou encore le handicap. Afin d'assurer la fiabilité des résultats, ces évaluations « *doivent posséder les trois qualités psychométriques d'un bon instrument de mesure : validité, fidélité, sensibilité du changement* » (Fermanian, 2005). Nous allons donc étudier plus en détails ces différents critères.

1.2.1. La validité

« *La validité permet au thérapeute de s'assurer que l'outil mesure bien ce qu'il prétend mesurer, pour autant qu'il soit utilisé dans les conditions préconisées* » (Schabaille & Caire, 2008). La validation ou l'évaluation de la validité d'un instrument de mesure représente un processus assez long et se conduit souvent sur plusieurs années. En pratique, cette évaluation comprend différentes facettes et demeure difficile à établir. Pour Fermanian (1996), la validité est de loin la qualité la plus importante.

L'étude de la validité comprend plusieurs étapes destinées à apprécier le degré de validité de l'instrument : l'étude de la validité d'apparence et de contenu, la validité par rapport à un critère et la validité de construit.

1.2.1.1. La validité d'apparence

La validité d'apparence correspond au jugement de valeur que fait l'utilisateur de l'instrument de mesure à la première lecture. Elle résulte donc d'un jugement subjectif, réalisé par un groupe d'experts, d'usagers ou de cliniciens, prenant en compte les aspects visibles du test (longueur, matériel nécessaire, cotation ...).

Bien que souvent citée dans la littérature, cette notion n'est pas mesurable statistiquement et est clairement insuffisante pour considérer qu'un instrument est valide, « *elle est cependant importante pour vérifier que l'instrument est acceptable et pertinent pour les usagers ou les évaluateurs* » (Bertrand Leiser & Kühne, 2014)

Concrètement, pour l'évaluateur, la validité apparente représente le degré de croyance qu'il peut avoir concernant la validité de l'instrument. Plus précisément, s'il est en accord avec le contexte et le but d'utilisation. Il va de soi qu'un instrument dont l'objectif n'est pas compris par ses utilisateurs potentiels a peu de chance de s'avérer utile car il ne sera pas utilisé.

Pour la personne évaluée, la validité apparente passe par la compréhension de ce qui doit être fait ou des questions posées. De plus, il est important de s'assurer de l'acceptabilité de l'instrument de mesure ou du test par l'utilisateur et d'être sûr qu'il comprend l'intérêt de celui-ci. Effectivement, un instrument ayant une bonne validité apparente générera chez les personnes évaluées des attitudes plus positives et une plus grande implication dans la tâche.

1.2.1.2. La validité de contenu

Cette validité représente le « *degré selon lequel les items mesurés représentent le contenu du domaine que l'outil est censé mesurer* » (Devos, Poncet, & Taillefer, 2014). C'est-à-dire : « *le choix d'items couvre-t-il tous les aspects du paramètre mesuré, et tous les items sont-ils pertinents ?* » (Béthoux & Calmels, 2012). Elle est l'objet d'une étude approfondie par des experts. En pratique, la détermination de la validité de contenu reste essentiellement subjective, mais elle peut être objectivée en utilisant les échelles formalisées qui permettent de quantifier leurs jugements.

1.2.1.3. La validité de critère

La validité de critère représente le degré d'association entre un instrument de mesure ou une technique et un autre instrument indépendant dit outil de référence (ou « *gold standard* ») qui est susceptible de mesurer le même phénomène. Comme peuvent l'expliquer Béthoux et Calmels (2012), « *l'analyse peut être conduite sur l'instrument dans son ensemble, ou items par items. Dans le cas particulier de la modification d'un instrument existant et déjà validé, c'est l'instrument d'origine qui sert de référence* ».

Deux types de validité de critère sont définis : la validité de critère concurrente (ou concomitante) mesurée dans le cas où les deux outils sont utilisés en même temps chez chacun des sujets testés. Elle est calculée grâce à un coefficient de corrélation. Une bonne validité de critère concomitante permet de confirmer que le nouvel instrument est aussi bien que celui de

référence. La validité prédictive est définie dans le cas où le nouvel instrument est administré en premier, suivi après un certain temps de celui de référence. Elle montre l'efficacité de l'outil pour prédire la performance d'un individu dans la réalisation d'activités spécifiques. Différentes méthodes statistiques sont utilisées pour calculer cette validité : coefficient de corrélation de Pearson ou de Spearman, dans tous les cas l'intervalle de confiance doit être calculée.

1.2.1.4. *La validité de construit*

« *Quand il n'existe pas d'instrument de référence unanimement reconnu, il convient de vérifier la validité de construit* » (Massiot et al., 2005). La validité de construit explore les relations logiques devant exister entre le test et d'autres mesures habituelles de la pathologie évaluée. Elle est menée en examinant des hypothèses. Différentes méthodes sont utilisées : la méthode des groupes extrêmes (deux groupes de sujets nettement différents), l'étude de validité convergente (corrélation supposée importante entre les deux instruments), l'étude de validité divergente ou discriminante (corrélation supposée faible entre les deux instruments), l'analyse factorielle (corrélation entre un test et les principaux facteurs identifiés qui déterminent les résultats des tests). Plus le nombre et la variété des corrélations recherchées sont importants, meilleure est la validité de construit. En revanche, si les hypothèses sont peu ou pas confirmées, la validité devient douteuse. La validité de construit convergente et la validité divergente sont mesurées statistiquement par des tests de corrélation (Pearson ou Spearman), dans la méthode des groupes « *les moyennes des scores obtenus dans chacun de ces deux groupes ... doivent être significativement différentes* » (Fermanian, 2005).

Selon Fermanian (2005), cette validité est la facette la plus importante de la notion de validité, « *elle permet de dégager au mieux la signification réelle du concept mesuré par l'échelle en le distinguant des concepts voisins* ».

1.2.2. *La fiabilité*

La fiabilité est la capacité de l'instrument de mesure à donner des résultats stables et reproductibles lorsqu'il est répété par le même observateur ou par différents observateurs. La fiabilité d'un instrument est évaluée par plusieurs critères : la cohérence interne, la fiabilité inter-juges, la fiabilité test-retest et la fiabilité intra-examineurs. La fiabilité est quantifiée à l'aide de différents tests statistiques. « *Les coefficients de fiabilité vont de 0,00 à 1,00, les coefficients les plus élevés indiquant des niveaux de fiabilité plus élevés* » (Kimberlin & Winterstein, 2008). Dans la littérature, la valeur seuil espérée est de 0.70 pour qu'un coefficient de corrélation soit jugé satisfaisant.

1.2.2.1. *La cohérence interne*

Elle évalue l'homogénéité de l'instrument (questionnaire, grilles et scores) à travers la corrélation de chaque item avec les autres items et avec le score global. Pour la déterminer, le test statistique le plus utilisé est le coefficient alpha de Cronbach.

1.2.2.2. *La fiabilité inter-juges*

Elle montre la concordance des résultats obtenus lorsqu'une mesure est administrée par plusieurs observateurs sur un même patient. « *Elle permet de rendre compte de la précision suffisante de la cotation pour éviter toute ambiguïté et toute variation importante entre deux ou plusieurs observateurs évaluant le même patient* » (Kupper & Bürge, 2013). Les tests statistiques de Pearson ou de Spearman sont fréquemment utilisés, mais aussi le coefficient de corrélation intra-classe (CCI) et le coefficient kappa de concordance.

1.2.2.3. *La fiabilité test-retest*

On regarde la stabilité de la mesure lorsqu'elle est appliquée à des moments différents aux mêmes personnes. Elle représente la capacité de l'évaluation à fournir des résultats identiques pour un même patient. On mesure la concordance entre les résultats de deux ou plusieurs évaluations réalisées à des temps différents par le même évaluateur. Plus la fiabilité test-retest est grande, plus le praticien peut être confiant que le changement de mesure est bien réel et non une erreur de mesure.

1.2.2.4. *La fiabilité intra-juges*

Elle ressemble à la fiabilité test-retest. C'est la stabilité de l'outil appliquée à l'évaluateur qui est testée. On observe s'il y a une source de variabilité liée à l'examineur, pour cela un thérapeute fait passer le même outil à plusieurs patients à des moments différents. Les tests de corrélation et le CCI sont également utilisés.

1.2.3. *La sensibilité au changement*

La sensibilité au changement fait référence à la capacité d'un instrument à détecter un changement clinique. Le changement estimé se rapporte au changement entre deux évaluations, avant et après une action thérapeutique. La sensibilité au changement n'est pas toujours prise en compte dans l'élaboration d'un test.

1.3. *Etude des différents bilans cuisine validés*

Afin de mieux comprendre les critères qui permettent de valider un bilan en ergothérapie, nous allons maintenant nous concentrer sur les évaluations cuisine validées (ou comprenant une tâche de cuisine) que nous avons pu recenser dans la littérature internationale.

Le but de cette étude est d'analyser les données métrologiques de ces bilans, qui leur permettent d'être considérés comme des bilans validés.

Afin de mieux comprendre ce que signifient ces données statistiques, nous avons fait un récapitulatif des tests statistiques et de leur signification (Annexe I).

1.3.1. Les bilans cuisine validés en Français

Evaluation des Fonctions Exécutives en Ergothérapie (EF2E) est une évaluation créée en 2000 par Chevignard, Poncet et Taillefer, Médecin de MPR et ergothérapeutes français. Elle a été conçue pour des personnes présentant des lésions cérébrales acquises dans le but d'évaluer les troubles des fonctions exécutives dans l'activité cuisine. Cet outil d'évaluation a fait l'objet de plusieurs études ces dernières années. Dans cet article, Chevignard, Poncet, Pradat-Diehl et Taillefer (2015) nous présentent les différents résultats obtenus.

<i>Donnée métrologique</i>	<i>Résultats</i>	<i>Interprétation</i>
Validité de construit Validité discriminante	En 2000 : 89,3 erreurs (écart-type = 55,6) pour les patients et 16,9 (7,8) pour les sujets témoins (p < 0,001) 81 minutes pour les patients contre 51 minutes (p = 0,01) pour les témoins En 2008 : nombre total moyen d'erreurs 107,5 pour les patients et 18,3 pour les témoins	<u>Excellente validité de construit</u> car valeurs significativement différentes entre les moyennes des patients et les moyennes des témoins.
Validité de critère Validité concomitante	Echelle comportementale (r= 0,77 ; p=0,02) Questionnaire dysexécutif (DEX) (r = 0,74 ; p < 0,03)	<u>Bonne validité de critère</u> car corrélation supposée forte avec les deux tests référents
Fidélité inter-juges	CCI = 0,93 (p=0,024) pour le nombre total d'erreurs	<u>Excellente fidélité inter-juges</u>
Fidélité test-retest	CCI = 0,36 pour le nombre total d'erreurs	<u>Mauvaise fidélité test-retest</u>
Cohérence interne	$\alpha=0.74$	<u>Bonne cohérence interne</u>

Tableau I : Présentation des données métrologiques relatives à l'EF2E.

Le Profil des Activités instrumentales (PAI) a été créé à partir du Profil des AVQ de Bottari et Dutil. L'objectif de cet outil est d'évaluer la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) dans des activités routinières (domiciliaires et communautaires). Devos,

Taillefer et Poncet (2014) ont référencé dans cet article toutes les informations existantes dans la littérature sur ce bilan. Les études menées se sont portées sur des personnes avec des lésions cérébrales acquises telles que des personnes ayant subi un TCC ou un AVC.

<i>Donnée métrologique</i>	<i>Résultats</i>	<i>Interprétation</i>
Validité de contenu	un groupe international d'experts pluridisciplinaires a jugé l'outil clair et pertinent par rapport à l'objectif visé	
Validité de construit Validité discriminante	Activité « réaliser un budget » : 9,09 (4,16) minutes pour les témoins contre 21,24 (10,70) pour les TCC	<u>Bonne validité de construit</u> car score significativement plus faible pour les TCC
Validité de critère Validité concomitante	Corrélation avec le score de la Tour de Londres (r = 0,366) Corrélation avec le score du Weschler Schale-III (r = 0,376) Pas de corrélation avec les scores de Stroop	Validité de critère : corrélation modérée avec le test de la Tour de Londres (planification) et le Weschler Schale-III (mémoire de travail)
Fidélité inter-juges	CCI = 0,94 (résultats d'un évaluateur comparés à 3 autres)	<u>Excellente fidélité inter-juges</u>
Fidélité test-retest	NA	
Cohérence interne	score Alpha de Cronbach de 0,95	<u>Excellente cohérence interne</u>

Légende : NA = non attribué

Tableau II : Présentation des données métrologiques relatives au PAI

1.3.2. Les bilans validés en langue étrangère

Executive Function Performance Test (EFPT) est une évaluation comprenant quatre tâches quotidiennes de la vie communautaire, dont l'une d'entre elles est une tâche cuisine. La fiabilité et la validité de l'EFPT ont récemment été établies dans deux populations cliniques : personnes atteintes de sclérose en plaques et personnes atteintes de schizophrénie. Baum et al. (2008) ont cherché à établir la fiabilité et la validité de l'EFPT dans une population de personnes ayant subi un AVC (n=73) et à démontrer sa sensibilité à la gravité de l'AVC.

<i>Donnée métrologique</i>	<i>Résultats</i>	<i>Interprétation</i>
Validité de construit Validité discriminante	Score total EFPT : 1,51 (2,27) pour les témoins ; 7,87 (8,42) pour les patients AVC légers et 24,21 (5,39) pour les patients AVC modérés. Les différences étaient significatives également pour la tâche cuisine.	<u>Bonne validité de construit</u> : différence significative entre les groupes
Validité de critère Validité concomitante	Corrélations entre les scores EFPT et les scores FIM (r = -.40) Corrélations entre les scores EFPT et les scores FAM (r = -.68)	<u>Validité de critère</u> modérée avec la FIM (Functional Independence Measure) et bonne avec FAM (Functional Assessment Measure)
Fidélité inter-juges	Score total CCI = 0,91 (0,94 pour la tâche de cuisine, 0,89 pour le paiement des factures, 0,87 pour la gestion des médicaments et 0,79 pour l'utilisation du téléphone)	<u>Excellente fidélité inter-juges</u>
Fidélité test-retest	NA	
Cohérence interne	coefficient alpha de Cronbach = 0,94	<u>Excellente cohérence interne</u>

Tableau III : Présentation des données métrologiques relatives à l'EFPT

Rabideau Kitchen Evaluation – Revised (RKE-R) développé par Gary Rabideau en 1986, est une évaluation de l'habileté de préparation de repas, chez les adultes avec ischémie cérébrale transitoire, qui évalue une activité réelle de préparation de repas et décompose cette activité en plusieurs étapes. Les études de validité et de fiabilité sont décrites par Neistadt (1992).

<i>Donnée métrologique</i>	<i>Résultats</i>	<i>Interprétation</i>
Validité de contenu	établie par trois ergothérapeutes ayant en moyenne 20 ans d'expérience	
Validité de construit	corrélations avec les tests neuropsychologiques et fonctionnels (de 0,31 à 0,68)	<u>Validité de construit acceptable</u>
Validité de critère	NA	
Fidélité inter-juges	Score total CCI = 0,86	<u>Bonne fidélité inter-juges</u>
Fidélité test-retest	Score total CCI = 0,80	<u>Bonne fidélité test-retest</u>
Cohérence interne	NA	

Tableau IV : Présentation des données métrologiques relatives au RKE-R.

Kitchen Task Assessment (KTA) est une mesure fonctionnelle qui permet de déterminer le niveau de soutien cognitif requis par une personne atteinte de démence sénile de type Alzheimer pour accomplir une tâche de cuisine. Une étude a été menée sur 106 sujets (C. Baum & Edwards, 1993).

<i>Donnée métrologique</i>	<i>Résultats</i>	<i>Interprétation</i>
Validité de contenu	établie	
Validité de construit	NA	
Validité de critère Validité concomitante	association significative entre les scores RKE-R et WAIS-R des sujets ($r = -0,60$; $P = 0,0002$)	<u>Bonne validité de critère</u>
Fidélité inter-juges	Score total CCI = 0.86	<u>Bonne fidélité inter-juges</u>
Fidélité test-retest	NA	
Cohérence interne	coefficient alpha de Cronbach de 0,96	<u>Excellente cohérence interne</u>

Tableau V : Présentation des données métrologiques relatives au KTA.

Kettle test est un test évaluant la préparation de deux boissons chaudes, créé par Hartman-Maeir, Armon et Katz. L'objectif du test est d'évaluer la capacité des personnes, présentant des déficiences cognitives identifiées ou soupçonnées, à vivre de façon autonome. La fiabilité et la validité du test ont été étudiées sur 21 patients post-AVC (Hartman-Maeir, Harel, & Katz, 2009)

<i>Donnée métrologique</i>	<i>Résultats</i>	<i>Interprétation</i>
Validité de contenu	NA	
Validité de construit	Moyenne du score total : 9,34 (5,79) pour les patients AVC et 0,42 (0,91) pour les patients témoins	<u>Bonne validité de construit</u>
Validité de critère Validité concomitante	les corrélations entre le test de Kettle et les quatre tests cognitifs variaient de 0,478 et 0,659 (toutes significatives à $p < 0,01$)	<u>Bonne validité de critère</u>
Fidélité inter-juges	coefficient de corrélation de Spearman : Hôpital 1 : $r = 0,851$, $p = 0,001$ Hôpital 2 : $r = 0,916$, $p = 0,000$	<u>Bonne fidélité inter-juges</u>
Fidélité test-retest	NA	
Cohérence interne	NA	

Tableau VI : Présentation des données métrologiques relatives au Kettle Test.

1.3.3. Lien avec le bilan « Evaluation d'une activité rapide en cuisine »

Nous nous sommes ici intéressés à tous les bilans évaluant une mise en situation cuisine, dans le but non seulement d'évaluer la pertinence du bilan « Evaluation d'une activité rapide en cuisine » parmi ceux-ci, mais aussi d'identifier les données métrologiques nécessaires à l'attestation de sa valeur scientifique.

Effectivement, il était important pour nous d'identifier les données essentielles à la validation d'un bilan et le processus à mettre en œuvre pour y arriver. Nous pouvons donc voir que pour cinq bilans, la validité de construit a été étudiée en confrontant les résultats obtenus par la population cible à une population témoin. En ce qui concerne la validité de critère, nous avons trouvé des données pour tous les bilans sauf le KTA. La validité de contenu a été présentée dans la littérature pour trois bilans et nous pouvons voir que les experts choisis étaient des ergothérapeutes. En ce qui concerne la fidélité, ces six bilans ont fait l'objet d'une étude de la fidélité inter-juges. La cohérence interne n'est présentée que pour quatre des six bilans. Nous pouvons noter que la fidélité test-retest n'a été effectuée que pour l'EF2E et le RKE-R.

Ces recherches nous permettent donc de voir que certaines qualités métrologiques sont toujours ou quasiment toujours présentes dans les études de validation. Cela nous permet donc de voir quelle direction prendre pour la validation du bilan « Evaluation d'une activité rapide en cuisine ».

Au vu des recherches effectuées, nous pouvons dire qu'il serait tout d'abord intéressant d'évaluer sa validité d'apparence et de contenu. Effectivement, ce bilan n'a jamais été confronté aux avis des utilisateurs (thérapeutes et patients). Cela pourrait donc nous permettre de juger la pertinence et la clarté de ce bilan. Ensuite, comme nous pouvons le voir il est nécessaire d'étudier la validité de construit en confrontant les résultats obtenus entre des personnes saines et des patients atteints de la pathologie cible. Cela permettra d'affirmer que ce bilan peut faire la distinction entre les deux populations. Pour le bilan « Evaluation d'une activité rapide en cuisine », nous estimons que la validité de critère sera plus compliquée à étudier. En effet, nous n'avons pas identifié de « gold standard » qui permettrait de tester le degré d'association entre ces deux outils. Il serait donc intéressant de confronter ce test à plusieurs autres tests qui cherchent à évaluer les mêmes fonctions. De plus, concernant la fiabilité, nous pensons qu'il est plus que nécessaire d'étudier la fiabilité inter-juges pour un bilan comme celui-ci.

1.4. Présentation de l'outil : « Evaluation d'une activité rapide en cuisine »

1.4.1. Développement de ce bilan

Rappelons que ce bilan a été développé au départ par deux ergothérapeutes pour donner suite à des problématiques de terrain. Dans un souci de compréhension et dans le but de la validation, nous avons, après un travail de recherche, apporté des modifications sur le protocole et sur les grilles de cotations.

1.4.2. Présentation générale

Comme nous avons pu le définir dans la partie « 1.1.2.3. *L'évaluation par la mise en situation* », le bilan « Evaluation d'une activité rapide en cuisine » peut être caractérisé comme une évaluation d'une mise en situation écologique. Il permet d'examiner les capacités de personnes adultes présentant des lésions neurologiques avec troubles cognitifs associés, dans un objectif de retour à domicile.

Lors de cette évaluation, le sujet doit préparer une charlotte aux pommes. Tous les ustensiles et les aliments nécessaires sont mis à sa disposition. L'évaluation se déroule avec le moins d'aide possible de la part du thérapeute.

L'objectif de ce bilan est de permettre une évaluation globale et rapide du patient. Il permet d'évaluer les capacités motrices du patient ainsi que d'évaluer les principales fonctions cognitives mises en jeu lors de cette activité cuisine.

Le protocole de passation du bilan est composé de trois parties distinctes (Annexe II) : le protocole patient, le protocole thérapeute et la partie cotation.

1.4.2.1. *Le protocole patient*

Le protocole patient, sous forme d'une feuille imprimée, est fourni au patient dès le début de l'évaluation. Il permet au patient d'avoir accès aux informations et aux consignes qui lui sont nécessaires à la réalisation de l'activité. Il y trouve également la liste des ingrédients nécessaires ainsi que le déroulé de la recette.

1.4.2.2. *Le protocole thérapeute*

Cette partie constituée de trois feuilles est destinée au thérapeute uniquement. Elle est là pour donner la démarche à suivre afin de réaliser ce bilan et poser le cadre. Elle permet également au thérapeute de connaître les conditions d'utilisation de ce bilan : population cible, prérequis, matériel nécessaire et aménagement de l'environnement. Ce protocole est construit dans un objectif de reproductibilité du bilan entre deux thérapeutes, afin de diminuer les biais

dus à la subjectivité de l'examineur ou encore de l'influence de l'environnement de passation. Pour cela, les consignes et la procédure à suivre sont décrites, le thérapeute doit la suivre exactement.

1.4.2.3. La cotation

La cotation se présente sous forme de deux grilles : une permettant d'évaluer les fonctions motrices et l'autre évaluant les fonctions cognitives.

La grille évaluant les fonctions motrices permet de coter les items suivants : équilibre statique, équilibre dynamique, port de charge légère, les préhensions fines et globales ainsi que l'endurance physique.

La grille évaluant les fonctions cognitives comprend l'évaluation de quatre fonctions exécutives (inhibition, planification, attention/concentration et flexibilité mentale), ainsi que l'autonomie dans la tâche et les capacités mnésiques.

Les items sont notés sur une échelle de 0 à 3 points. Le score total varie de 0 à 18 points pour les capacités motrices et 0 à 18 points pour les capacités cognitives. Ce bilan présente donc un score final pouvant aller jusqu'à 36 points, sachant que plus le score se rapproche de 36 moins la personne ne présente de problème dans la réalisation de cette activité.

En plus de l'évaluation chiffrée, l'examineur peut également noter dans la section des « observations » tout indice fourni ou toute difficulté rencontrée par le patient.

2. Enquête exploratoire

Nous avons eu l'occasion de présenter notre projet de validation de ce bilan lors d'une journée d'étude en ergothérapie intitulée « L'évaluation et les nouvelles pratiques en ergothérapie » organisée par des étudiants de l'IUFE d'Auvergne. Cette présentation devant un panel de professionnels a permis de recueillir différents avis, ce qui peut constituer une enquête exploratoire.

Après notre présentation, les différents échanges ont permis d'appuyer la pertinence de ce bilan dans la pratique professionnelle. Cependant, quelques remarques et modifications potentielles ont été soulevées. Tout d'abord, il est ressorti que le nom de ce bilan (initialement bilan « Charlotte aux fruits ») ne faisait pas assez professionnel. Ensuite, il a été soulevé que la réalisation d'une charlotte aux fruits est une activité peu signifiante pour les patients. De plus, il a été également évoqué que ce bilan n'était pas vraiment un bilan écologique dans le sens où

l'on n'évalue pas le patient dans son environnement naturel. Ce bilan est donc plutôt considéré comme évaluant une mise en situation écologique.

A la suite de cette journée, nous avons donc initié une réflexion sur le changement de nom du bilan. Le nom initial de bilan « Charlotte aux fruits » a donc été revu, en accord avec les auteures, il se nommera désormais « Evaluation d'une activité rapide en cuisine ».

3. Question de recherche

Au travers des différentes recherches effectuées, nous pouvons voir que l'évaluation est une partie importante de la démarche thérapeutique en ergothérapie. L'évaluation du patient se déroule en plusieurs parties et peut faire appel à différents outils. L'utilisation d'outils d'évaluation pertinents est prouvée dans la littérature, et est également recommandée par la Haute Autorité de Santé. L'utilisation d'outils d'évaluation validés permet d'évaluer la personne mais permet également d'assurer la cohérence dans la prise en charge, de faciliter la communication entre les différents membres de l'équipe mais également d'intervenants extérieurs si besoin et pour finir cela permet de voir l'évolution et les progrès du patient. Il est donc important de connaître les outils existants, de pouvoir les comparer et de choisir l'outil le plus adapté à sa pratique professionnelle.

Notre travail consistant à la validation d'un nouvel outil d'évaluation en mise en situation de cuisine en ergothérapie, il a été pour nous nécessaire de comprendre le processus de validation d'un outil d'évaluation. La validité est prouvée lorsque différents critères ont été évalués tels que la validité, la fiabilité et la sensibilité.

Comme nous avons pu le voir et le définir, différentes données métrologiques doivent être étudiées afin de savoir si le bilan « Evaluation d'une activité rapide en cuisine » peut être considéré comme un bilan validé. Il est donc nécessaire de faire une étude afin de tendre à la validation de celui-ci. Pour cela, différents axes de travail ont été définis.

Ce mémoire d'initiation à la recherche permet de faire émerger la question de recherche suivante :

Le bilan « Evaluation d'une activité rapide en cuisine » présente-t-il une validité d'apparence et une validité de contenu satisfaisante pour être considéré comme pertinent dans la pratique ergothérapique ?

4. Cadre éthique

La recherche en santé est actuellement régie par la loi n°2012-300 du 5 mars 2012 dite « loi Jardé », relative aux Recherches Impliquant la Personne Humaine (RIPH).

Dans ce type de recherche on distingue trois catégories de recherches (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019) :

- Catégorie 1 : Les recherches qui comportent une intervention sur les personnes non dénuée de risques pour celles-ci. Elles ne peuvent être mises en œuvre qu'après autorisation de l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) et avis favorable d'un CPP (Comité de Protection des Personnes)
- Catégorie 2 : Les recherches à risques et contraintes minimales. Elles ne peuvent être mises en œuvre qu'après avis favorable d'un CPP.
- Catégorie 3 : Les recherches désignées par les termes « recherches observationnelles » ou « non interventionnelles ». Elles ne comportent aucun risque ni contrainte pour le patient car tous les actes sont pratiqués et les produits utilisés de manière habituelle. Elles ne peuvent être mises en œuvre qu'après avis favorable d'un CPP.

Notre recherche dans son ensemble rentre en grande partie dans la recherche impliquant la personne humaine de catégorie 3. Afin de recueillir l'accord du CPP, un protocole de recherche a été rédigé. La demande d'avis auprès du CPP est actuellement en cours.

Concernant, la recherche auprès des professionnels, celle-ci est hors « loi Jardé ». Mais il y a quand même différentes règles éthiques à respecter. Tout d'abord, quel que soit le type de recherches, l'information des sujets inclus dans la recherche est incontournable, c'est pour cela qu'un formulaire d'information avec recueil de la non-opposition a été rédigé (Annexe III). Il a pour but d'informer la personne participant à la recherche sur les objectifs de cette étude, sur les résultats attendus, ainsi que sur les modalités de recueil de données (enregistrement vocal). La signature de ce document permet d'attester que le patient ne s'oppose pas à la réalisation de cette étude, ni à l'utilisation des données récoltées dans le cadre de ce travail de recherche. Il est également important d'assurer l'anonymat des sujets participants à la recherche. C'est pour cela que toutes les données recueillies seront traitées sans mention du nom, du prénom ou de toute autre information qui pourrait permettre l'identification de la personne. Durant, toutes la recherche nous conservons un fichier nous permettant nous d'identifier le participant en cas de nécessité de le recontacter. Ce fichier sera détruit lorsque la finalité de la recherche sera atteinte.

Méthodologie de recherche

1. Objectif de la recherche et de choix de la méthode

Dans cette recherche, nous avons cherché à évaluer d'une part la validité apparente du bilan « Evaluation d'une activité rapide en cuisine » et d'autre part à questionner la validité de contenu de celui-ci. Pour cela le but était de recueillir le maximum d'informations et de critiques que ce soit sur le contenu, la pertinence ou encore sur la construction du bilan. En d'autres termes, les thèmes qui ont été abordés concernaient la faisabilité et la compréhension globale du bilan.

Le Bilan « Evaluation d'une activité rapide en cuisine » étant constitué de trois grandes parties : le protocole patient, le protocole thérapeute et les grilles de cotation, il a été décidé de mener l'étude de deux façons différentes afin de récolter le plus d'avis possible. Une première étude a été menée auprès de volontaires (population saine) pouvant être assimilés à de potentiels patients (étude 1) et une seconde étude a été quant à elle menée auprès d'ergothérapeutes qui représentent les futurs utilisateurs de cet outil (étude 2). Le recueil de données a donc été réalisé grâce à deux outils différents.

Nous allons maintenant vous exposer la méthode de recherche utilisée pour chacune des deux parties de cette étude.

2. Première partie de l'étude (étude 1)

2.1. Choix de la population et procédure de recrutement

Comme mentionné en définissant la validité d'apparence, celle-ci est une évaluation subjective pouvant être effectuée par les usagers de l'outil de mesure. Dans notre situation, les usagers pouvaient être assimilés à des patients potentiels. Dans le cadre d'un bilan comme le nôtre, il semblait intéressant de recueillir l'avis des patients sur la réalisation de celui-ci, afin d'avoir des informations sur la partie « protocole patient ». Effectivement c'est la seule partie du bilan que les patients auront à leur connaissance lors de la passation.

Dans le cadre d'une recherche qui est réalisée en parallèle, afin d'élaborer une table normative relative au bilan « Evaluation d'une activité rapide en cuisine », des personnes volontaires saines ont été recrutées (Bonnafous, 2020)

Cette population a été recrutée en fonction des caractéristiques suivantes : personnes adultes de tout âge allant de 18 à 90 ans, ne présentant aucune pathologie et n'ayant aucune

connaissance dans l'évaluation en ergothérapie (exclusion des ergothérapeutes et des étudiants en ergothérapie).

Les personnes recrutées dans le cadre de cette recherche se sont portées volontaires et ont accepté de participer à cette recherche. Afin d'obtenir des données pour réaliser la table normative, elles ont été mises en situation réelle de passation du bilan. Elles ont donc réalisé la recette dans les conditions de passation décrites dans le protocole.

Nous avons profité de ce passage pour leur soumettre un questionnaire afin de récolter leur ressenti à la suite de la passation. Pour rappel, le but était de tester la compréhension et l'adhésion des personnes à cette activité et à sa réalisation.

2.2. Choix et construction de l'outil

L'outil qui a été choisi pour récolter des informations auprès de cette population est le questionnaire. Le questionnaire permet de recueillir des données quantitatives et qualitatives en questionnant un grand nombre de personnes.

Cet outil semblait être le plus adapté au vu du contexte de cette étude. Effectivement, il fallait trouver une manière rapide et peu contraignante à utiliser sachant que les personnes étaient également soumises au bilan juste avant. Le questionnaire était donc une manière rapide d'avoir des informations et qui demandait peu de logistique.

Pour élaborer le questionnaire, nous nous sommes appuyés sur les concepts que nous voulions questionner concernant la construction de notre « protocole patient » afin d'en juger sa validité d'apparence.

Le questionnaire (Annexe IV) comprenait quatre questions. Pour avoir un maximum de réponses, ce questionnaire se voulait court, explicite et intuitif. Pour cela chaque question a été posée en proposant un choix de réponse binaire OUI/NON avec possibilité de compléter la réponse de manière libre. La première question s'attachait à la compréhension des consignes données. La seconde question s'intéressait aux éventuelles difficultés rencontrées pendant la réalisation du bilan. La troisième question se consacrait au manque d'éléments ou d'informations. La dernière question, plus générale portait sur les remarques concernant la globalité du bilan (passation et protocole).

2.3. Déroulé de l'étude

Les personnes ont été mises en situation dans une cuisine thérapeutique aménagée pour la passation. Le premier temps a été la réalisation de la recette comme s'ils étaient à la place

d'un patient potentiel sous la surveillance d'un ergothérapeute. Les consignes ont été données comme indiquées dans le protocole du bilan.

A la fin de la réalisation, nous avons distribué le questionnaire à chaque patient et lui avons laissé le temps afin qu'il puisse le compléter.

3. Deuxième partie de l'étude (étude 2)

3.1. Choix de la population et procédure de recrutement

La question de recherche de départ étant centrée sur l'intérêt et la pertinence de l'utilisation du bilan « Evaluation d'une activité rapide en cuisine » dans la pratique de l'ergothérapie, l'objectif est donc de faire de l'ergothérapeute la population mère de cette partie de l'étude. Les ergothérapeutes sont effectivement les personnes les plus à même de répondre à cette question.

Concernant les critères d'échantillonnage : les professionnels recrutés étaient des ergothérapeutes diplômés d'état, de tout âge, de tout sexe et avec des expériences différentes (années d'exercice et lieu d'exercice). Ils devaient en revanche justifier d'une expérience dans la mise en situation cuisine et/ou dans l'utilisation d'outils d'évaluation utilisant la mise en situation.

Le recrutement des participants a été fait par une technique d'échantillonnage non probabiliste, c'est-à-dire que les personnes interrogées n'ont pas été choisies au hasard. L'institut de formation, la référente méthodologique de ce mémoire ainsi que les connaissances professionnelles dont je dispose ont transféré l'appel à volontaire. Le panel d'ergothérapeutes choisi ne permet pas une représentation précise de la population mère mais correspond aux contraintes temporelles. Cependant, nous avons essayé d'avoir une répartition assez hétérogène des pratiques et des expériences.

3.2. Choix et construction de l'outil

Dans cette partie de l'étude, nous étions en quête de données qualitatives puisque nous nous intéressions à l'avis porté par les ergothérapeutes sur le bilan « Evaluation d'une activité rapide en cuisine ». L'outil qui a été utilisé est donc l'entretien semi-dirigé.

Selon Tétréault (2014), l'entretien semi-directif comprend plusieurs caractéristiques. Tout d'abord il permet à la personne de faire part de l'avancement de ses connaissances, c'est un échange interactif et spontané. Il est de nature plus révélatrice que le questionnaire puisqu'il met en jeu les émotions de la personne interviewée. La personne expose ses réponses plus

spontanément, sans prêter une attention particulière à chaque mot employé. En effet, l'entretien donne un accès direct à la personne, à ses perceptions et ses idées.

Nous avons fait le choix de réaliser un entretien thématique qui permet de recueillir des données sur un thème précis. Nous avons construit une grille d'entretien (Annexe V) autour des thèmes que nous voulions aborder pendant l'entretien. Pour rappel, au travers de ces entretiens nous avons cherché à avoir le ressenti des ergothérapeutes sur le bilan. Nous avons également cherché à les questionner sur la forme et la compréhension mais également sur le contenu et la pertinence des fonctions évaluées. Et plus généralement nous avons cherché à savoir si cet outil était pertinent dans la pratique de l'ergothérapeute. Nous avons donc construit l'entretien de la manière suivante :

- Une première partie s'attachant aux questions préalables qui permettent d'effectuer l'échantillonnage.
- Une deuxième partie s'intéressant plus particulièrement au bilan en question. Nous avons fait le choix de questionner tout d'abord la compréhension générale, puis individuellement chaque partie du protocole : protocole patient, protocole thérapeute et grilles de cotation.
- Une troisième partie comprenant des questions plus générales sur le bilan et son utilité.

3.3. Déroulé des entretiens

Un premier contact s'est fait par mail afin d'expliquer le sujet de mon mémoire et convenir d'un rendez-vous. Tous les entretiens effectués se sont faits en présentiel. Lors de notre rendez-vous, nous avons commencé par récolter le consentement de chaque participant. Ensuite, nous avons distribué le protocole du bilan et nous avons laissé un temps de lecture. Aucun des participants n'avait connaissance du protocole avant. Nous avons ensuite pu échanger sur le contenu du protocole.

Analyse des données et principaux résultats

1. Analyse des données de l'étude 1 menée auprès des personnes saines

1.1. Mode d'analyse des données

Les questionnaires ont été récoltés et analysés de manière à faire ressortir les avis des participants question par question. Ces données récoltées viendront compléter et appuyer les données récoltées dans la deuxième partie de l'étude (étude 2) effectuée auprès des professionnels.

1.2. Présentation des participants

Trente individus ont été inclus dans cette phase de l'étude. Les caractéristiques de ces individus sont présentées dans le *tableau I*.

La population étudiée était âgée de dix-huit à soixante-dix ans. Elle était constituée de vingt femmes et de dix hommes. Le niveau d'étude et la catégorie socio-professionnelle de ces individus étaient assez diversifiés allant de l'étudiant au retraité.

PERSONNE SAINE	SEXE	AGE	NIVEAU D'ETUDE	PROFESSION
1	F	29	Bac +5	Assistante sociale
2	M	46	-	Chef d'entreprise
3	F	64	-	Retraitée
4	F	71	-	Retraitée
5	F	47	BEP	Secrétaire
6	F	51	Bac + 2	Secrétaire
7	M	29	-	Opérateur polyvalent
8	M	20	Bac+3	Etudiant
9	F	21	Bac+2	Etudiant
10	F	34	Bac + 3	Monitrice Educatrice
11	F	67	CAP	Retraitée
12	F	43	DUT	Assistante commerciale
13	F	62	-	Retraitée
14	M	58	Bac + 5	Ingénieur chercheur
15	F	70	-	Retraitée
16	F	19	Bac + 2	Etudiante
17	F	25	Bac + 2	Diététicienne
18	M	22	Bac + 5	Etudiant
19	F	58	Bac +5	
20	M	29	Bac + 2	Etudiant
21	F	68	-	Retraitée
22	M	18	Bac +1	Etudiant
23	F	32	Bac +2	Psychomotricienne
24	M	24	Bac + 4	Etudiant
25	F	32	Bac + 3	Assistante sociale
26	F	34	Bac + 5	Enseignante APA
27	F	26	-	Agent polyvalent
28	M	28	-	Chauffeur
29	F	37	Bac + 5	Professeur des écoles
30	M	38	-	Artisan

Légende : - non renseigné

Tableau VII : Caractéristiques des personnes ayant répondu au questionnaire.

1.3. Présentation des résultats

Pour rappel, les patients devaient répondre à quatre questions relatives à la validité d'apparence du « protocole patient ». L'analyse des réponses est présentée dans le *tableau II*.

Question 1 : Les consignes données étaient-elles claires ?

Nombre de réponses	30
Oui	26 (87%)
Non	4 (13%)
Commentaires	
Oui :	Explication de l'espace et des objets (4) ; explication de la disposition des ustensiles et des ingrédients (3) ; consignes bien détaillées (2) ; consignes claires suffisent de lire et d'appliquer (2)
Non :	Pour quelqu'un qui n'a pas l'habitude de cuisiner il faudrait détailler plus (1) ; pas assez de précisions sur les quantités (3)

Question 2 : Avez-vous rencontré des difficultés pour réaliser cette recette ?

Nombre de réponses	30
Oui	8 (27%)
Non	22 (73%)
Commentaires	
Oui :	Quantités pas toutes données (3) ; perte de repère, environnement inconnu (3) ; mauvaise réalisation (boudoirs trop imbibés, pomme coupée entièrement)
Non :	Recette facile (2)

Question 3 : Pour-vous, manque-t-il des éléments, des informations ?

Nombre de réponses	30
Oui	17 (57%)
Non	13 (43%)

Commentaires

- **Oui :** Proportions manquantes (10) ; Présence d'une photo du résultat sur la recette ; rajouter dans quel récipient couper les boudoirs ; indiquer s'il faut imbiber les boudoirs ajouter à la fin ; faut-il éplucher la pomme ; préciser qu'il faut garder des boudoirs et sirop pour la fin ; manque un minuteur pour surveiller le temps
 - **Non :** /
-

Question 4 : Dans la globalité, avez-vous des remarques concernant ce bilan ?

Nombre de réponses	30
Oui	5 (17%)
Non	25 (83%)

Commentaires

- **Oui :** Difficulté de tout remettre à sa place à la fin ; obligé d'adapter certaines habitudes car pas le matériel que j'utilise à la maison ; difficulté d'être observé et de pas pouvoir poser de question
 - **Non :** /
-

Légende : (...) correspond au nombre de réponses

Tableau VIII : Réponses au questionnaire.

1.4. Synthèse

Concernant la compréhension des consignes, 87% des participants ont trouvé les consignes données claires et ont apprécié qu'on leur explique et qu'on leur montre l'environnement, les ingrédients et les ustensiles disponibles. Pour les 13% restant, les consignes écrites n'étaient apparemment pas assez détaillées.

Sur la réalisation de la recette, 73% des personnes disent ne pas avoir rencontré de difficulté, même si certains précisent avoir réussi malgré qu'ils n'auraient pas fait de la même façon chez eux. En revanche, 27% des personnes mentionnent des difficultés comme le manque de précisions sur les quantités, la perte de repère due à l'environnement inconnu ou encore certains précisent avoir eu des difficultés car ils ont laissé trop imbiber les boudoirs, ont coupé toute la pomme alors qu'il n'en fallait que la moitié.

A propos des éléments manquants dans le protocole patient, 57% des participants pensent qu'il manque des informations : 10 personnes sur les 17 ayant répondu « oui » indiquent un manque au niveau des quantités à utiliser (sirop, eau, boudoirs). De plus, pour certains il faudrait quelques précisions dans la manière de faire comme rappeler d'imbiber ou encore préciser d'éplucher la pomme. Une personne pense que ça pourrait aider d'avoir une photo du résultat attendu. Une autre soulève le manque d'un minuteur pour contrôler le temps.

La dernière question s'attachait à récolter d'éventuelles remarques supplémentaires. Pour 83% des participants il n'y a rien à rajouter par rapport aux questions déjà posées. Les autres participants ont remarqué que la situation est parfois déstabilisante, être observé et ne pas pouvoir poser de questions les ont dérangés. De plus, une personne précise qu'il est parfois difficile de satisfaire la consigne « Laisser la cuisine dans l'état où vous l'avez trouvée en rentrant ». Un des participants remarque qu'il a dû adapter sa façon de faire par rapport à son habitude.

2. Analyse des données de l'étude 2 menée auprès des ergothérapeutes

2.1. Mode d'analyse des données

Concernant l'analyse de ces entretiens, nous avons tout d'abord procédé à la retranscription des enregistrements vocaux, puis effectué une première lecture.

Nous avons ensuite procédé à une analyse longitudinale des résultats visant à inspecter individuellement chaque entretien afin d'en faire ressortir les points importants. Pour cette analyse, nous nous sommes appuyés sur les thèmes abordés dans notre trame d'entretien. Nous

avons réalisé des tableaux en sélectionnant les verbatims puis nous avons pour chaque thème (compréhension générale, protocole patient, protocole thérapeute, grilles de cotations et généralités) élaboré un résumé. Nous avons essayé de faire ressortir les éléments de réponses présents dans les entretiens, de façon la plus objective possible.

Après avoir analysé chaque entretien, nous avons croisé les réponses obtenues (analyse transversale) pour chaque thème défini plus haut (Annexe VI). Nous avons comparé les résumés élaborés à la suite de l'analyse longitudinale de chaque entretien. Le but de ce travail est de mettre en avant les similitudes mais aussi les divergences récoltées sur le contenu, la compréhension et la forme du bilan.

2.2. Présentation des ergothérapeutes

Six ergothérapeutes ont pu être interrogés. Dans la suite de ce travail nous les nommerons E1, E2, E3, E4, E5 et E6. Grâce aux questions posées dans la première partie de l'entretien, nous avons pu établir un tableau d'échantillonnage (*tableau III*).

	<i>Sexe</i>		<i>Expérience</i>			<i>Mise en situation</i>		<i>Formation spécifique</i>
	Homme	Femme	< 5 ans	Entre 5 et 10 ans	> 10 ans	Utilisation	Evaluations	
<i>E1</i>		X		X		X		
<i>E2</i>		X			X	X		
<i>E3</i>		X	X			X		
<i>E4</i>		X	X			X	X	
<i>E5</i>		X	X			X		
<i>E6</i>	X				X	X	X	

Tableau IX : Présentation des ergothérapeutes interrogés (échantillonnage)

Comme nous pouvons le voir à travers ce tableau, les participants à l'étude avaient des expériences différentes allant de deux ans à plus de quinze ans de pratique auprès de différentes populations. Ce critère était intéressant et enrichissant pour notre étude. Nous pouvons voir qu'ils justifiaient tous d'une connaissance de la mise en situation et que deux d'entre eux ont utilisé plus spécifiquement des outils d'évaluation basés sur la mise en situation.

Bien qu'initialement, nous aurions aimé interroger également des ergothérapeutes formés spécifiquement à certaines évaluations dites écologiques, nous n'avons pas réussi à en contacter et donc à obtenir un entretien. Ce critère aurait certainement permis d'apporter des éléments supplémentaires à la critique du bilan « Evaluation d'une activité rapide en cuisine ».

2.3. Présentation des résultats de l'analyse transversale

2.3.1. Compréhension générale

Cette partie s'attache à recueillir le ressenti à chaud des ergothérapeutes, c'est-à-dire que nous voulons avoir une première impression de ce qu'ils pensent à la suite de la lecture du protocole et surtout comment ils se situent par rapport à la passation de celui-ci.

Nous pouvons voir que les six ergothérapeutes semblent s'entendre sur le fait que le bilan est clair et compréhensible. Tous se sentent de le faire passer. Trois d'entre eux, précisent que les photos permettent une bonne compréhension de l'environnement de passation.

2.3.2. Protocole patient

En s'intéressant au protocole patient, nous pouvons voir que les ergothérapeutes ont bien compris le principe de cette partie du protocole « *c'est la partie explicative qui permet au patient de savoir ce qu'il doit faire* » (E4). De plus, E1, E2, E5 et E6 précisent que c'est une recette permettant de réaliser un gâteau aux fruits plus particulièrement avec des pommes, du fromage blanc, le tout à faire dans un mug.

Nous nous sommes ensuite intéressés au contenu donné au patient à travers ce protocole. Il est à noter que les ergothérapeutes font un retour après une simple lecture. Nous pouvons voir que pour eux certains éléments sont à modifier et que d'autres sont à ajouter. Nous allons les analyser selon le consensus obtenu.

Concernant les éléments à modifier :

- Pour E6, il serait peut-être judicieux pour plus de lisibilité de faire des sous-étapes dans la recette, ce qui reviendrait à mettre une action par tiret.
- Plusieurs ergothérapeutes ont émis une réserve sur la consigne « Nous resterons avec vous tout au long de l'activité. Si vous rencontrez une grande difficulté, n'hésitez pas à le faire savoir ». Pour eux, cette notion est beaucoup trop subjective et peut porter à confusion. Pour E6, il serait mieux de dire « *Nous restons tout au long de l'activité avec vous toutefois nous ne pourrions pas vous aider* » et seulement laisser au jugement du thérapeute s'il doit intervenir.
- Sur la forme, il serait nécessaire pour un des ergothérapeutes de mettre des éléments en valeur comme « *adaptez votre comportement comme si vous étiez seul* ».

Concernant les éléments manquants :

- Trois ergothérapeutes (E1, E3 et E4) se rejoignent sur le fait que pour eux il serait intéressant de préciser les quantités des ingrédients utilisés dans la recette. E4 ajoute que si cela est fait exprès il faut donc que le thérapeute puisse clairement l'identifier et que cela ressorte dans l'évaluation.
- E1 et E5 notent que les consignes telles que « épilucher et couper la pomme », « diluer le sirop avec l'eau dans le bol » sont manquantes. Pour elles, ce sont des choses qu'on est censé nous donner dans une recette normale. E2 ajoute que pour elle la consigne de « faire la vaisselle » n'est pas assez explicite.
- E6 ajouterait sur cette partie destinée au patient, le but du bilan afin « *d'expliquer aussi au patient pourquoi on lui fait faire ça* ».
- Pour l'un des ergothérapeute la présence d'une photo du résultat attendu pourrait permettre d'aiguiller le patient.

Malgré les quelques points relevés, ils sont d'accord pour dire que l'ensemble du protocole patient est assez clair et compréhensible.

2.3.3. Protocole thérapeute

En ce qui concerne le protocole thérapeute, nous pouvons voir que tous les ergothérapeutes semblent avoir compris l'objectif de cette partie. Pour E6 « *c'est la méthode de passation qui est donnée* ». Pour E1 cela va permettre à « *l'ergothérapeute de comprendre comment installer le matériel ainsi que les éléments distracteurs* », alors que pour E2 cela « *consiste à donner au thérapeute les consignes et les explications à donner pour la passation* ». De plus, E1 ajoute que « *les photos sont un plus* », alors que pour E3 elles ne suffisent pas et qu'il est nécessaire d'expliquer l'aménagement de l'environnement également à l'écrit. E4 ajoute qu'il faudrait qu'elles soient de meilleure qualité.

En compilant les informations récoltées auprès des six ergothérapeutes, nous allons pouvoir faire ressortir des éléments à améliorer. Pour eux plusieurs points ne sont pas clairs :

Éléments à modifier ou à compléter :

- E6 nous met en garde sur le terme « bilan global » qui pour lui n'est pas le bon ici car c'est seulement une évaluation des fonctions cognitives et motrices, donc pour lui ce n'est pas global.

- Pour trois des interviewés, la population cible du bilan n'est pas bien définie et pas assez précise. Pour E3, il est important de préciser aussi au niveau moteur quel déficit peut présenter le patient. E6 lui, insiste sur l'importance de bien définir la population et pour lui ici le bilan s'adresse à des personnes adultes donc entre 18 et 65 ans.
- Pour un des ergothérapeutes, dans les prérequis il faudrait rajouter s'il y a des évaluations à faire en amont.
- La moitié des ergothérapeutes (E1, E2 et E3) questionnent l'importance d'avoir des placards, qui parfois n'est pas le cas dans certains services. De plus, E4 se demande pourquoi mettre le matériel en haut et les ingrédients en bas, est-ce que cela est vraiment important ?
- Trois des ergothérapeutes (E2, E4 et E6) soulèvent la présence du téléphone mais expliquent ne pas avoir compris à quoi il sert.
- E4 et E6, qui sont les ergothérapeutes les plus expérimentés dans la pratique d'évaluation utilisant des mises en situation, se demandent à quel moment on estime que l'on doit intervenir. Pour eux, il est important de le préciser pour les thérapeutes qui feront passer le bilan, comme par exemple quand il y a une mise en danger ou que le patient ne progresse plus dans la tâche.
- E2, E4 et E5 se rejoignent sur le fait qu'il faudrait préciser la méthode de passation, en précisant notamment ce que l'on fait pendant les 30 minutes de pause, ce que le thérapeute a le droit de faire, et également préciser si un temps de retour sur la passation est prévu.

Eléments manquants :

- Pour E3, il serait intéressant d'ajouter au début des consignes un temps pour expliquer le bilan et les objectifs au patient.
- Pour un des ergothérapeutes (E6) il est important de donner aussi des consignes sur le positionnement du thérapeute et de bien lui indiquer de prendre des notes et de coter après la réalisation.

Concernant la mise en forme, plusieurs ergothérapeutes (E3 et E6) donnent comme conseil de faire des listes afin d'aérer le contenu et de se retrouver plus facilement.

2.3.4. Cotation

En s'intéressant aux grilles de cotations fournies dans le protocole, nous pouvons voir que tous les ergothérapeutes sont d'accord sur la présentation de celles-ci (deux grilles séparées). De plus, on note que les avis sont convergents en ce qui concerne la pertinence, la facilité et l'intuitivité de la cotation chiffrée « sur 4 niveaux » (E6). En revanche, E4 et E6 se demandent comment interpréter le score sur 36 à la fin de la réalisation.

Pour E5, il est important de préciser sur la feuille de cotation si la personne utilise une aide à la marche ou présente un handicap moteur au niveau des membres supérieurs.

Concernant l'explication des niveaux de cotation pour le moteur :

- Pour deux des ergothérapeutes il faut revoir la définition de certains items : E5 n'est pas d'accord avec l'équilibre statique car pour elle assis et debout devrait être séparé. Pour E6, les items « préhensions » et « équilibre dynamique » sont à revoir.
- Plusieurs ergothérapeutes ne comprennent pas à quoi correspondent les aides techniques qui sont mentionnées dans la cotation car on n'en parle pas avant. Si cela correspond à des aides techniques à la réalisation de l'activité, il faudrait « préciser à la rigueur que l'on peut proposer des aides techniques » (E1) et si le patient est censé savoir les utiliser avant.

Concernant la compréhension de la cotation pour les items cognitifs :

- E2 et E5 ne comprennent pas pourquoi on vient parler « d'assistance physique ». E1 rajoute que le terme « capacités inexistantes » n'est pas adaptée et peu professionnel et qu'il plutôt faudrait parler de « capacités réduites ».
- Pour E6, l'explication de l'autonomie dans la tâche est à revoir.
- E6 émet aussi un questionnement sur l'évaluation des capacités mnésiques du patient au travers « du nombre de fois où il regarde le protocole ». Pour lui, on ne peut pas vraiment savoir si le patient regarde parce qu'il ne sait plus ou juste par besoin de vérification.

Pour l'ergothérapeute 4, la cotation choisie sur 4 niveaux est pertinente mais elle aurait fait une cotation plus générale : « par exemple 0 non réalisable, 1 partiellement réalisé, 2 presque en totalité, 3 en totalité » et aurait apporté des précisions pour chaque item. Car pour elle, ces

explications ne s'adaptent pas à tous les items. E1 vient soutenir cette idée en précisant que cette cotation, n'est peut-être pas adaptée pour l'item de l'endurance.

Après avoir validé la pertinence de cette cotation, nous avons voulu questionner le contenu de celle-ci. Nous pouvons voir que dans l'ensemble les ergothérapeutes semblent approuver le choix des items. Nous notons cependant, que deux ergothérapeutes auraient peut-être plus détaillé les fonctions exécutives. Au niveau des capacités motrices, E4 ajouterait un item sur les « *amplitudes articulaires* » et E6 sur la « *coordination* ».

Pour finir, les ergothérapeutes interrogés sont unanimes sur l'importance de la partie « observations », seulement deux d'entre eux précisent que les cases prévues sont trop « *petites* » et qu'il faut donc revoir la mise en page.

2.3.5. Généralités sur le bilan

Nous pouvons voir au travers de ces discours, que tous les ergothérapeutes ont un avis convergent sur la pertinence de ce bilan dans la pratique de l'ergothérapeute. Ils s'entendent à dire que celui-ci est intéressant car rapide et facilement accessible : « *pas de four, d'œufs* » (E6), « *pas de formation nécessaire* » (E5), « *pas trop de matériel ni de temps* » (E2). Pour l'ergothérapeute 1, tout ce qui est demandé dans ce bilan est facile à trouver, même si elle émet une réserve sur la disponibilité des boudoirs dans tous les services. En ce qui concerne l'ergothérapeute 3, pour elle ce sont les éléments distrayeurs qui peuvent présenter un point faible à la réalisation de ce bilan dans des conditions parfaites.

Pour E6, un des points intéressants est également que ce bilan peut être réalisé dans différents lieux et pas seulement une cuisine. Ce point n'est pas partagé par l'ergothérapeute 3, qui elle précise qu'il peut être difficile à mettre en place en fonction des services.

Malgré ces avis plutôt positifs, nous pouvons relever qu'un ergothérapeute se questionne sur la reproductibilité de ce bilan, pour lui c'est un bilan qui ne peut être amené à être réalisé plusieurs fois avec le même patient.

Pour finir, quand nous interrogeons les ergothérapeutes sur les pathologies cibles de ce bilan, nous pouvons voir qu'ils visent en général les mêmes pathologies. De plus, ils semblent tous être en accord avec le choix effectué par les auteurs du bilan, et pour certains ce bilan peut également être élargie aux patients parkinsonniens (E1 et E2) ainsi qu'à la pratique en psychiatrie (E2).

Discussion

Dans cette partie, les résultats obtenus au travers de cette étude seront interprétés afin de répondre à la question de recherche. Ils seront ensuite mis en relation avec les autres travaux effectués sur le bilan « Evaluation d'une activité rapide en cuisine », ce qui permettra de définir les perspectives de travail futures. Nous ferons ensuite une analyse réflexive sur le travail effectué.

1. Conclusion et interprétation des résultats obtenus

Rappelons que cette étude avait pour premier objectif d'évaluer la compréhension du protocole par les usagers. La compréhension du « protocole patient » a été déterminée par les participants sains soutenue par l'avis émis par les ergothérapeutes. Ceux-ci ont également analysé la globalité du bilan et émis leur avis sur le « protocole thérapeute » et les « grilles de cotation ». À la suite de l'évaluation de l'apparence externe du bilan, nous avons cherché à questionner le contenu de celui-ci comprenant les consignes, les différentes étapes et les fonctions évaluées.

Tout d'abord, il est important de préciser que cette première recherche auprès de patients sains a permis de mettre en évidence les points non compris dans le « protocole patient ». Nous pouvons donc dire que si des difficultés ont déjà été rencontrées par ces personnes, il est fortement possible que des patients présentant des pathologies avec troubles cognitifs seront encore plus en difficulté.

L'ensemble de notre recueil de données nous permet d'obtenir une somme importante d'informations et de réponses concrètes en lien avec le bilan « Evaluation d'une activité rapide en cuisine ».

L'analyse croisée des résultats obtenus dans les deux parties de l'étude, nous permet de dire que le bilan semble bien perçu par les patients mais aussi par les ergothérapeutes. En effet, les réponses obtenues au questionnaire soumis aux trente personnes saines ayant réalisé le bilan en amont, permettent de constater qu'ils ont eu une assez bonne compréhension du bilan. Effectivement, l'analyse des résultats montre 87% de réponses positives à la question sur la clarté des consignes et que 73% des participants disent ne pas avoir rencontré de difficultés. Nous pouvons nous demander si ces réponses sont vraiment représentatives. Nous estimons que sur un échantillon de trente personnes avoir un taux proche de 75% ou plus peut être considéré comme significatif. Ces résultats ajoutés aux réponses obtenues auprès des professionnels

viennent soutenir que dans l'ensemble, le « protocole patient » est assez bien construit pour être compris par la majorité des personnes.

Nous notons cependant que 57% des participants sains ont répondu « oui » à la question « pour-vous, manque-t-il des éléments, des informations ? ». La moitié des ergothérapeutes viennent appuyer ce besoin de précisions concernant les quantités d'ingrédients. Pour eux, les patients peuvent être mis rapidement en difficulté alors que le but n'est pas celui-là. De plus, les deux populations interrogées soulèvent les mêmes problématiques au niveau des précisions concernant les étapes de la recette, en particulier « éplucher la pomme ». Ces résultats indiquent que le protocole patient peut encore être amélioré afin d'éviter certains biais de réalisation.

L'analyse des entretiens a montré que le bilan dans sa globalité est également bien perçu par les professionnels. Effectivement, tous les ergothérapeutes sont en accord avec les auteures qui décrivent ce bilan comme simple d'utilisation et ne nécessitant que peu de matériel. De plus, les ergothérapeutes jugent à l'unanimité ce bilan pertinent pour la pratique de l'ergothérapeute. Ce constat est cependant nuancé par deux des ergothérapeutes qui viennent émettre une réserve concernant la mise en place de ce bilan dans certaines structures et l'obtention des ingrédients comme « les boudoirs » ou des éléments distrayeurs comme « le téléphone ». Ces éléments viennent contrebalancer les points forts qui ont été définis concernant son utilisation dans la pratique, mais restent que peu de fois relevés par les interrogés donc ne permettent pas d'en tirer une conclusion.

Si nous nous attardons sur les résultats obtenus après analyse des réponses récoltées lors des entretiens, nous pouvons voir que les ergothérapeutes ont fait émerger plusieurs questionnements sur le contenu du bilan. Nous pouvons noter que pour eux, ils restent encore plusieurs points à modifier. Nous avons donc essayé de récapituler les différents éléments dans un tableau, en les classant en fonction du nombre de fois relevés afin de voir les points les plus importants à questionner en premier.

Parties du protocoles	Eventuelles modifications
Protocole patient	<ul style="list-style-type: none"> - Préciser les quantités d'ingrédients (eau, sirop, boudoirs) (3) - Préciser les consignes « éplucher pommes », « diluer dans un bol », « faire la vaisselle » (3) - Revoir la consigne sur les difficultés rencontrées (2) - Ajouter une photo du résultat attendu (1) - Ajouter le but du bilan (1)

	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre des consignes en avant (1)
Protocole thérapeute	<ul style="list-style-type: none"> - Définition de la population (3) + prérequis (1) - Importance des placards et de la disposition ? (3) - Précisions sur la méthode de passation : consignes claires sur le temps de pause, et sur la fin du bilan (3) - Eléments distracteurs : rôle du téléphone ? (3) - Précisions sur les conditions d'interventions du thérapeute : en cas de mise en danger, ou de non-progression ? Impact sur l'évaluation ? (2) - Bilan global ? (1) - Ajouter un temps pour expliquer les objectifs du bilan (1) ; ajouter des consignes / conseils sur le positionnement du thérapeute (1)
Grilles de cotation	<ul style="list-style-type: none"> - Définitions des items : « équilibre statique », « préhensions », « équilibre dynamique », « autonomie dans la tâche » (2) - Préciser à quoi correspond le terme « aides techniques » (2) - Simplifier, généraliser la cotation ? (2) - Cotation cognitive : « aide physique » (2) - Evaluation des capacités mnésiques pas adaptée (1) - Ajouter les items : « amplitudes articulaires » (1), « coordination » (1)

Tableau X : Récapitulatif des points à améliorer.

Nous constatons que les points relevés ne sont pas représentés uniformément au sein de la population interrogée. Nous pouvons voir que comme indiqué précédemment, certaines informations se recoupent entre les participants sains et les thérapeutes concernant le « protocole patient ». Ces points devront certainement être modifiés. En ce qui concerne les autres modifications potentielles discutées par les ergothérapeutes, il est difficile pour nous d'en tirer des conclusions. Effectivement, l'échantillon étant relativement petit et le nombre de réponses identiques ne permet pas dans la plupart des cas de trancher en faveur ou en défaveur de la modification. Nous pouvons seulement porter une attention plus particulière aux éléments qui ont été relevés par cinquante pourcent des ergothérapeutes, ce qui pour nous indique déjà que l'élément doit être probablement revu.

2. Réponse à la question de recherche

Les réponses obtenues à la suite des deux expérimentations menées dans cette recherche mettent en lumière plusieurs éléments de réponse à notre question de recherche, qui pour rappel, était la suivante :

Le bilan « Evaluation d'une activité rapide en cuisine » présente-t-il une validité d'apparence et une validité de contenu satisfaisante pour être considéré comme pertinent dans la pratique ergothérapique ?

Comme nous l'avons vu en définissant les données métrologiques, la validité d'apparence est le jugement de valeur que fait l'utilisateur de l'instrument. Ainsi, la majorité des réponses permettent d'apporter des éléments de réponses positifs à la première partie de la question de recherche. En effet, nous avons pu vérifier la bonne compréhension du « protocole patient » par le destinataire avec 87% de réponses positives concernant la clarté des consignes. De plus, la totalité des ergothérapeutes sont en accord pour dire que chaque partie du protocole reste claire et compréhensible même si deux d'entre eux ne sont pas convaincus de pouvoir l'utiliser dans leur structure. Les résultats permettent aussi de soutenir son acceptabilité et son utilité pour les ergothérapeutes interrogés. Autrement dit, pour nous, tous ces résultats permettent de dire que l'apparence du bilan a été validée.

La validité de contenu a quant à elle consisté à s'assurer de la composition des instructions données et de la pertinence des items qui composent le bilan. Elle a été évaluée par méthode des juges experts, qui ici, sont six ergothérapeutes de profession. Les ergothérapeutes ont été invités à commenter séparément tout le bilan. De son côté, l'analyse des éléments du contenu a permis de mettre en évidence que plusieurs points sont encore à travailler pour arriver à un protocole le plus fiable et reproductible possible. Nous pouvons dire après analyse des résultats, que malgré la bonne acceptation de ce bilan par les ergothérapeutes, le contenu peut encore être modifié afin d'être amélioré. Comme nous pouvons le voir dans le Tableau X, beaucoup de précisions doivent être apportées ainsi que des définitions revues. En ce qui concerne les items évalués nous pouvons voir que la pertinence de certains est remise en question, ainsi que la notation qui pourrait être améliorée selon deux ergothérapeutes. Le contenu ne fait donc pas objet de consensus à l'heure actuelle.

En conclusion, pour nous ce bilan présente une validité d'apparence satisfaisante pour considérer l'outil en question comme pertinent et utile dans la pratique ergothérapique. En

revanche, dans l'état actuel nous ne pouvons ni affirmer ni prouver qu'il présente une bonne validité de contenu. Des études complémentaires sont donc nécessaires.

3. Critiques de l'étude

3.1. Critique de la méthodologie

Le choix a été de mener l'étude sur deux populations car le bilan est certes utilisé par un ergothérapeute pour évaluer un patient, mais il était également important pour nous de recueillir l'avis des personnes soumises au test.

En ce qui concerne l'étude sur la population saine, elle a permis de faire évoluer le « protocole patient ». Cependant cette population n'est pas représentative des patients qui seront soumis à ce test dans la réalité, il est donc important de garder à l'esprit qu'ils ont certainement moins de difficultés à réaliser l'activité. Si nous nous intéressons à l'outil de recueil de données, pour nous le questionnaire était la meilleure option logiquement parlant. Cependant, avec le recul nous pouvons dire que celui-ci aurait pu certainement être mieux construit : avec des questions plus ciblées ou avec seulement des questions ouvertes afin de récolter plus de commentaires. De plus, il aurait été peut-être plus intéressant de discuter avec les personnes à la fin de la réalisation et d'analyser les verbatims. Cela aurait permis des réponses plus spontanées et un échange sur le ressenti de la personne.

Concernant les entretiens avec les ergothérapeutes, nous pouvons tout d'abord dire que la première limite de cette étude a été le nombre de participants. Effectivement, seulement six ergothérapeutes ont été interrogés. Dans notre sujet nous ne pouvons pas réellement parler de représentation de la population mais en revanche un nombre plus important d'avis aurait certainement permis d'avoir un consensus au niveau des commentaires recueillis. Il était en projet d'interroger plus d'ergothérapeutes, dont certains formés à la pratique de bilans écologiques, mais le temps limité pour la recherche et la pandémie du Covid-19 ont ralenti et contraint fortement nos recherches de participants. En ce qui concerne l'outil de recueil, nous avons fait le choix de construire l'entretien avec des questions assez larges sur chaque partie du protocole. Ce choix a certainement influencé les résultats. Effectivement, les ergothérapeutes se sont exprimés librement sur le protocole du bilan, très peu de réponses étaient communes ce qui a posé des problèmes pour interpréter les résultats. Il aurait peut-être été judicieux de poser des questions plus précises ou alors de faire un questionnaire.

3.2. Les autres limites

En choisissant ce sujet comme mémoire d'initiation à la recherche, je ne pensais pas que ce choix allait engendrer autant de difficultés.

La première difficulté a été de s'approprier le sujet. Effectivement, le manque de connaissance sur la recherche et plus particulièrement sur la validation d'un bilan ont été des freins dans la réalisation de ce projet. D'autre part, n'étant pas à l'origine de la création de ce bilan, le manque de connaissance sur celui-ci associé au manque de connaissance sur la validation d'un bilan a été pour nous un obstacle et nous a demandé un important travail de recherche. De plus, dans le cadre de la validation, des modifications du protocole ont été effectuées en amont de cette recherche. Cependant, la méconnaissance des concepts ayant servis à la construction de ce bilan a été pour nous un frein dans le choix et dans l'explication de ces modifications qui se révèlent pour certaines inadaptées.

Les recherches effectuées sur les bilans existants dans la littérature n'ont également pas été simple. Effectivement, la plupart des articles étant payants, il a été pour nous difficile de pouvoir y avoir accès afin de déterminer les axes que nous devons principalement cibler pour amorcer cette étude de validation.

Une autre limite que nous pouvons identifier est le peu de temps imparti pour réaliser cette recherche. Effectivement, la validation d'un bilan est un projet ambitieux et demande un long travail de recherche. Nous avons vite pris conscience que l'objectif final ne serait pas atteint. Comme nous avons pu l'expliquer en introduction de ce travail, nous sommes quatre étudiants à travailler sur la validation du bilan « Evaluation d'une activité rapide en cuisine ». Nous avons chacun travaillé sur un axe différent mais complémentaire de la validation. A cause du temps disponible, ces études ont été réalisées simultanément au lieu de les faire dans un ordre chronologique. Cependant cet ordre a une importance. Mon sujet qui traite de la validité d'apparence aurait dû être fait en premier. En effet, comme nous pouvons le voir dans ce mémoire, cette étude a permis de voir les éléments à faire évoluer. Le protocole revu aurait dû servir pour l'élaboration de normes auprès d'une population saine et pour vérifier la validité de construit auprès d'une population cible. De plus, le temps a également joué dans la qualité des résultats obtenus dans chacune de nos études respectives.

4. Discussion des éventuelles modifications

Le nombre de réponses obtenues ne nous permet pas de conclure quelles modifications effectuer réellement sur la globalité du protocole. Nous avons donc trouvé pertinent de confronter ces résultats avec les résultats obtenus dans les autres études menées respectivement par Bonnafous, Dobrecourt et Mayques en 2020 dans le cadre de leur mémoire d'initiation à la recherche.

La recherche effectuée par Bonnafous (2020) avait pour but d'élaborer une table normative sur une population saine. Elle a donc fait passer le bilan à trente personnes et a analysé les résultats de manière quantitative principalement mais également de manière qualitative.

Mayques (2020) a quant à lui cherché à vérifier la validité de construit sur une population post-AVC. Son étude comprend six patients. Il a également fait passer le bilan dans les conditions réelles et interprété les résultats de manière quantitative et qualitative.

Dobrecourt (2020) a également cherché à vérifier la validité de construit mais auprès d'une population gériatrique sans démence diagnostiquée. Dans cette étude trois personnes ont été recrutées et les résultats ont aussi été analysés de manière quantitative et qualitative.

Nous allons pouvoir appuyer et discuter nos résultats en les confrontant avec leurs résultats qualitatifs. Ceux-ci ont été effectués grâce à l'observation des passations.

4.1. Modifications au niveau du protocole patient

Les ergothérapeutes ont mis en avant le manque des quantités des ingrédients, ce qui a été conforté par les commentaires laissés par les patients sains. Il est à noter que ce choix de ne donner que peu d'indication sur les quantités précises était un choix volontaire des auteures afin d'évaluer la prise d'initiative des patients. Mais nous constatons que les patients sains ont été en difficulté à cause de cela. Effectivement, Bonnafous (2020) relève que sept des participants ont fait une erreur de quantités. Nous pouvons donc conclure qu'il serait certainement judicieux d'en préciser certaines dans le protocole afin d'éviter des biais de réalisation.

Pour certains ergothérapeutes, les consignes ne sont également pas assez précises. En effet, dans le protocole il n'est pas précisé d'éplucher la pomme, nous cherchons à voir si le patient a l'initiative de le faire vu les outils à disposition. Dans l'étude de Bonnafous (2020), nous pouvons voir que deux individus ne l'ont pas fait spontanément. Ce résultat vient confirmer que cet oubli n'est peut-être pas une erreur mais peut-être influencé par la subjectivité et les habitudes de vie des patients. Effectivement, il n'y a aucune obligation à éplucher une

pomme pour la consommer. Il serait donc peut-être judicieux d'ajouter cette consigne pour limiter les erreurs de cotation.

Un autre ergothérapeute, avait soulevé l'utilité de préciser les ustensiles à utiliser comme par exemple « diluer dans un bol ». Grâce aux résultats obtenus par Mayques (2020), nous pouvons voir qu'une patiente a utilisé « *une carafe remplie de sirop* » et il ajoute que la patiente a pris cette carafe dans un placard qui n'avait pas été présenté dans les consignes. De plus, Bonnafous (2020) précise que trois individus sont aussi allés chercher des ustensiles à un autre endroit que celui indiqué. Au vu de ces constatations faites lors des passations, pour nous il reste nécessaire de laisser l'initiative au patient de choisir l'ustensile en fonction de ce qui lui est proposé et de ne pas donner plus d'information. En ce qui concerne la consigne « faire la vaisselle », une des ergothérapeutes avance qu'elle n'est pas assez explicite et elle n'est pas sûre que les patients la réalise spontanément. Nous remarquons que dans les résultats de Mayques (2020) et Dobrecourt (2020) rien n'est ressorti dans ce sens-là. Et d'après Bonnafous (2020), seulement une personne sur trente n'a pas réalisé la vaisselle spontanément. Ces résultats nous permettent de conserver cette consigne en l'état.

Les autres points à améliorer selon les ergothérapeutes nécessitent des recherches et des avis supplémentaires afin de pouvoir être discutés.

4.2. Modifications au niveau du protocole thérapeute

Sur le protocole il est écrit que ce bilan est destiné à évaluer des « personnes adultes présentant des lésions neurologiques avec troubles cognitifs ». Cette définition de la population a été discutée par trois des ergothérapeutes. Effectivement pour eux « lésions neurologiques » ne permet pas de définir exactement quel type de pathologie nous pouvons évaluer. Les pathologies visées par les auteurs du bilan sont AVC et suspicions de démence. Selon l'OMS (2016) ces pathologies sont des lésions neurologiques acquises du système nerveux central. Mayques (2020) relève des difficultés dans une réalisation qui sont dues à des déficits au niveau des membres supérieurs et qui ont nécessité l'intervention du thérapeute. Ces résultats confirment qu'il faut préciser les critères d'inclusions afin d'éviter la mise en échec. La proposition et l'essai des aides techniques doit se faire en amont de la réalisation du bilan. Il a été noté qu'une précision sur les prérequis doit être apportée. Ce constat rejoint les précisions qui doivent être apportées sur la population.

Pour finir, un des ergothérapeutes nous met en garde sur la définition de population adulte qui pour lui comprend seulement les patients de 18 à 65 ans car selon lui les personnes de plus de

65 ans sont des « personnes âgées ». Nous n'avons pas trouvé dans la littérature de données exactes définissant la tranche d'âge des personnes adultes. Pour nous, les personnes âgées font parties des personnes adultes. Mais pour éviter les incompréhensions nous allons modifier la formulation. La modification apportée sur la population cible sera la suivante : « Personnes de plus de 18 ans présentant des lésions ou pathologies neurologiques centrales avec ou sans troubles cognitifs associés, pouvant présenter des troubles moteurs associés mais qui selon l'évaluateur permettent la réalisation de l'activité ». Concernant les prérequis, il serait pertinent d'ajouter au vu des problématiques relevées que « l'utilisation d'aide technique à la préparation du repas est possible si le patient la maîtrise avant ».

Trois ergothérapeutes ont questionné l'importance d'avoir des « placards hauts » et des « placards bas » dans l'organisation de la passation. Selon Mayques (2020), une de ses patientes a réalisé la passation en fauteuil. En effet, ce critère n'est pas considéré comme un critère d'exclusion. Par contre, il rapporte des difficultés « *dues au fait que les ustensiles étaient placés dans un placard haut, conformément au protocole de passation* ». Ce constat nous permet effectivement de voir que l'aménagement de l'environnement est important dans la passation, et qu'il peut donc être seulement imposé de placer les ustensiles (selon la répartition définie par les photos) à deux endroits différents de la cuisine. De plus, si nous supprimons l'obligation des placards, nous pouvons supposer que ce bilan pourra être réalisé dans des endroits qui ne sont pas forcément équipés. Cela ajoute de l'intérêt au bilan.

Plusieurs ergothérapeutes se sont questionnés sur l'élément distracteur qui est le téléphone. Après consultation des auteures, celui-ci correspond au téléphone du service ou parfois à la sonnette des services. Elles trouvent important de le laisser si possible afin d'amener un élément perturbateur extérieur, ce qui permet de voir la réaction du patient et comment il arrive à rester concentré sur l'activité. Elles expliquent qu'il n'y a pas de moment opportun pour le faire sonner, c'est dépendant du service où l'on est.

Trois des ergothérapeutes ont demandé des précisions sur la méthode de passation et plus particulièrement sur le temps de pause et sur la fin de l'évaluation. Nous avons décidé d'ajouter de nouveaux éléments au protocole : « Le temps de repos de la charlotte permet au patient de ranger la cuisine (faire la vaisselle et tout remettre à sa place). Si le temps le permet, récolter le ressenti de l'activité » et « Quand le patient dit avoir fini, faire un retour sur la réalisation de l'activité sans rentrer dans le détail de la cotation ».

Les autres points à améliorer relevés par les ergothérapeutes ne peuvent être discutés dans cette partie et devront être étudiés ultérieurement afin de déterminer si leur modification est nécessaire.

4.3. Modifications au niveau des grilles de cotation

En ce qui concerne les définitions dont les interviewés ont souhaité une modification, nous avons, après concertation avec les auteures et après avoir effectué des recherches, déterminé les modifications suivantes :

- « Equilibre statique » : permet d'évaluer l'équilibre lors d'activités quotidiennes, comme préparer le repas, faire la vaisselle. Nous avons mis assis/debout dans la même case afin de permettre l'évaluation dans tous les cas de figure. Effectivement, pour une personne en fauteuil on ne cote pas l'équilibre statique debout. Nous faisons le choix de ne pas séparer en deux items différents car il faudrait pouvoir mettre « non-côté » mais ce n'est pas le cas avec cette cotation. Il conviendra donc à l'évaluateur de préciser ce qui est coté dans la case « observation ».
- « Préhensions » : une erreur a été relevée sur la définition des préhensions fines. En effet, si nous nous intéressons aux définitions données dans le bilan 400 points (Gable, Xenard, Makiela, & Chau, 1997), nous pouvons voir que « épilucher et couper la pomme » fait partie des préhensions globales et non fines. Cette modification va être apportée au protocole.
- « Equilibre dynamique » : une reformulation de la définition semble nécessaire afin de faire plus professionnel, elle deviendra « déplacements dans la cuisine »
- « Autonomie dans la tâche » : pour l'un des ergothérapeutes, la définition donnée correspond plus à de « la dépendance au thérapeute ». Il serait donc intéressant de savoir si d'autres ergothérapeutes sont d'accord avec cela avant de la modifier.

Pour un des ergothérapeutes, les capacités mnésiques ne peuvent pas être évaluées comme cela est expliqué dans le protocole. Effectivement, il lui semble difficile de juger la mémoire au travers du nombre de fois où le patient regarde le protocole. Nous pouvons voir que « dix individus ont effectué une relecture permanente du protocole tout au long de la réalisation » (Bonnafous, 2020). Cette constatation auprès de la population saine, permet de dire qu'effectivement l'évaluation des capacités mnésiques n'a peut-être pas sa place au sein de ce bilan, ou du moins qu'il est donc nécessaire de revoir la manière de l'évaluer.

En ce qui concerne la définition de l'échelle de cotation, des précisions ont été demandées sur les termes « aides techniques » et « aide physique ». De plus, deux ergothérapeutes signalent que cette cotation pourrait être rendue plus simple en adoptant une échelle identique mais avec explications de chaque niveau pour chaque item. Deux items ont été proposés pour être ajoutés dans la partie évaluation des capacités motrices : « amplitudes articulaires », « coordination ». Nous estimons que pour retravailler cette cotation, il serait nécessaire de faire des recherches complémentaires, c'est pour cela que nous ne décidons de ne pas la modifier pour l'instant.

4.4. Conclusion

La première version du protocole a été soumise à une première validation de contenu, que nous avons pu voir dans cette recherche. De celle-ci, plusieurs commentaires ont été récoltés auprès des ergothérapeutes. Grâce à la confrontation réalisée avec les résultats qualitatifs obtenus lors des passations effectuées dans le cadre de la recherche, nous avons pu déterminer et approuver certaines des éventuelles modifications.

Ce travail nous permet d'élaborer une deuxième version « provisoire » de l'outil (Annexe VII).

5. Perspectives de travail

Les résultats obtenus dans cette étude peuvent être considérés comme des résultats préliminaires et le bilan « Evaluation d'une activité rapide en cuisine » étant un outil d'évaluation en cours d'élaboration, plusieurs pistes de recherche sont toujours à explorer.

En considérant la limite du nombre d'ergothérapeute participants, il serait pertinent de poursuivre les recherches afin d'augmenter le nombre d'entretiens. Cela permettrait de récolter de nouveaux avis afin d'étayer les résultats déjà obtenus. Il serait peut-être également intéressant d'élargir la population d'étude à d'autres professionnels tel que des médecins rééducateurs afin d'avoir un avis plus médical notamment sur la cotation et sur l'utilité diagnostique de ce bilan.

Pour nous, le premier objectif reste maintenant de perfectionner l'outil, en continuant le travail amorcé dans ce mémoire. Il est important d'étudier toutes les pistes de modifications au niveau des protocoles et des grilles de cotation et d'arriver à un outil le plus complet possible. Il sera ensuite important de faire une nouvelle étude pour établir sa validité de contenu grâce au jugement d'experts. Pour cela, nous pensons qu'il serait bien d'interroger un panel

d'ergothérapeutes par l'intermédiaire d'un questionnaire type « échelle de Likert ». Cela consiste à questionner tous les items souhaités pour lesquels la personne interrogée exprime son degré d'accord ou de désaccord. Le but est d'évaluer plus précisément et de quantifier les réponses afin d'avoir un outil considéré comme valide pour le plus grand nombre de personnes.

A partir de l'outil finalisé, les autres aspects psychométriques pourront ensuite être vérifiés. Il semblerait pertinent à terme de pouvoir avancer des résultats concernant la fidélité inter-juges, la validité de construit, la validité de critère en comparaison avec d'autres outils évaluant les mêmes aspects. Les données normatives récoltées auprès d'une population saine devront elles aussi être réajustées en fonction de l'évolution de l'outil.

6. Apports personnels

Au-delà de son utilité dans l'obtention du diplôme d'état, l'élaboration de ce travail de fin d'étude m'a permis de me former à la méthodologie de recherche et de développer des compétences en recherches scientifiques. Mon investissement dans cette démarche m'a offert l'opportunité de consolider mes capacités rédactionnelles mais également d'organisation, de rigueur et surtout de synthèse.

Ce travail m'a permis d'acquérir de nouvelles connaissances concernant l'évaluation en ergothérapie et plus particulièrement sur la validation des outils d'évaluation. J'ai pu comprendre l'importance de ce travail de validation et donc l'importance de l'utilisation de bilan validé dans la pratique professionnelle.

Pour finir, ce travail mené en collaboration avec trois de mes camarades de promotion, m'a permis de consolider mes compétences en termes de travail en équipe. En effet, pendant près de deux ans nous avons partagé ce travail. Je n'en ressors que du positif, les échanges que nous avons pu avoir, la confrontation de nos opinions et les différents travaux réalisés ont été pour moi très formateurs. Le travail en équipe permet de se surpasser, de s'entraider et surtout de se soutenir.

Cette démarche de recherche permet de valoriser le travail effectué par les ergothérapeutes de terrain. Dans notre cas, il a permis de partager et faire connaître un bilan, créé par Haristoy Cloé, et Godefroy Célia pour pallier des contraintes matérielles. Je pense qu'il est important, dans la même démarche que nous avons adopté tout au long de ce travail, que les ergothérapeutes initient des démarches de recherches afin de faire évoluer la pratique mais également dans le but de promouvoir notre profession.

Conclusion

Lorsque nous nous sommes engagés sur ce projet, nous n'imaginions pas ce qu'était réellement la validation d'un bilan. Les recherches effectuées nous ont rapidement permis de comprendre que ce projet était ambitieux et représentait un processus long et complexe qui dans la réalité prend souvent plusieurs années. Cependant, notre engagement afin de répondre à la demande de Haristoy Chloé et Godefroy Célia est selon moi une chance pour notre future profession.

En effet, nous savons que la pratique de l'ergothérapie est en pleine expansion et qu'il est nécessaire de la faire évoluer. Il est également important d'appuyer notre pratique sur des données probantes, d'où l'importance de projet comme celui-ci, permettant l'émergence de nouveaux outils d'évaluation. Sur un plan plus personnel, la méthodologie que j'ai pu acquérir durant ce travail d'initiation à la recherche ne sera qu'avantageux pour ma future pratique professionnelle.

L'objectif de cette étude était d'étudier la validité d'apparence et la validité de contenu de ce bilan afin d'évaluer sa pertinence dans la pratique de l'ergothérapeute.

Afin de répondre à cette question de recherche et de récolter le plus d'avis possible, nous avons utilisé deux méthodes différentes. Un questionnaire a été soumis à des personnes saines ayant réalisé le bilan en conditions réelles, ce qui nous a permis de recueillir leur ressenti sur le « protocole patient ». Puis, six ergothérapeutes ont fait part de leur avis sur le bilan lors d'un entretien. Les résultats obtenus indiquent que le bilan a bien été perçu dans l'ensemble, ce qui appuie une bonne validité d'apparence. Malgré cela nous avons pu voir que des modifications sont encore à apporter. Des études complémentaires sont nécessaires pour affirmer la validité de contenu.

Les conclusions de ce travail de recherche peuvent être considérées comme des résultats préliminaires et amènent donc à poursuivre cette étude de validation. De plus, l'ensemble des résultats obtenus dans les différentes études en lien avec le bilan « Evaluation d'une activité rapide en cuisine », nous ont permis d'élaborer une nouvelle version du protocole. Celui-ci demande encore à être amélioré afin de prétendre être totalement pertinent et reconnu dans la pratique ergothérapique. Nous espérons que ce travail sera repris par d'autres étudiants et permettra à terme de valider ce bilan comme le souhaitent les auteures.

Bibliographie

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). (2001). Le dossier du patient en ergothérapie. *Acta Endoscopica*, 28(2). <https://doi.org/10.1007/BF03019434>
- ANFE. (2019). La profession. Consulté 18 mai 2019, à l'adresse <https://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>
- Arrêté-du-5-juillet-2010-Formation-dergothérapeute.pdf. (2010, juillet). Consulté 9 septembre 2019, à l'adresse <https://www.ecoledassas.com/wp-content/uploads/2019/02/Arr%C3%AAt%C3%A9-du-5-juillet-2010-Formation-dergoth%C3%A9rapeute.pdf>
- Baum, C., & Edwards, D. F. (1993). Cognitive Performance in Senile Dementia of the Alzheimer's Type : The Kitchen Task Assessment. *American Journal of Occupational Therapy*, 47(5), 431-436. <https://doi.org/10.5014/ajot.47.5.431>
- Baum, C. M., Connor, L. T., Morrison, T., Hahn, M., Dromerick, A. W., & Edwards, D. F. (2008). Reliability, Validity, and Clinical Utility of the Executive Function Performance Test : A Measure of Executive Function in a Sample of People With Stroke. *American Journal of Occupational Therapy*, 62(4), 446-455. <https://doi.org/10.5014/ajot.62.4.446>
- Bertrand Leiser, M., & Kühne, N. (2014). Les instruments de mesure standardisés et leurs qualités métrologiques. In S. Tétrault & P. Guillez, *Guide pratique de recherche en réadaptation* (p. 113-131). Louvain-la-Neuve: De Boeck.
- Béthoux, F., & Calmels, P. (2012). Evaluation et mesure en médecine physique et de réadaptation. In *Guide des outils de mesure et d'évaluation en médecine physique et de réadaptation* (2eme édition, p. 25-31). Paris: Frison-Roche.
- Bonafous, P. (2020). *Participation à la validation d'un bilan ergothérapique : Table normative*. (Mémoire de fin d'étude (non publié)).
- Botokro, R. (2003). A la recherche des outils perdus... Entre pratiques et paroles fondatrices, chaque jour l'évaluation est au coeur de l'ergothérapie. *ErgOTherapies*, (21), 13-22.

- Caire, J.-M., Margot-Cattin, I., Schabaille, A., & Seene, M. (2008). Dynamique d'évaluation en ergothérapie. In *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : Entre concepts et réalités* (p. 157). Marseille: Solal.
- Carlino, B. (2011). *Evaluation écologique des fonctions cognitives par mise en situation dans la vie réelle*. Consulté à l'adresse https://www.docvadis.fr/files/all/KgSwlw26AcIZfd0gnL9Fag/journ_e_respec_cl_ev
- Chevignard, M., Poncet, F., Pradat-Diehl, P., & Taillefer, C. (2015). EFE alias Cooking Task : Développement, validité, fidélité, standardisation et applicabilité. *ErgOTherapies*, (58), 51-60.
- Delavallade, G., & Verguier, B. (2009). Mise en place du « profil des activités de la vie quotidienne » en centre de rééducation et réadaptation fonctionnelles. In M.-H. Iazard, *Expériences en ergothérapie : Vingt-deuxième série* (p. 264-270). Marseille: Sauramps Médica.
- Devos, L., Poncet, F., & Taillefer, C. (2014). Guide à la pratique de l'évaluation de la situation de handicap des personnes cérébrolésées. Consulté 19 mai 2019, à l'adresse http://www.crftc.org/images/paac/Guide_a_la_pratique_de_l_evaluation_de_la_situation_d_e_handicap_des_personnes_cerebroleseees.pdf
- Dobrecourt, M. (2020). *Participation à la validation d'un bilan ergothérapeutique : Validité de construit auprès d'une population gériatrique*. (Mémoire de fin d'étude (non publié)).
- Fermanian, J. (1996). Evaluer correctement la validité d'une échelle : Les nombreux pièges à éviter. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 44(3), 278-286.
- Fermanian, J. (2005). Validation des échelles d'évaluation en médecine physique et de réadaptation : Comment apprécier correctement leurs qualités psychométriques. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 48(6), 281-287. <https://doi.org/10.1016/j.annrmp.2005.04.004>
- Gable, C., Xenard, J., Makiela, E., & Chau, N. (1997). Evaluation fonctionnelle de la main. Bilan 400 points et tests chiffrés. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 40(2), 95-101.
- Guihard, J.-P. (2007a). Écologie thérapeutique ou thérapie écologique ? In M.-H. Iazard, *Expériences en ergothérapie, vingtième série* (p. 28). Montpellier: Sauramps Médica.

- Guihard, J.-P. (2007b). L'évaluation : Faisons le bilan. *Les actes de journées d'études*. Consulté à l'adresse <http://jip.guihard.net/spip.php?article43>
- Hartman-Maeir, A., Harel, H., & Katz, N. (2009). Kettle Test--A Brief Measure of Cognitive Functional Performance : Reliability and Validity in Stroke Rehabilitation. *American Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 592-599. <https://doi.org/10.5014/ajot.63.5.592>
- Hartz (dir.), B., Astrid, François Champagne, André-Pierre Contandriopoulos et Zulmira. (2011). *L'évaluation : Concepts et méthodes: Deuxième édition*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- KALFAT, H. (2006). L'évaluation en ergothérapie : Quelles possibilités et quelles règles ? *ErgOTherapies*, (21), 15-19.
- Kimberlin, C. L., & Winterstein, A. G. (2008). Validity and reliability of measurement instruments used in research. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 65(23), 2276-2284. <https://doi.org/10.2146/ajhp070364>
- Kupper, D., & Bürge, E. (2013). *Evaluation de la fonction motrice du membre supérieur parétique à la suite d'un accident vasculaire cérébral*. Bruxelles: De Boeck Supérieur.
- Larousse, É. (2019). Définitions : Évaluer - Dictionnaire de français Larousse. Consulté 10 septembre 2019, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9valuer/31795>
- Massiot, M., Aboiron, H., Selleron, B., Vaillant, J., Wils, J., & Stévenin, P. (2005). Évaluation et rééducation. *EMC - Kinésithérapie*, 1(2), 71-86. <https://doi.org/10.1016/j.emckns.2005.03.001>
- Mayques, D. (2020). *Participation à la validation d'un bilan ergothérapique : Validité de construit auprès d'une population post-AVC*. (Mémoire de fin d'étude (non publié)).
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019, septembre 19). Recherches impliquant la personne humaine. Consulté 19 septembre 2019, à l'adresse [Solidarites-sante.gouv.fr](https://solidarites-sante.gouv.fr). website: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/recherches-impliquant-la-personne-humaine/>

- Morel-Bracq, M.-C., Caire, J.-M., & Detraz, M.-C. (2008). La méthodologie professionnelle. In J.-M. Caire, *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : Entre concepts et réalités* (p. 135-156). Marseille: Solal.
- Neistadt, M. E. (1992). The Rabideau Kitchen Evaluation-Revised : An Assessment of Meal Preparation Skill. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 12(4), 242-255.
<https://doi.org/10.1177/153944929201200404>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2016). Qu'est-ce que les troubles neurologiques? Consulté 10 mai 2020, à l'adresse WHO website: <http://www.who.int/features/qa/55/fr/>
- Poncet, Taillefer, C., Chevignard, M., Picq, C., & Pradat-Diehl, P. (2009). Évaluations écologiques du syndrome dysexécutif : Un défi de taille pour l'ergothérapie. *La Lettre de médecine physique et de réadaptation*, (25), 88-98.
- Schabaille, A., & Caire, J.-M. (2008). La métrologie et le recueil des données. In J.-M. Caire, *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : Entre concepts et réalités* (p. 164). Marseille: Solal.
- Seene, M. (2008). L'évaluation écologique. In J.-M. Caire, *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : Entre concepts et réalités* (p. 168-171). Marseille: Solal.
- Tétreault, S. (2014). Entretien de recherche. In S. Tétreault & P. Guillez, *Guide de pratique de recherche en réadaptation*. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

Annexe I : Tests statistiques et interprétations

Pour **l'étude de la validité de construit et de critère**, les tests statistiques de corrélation sont utilisés :

Ils indiquent s'il y a une corrélation entre deux critères (X et Y). Le sens de la relation peut être négatif ou positif.

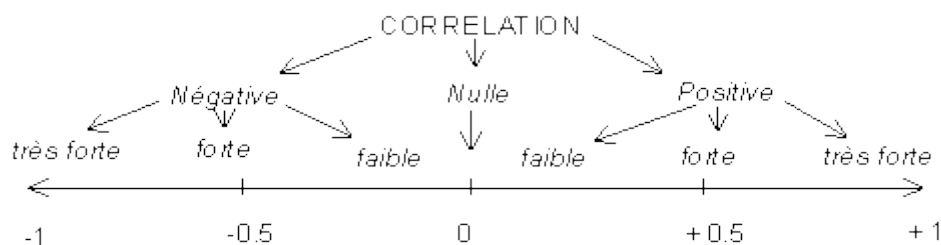
Différents coefficients de corrélation :

- Le **coefficient de corrélation de Pearson** (noté r) permet d'analyser les relations linéaires
- le **coefficient de corrélation de Spearman** (noté ρ ou r) permet d'analyser les relations non-linéaires monotones

Interprétation :

- si r est proche de 0, il n'y a pas de relation linéaire entre X et Y
- si r est proche de -1, il existe une forte relation linéaire négative entre X et Y
- si r est proche de 1, il existe une forte relation linéaire positive entre X et Y

Le **signe** de r indique donc le sens de la relation tandis que la valeur absolue de r indique l'**intensité** de la relation c'est-à-dire la capacité à prédire les valeurs de Y en fonctions de celles de X.



Pour **l'étude de la cohérence interne**, le coefficient alpha de Cronbach (α) est utilisé :

L'alpha de Cronbach est un indice statistique variant entre 0 et 1. Cet indice traduit un degré d'homogénéité (une consistance interne) d'autant plus élevé (e) que sa valeur est proche de 1. Dans la pratique, on considère généralement que l'homogénéité de l'instrument est « acceptable » à partir de 0.70

Pour **l'étude de la fiabilité inter-observateur, de la fiabilité test-retest et de la fiabilité intra-observateur**, les tests de corrélation de Pearson ou de Spearman sont utilisés mais aussi le coefficient de corrélation intra-classe (CCI) ou le coefficient kappa de concordance :

Interprétation :

- inférieur à 0,50: mauvais
- entre 0,50 et 0,75: modéré
- entre 0,75 et 0,90: bon
- au-dessus de 0,90: excellent

Annexe II : Protocole du bilan

Protocole patient

Consignes de l'activité

Vous devez réaliser une charlotte aux fruits (pour 1 personne), à l'aide d'un mug (ou d'une grande tasse).

Pour la réalisation de celle-ci :

- Vous disposez de la cuisine ainsi que de tous les ustensiles et ingrédients nécessaires.
- Vous devrez laisser la cuisine dans l'état où vous l'avez trouvée en rentrant.
- Nous resterons avec vous tout au long de l'activité. Si vous rencontrez une grande difficulté, n'hésitez pas à le faire savoir.
- Vous devez adapter votre comportement comme si vous étiez seul.
- Vous nous ferez savoir quand vous pensez avoir terminé.

Recette de la charlotte aux fruits :

Ingrédients :

- ½ pot de 100g de fromage blanc
- Eau
- Sirop (de sucre de canne, grenadine...)
- ½ pomme coupée en fines lamelles
- Des boudoirs (ou biscuits à la cuillère)

Suite de la recette :

- Cassez les boudoirs en deux et imbitez-les de sirop (diluez le sirop dans de l'eau préalablement)
- Recouvrez les parois d'un mug avec les boudoirs
- Cuisez les lamelles de pommes dans un peu d'eau au micro-ondes 3 minutes puissance moyenne (600 watts)
- Mélangez le fromage blanc avec les morceaux de pomme et versez la préparation dans la tasse
- Recouvrez le fromage blanc avec des morceaux de boudoirs.
- Laissez reposer au réfrigérateur trente minutes puis démoulez la charlotte sur une assiette

Protocole thérapeute

Protocole bilan « Évaluation d'une activité rapide en cuisine »

But de ce bilan : Permettre une évaluation globale (capacités motrices et cognitives) et rapide du patient. (Temps estimé : 60 minutes).

Population : personnes adultes présentant des lésions neurologiques avec troubles cognitifs.

Aménagement de l'environnement : Afin de réaliser ce bilan, la cuisine doit disposer d'un évier avec le nécessaire pour faire la vaisselle, d'un micro-ondes, d'une table, de deux chaises et une table roulante (adaptable). Disposer tout le matériel dans le placard du haut dont le matériel distracteur. Disposer les ingrédients dans le placard du bas y compris les ingrédients distracteurs. La recette, le journal et la sonnette doivent être disposés sur la table.

Ingrédients :

- 1 pot de 100g de fromage blanc (1/2 utilisé)
- Eau
- Sirop (de sucre de canne, grenadine...)
- 1 pomme (1/2 coupée en fines lamelles)
- Des boudoirs (ou biscuits à la cuillère)

Matériels : Un micro-ondes, deux bols, une assiette, deux petites cuillères, un mug (ou une grande tasse), un couteau, un économe, du savon, du liquide vaisselle, un torchon, une éponge (ou une lavette), deux maniques, un tablier, une poubelle, un réfrigérateur.

Éléments distracteurs : Un journal, une casserole, un fouet, une sonnette (coup de téléphone ou réveil), des ingrédients non utiles (un autre fruit, supplément de fromage blanc, chocolat).

Pré-requis : Le patient doit être en capacité de lire (agrandissement possible de la recette) et de suivre des consignes.

Méthode de passation de l'évaluation : L'ergothérapeute

doit :

- Ouvrir les placards brièvement et montrer leur contenu
- Expliquer l'usage du micro-ondes
- Rester dans la cuisine avec le patient mais ne peut pas intervenir, aider le patient seulement lorsque celui-ci est en difficulté
- Indiquer au patient qu'il doit laisser la cuisine dans l'état dans laquelle il l'a trouvée
- Observer le patient lors des différentes étapes de la réalisation de la charlotte aux fruits
- Compléter la grille d'évaluation

Consignes données par l'ergothérapeute au patient avant la réalisation de l'activité :

« Vous devez suivre la recette de cette charlotte aux fruits. Tous les ustensiles et ingrédients nécessaires sont rangés dans ces placards. Voici comment fonctionne le micro-ondes. Je reste avec vous le temps de la réalisation de la charlotte mais je ne peux vous aider. Dites-moi lorsque vous pensez avoir fini. »

Cotation : Entourer la cotation correspondante aux capacités du patient. Les compensations apportées sont laissées à l'appréciation du thérapeute et doivent être inscrites dans la partie observations.

Placement des objets dans l'environnement :



Placard du haut



Placard du bas



Table centrale

Nom/Prénom du patient :
 Date de naissance :
 Pathologie :
 Niveau d'étude / Profession :

Nom/Prénom de l'évaluateur :
 Date de l'évaluation :
 Temps de réalisation : (≈ 60 min)
 Habitude de cuisine : Jamais / De temps en temps / Souvent

<u>Capacités motrices</u>	Port de charge légère	Équilibre statique (assis ou debout)	Équilibre dynamique	Préhensions		Endurance physique
				Fines	Globales	
<u>Tâches évaluées</u>	Porter les différents ustensiles de cuisine ainsi que la vaisselle...	Devant la table, pour préparer la charlotte au fruit, faire la vaisselle...en fonction des capacités des personnes	Marche pour aller aux différents endroits de la cuisine	Ouvrir les opercules, éplucher les pommes et couper	Approches, prises, lâcher. Couper en deux, déplacements d'objet	Impact de la fatigabilité de la personne dans la réalisation de l'activité.
<u>Cotation</u>	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
<u>Observation</u>						

Concernant la cotation

- 0 → Tâches non réalisées ou très difficilement, avec mise en danger de la personne et difficultés majeures rencontrées
- 1 → Tâches réalisées avec une aide technique ou un environnement favorable, avec quelques problèmes et une mise en danger légère de la personne. Difficultés mineures rencontrées
- 2 → Tâches réalisées sans aucun problème ni danger pour la personne avec une aide technique ou un environnement favorable. Pas de difficulté
- 3 → Tâches réalisées sans aucun problème ni danger pour la personne. Pas de difficulté

<u>Capacités cognitives</u>	Les fonctions exécutives				Autonomie dans la tâche	Capacité mnésique
	L'inhibition	La planification (anticipation)	Attention / Concentration	Flexibilité mentale		
<u>Tâches réalisées</u>	Adopte un comportement adapté à l'activité	Organise l'activité (Préparation, suivi de la recette, réalisation, vaisselle, rangement) Prépare à l'avance les choses, notion de temps	Ne se laisse pas distraire par les éléments perturbateurs, se concentre uniquement sur l'activité	S'adapte à l'environnement	Demande de l'aide ou non.	Se souvient des informations, ne regarde pas le protocole trop souvent
<u>Cotation</u>	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
<u>Observations</u>						

Concernant la cotation

- 0 → Besoin d'une aide ou assistance physique car capacités très insuffisantes ou inexistantes pour la tâche
- 1 → Besoin d'une aide spécifique car capacités réduites mais présentes
- 2 → La performance est discutable mais le patient est indépendant
- 3 → Performance intacte

Score capacités motrices :

/ 18

Score capacités cognitives :

/ 18

Score total :

/ 36

Annexe III : Formulaire d'information et de non-opposition

Validation d'un bilan cuisine en ergothérapie : Le bilan « Evaluation d'une activité rapide en cuisine »

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE NON OPPOSITION

- **Promoteur : Université Clermont Auvergne**
49 Boulevard François Mitterrand
CS 60032
63 001 Clermont-Ferrand
- **Investigateur principal : Emmanuel Coudeyre**
emmanuel.coudeyre@uca.fr
UFR de médecine, Université Clermont Auvergne, 49 Boulevard François Mitterrand, CS 60032
63000 CLERMONT-FERRAND
- **Co-investigateur : Céline Dauzat**
celine.dauzat@uca.fr
Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie
- **Partenaire : Gau Laurie**
Laurie.gau@etu.uca.fr

Cette étude a pour objectif de déterminer la pertinence du bilan « Evaluation d'une activité rapide en cuisine ».

Nous avons donc l'honneur de demander votre non opposition pour votre participation à cette étude, sachant que vous avez le droit de refuser et d'interrompre votre participation à tout moment.

Dans cette étude, le participant assiste à un entretien.

S'agissant de recherche fondamentale, les données récoltées restent anonymes. De plus, des analyses statistiques sont réalisées sur les données de groupe d'âge.

Pour votre information, cette recherche, ne soulève pas de problème éthique particulier pour le Comité d'Éthique de la Recherche IRB-UCA.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. De plus, vous pourrez exercer à tout moment votre droit de retrait de cette recherche. Vous pouvez également demander à tout moment des explications complémentaires sur l'étude.

Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel en vigueur (règlement européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et la loi "Informatique et Libertés" n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'opposition, à l'effacement, à la limitation, concernant vos données, en contactant l'investigateur de l'étude (emmanuel.coudeyre@uca.fr). L'Université Clermont Auvergne est le responsable de ce traitement.

Ces données sont conservées pendant 10 ans et sont destinées à un nombre restreint de chercheurs directement liés à cette étude.

Par ailleurs, vous pourrez être tenu informé des résultats globaux de cette recherche à la fin de l'étude.

"Je reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus et donne mon accord pour l'enregistrement et l'utilisation de ma voix, dans le cadre exclusif du projet exposé ci-avant :

OUI NON"

Lorsque vous aurez lu cette note d'information et obtenu les réponses aux questions que vous vous posez en interrogeant le méthodologiste, il vous sera proposé de signer ce document.

Date :/...../.....

Signature du participant :
(Précédée de la mention « Lu et compris »)

Paraphe de l'investigateur :

Annexe IV : Questionnaire destiné aux patients

Sexe :

Age :

Niveau d'étude :

Profession :

1- Les consignes données étaient-elles claires ?

OUI

NON

Expliquez :

2- Avez-vous rencontré des difficultés pour réaliser cette recette ?

OUI

NON

Expliquez :

3- Pour vous, manque-t-il des éléments, des informations ?

OUI

NON

Expliquez :

4- Dans la globalité avez-vous des remarques concernant ce bilan ?

OUI

NON

Expliquez :

Annexe V : Grille d'entretien

Première partie : Questions préalables :

- Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ? (Depuis combien de temps travaillez-vous en tant qu'ergothérapeute ? Dans quelle(s) structures ?)
- Pratiquez-vous des mises en situation écologiques et plus particulièrement des mises en situation cuisine ?
- Etes-vous formé à la pratique de l'EF2E ? AMPS ?

Deuxième partie : Le bilan « Evaluation d'une activité rapide en cuisine » :

	Questions
<u>Compréhension générale</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Au premier abord le bilan vous semble-t-il compréhensible ? 2. A la fin de la lecture, seriez-vous capable de le faire passer ?
<u>Protocole patient</u>	<p>3. Qu'avez-vous compris du protocole patient ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Les consignes vous semblent-elles claires ? ○ Pensez-vous qu'il y ait des éléments manquants ?
<u>Protocole thérapeute</u>	<p>4. Qu'avez-vous compris du protocole thérapeute ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Les explications sont-elles claires ? ○ Ajouteriez-vous des éléments ?
<u>Cotation</u>	<p>5. Qu'avez-vous compris de la cotation ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vous semble-t-elle facile et intuitive à remplir ? ○ Que pensez-vous de cette cotation chiffrée ? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trouvez-vous cette cotation pertinente ? <p>6. D'après vous est-ce que les items cotés représentent-ils bien les capacités motrices et cognitives d'une personne ?</p> <p>7. Qu'apporte d'après-vous la partie "observation" à ce bilan ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apporteriez-vous des modifications à cette partie ?

Troisième partie : Conclusion générale :

- Pour vous quels sont les points forts de ce bilan ?
- Les points faibles ?
- Pensez-vous que ce bilan est pertinent pour évaluer le patient en ergothérapie ?
- D'après-vous (experts) pour quels types de pathologies ce bilan serait pertinent ?
- Ce bilan a été pensé pour évaluer des personnes présentant des lésions neurologiques, qu'en pensez-vous ?

Annexe VI : Tableaux de l'analyse transversale

1. Compréhension générale

E1	Pour E1, le bilan est clair à la première lecture. Elle précise qu'elle se sent capable de l'utiliser , du fait notamment des explications données et des photos qui illustrent la partie pour l'ergothérapeute.
E2	Pour l'ergothérapeute 2 (E2), le bilan semble clair dans l'ensemble . Elle précise que les photos mises dans le protocole thérapeute sont bien faites et permettent une bonne compréhension . Elle se sent capable de la faire passer et il lui semble que c'est une évaluation qui reste facile à mettre en place et qui ne demande pas trop de matériel.
E3	Concernant la compréhension générale du bilan après la lecture du protocole, l'ergothérapeute 3 (E3) dit qu'il est compréhensible , qu'il n'y a pas de soucis particuliers et qu'elle se sentirait de le faire passer .
E4	Pour l'ergothérapeute 4 (E4), le bilan est totalement compréhensible . Elle relève qu'il y a des éléments manquants pour elle, mais que c'est peut-être fait exprès. Elle se sent capable malgré cela de le faire passer.
E5	Pour E5, le bilan est compréhensible sur sa globalité et elle se sent capable de le faire passer.
E6	Pour E6, le bilan est compréhensible . Il se sent de le faire passer , mais précise que c'est plus dû à son expérience. Malgré cela il trouve que le bilan est clair, bien aéré, bien expliqué, que les photos permettent de bien comprendre comment placer les objets dans le lieu de l'évaluation.

2. Protocole patient

E1	E1 a bien compris que l'objectif pour le patient est de réaliser une charlotte avec des pommes dans un mug . Elle souligne aussi que l'on comprend que l'ergothérapeute ne doit pas intervenir . En ce qui concerne les consignes données aux patients, elle pense que le patient va certainement être en demande d'informations concernant les quantités qui pour elle sont manquantes dans la recette . De plus, elle questionne le fait de ne pas avoir marqué clairement d'éplucher et de couper la pomme , mais souligne que <i>« ça peut être intéressant du coup pour le patient, voir comment il fait de sa pomme entière et si il a l'idée de venir l'éplucher et de couper en lamelles »</i> . De même, le fait de ne pas indiquer de mélanger dans un bol , elle suppose que c'est fait exprès pour voir comment fait le patient.
E2	E2 a bien compris l'objectif qui est de réaliser une charlotte avec des pommes et du fromage blanc . Que cela se passe dans une cuisine , mais elle précise que l'on se rend compte que l'on peut certainement le réaliser dans une salle qui n'est pas spécialement une cuisine mais où l'on trouve un évier, un frigo et un micro-onde. Elle précise aussi que l'on comprend bien que le thérapeute ne doit pas intervenir. En ce qui concerne les consignes données aux patients, elle précise que la consigne de « faire la vaisselle » n'est pas très explicite , elle pense que les patients ne vont pas spécialement penser à la faire et qu'il serait peut-être bien de le préciser en fonction de l'objectif visé. De plus, la notion de « grande difficulté » est pour elle un terme assez vague et que sa signification est souvent divergente entre le patient et le thérapeute.

E3	<p>E3 explique que pour elle cette partie représente le déroulement de l'activité avec les consignes et la recette qui sont données. Selon elle, ce qui manquerait au niveau de la recette ce sont « <i>les proportions pour l'eau et le sirop</i> ». Elle pense que les patients peuvent facilement mettre trop de sirop et que cela peut leur poser question. Elle ne relève rien d'autre au niveau du protocole patient.</p>
E4	<p>E4 explique que c'est la partie explicative qui permet au patient de savoir ce qu'il doit faire. Qu'il est composé d'une partie générale et qu'après on rentre dans le spécifique avec l'explication de la recette. Pour elle, les consignes sont claires mais elle revient sur des éléments manquants qui pour elle méritent qu'on y réfléchisse. Pour elle, les quantités données dans la recette restent très subjectives (eau, sirop) et explique que « un peu » risque d'entraîner des différences entre les patients. Elle se questionne donc sur ce que l'on cherche à voir derrière cela. De même, elle vient à parler de la quantité de boudoir qui n'est pas précisée. Pour elle, il y a un risque que certains patients persévèrent et coupent beaucoup plus de boudoir que nécessaire. Donc pareil, elle questionne si cela ne serait pas mieux de mettre une quantité précise de boudoir. Elle précise qu'on peut mettre facilement les patients en difficulté comme ça, et que « <i>dans une recette en général on ne nous dit pas un peu ou des boudoirs mais on nous dit tout de suite la quantité</i> ». Par contre, elle précise que si ce sont des choses que l'on ne veut pas préciser volontairement il faut bien que ça ressorte dans l'évaluation, et que ça dépend de l'objectif que l'on vise.</p>
E5	<p>E5 a bien compris qu'il s'agissait d'une recette réalisée avec un mug et un micro-onde, et que c'était une petite quantité. Les consignes données sont claires pour elle, mais précise que pour elle il manque des éléments pour effectuer la réalisation. En effet, elle donne comme exemple qu'on ne précise pas de « mettre le sirop dans un bol », qu'on parle directement de lamelles de pomme mais pas de couper la pomme. Pour elle, dans une recette « normale » tous ces éléments sont donnés. Elle relève également qu'on utilise le mot « lamelles » et le mot « morceaux » et qu'il serait bien de mettre le même terme. Elle demande également si nous comptons ajouter une photo du résultat attendu, qui pour elle pourrait aider le patient à visualiser. Elle aborde ensuite la consigne « si vous êtes en grande difficulté n'hésitez pas à le faire savoir » et précise que plus loin nous disons que le thérapeute ne peut pas intervenir, elle se demande donc comment peut faire le patient et que ce n'est pas très clair car un peu contradictoire.</p>
E6	<p>E6 comprend que c'est la recette qui va permettre de faire un gâteau aux fruits. Il précise qu'il trouve que c'est bien fait, que l'on retrouve le principe d'une recette qui est une procédure avec des étapes. Par contre, pour lui il y aurait peut-être des sous-étapes à mettre en valeur. Par exemple, dans la consigne « Cassez les boudoirs en deux et imbibe-les de sirop », il a peur que certains patients s'arrêtent à « casser les boudoirs en deux ». Pour lui, il serait également intéressant en plus d'expliquer les consignes, d'expliquer aussi au patient pourquoi on lui fait faire ça. Il donne un exemple « <i>Le but du bilan : Afin de permettre une évaluation globale nous allons vous mettre en situation de réaliser un gâteau</i> ». Pour finir il note qu'il est important d'être clair dans les consignes. Pour lui, il n'est pas nécessaire de préciser au patient « Si vous rencontrez une grande difficulté, n'hésitez pas à le faire savoir » que c'est plus au thérapeute d'être attentif, il mettrait plutôt « nous restons tout au long de l'activité avec vous toutefois nous ne pourrions pas vous aider », cela permet d'avoir la même consigne entre le protocole patient et thérapeute. De plus, il insisterait sur « adaptez votre comportement comme si vous étiez seul » en le mettant en gras par exemple.</p>

3. Protocole thérapeute

E1	<p>Elle a compris que cette partie permet à l'ergothérapeute de comprendre comment installer le matériel ainsi que les éléments distracteurs. Pour elle, les photos sont un plus. De plus, les explications sont claires et concises, ce qui est bien pour la compréhension. Elle soulève encore le fait que l'ergothérapeute n'est pas censé intervenir. Pour elle, des précisions doivent être apportées sur « lésions neurologiques » car on ne comprend pas vraiment ce que ça inclut. De plus, dans les consignes données au patient, elle rajouterait une phrase, une réponse type au cas où il pose une question sur les éléments distracteurs. Pour elle il serait bien de préciser dans les prérequis si une évaluation cognitive est nécessaire avant la passation du bilan car la phrase « capacité de suivre les consignes » induit pour elle qu'il y ait eu un bilan cognitif, sinon revoir la formulation.</p>
E2	<p>Elle a compris que cette partie consiste à donner au thérapeute les consignes et les explications à donner pour la passation, comme de ne pas intervenir, de penser à montrer la cuisine. Pour elle, la présence d'éléments distracteurs est une bonne chose, mais elle se demande à quoi sert le téléphone car il n'est mentionné à aucun moment si le thérapeute doit le faire sonner. Ensuite, elle mentionne le fait d'utiliser des placards hauts et des placards bas, elle soulève la question que si l'on n'a pas de placard cela signifie que l'on ne peut pas utiliser le bilan ? Elle questionne également l'importance et l'intérêt d'ouvrir les placards dans l'évaluation que l'on fait. Elle revient également sur la consigne de « laisser la cuisine dans l'état » et soulève le fait que là non plus le thérapeute n'apporte pas de précisions permettant d'indiquer au patient « <i>comment il doit la laisser</i> ». De plus, le temps de pause de 30 minutes n'est pas clairement expliqué, elle comprend que c'est le moment où le patient est censé faire la vaisselle et ranger, mais cela lui semble très long. Elle se demande si ce temps peut être utilisé pour discuter avec le patient, et que ce serait bien que cela soit précisé. De plus, elle indique que dans le matériel disponible il n'y a pas de minuterie, de timer ou d'horloge et se demande donc comment le patient peut mesurer ce temps.</p>
E3	<p>Pour elle, cette partie correspond à « <i>la démarche que doit faire l'ergothérapeute pour pouvoir amener le patient à passer le bilan</i> ». Elle ne relève pas de difficulté pour comprendre les consignes données et trouve que c'est complet. En revanche, elle précise qu'il serait important d'ajouter un temps au début afin d'expliquer le bilan et pourquoi on le fait. Pour elle, c'est un temps important qui permet de rassurer le patient et de dédramatiser la situation d'évaluation. De plus, concernant la forme du protocole, elle trouve que les photos pourraient être plus contrastées afin de repérer directement les différents éléments.</p>
E4	<p>Elle a compris que cette partie explique pourquoi utiliser ce bilan, mais également les conditions de passation (spatial et temporel). Et que ça permet de donner au thérapeute les consignes à donner et ce qu'il va évaluer. Pour elle, ce qui est écrit est clair. Concernant les éléments distracteurs, elle mentionne qu'elle irait peut-être plus loin en proposant aussi par exemple « <i>un verre doseur</i> ». Elle se demande pourquoi la disposition des éléments se fait en distinguant matériel en haut et ingrédient en bas. Elle se demande également à quoi sert le téléphone ou réveil, est-ce qu'il doit sonner et « <i>est-ce que le but est de venir couper la personne dans son activité et voir quand il y a une rupture un petit peu avec sa démarche, est-ce qu'il va réussir à réadhérer et savoir où il en était ?</i> ». De plus, elle relève une autre notion de subjectivité qui pour elle peut poser un problème : c'est la notion d'intervenir quand on juge le patient en difficulté. Effectivement, pour elle il est nécessaire de bien préciser à quel moment on va vraiment intervenir « <i>si je vois que vous êtes en difficulté alors je me permettrais d'intervenir, si je juge parce qu'en fait lui il peut ne pas du tout se sentir en difficulté au moment où l'on va intervenir</i> ». Et elle précise qu'il est important d'avoir la même consigne dans le protocole thérapeute et dans le protocole patient, ce qui n'est pas le cas ici. Elle ajouterait également, la notion de mise en</p>

	danger « le thérapeute est à même d'interrompre le bilan à tout moment ». Pour finir, il serait pour elle, bien de préciser la méthode de passation et plus particulièrement si on peut faire un retour au patient.
E5	E5 dit que c'est un bilan pour des personnes qui ont des lésions neurologiques mais elle note qu'on ne précise pas si la personne peut avoir des troubles moteurs , et surtout de préciser exactement quel type de déficit et s'il y a ou non utilisation d'une aide technique (cane, fauteuil) . Concernant la forme du protocole, pour elle, le fait de lister tout le matériel comme les ingrédients permettrait d'avoir plus de lisibilité et de se repérer plus facilement. Il serait également bien, de préciser l'aménagement de l'environnement (matériel, éléments distrayeurs) à l'écrit et pas seulement au travers des photos. De plus, elle précise que les photos pourraient être plus claires et plus nettes afin de mieux percevoir les objets. Elle questionne l'importance d'avoir des placards , et précise que parfois dans certaines cuisines il n'y en a pas.
E6	E6 explique qu'ici c'est la méthode de passation qui est donnée , cela permet au thérapeute de savoir ce qu'il doit montrer et expliquer . Pour lui, il est important de s'assurer que le patient ait bien compris les consignes et les outils afin d'éviter les biais (questionnements) pendant la passation. Concernant la population , E6 n'est pas très convaincu, pour lui on n'est pas assez précis . De plus, il précise que pour lui quand il lit « personnes adultes » cela signifie que l'on vise que les 18-65 ans . En s'intéressant au but du bilan, pour E6 quand on évalue cognitif et moteur on n'est pas global , si on veut être global il faut aussi prendre en compte les fonctions sensorielles. Il questionne ensuite plusieurs notions : à partir de quand on estime le patient en difficulté (notion de mise en danger) ; que fait le patient pendant les 30 minutes de pause sachant que pour lui il ne faudrait pas interférer avec lui ; pourquoi il y a un téléphone et à quoi il sert. Ce sont des points à éclaircir pour lui. Pour finir, il insiste sur les consignes données au thérapeute, il serait nécessaire de donner des indications sur la position de l'évaluateur , et de ne pas lui indiquer de coter pendant la passation mais plutôt de se concentrer sur l'observation en prenant des notes. Pour E6, les consignes seraient plus claires sous forme de tirets .

4. Cotation

E1	Permet d'évaluer tout ce qui est moteur et cognitif . Pour elle, les deux feuilles de cotation séparées est une très bonne idée . De plus, le fait qu'il y ait « 4 cotations » est bien et que « c'est assez facile à remplir » . De plus, pour elle, le fait de demander au patient son habitude de cuisine est important. Concernant l'explication de la cotation pour la partie cognitive, elle insiste sur le fait que le terme « capacités inexistantes » n'est pas professionnel et qu'il faudrait revoir ce terme. Pour la partie motrice, elle se demande pourquoi des « aides techniques » sont évoquées dans la cotation alors qu'on n'en a jamais parlé avant. Selon elle, il faudrait « peut-être préciser à la rigueur que l'on peut proposer des aides techniques si elles ont pu être essayées en amont » mais cela dépend de notre attente pour ce bilan. Et que du coup cette cotation, n'est peut-être pas adaptée pour l'item de l'endurance car « ça ne va pas se mesurer sur l'utilisation d'aide technique ou quoi que ce soit » . Pour elle, la partie « observation » est nécessaire et importante , que cela va permettre de détailler le pourquoi on a mis cette note. Concernant le contenu, pour le cognitif elle semble assez d'accord avec les items choisis . Pour le moteur, elle dit que cela permet de voir comment se débrouille la personne . Le fait d'avoir inclus l'endurance c'est bien . Elle insiste sur quelques points de présentation, qui pour elle peuvent être importants dans le cadre d'une validation et que c'est destiné à des professionnels donc faire attention au vocabulaire utilisé.
----	--

E2	<p>Un bilan avec une partie sur les capacités cognitives et une partie sur les capacités motrices. Pour elle, c'est une bonne chose que les deux parties soient séparées, cela permet d'avoir quelque chose de plus détaillé. Cependant, elle se demande, si dans la pratique, il serait possible de l'utiliser que pour le moteur ou que pour le cognitif ? Elle trouve intéressant d'avoir un seul bilan qui permet de voir les deux notions car « <i>on peut se concentrer sur l'une ou sur l'autre en fonction des gestes que l'on a pu voir nous de notre patient</i> » et des difficultés que l'on a pu noter.</p> <p>La cotation choisie lui semble pertinente et relativement simple et rapide. Concernant l'explication de la cotation pour la partie cognitive, elle ne comprend pas pourquoi l'on parle « d'assistance physique », qui pour elle voudrait dire que l'on intervient que de manière motrice mais que l'on ne peut pas verbaliser. Concernant la partie motrice, elle ne fait pas de remarque particulière. En ce qui concerne la partie « observations », pour elle, c'est une partie toujours intéressante et que c'est comme cela que l'on peut apporter des précisions et justifier la cotation. Par exemple, préciser si il y a utilisation d'une aide technique et laquelle, ou si l'on a apporté de l'aide comment et à quelle hauteur. Concernant le contenu, que ce soit le moteur ou le cognitif, les items évalués semblent être suffisants pour elle.</p>
E3	<p>E3 explique que c'est un bilan qui permet d'évaluer « toutes les capacités de la personne ». Sur la question de la facilité et de l'intuitivité de cette cotation, elle répond positivement. Elle ne relève pas de difficultés sur la cotation chiffrée choisie et trouve que celle-ci est pertinente. Concernant les explications données sur les niveaux de cotation, E3 ne semble pas avoir eu de soucis pour comprendre. En revanche, elle se questionne sur le fait suivant « <i>il y a des gens qui pour éplucher la pomme ne vont pas prendre l'économe et prendre le couteau</i> » car pour elle cela peut être une habitude, donc elle se demande si cela est considéré comme une erreur dans la réalisation sachant qu'il y a un économe à disposition.</p> <p>Concernant la partie « observations », pour elle, c'est une partie importante qui permet de mettre des commentaires sur comment ça se passe.</p> <p>Sur le contenu, elle aurait préféré voir les fonctions exécutives plus détaillées. Pour elle, vu la population ciblée c'est la chose qui va ressortir le plus et que l'on veut surtout regarder. Elle explique qu'elle aurait plus détaillé chaque fonction qui présente pour elle des temps bien particuliers. De plus, elle se demande si en plus du cognitif et du moteur, les capacités sensorielles ne pourraient pas être développées. Elle donne des exemples comme est-ce que le patient va goûter, sentir, voir même au niveau du toucher.</p>
E4	<p>E4 explique que ce bilan sert à évaluer « en deux temps, capacité motrices et cognitives », que chaque fois on note de 0 à 3 tous les sous-items. Le total est sur 36, elle se demande alors si ce total va être gradué et permettre de donner une orientation du patient, « <i>exemple en dessous de 20 cela signifie...</i> ». La cotation choisie est claire et intuitive. Pour elle, la cotation chiffrée est une bonne chose, « <i>pour une histoire de fiabilité et de reproductibilité c'est beaucoup mieux d'être sur du chiffre</i> » mais en revanche elle semble moins d'accord avec les explications données pour les niveaux de cotation. Par exemple, sur la cotation 3 du moteur, elle se demande qu'est-ce qu'un « <i>environnement favorable</i> ». Elle partirait plus sur une cotation plus générale : « par exemple 0 non réalisable, 1 partiellement réalisé, 2 presque en totalité, 3 en totalité » et après apporterait des précisions pour chaque item. Pour elle, cela permettrait de moins se tromper. Elle se questionne sur l'intervention de l'ergothérapeute au cours de la passation, et demande si le fait d'intervenir interrompt le bilan ou si l'on peut continuer à coter et évaluer la personne. Concernant la partie « observations », pour E4 c'est très important de pouvoir apporter des précisions sur ce qui se passe, ça permet d'étayer une simple cotation. Concernant le contenu et les items choisis, pour le moteur elle ajouterait peut-être les amplitudes articulaires sachant qu'on met des éléments en hauteur ça pourrait être intéressant. Sinon elle trouve que tous les items balayent bien les capacités de la personne.</p>

E5	<p>Une cotation avec une feuille au niveau cognitif et une au niveau moteur, ce qui pour elle permet de bien évaluer. Elle est d'accord avec le fait que la cotation est simple et rapide à remplir et qu'il suffit seulement d'entourer la cotation. Pour elle, les explications données pour chaque item sont une bonne chose. Pour elle, c'est au début de la cotation qu'il faudrait préciser si la personne a une aide à la marche, un handicap au niveau des membres supérieurs, enfin « <i>comment elle est quand elle arrive</i> ». Concernant le cognitif, elle est d'accord avec les items choisis, cependant elle a du mal à comprendre l'explication de la cotation. Elle dit que l'on dirait plus une cotation pour du moteur notamment avec le terme « assistance physique ». Au niveau du moteur, elle se questionne sur l'équilibre statique et explique qu'il serait mieux de séparer assis/debout car ce sont des choses totalement différentes. Elle souligne le fait, qu'on parle d'aide technique mais que l'on ne sait pas à quel moment on a proposé cette aide technique à la personne. Elle demande donc si on est censé savoir avant ce dont il a besoin.</p> <p>En ce qui concerne la partie « observations », pour elle, c'est une partie importante, car on a toujours des choses à marquer sur la réalisation. Par contre, elle préférerait une partie « observations » générale et non pas séparée selon les items.</p>
E6	<p>E6 explique que l'on a deux grilles de cotation avec un score sur 18 et donc un total sur 36. Il se demande comment interpréter ce score sur 36. Il est assez d'accord avec la cotation choisie sur 4 niveaux, dit que ça lui rappelle beaucoup de cotations déjà utilisées dans d'autres bilans et que cela peut être un confort pour le thérapeute. Concernant les informations que l'on peut trouver au début de la cotation, il trouve important de demander les « habitudes de cuisine », mais pour lui il faut exclure les patients qui disent « souvent ». En effet, pour lui, on ne va pas arriver à évaluer correctement les fonctions exécutives si la personne est dans ses habitudes. De plus, il se demande si le nombre d'étapes dans la recette n'est pas trop court pour bien pouvoir voir toutes les fonctions cognitives comme la fatigabilité. Concernant le contenu des items, pour le cognitif : il se demande pourquoi il n'y a que 4 fonctions exécutives et pas « stratégie et vérification ». Pour lui, les explications données pour autonomie dans la tâche ne sont pas les bonnes, elles correspondent plus à de la « dépendance au thérapeute ». De même, il se demande si regarder le nombre de fois où le patient regarde le protocole peut vraiment permettre de juger la capacité mnésique du patient. Pour le moteur, il précise qu'il faut revoir les définitions de préhension fine et globale et mentionne que l'on pourrait être plus professionnel sur la définition de « l'équilibre dynamique ». Sinon, E6 est assez d'accord avec les items évalués, il rajouterait peut-être un item coordination. En ce qui concerne la partie « observations », pour lui, c'est une partie « à ne jamais oublier ». Il mentionne qu'ici les cases sont peut-être trop petites. Pour lui, c'est là que l'ergothérapeute amène sa spécificité et pour lui c'est aussi le moment pour recueillir le ressenti du patient et donc évaluer la métacognition.</p>

5. Généralités sur le bilan

E1	<p>Pour cet ergothérapeute, ce bilan est intéressant car il ne nécessite pas beaucoup d'ingrédients et que tout ce qui est demandé est facile à trouver. Par contre, elle émet une réserve sur les boudoirs qui pour elle ne sont pas ce qui se trouve le plus dans les services. Pour elle, ce bilan permet d'évaluer rapidement « <i>les trucs de base que l'on a besoin</i> » sans être trop compliqué. C'est un outil qui lui semble être pertinent pour les ergothérapeutes. Concernant les pathologies qu'elle se verrait d'évaluer, elle pense aux traumatisés crâniens qui peuvent avoir aussi des troubles physiques, à un hémiparésique mais pas un hémiplégique du fait de l'utilisation des aides techniques qui n'est pas claire et plutôt des personnes qui peuvent être debout, pour des patients parkinsoniens avec des débuts de troubles cognitifs et moteurs. Elle est de plus d'accord avec les pathologies ciblées par les créatrices du bilan.</p>
----	--

E2	<p>Pour cet ergothérapeute, ce bilan est intéressant car il semble facile à faire passer, qu'il ne demande pas trop de matériel ni de temps. En revanche, pour elle le point faible est peut-être la reproductibilité, il sera peut-être difficile de pouvoir utiliser ce bilan plusieurs fois sur un même patient. Effectivement, elle explique que les patients qui ont des capacités cognitives peu altérées vont certainement se rappeler de la procédure et que cela peut biaiser le temps de réalisation.</p> <p>Pour elle, ce bilan semble intéressant pour « <i>des patients qui ont besoin de rentrer à la maison après et pour lesquels on a besoin de tester un petit peu les capacités exécutives</i> ». C'est un outil qui lui semble être pertinent pour les ergothérapeutes. Par rapport à sa pratique actuelle, elle verrait possible d'utiliser ce bilan sur des patients présentant des débuts de démence. Mais également sur des personnes AVC avec des hémiplésies, ou encore auprès de personne ayant la maladie de Parkinson. Elle rajoute qu'on pourrait peut-être aussi s'en servir en psychiatrie. Nous pouvons voir qu'elle a cité les mêmes pathologies que les auteures.</p>
E3	<p>Pour cette professionnelle, le fait que ce bilan soit une mise en situation est un point fort. Cependant, pour elle, il est peut-être difficile à utiliser dans toutes les structures. Elle précise qu'elle n'est pas sûre de pouvoir l'utiliser où elle travaille. Même si elle précise qu'il est plus facile que certains bilans déjà existants, plus simple avec une recette qui est facile à réaliser.</p> <p>C'est un outil qui lui semble être pertinent pour évaluer un patient. Concernant les pathologies sur lesquelles elle verrait l'intérêt d'utiliser ce bilan, elle parle de neurologie après un accident, mais également de gériatrie, en donnant comme exemple « <i>pour les femmes qui rentrent à domicile par exemple et qui avaient l'habitude de préparer le repas</i> ». Elle semble d'accord avec les pathologies proposées par les auteures.</p>
E4	<p>Pour E4, ce bilan est intéressant car il est assez rapide, clair et cohérent. C'est un outil qui lui semble être pertinent pour les ergothérapeutes, mais elle se demande si on ne pourrait pas le faire en binôme avec un autre professionnel (comme un neuropsychologue). Concernant les pathologies visées par ce bilan, elle l'utiliserait pour « <i>des gens assez fatigables vu que c'est quelque chose d'assez rapide, avec une altération motrice et cognitive</i> », elle s'orienterait plus vers de la gériatrie à première vue mais précise qu'on peut aussi retrouver ces troubles chez les cérébrolésés. Elle est donc en accord avec les auteures. Concernant l'évaluation dans le but d'un retour à domicile, elle précise que ça ne peut pas seulement être ce bilan qui réponde à cette problématique mais plus une combinaison de données.</p>
E5	<p>Pour E5, ce bilan est rapide, accessible car pas de formation nécessaire. Il ne demande pas beaucoup d'ingrédients et la lecture suffit pour savoir ce que l'on doit faire. Les éléments distracteurs peuvent être un point négatif selon elle, il n'est parfois pas possible de les avoir (ex : téléphone).</p> <p>Elle se verrait utiliser ce bilan, pour un retour à domicile auprès des personnes âgées avec ou sans démence. Elle finit par dire « <i>En fait je ne vois pas avec qui je ne pourrais pas l'utiliser à part si vraiment il y a des gros gros troubles</i> ». Après pour elle, il reste quand même quelque point à préciser, savoir si on peut l'utiliser avec des personnes en fauteuil et des personnes avec des déficits au niveau membres supérieurs. Elle est d'accord avec les pathologies AVC et démences mais précise qu'on peut également l'élargir à d'autres pathologies.</p>
E6	<p>Pour E6, ce bilan est intéressant car n'utilise pas de four, d'œufs et est assez rapide à faire passer. Il peut permettre d'évaluer beaucoup de personnes : « <i>Pour moi ça peut s'adresser à tout type de handicap</i> » et dans beaucoup de configuration (pas spécialement cuisine). En revanche, pour lui, c'est peut-être juste assez détaillé et demande encore un travail pour amener des précisions. Il est d'accord avec la pertinence de celui-ci dans la pratique de l'ergothérapeute. Il semble d'accord avec les pathologies proposées par les ergothérapeutes à l'origine du bilan mais précise que seul ce bilan ne suffit pas à dire si la personne peut retourner chez elle.</p>

Annexe VII : Version 2 du protocole de passation

Protocole patient

Consignes de l'activité

Vous devez réaliser une charlotte aux fruits (pour 1 personne), à l'aide d'une tasse.

Pour la réalisation de celle-ci :

- Vous disposez de la cuisine ainsi que de tous les ustensiles et ingrédients nécessaires.
- Vous devrez laisser la cuisine dans l'état où vous l'avez trouvée en rentrant.
- Nous resterons avec vous tout au long de l'activité. Si vous rencontrez une grande difficulté, n'hésitez pas à le faire savoir.
- Vous devez adapter votre comportement comme si vous étiez seul.
- Vous nous ferez savoir quand vous pensez avoir terminé.

Recette de la charlotte aux fruits :

Ingrédients :

- ½ pot de 100g de fromage blanc
- Eau
- Sirop
- ½ pomme
- Des boudoirs

Suite de la recette :

- Diluez le sirop dans de l'eau (1 volume de sirop pour 9 volumes d'eau)
- Cassez les boudoirs en deux et imbitez-les
- Recouvrez les parois de la tasse avec les boudoirs
- Epluchez et coupez la pomme en fines lamelles
- Cuisez les lamelles de pommes dans un peu d'eau au micro-ondes 3 minutes puissance moyenne (600 watts)
- Mélangez le fromage blanc avec les morceaux de pomme et versez la préparation dans la tasse
- Recouvrez le fromage blanc avec des morceaux de boudoirs
- Laissez reposer au réfrigérateur trente minutes puis démoulez la charlotte sur une assiette

Protocole bilan « Évaluation d'une activité rapide en cuisine »

But de ce bilan : Permettre une évaluation globale (capacités motrices et cognitives) et rapide du patient. (Temps estimé : 60 minutes).

Population : « Personnes de plus de 18 ans présentant des lésions ou pathologies neurologiques centrales avec ou sans troubles cognitifs associés. Pouvant présenter des troubles moteurs associés mais qui selon l'évaluateur permettent la réalisation de l'activité »

Pré-requis : Le patient doit être en capacité de lire (agrandissement possible de la recette) et de suivre des consignes. L'utilisation d'aide technique à la préparation du repas est possible si le patient la maîtrise avant.

Aménagement de l'environnement : Afin de réaliser ce bilan, la cuisine doit disposer d'un évier avec le nécessaire pour faire la vaisselle, d'un micro-ondes, d'une table, de deux chaises et une table roulante (adaptable). Disposer l'ensemble du matériel et l'ensemble des ingrédients à deux endroits distincts (cf photos). La recette, le journal et la sonnette doivent être disposés sur la table.

Ingrédients :

- 2 pots de 100g de fromage blanc
- Eau
- Sirop (de sucre de canne, grenadine...)
- 1 pomme
- Des boudoirs (ou biscuits à la cuillère)

Matériels :

- Un micro-ondes
- 2 bols
- 1 assiette
- 2 petites cuillères
- 1 tasse
- 1 couteau
- 1 économiseur
- 1 horloge (minuteur, montre)
- Savon, liquide vaisselle, un torchon, une éponge (ou une lavette), 2 maniques, 1 tablier, 1 poubelle, 1 réfrigérateur

Éléments distrayants :

- 1 journal
- 1 casserole
- 1 fouet
- 1 sonnette (coup de téléphone ou réveil),
- Des ingrédients non utiles (un autre fruit, supplément de fromage blanc, chocolat)

Méthode de passation de l'évaluation :

L'ergothérapeute doit :

- Ouvrir les placards brièvement et montrer leur contenu
- Expliquer l'usage du micro-ondes
- Rester dans la cuisine avec le patient mais ne peut pas intervenir, aider le patient seulement lorsque celui-ci est en difficulté
- Indiquer au patient qu'il doit laisser la cuisine dans l'état dans laquelle il l'a trouvée
- Observer le patient lors des différentes étapes de la réalisation de la charlotte aux fruits
- Le temps de repos de la charlotte permet au patient de ranger la cuisine (faire la vaisselle et tout remettre en place). Si le temps le permet, récolter le ressenti du patient sur l'activité
- Quand le patient dit avoir fini, faire un retour sur la réalisation de l'activité sans rentrer dans le détail de la cotation
- Compléter la grille d'évaluation

Consignes données par l'ergothérapeute au patient avant la réalisation de l'activité :

« Vous devez suivre la recette de cette charlotte aux fruits. Tous les ustensiles et ingrédients nécessaires sont rangés dans ces placards. Voici comment fonctionne le micro-ondes. Je reste avec vous le temps de la réalisation de la charlotte mais je ne peux vous aider. Dites-moi lorsque vous pensez avoir fini. »

Cotation : Entourer la cotation correspondante aux capacités du patient. Les compensations apportées sont laissées à l'appréciation du thérapeute et doivent être inscrites dans la partie observations.

Placement des objets dans l'environnement :



Disposition des ustensiles



Disposition des ingrédients



Disposition de la table

Nom/Prénom du patient :
 Date de naissance :
 Pathologie :
 Niveau d'étude / Profession :

Nom/Prénom de l'évaluateur :
 Date de l'évaluation :
 Temps de réalisation : (≈ 60 min)
 Habitude de cuisine : Jamais / De temps en temps / Souvent

Capacités motrices	Port de charge légère	Équilibre statique (assis et/ou debout)	Équilibre dynamique	Préhensions		Endurance physique
				Fines	Globales	
<u>Tâches évaluées</u>	Porter les différents ustensiles de cuisine ainsi que la vaisselle	Préciser dans les observations, l'équilibre statique évalué. Equilibre lors de la préparation, de la vaisselle	Déplacements dans la cuisine	Ouvrir les opercules	Eplucher et couper les pommes	Impact de la fatigabilité de la personne dans la réalisation de l'activité
<u>Cotation</u>	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
<u>Observation</u>						

- 0 → Tâches non réalisées ou très difficilement, avec mise en danger de la personne et difficultés majeures rencontrées
- 1 → Tâches réalisées avec une aide technique ou un environnement favorable, avec quelques problèmes et une mise en danger légère de la personne. Difficultés mineures rencontrées
- 2 → Tâches réalisées sans aucun problème ni danger pour la personne avec une aide technique ou un environnement favorable. Pas de difficulté
- 3 → Tâches réalisées sans aucun problème ni danger pour la personne. Pas de difficulté

<u>Capacités cognitives</u>	Les fonctions exécutives				Autonomie dans la tâche	Capacité mnésique
	Inhibition	Planification (anticipation)	Attention / Concentration	Flexibilité mentale		
<u>Tâches réalisées</u>	Adopte un comportement adapté à l'activité	Organise l'activité (Préparation, suivi de la recette, réalisation, vaisselle, rangement) Prépare à l'avance les choses	Ne se laisse pas distraire par les éléments perturbateurs Se concentre uniquement sur l'activité	S'adapte à l'environnement	Demande de l'aide ou non	A bien mémorisé les consignes données. Se souvient des tâches déjà réalisées
<u>Cotation</u>	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
<u>Observations</u>						

- 0 → Besoin d'une aide ou assistance physique car capacités très insuffisantes ou inexistantes pour la tâche
1 → Besoin d'une aide spécifique car capacités réduites mais présentes
2 → La performance est discutable mais le patient est indépendant
3 → Performance intacte

Score capacités motrices :

/ 18

Score capacités cognitives :

/ 18

Score total :

/ 36

Conclusion de l'observation :

Résumé

Contexte : L'évaluation est une partie importante de la démarche thérapeutique en ergothérapie. Parmi tous les outils à disposition, l'ergothérapeute peut avoir recours à l'évaluation par la mise en situation. Afin de pallier des contraintes de terrain, deux ergothérapeutes ont créé un bilan de mise en situation cuisine. Il permet à l'ergothérapeute d'évaluer les capacités motrices et les capacités cognitives du patient. L'objectif de cette étude était d'évaluer la validité d'apparence et la validité de contenu de ce bilan afin de déterminer sa pertinence.

Méthode : Deux études différentes ont été menées pour récolter le maximum d'information. Tout d'abord, un questionnaire évaluant la compréhension du « protocole patient » a été distribué à trente individus sains ayant testés le bilan. Ensuite, six ergothérapeutes ont été questionnés lors d'un entretien sur le contenu du bilan « Evaluation d'une activité rapide en cuisine ».

Résultats : Les ergothérapeutes s'entendent à dire que le bilan est clair et compréhensible. Ils apportent cependant plusieurs commentaires qui vont permettre d'affiner l'outil. Les points relevés dans le « protocole patient » sont en accord avec ceux donnés par les patients sains, ce qui permet d'appuyer les points à revoir.

Conclusion : Les résultats obtenus indiquent que le bilan a bien été perçu dans l'ensemble, ce qui appuie une bonne validité d'apparence. Malgré cela des modifications sont encore à apporter. Des études complémentaires sont nécessaires pour affirmer la validité de contenu.

Mots clés : Ergothérapie ; bilan ; validation ; validité d'apparence ; validité de contenu

Abstract

Background: Evaluation are an important part of the therapeutic process in occupational therapy. Among all the tools available, the occupational therapist can use assessment by simulation of real-life situations. In order to mitigate fields constraints, two occupational therapists have created an assessment of a kitchen situational scenario. It is used to assess the patient's motor and cognitive abilities. The objective of this study was to assess the face and content validity of this assessment in order to determine its relevance.

Methods: Two different studies were conducted to gather as much information as possible. Firstly, a questionnaire assessing the understanding of the "patient protocol" was distributed to thirty healthy individuals who tested the assessment. Secondly, six occupational therapists were interviewed about the content of the "Assessment of a quick kitchen activity".

Results: Occupational therapists agree that the assessment was clear and understandable. However, they provide several comments that will help to refine the tool. The points noted for the "patient protocol" were consistent with those given by the healthy patients, which confirmed the points to be reviewed.

Conclusion: The results obtained indicate that the assessment was generally well perceived, which supports a good face validity. However, changes still need to be made. Further studies are needed to assert content validity.

Keys words: Occupational therapy; assessment; validation; face validity; content validity