



HAL
open science

L'engagement en rééducation : l'enjeu de la prise en compte des environnements du patient et de l'utilisation d'activité signifiante

Julie Dubez

► To cite this version:

Julie Dubez. L'engagement en rééducation : l'enjeu de la prise en compte des environnements du patient et de l'utilisation d'activité signifiante. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03694039

HAL Id: dumas-03694039

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03694039v1>

Submitted on 13 Jun 2022

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

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



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

Université Aix-Marseille

Faculté des sciences médicales et paramédicales



Ecole des sciences de la réadaptation

Formation d'Ergothérapie

DUBEZ Julie

UE 6.5 S6 : Mémoire
d'initiation à la recherche

23 mai 2022

L'engagement en rééducation : l'enjeu de la prise en compte des
environnements du patient et de l'utilisation d'activité signifiante

Sous la direction de Julien PAVE, directeur de mémoire

Et Alix COSTET, référente professionnelle

Diplôme d'Etat d'Ergothérapie

Remerciements

Je souhaite remercier Julien Pavé, mon directeur de mémoire, pour son soutien, ses précieux conseils, ses régulations à n'en plus finir, tout le temps qu'il a passé pour m'accompagner dans la rédaction de ce mémoire et sans qui je n'aurais pas pu venir à bout de ce travail.

Merci à Alix COSTET, ma référente professionnelle pour son engagement dans cette aventure, tous les précieux conseils et sa vision d'ergothérapeute qu'elle a pu me partager.

Je remercie également tous les ergothérapeutes m'ayant accordé du temps pour répondre à mon questionnaire et à mes entretiens.

Merci aussi à mon groupe mémoire pour m'avoir soutenue et aiguillée toute cette année. Je remercie également mes amis de l'école pour le soutien et leurs aides pendant toutes les étapes de ce mémoire. Gaëlle, Maureen, Charlotte, Maëlys et Lisa. A ces trois superbes années.

Je souhaite remercier l'équipe pédagogique de l'institut de formation en ergothérapie qui nous accompagne inconditionnellement pendant ces trois belles années.

Et enfin, merci à ma sœur pour tout le temps qu'elle a passé dans la relecture de ce mémoire et tous les conseils qu'elle a pu m'apporter. Mon mémoire n'aurait jamais pu aboutir sans elle.

Sommaire :

1	Introduction.....	1
1.1	Le contexte.....	1
1.2	Thème et champs disciplinaires	2
1.2.1	Définitions des champs disciplinaires	2
1.2.2	Définitions des mots clés du thème.....	3
1.3	Enjeux socio-économiques, professionnels, de santé publique et intérêts	4
1.4	Revue de littérature	5
1.4.1	Champs disciplinaires et bases de données.....	5
1.4.2	Equation de recherche	6
1.4.3	Résultats des bases de données	6
1.5	Analyse critique des articles de la revue de littérature	7
1.5.1	La pratique centrée sur la personne.....	7
1.5.2	La prise en soin centrée sur la personne en ergothérapie	10
1.6	Résumé de la revue de littérature	14
1.6.1	Précision de la problématique centrale.....	15
1.6.2	Problématisation pratique	15
1.7	Enquête exploratoire.....	16
1.7.1	Les objectifs généraux	16
1.7.2	Les objectifs spécifiques.....	16
1.7.3	Population ciblée	16
1.7.4	Site d'exploration	16
1.7.5	Choix de l'outil de recueils de données.....	17
1.7.6	Biais et stratégie d'anticipation.....	17
1.7.7	Construction de l'outil.....	18
1.7.8	Etapas de déroulement de l'enquête.....	18
1.7.9	Test de l'outil	18
1.7.10	Traitements des données.....	19
1.7.11	Résultats de l'enquête.....	19
1.7.12	Synthèse de l'enquête exploratoire	24
1.7.13	Problématisation pratique	25
1.8	Question initiale de recherche.....	25
1.8.1	Modèle systémique.....	26
1.8.2	L'engagement.....	30

1.8.3	Problématisation théorique	35
1.8.4	Confrontation de la problématisation pratique avec la problématisation théorique	36
2	Matériel et méthode.....	36
2.1	Choix de la méthode de recherche	36
2.2	Population ciblée et critère d'inclusion et d'exclusion.....	37
2.3	Site d'exploration pour la recherche	37
2.4	Choix argumenté de l'outil théorisé de recueil des données	37
2.4.1	Choix de l'outil théorisé de recueil des données.....	37
2.4.2	Biais de l'outil théorisé de recueil de données et stratégie d'atténuation ou d'anticipation 38	
2.4.3	Construction de l'outil théorisé de recueil des données	39
2.5	Déroulement de la recherche	40
2.5.1	Test de faisabilité et de validité du dispositif de recherche	40
2.5.2	Déroulement de l'étude	40
2.6	Choix de l'outil de traitements et d'analyse des données.....	41
3	Résultats.....	42
3.1	Présentation des personnes interrogées	42
3.2	Analyse thématique	42
3.2.1	Environnement	43
3.2.2	Engagement occupationnel	45
3.3	Analyse horizontale.....	46
3.3.1	Ergothérapeute 1	46
3.3.2	Ergothérapeute 2	48
3.3.3	Ergothérapeute 3	49
3.3.4	Cas clinique.....	51
4	Discussion.....	52
4.1	Interprétation des résultats	52
4.1.1	Interprétation selon la revue de littérature	52
4.1.2	Interprétation selon le cadre conceptuel	52
4.2	Eléments de réponse à la question de recherche	53
4.3	Critique du dispositif de recherche.....	54

4.4	Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle	55
4.5	Propositions de transférabilité pour la pratique professionnelle	55
4.6	Perspectives de recherche à partir des résultats et ouverture vers une nouvelle question de recherche.....	56
5	Conclusion	57
	Bibliographie	58
	Annexes	62

1 Introduction

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. 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 leurs environnements. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société (1). D'après Sylvie Meyer l'occupation est tout ce que les gens font de manière ordinaire ou extraordinaire dans leur vie de tous les jours de leur naissance jusqu'à leur mort (2). Dans son livre « De l'activité à la participation » (2) elle cite Kielhofner qui affirme que l'occupation s'inscrit dans le troisième paradigme de l'ergothérapie. De plus elle dit que « Dans ce nouveau paradigme, la finalité de l'ergothérapie est l'engagement dans des occupations ou la participation »(2) (p. 52).

1.1 Le contexte

L'émergence du point de rupture s'est déroulée lors d'un stage en SMR¹ dans un service d'ortho-traumatologie adulte. Lors de celui-ci nous avons pu observer que les ergothérapeutes utilisaient principalement des méthodes analytiques : jeux de société, cônes... De plus ces exercices étaient répétés d'une séance à l'autre. Les objectifs thérapeutiques étaient centrés sur la déficience de la personne. En effet, le thérapeute avait pour seul but de redonner de la fonctionnalité au membre lésé. Cette approche appartient au paradigme biomédical et biomécanique défini comme étant une ergothérapie centrée sur la récupération des fonctions touchées au moyen d'exercices pour permettre l'activité selon Gary Kielhofner (2).

Cette pratique centrée sur la rééducation du membre traumatisé ne correspond pas avec le déroulement des prises en soin appris dans une formation. En effet, actuellement les ergothérapeutes sont formés selon le troisième paradigme en ergothérapie : réaliser la prise en soin basé sur la personne, son environnement et ses occupations. Ce type de pratique permettrait aux clients de trouver un sens dans les séances d'ergothérapie.

De ce fait, nous nous sommes questionnés sur l'enjeu d'une pratique centrée sur la personne en rééducation. Comment le patient peut-il participer sur une activité non signifiante? Comment l'utilisateur peut-il comprendre l'enjeu de cette rééducation si elle n'est pas portée sur ses habitudes de vie ? Comment faire une prise en soin efficace si la personne ne reconnaît pas

¹ SMR : Soins médicaux et de réadaptation (Anciennement SSR : décrets du 13 Janvier 2022 (3))

son quotidien dans la prise en soin ? Cependant il a été également question de la manière de réaliser une prise en soin centrée sur la personne lorsque qu'il y a des protocoles de rééducation à respecter.

De ce questionnement une problématique centrale en a découlé :

Comment la prise en soin centrée sur la personne peut-elle influencer la rééducation d'une personne avec une atteinte de l'appareil locomoteur ?

1.2 Thème et champs disciplinaires

Le thème est donc porté sur « **Une pratique centrée sur la personne en ergothérapie lors de la prise en soin d'une atteinte de l'appareil locomoteur en centre de rééducation en France** ».

1.2.1 Définitions des champs disciplinaires

Les champs disciplinaires mis en avant par ce thème sont : les sciences de l'occupation car nous nous questionnons sur l'enjeu d'une pratique centrée sur des occupations significantes pour le client.

Le deuxième champ disciplinaire est le champ de la santé. Il est mis en avant car nous parlons de personnes atteintes de pathologies. De plus nous nous questionnons sur l'impact des différents types de prise en soin sur l'état de santé du patient.

Le dernier champ disciplinaire est le champ de la psychologie. En effet, nous nous interrogeons sur les ressentis et l'implication des personnes dans leur rééducation selon l'approche utilisée.

Dans un premier temps, nous allons développer le champ disciplinaire des sciences de l'occupation. Tout d'abord cette science a pour problème central l'occupation. Son intention est de produire des connaissances sur l'occupation pour informer et renforcer l'ergothérapie. En effet, pour rendre la pratique de l'ergothérapie efficace par l'utilisation de l'occupation il faut d'abord comprendre comment elle est vécue, perçue ; comment elle est construite, développée et comment l'utiliser au mieux pour produire du changement et améliorer la vie des gens (4).

D'après l'OMS² : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». De ce fait, dans notre situation nous allons traiter de la santé des personnes avec une atteinte de l'appareil locomoteur (5) (p.4).

La psychologie a pour objectif de comprendre la structure et le fonctionnement de l'activité mentale et des comportements qui lui sont associés, c'est l'étude du comportement, des pensées et des émotions (6).

1.2.2 Définitions des mots clés du thème

Les mots clés du thème sont : la pratique centrée sur la personne, la prise en soin et les affections de l'appareil locomoteur,

Selon le champ disciplinaire des sciences de l'occupation la pratique centrée sur la personne est selon l'association canadienne des ergothérapeutes une approche basée sur le partenariat entre le patient et le soignant. L'ergothérapeute prônant cette pratique doit encourager le patient à donner son avis, à participer dans les activités et dans le processus décisionnel de sa prise en soin. De plus le soignant, doit aussi reconnaître la valeur de l'expérience personnelle des patients et de leurs connaissances (2).

D'après l'ANFE³ l'ergothérapeute est un professionnel de santé, mettant en lien l'occupation et la santé. Il permet de maintenir ou de restaurer des capacités d'une personne en situation de handicap par l'activité pour lui permettre de les réaliser de manière autonome, indépendante et sécurisée (1).

Selon le champ disciplinaire de la santé les prises en soin dans les établissements de rééducation : peuvent être diversifiées d'après le ministère de la santé et des solidarités : « Outre des soins (médicaux et curatifs voire palliatifs), une structure autorisée en SSR assure :

- Une rééducation pour aider le patient à retrouver le meilleur potentiel de ses moyens physiques, cognitifs et psychologiques. L'objectif est, autant que possible, la restitution intégrale de l'organe lésé ou le retour optimal à sa fonction.
- Une réadaptation pour accompagner le patient si les limitations de ses capacités s'avèrent irréversibles. Le but est de lui permettre de s'adapter au mieux à ses limitations et de pouvoir les contourner autant que possible

² OMS : organisation mondiale de la santé

³ ANFE : Association nationale française des ergothérapeutes

- Une réinsertion pour aller au-delà des soins médicaux et garantir une réelle autonomie au patient – dans sa vie familiale et professionnelle – afin qu’il recouvre au maximum les conditions de vie qui précédaient son séjour hospitalier. La réinsertion représente donc l’aboutissement d’une prise en charge totalement personnalisée du patient. (7)»

Dans le champ disciplinaire de la santé nous explorons les affections de l’appareil locomoteur. D’après le PMSI⁴ 2019 : 405 000 patients ont une maladie de l’appareil locomoteur (8). Ces affections englobent toutes les pathologies touchant l’appareil locomoteur actif (muscles, tendons...) et passif (squelette, articulations...). Elle engendre souvent des douleurs et une limitation de la mobilité de la partie atteinte (9).

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

Tout d’abord la prise en soin en centre de rééducation est un enjeu de santé publique, car au niveau démographique 405 000 personnes souffrent de trouble de l’appareil locomoteur et sont accueillies en SMR en 2019 et 401 000 en 2018 (8). De plus d’après le rapport de l’OMS publié en 2020 plus d’un milliard de personnes présentent une forme de handicap. Ce chiffre croissant est dû essentiellement à l’augmentation de l’espérance de vie et engendre une élévation du taux des maladies chroniques pouvant causer un handicap. Actuellement 15% de la population mondiale est atteinte d’un handicap contre environ 10% en 1970. De plus, 190 millions de personnes âgées de 15 ans ou plus, ont des difficultés fonctionnelles nécessitant des prises en soin (8).

Au niveau socio-économique, d’après l’INSEE⁵ en 2018 la consommation de soins et biens médicaux est de 203.5 milliards d’euros, soit 8,6% du PIB⁶, et 3037 euros par habitant. Cependant ce chiffre est en diminution grâce à la décélération des soins hospitaliers (10). La sécurité sociale prend en charge généralement 80% des frais d’hospitalisation, hors exception et frais de confort (11). Globalement, on estime qu’une hospitalisation coûte entre 1 000 et 4000 euros par jour (12). Par an, il y a 1 million de patients hospitalisés en établissement de santé de SMR(8).

Ensuite la prise en soin centrée sur la personne est un enjeu professionnel car dans la définition de la profession de l’ANFE : l’ergothérapeute intervient pour aider les personnes à s’adapter, se réadapter et s’intégrer socialement. De plus, il agit pour prévenir face aux activités délétères

⁴ PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d’information

⁵ INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

⁶ PIB : Produit intérieure brut

pour la santé mais aussi pour permettre aux personnes l'accès à leurs occupations de manière sécurisée, autonome, indépendante, et efficace(1). Le concept fondamental de l'ergothérapie est de travailler en fonction des occupations des patients. Le but étant que leurs rééducations soit signifiantes et significatives afin de favoriser leur engagement (13).

De plus d'après le référentiel d'activité, l'ergothérapeute utilise des activités « liées aux soins personnels, à la mobilité, à la communication et entraîne par des exercices ciblés visant le développement des facultés d'adaptation, d'apprentissage ou de réapprentissage de procédures cognitives, de gestes adaptés et la correction d'attitude nocive »(14).

Enfin c'est également une question socialement vive. En effet, d'après l'article de Thomas Piazza publié sur l'ANFE : « une approche fondée sur l'occupation et centrée sur la personne renforce la motivation du patient, améliore sa performance fonctionnelle et permet une meilleure transposition des acquis dans son milieu de vie habituel, améliorant finalement les résultats de l'intervention »(15). Cet article mis en évidence par le concours d'article 2019-2020 de l'ANFE montre bien l'importance accordée à la prise en soin centrée sur la personne et sa nécessité dans la rééducation. Ainsi d'après l'OMS la population vieillit et le taux de maladies chroniques augmente entraînant un taux de situations de handicap croissant(16).

1.4 Revue de littérature

La revue de littérature va nous permettre de faire un état des lieux de la recherche actuelle concernant notre thème et notre démarche de questionnement. Rappel du thème : «**Une pratique centrée sur la personne en ergothérapie lors de la prise en soin d'une atteinte de l'appareil locomoteur en centre de rééducation en France** ».

1.4.1 Champs disciplinaires et bases de données

Pour réaliser, la recherche nous avons sélectionné différentes bases de données en fonction de nos champs disciplinaires dégagés de notre thème. Les champs disciplinaires mis en avant et cités précédemment sont : les sciences de l'occupation, la santé et la psychologie.

De plus, nous avons utilisé les bases de données du réseau de Aix-Marseille Université. Les bases de données choisies sont : Summon, AOTA⁷, Pub Med et Psychinfo.

Summon est la base de données de l'université d'Aix-Marseille. Elle nous donne accès à des articles et des écrits internes à l'université sur l'ensemble des domaines.

⁷ AOTA : American Occupational Therapy Association

AOTA est la base de données de l'association américaine d'ergothérapie. Elle nous donne accès aux écrits concernant la science de l'occupation.

Pub Med

regroupe des articles sur plusieurs domaines de la santé.

Psychinfo nous

donne accès à des articles et des écrits professionnels basés sur la psychologie clinique.

1.4.2 Equation de recherche

Une fois les bases de données sélectionnées nous avons réalisé notre équation de recherche.

Ergothérapie -AND- Approche centrée sur la personne –AND- Participation des patients –AND- Rééducation.

Occupational therapy –AND- Client-centred practice -AND- Patient participation -AND- rehabilitation.

Les articles étudiés traitent d'ergothérapeutes travaillant en SMR, SMR gériatrique, centre de rééducation fonctionnelle et centre de médecine physique et de réadaptation au près d'adulte avec une atteinte de l'appareil locomoteur (+18ans). Pour cette recherche les critères d'exclusion sont toutes les études qui concernent la pédiatrie mais aussi la démence dû à l'âge et les maladies psychiatriques. Nous avons sélectionné uniquement les articles scientifiques. Aucun autre filtre n'a été mis en place car cela réduisait trop les résultats.

1.4.3 Résultats des bases de données

À la suite des recherches nous avons présenté, le nombre d'article retenu en fonction des bases de données dans le tableau ci-dessous. Après avoir filtré les articles selon leur titre et leur titre et leur résumé nous en retenons neuf.

TOTAL à partir des mots clefs	Bases de données	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre	Articles retenus
11 271 articles	Summon	5766	0	0	4
	Pub med	25	1	0	1
	Psychinfo	29	2	0	1
	AOTA	5451	0	0	0
	Lectures opportunistes	-	-	-	3

Dans cette revue de littérature nous allons étudier neuf articles : sept sont de la littérature scientifique et deux sont de la littérature professionnelle. Ce sont tous des articles internationaux écrits en Anglais. Concernant leurs origines trois viennent du Canada, quatre des Etats-Unis, un du Danemark et un de Grande-Bretagne. Les lectures opportunistes sont des articles proposés par les bases de données en plus des articles correspondant à l'équation de recherche.

Dans les neuf articles, huit sont apparus dans des revues faisant partie de la liste des revues scientifiques de catégorie A 2021(17). Nous les analyserons en fonction des sous-catégories émergentes.

1.5 Analyse critique des articles de la revue de littérature

1.5.1 La pratique centrée sur la personne

L'ensemble des articles présentés dans cette partie sont dépourvus de résultat quantitatif, se sont pour la plupart des revues de littérature sans donnée chiffrée ou des études qualitatives.

Dans un premier temps, En 1951 Carl Rogers a mis en avant un certain nombre de concepts clés pour la pratique centrée sur la personne. Il a souligné l'importance des valeurs culturelles, des échanges entre le thérapeute et le client, la nécessité pour le client de jouer un rôle actif dans la prise en charge et la nécessité d'honnêteté dans la relation clinique (18).

Également l'association Canadienne des ergothérapeutes explique que la pratique centrée sur la personne est une approche basée sur le partenariat entre le patient et le soignant visant à favoriser l'occupation. De plus le soignant, doit reconnaître la valeur de l'expérience personnelle des patients, leurs connaissances et doit les respecter et les impliquer dans les prises de décisions (2).

En 2010 le gouvernement des Etats-Unis met en avant une loi pour la protection des patients, celle-ci met l'accent sur le centrage sur la personne comme moyen d'améliorer les résultats en matière de santé(19). De plus selon Maggie Lawrence et Sue Kinn, la politique Britannique a décrit la nécessité d'un service de soins de santé qui répond aux besoins des patients et des familles. Le modèle biomédical traditionnel entraîne souvent des tensions entre les objectifs et les priorités des paramédicaux et ceux des patients et de leur famille. En outre, le gouvernement préconise également une pratique de soins centrés sur la personne(20).

De ce fait, de nos jours le centrage sur le patient est considéré comme une composante essentielle de la qualité et de la valeur des soins en santé. Cependant au fil du temps aucune réelle définition de la pratique centrée sur la personne n'a vu le jour. En effet, la plupart des

articles cherchaient à trouver une ligne de conduite pour parvenir à une définition de cette pratique (19).

D'après l'association Canadienne et Américaine des ergothérapeutes il est important d'utiliser la dénomination « client » plutôt que « patient » ou « personne »⁸. En effet, cette nuance permet de solliciter une participation active de la personne et peut servir à renforcer un processus thérapeutique plus collaboratif (19).

De plus, la NQF (organisation à but non lucratif chargée de mesurer la qualité des soins fournis par les soignants aux Etats-Unis) s'intéresse à cette pratique. Cette organisation a mis en place un groupe de travail pour trouver une définition à cette pratique afin de favoriser sa compréhension et son utilisation. Leur définition dit que l'approche centrée sur la personne est : « une approche de la planification et de la prestation des soins dans tous les contextes et dans le temps qui est centré sur des partenariats collaboratifs entre les individus, leur famille et qui soutient la santé et le bien-être en étant cohérente respectueuse et sensible aux priorités, aux objectifs, aux besoins et aux valeurs d'un individu. » (19).

Également, selon Tiago S. Jesus le centrage sur le client est une interaction avec dignité, compassion et respect ; voir la personne comme un individu et comme un expert en lui-même, et de mettre les gens et leur famille au centre des décisions (21).

De ce fait, nous nous sommes intéressés aux concepts mis en avant dans les articles pour définir la pratique centrée sur la personne. Nous allons donc comparer les concepts de ces articles pour voir les similitudes et l'évolution dans le temps.

Marie Law, Sue Baptiste et Jennifer Mills traitent ce sujet dès 1995.

Tout d'abord les auteurs soulignent : **la congruence contextuelle** : ce centrage prend en compte les valeurs culturelles, les rôles de la personne et ses intérêts personnels pour permettre une prise en charge individualisée (18).

Ensuite, ils mettent en avant **l'autonomie et le choix** ; d'après eux les clients sont des experts de leurs fonctions personnelles, eux seuls peuvent comprendre les expériences de leur vie quotidienne. De ce fait, les clients ont le droit de recevoir des informations pour prendre des décisions dans leur thérapie (18).

⁸ Dans cette recherche nous ne ferons pas la nuance entre ces trois appellations mais nous gardons cette donnée pour enrichir cette étude.

Le **partenariat et la responsabilité** sont les concepts suivants. La pratique centrée sur la personne conduit nécessairement à un changement de pouvoir afin qu'elle ait davantage leur mot à dire dans la définition des priorités. Le but de cette pratique est qu'un partenariat interdépendant se mette en place pour permettre d'atteindre les objectifs du client (18).

Enfin le dernier concept mis en avant est **le respect**. Les auteurs insistent sur celui-ci car la pratique centrée sur la personne est basée sur la vision et les valeurs des clients. Il est donc important que le thérapeute respecte les valeurs du client et qu'il n'impose pas ses propres valeurs (18).

En 1995, **le pouvoir** apparaît dans la définition du concept « partenariat et responsabilité ». Cependant plus récemment, Marie Law et Thelma Sumsion ont choisi de le faire apparaître comme un concept. D'après elles, le pouvoir est fondamental dans la pratique centrée sur la personne. En effet, les professionnels de santé ont souvent le pouvoir sur les patients car ils sont définis comme « les savants ». De ce fait, le patient est déresponsabilisé par le système de santé. Pour favoriser une véritable pratique centrée sur la personne, le thérapeute doit d'abord faire pencher la balance du pouvoir vers le client pour qu'il soit responsable de sa prise en soin (22).

En 2007, Marie Law revient sur la définition de la pratique centrée sur la personne avec Thelma Sumsion. Les concepts mis en avant sont le pouvoir, l'écoute et la communication, le partenariat, le choix et l'espoir. Cet article complète donc celui de 1995 en ajoutant trois nouveaux concepts que nous allons expliquer (22).

Par la suite, le concept **d'écoute et de communication** est mis en avant pour la première fois. Celui-ci souligne l'importance d'une bonne transmission des informations pour favoriser le partenariat, l'équilibre du pouvoir et le respect. Ce concept permet donc d'assurer le maintien de tous les autres (22).

Enfin le dernier concept ajouté est **l'espoir**. Le client doit avoir de l'espoir sur la bonne réalisation des objectifs ou d'une activité. Cet espoir permet de garder en vue un résultat positif et donc de maintenir l'engagement et l'implication de la personne dans sa rééducation (22).

En 2011 Maggie Lawrence et Sue Kinn, mettent en avant des concepts qui corroborent ceux des articles précédents. En effet, elles soulignent l'importance de la **signification et de la pertinence de la pratique** qui rejoint le concept de « la congruence contextuelle » de 1995. Cependant le terme « signification » ajoute un sens nouveau à ce concept. En effet dans leurs explications elles affirment que si les patients comprennent le sens de la rééducation et qu'elle

est adaptée à leurs besoins, ils sont plus à même de s'engager dans la rééducation. D'après elles des activités significatives favoriseront leurs implications et leur engagement. Le second concept mis en avant est la **communication** qui est cité dans l'article de 2007(20).

Enfin, en 2015, la pratique centrée sur la personne évoque **l'espoir**, pour favoriser la participation dans la rééducation. Le second concept est le **respect des croyances** comme cité par l'AOTA en 2014 : le cadre inclut les valeurs, les croyances et la spiritualité comme des facteurs importants pour le client en plus du contexte culturel temporel et l'environnement social et physique. Tout cela peut influencer la participation du client (19).

De ce fait, à la suite de ces définitions, nous nous demandons comment appliquer cette approche théorique à la pratique ergothérapique ? Que signifie réellement la prise en charge centrée sur la personne pour un ergothérapeute ? Comment l'ergothérapeute construit-il sa prise en charge lorsqu'il se centre sur la personne (outils, modèles, objectifs, moyens ...) ?

De plus, le dernier article met en avant le terme de d'activité significative. Qu'est-ce qu'une activité significative ? Dans la définition de certains grands concepts le terme d'engagement et d'implication est mis en avant. Qu'est-ce que l'engagement ? Et comment favoriser l'engagement d'un patient dans sa rééducation ?

1.5.2 La prise en soin centrée sur la personne en ergothérapie

Les concepts de l'approche en ergothérapie

Dans un premier lieu, la pratique centrée sur la personne a été nommée comme fondement de l'ergothérapie en 1983 dans les lignes directrices Canadiennes (22). De plus, en France l'ANFE explique que l'un des rôles de l'ergothérapeute est d'assurer aux individus l'accès aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire de manière sécurisée, autonome, indépendante et efficace (1). De ce fait, l'ergothérapeute doit prendre en compte les activités et leur contexte de réalisation dans sa prise en charge.

En effet, la revue littéraire « Client Centeredness and Health Reform : Key Issues for Occupational Therapy » soutient la définition de l'ANFE. En outre, l'ergothérapeute dispose des fondements philosophiques pour fournir des soins efficaces et centrés sur le client qui mettent l'accent sur l'engagement actif de la personne par le biais de sa vie. D'après les auteurs, les valeurs de l'ergothérapeute comprennent la reconnaissance de l'importance des perspectives du client dans la planification du traitement (19).

En 1995 au Canada, Baptist et Mills ont publié une définition de la pratique centrée sur la personne en ergothérapie : une approche qui adopte une philosophie de respect et de partenariat avec les personnes recevant des services. Il reconnaît l'autonomie des individus et la nécessité du choix du client dans ses décisions. De plus, il y a un besoin de veiller à ce que les services soient accessibles et adaptés au contexte dans lequel vit un client (18).

A cela nous pouvons ajouter la définition de Thelma Sumsion : l'ergothérapie centrée sur la personne est un partenariat entre celle-ci et le thérapeute qui l'habilite à s'engager dans la performance occupationnelle et à remplir ses rôles dans son environnement. Le client participe activement à la négociation des objectifs prioritaires, à l'intervention et à l'évaluation. Tout au long du processus le thérapeute écoute et respecte les clients, leurs valeurs, adapte les interventions en fonction de leurs besoins et leurs permet de prendre des décisions éclairées (22).

Cependant contrairement à ce troisième paradigme en ergothérapie, Maggie Lawrence et Sue Kinn soulignent le fait que beaucoup d'établissement de soins sont dans un modèle biomédical. En effet, traditionnellement les thérapeutes se basent sur les déficiences de la personne. Il n'est pas rare qu'un ergothérapeute évalue les déficiences d'une personne en passant par des outils comme l'indice de Barthel, la MIF⁹, la CIF¹⁰... Ces tests centrés sur l'incapacité du patient reflètent les priorités de soins pour le thérapeute et pas celle du patient ou de sa famille(20).

Comment l'approche centrée sur la personne est-elle représentée dans la pratique ergothérapeutique ? Et en pratique les ergothérapeutes arrivent-ils à respecter les critères de la profession promulgués par l'ANFE ? De plus, en quoi la prise de décision du patient dans sa rééducation est un axe de la prise en soin centrée sur la personne ? Or, en quoi le modèle biomédical peut-il aller à l'encontre de la pratique centrée sur la personne ?

La prise de décision du patient

⁹ MIF : Mesure de l'indépendance fonctionnelle

¹⁰ CIF : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé

Ce changement de paradigme en ergothérapie vient principalement du fait que le patient souhaite de nos jours ne plus être seulement un consommateur du système de santé mais souhaite devenir acteur (18).

Comme nous avons dit précédemment la pratique centrée sur la personne est un processus dans lequel la personne est le point focal autour duquel évolue le traitement en ergothérapie. De ce fait, le client doit donner son avis concernant le déroulement de la prise en soin. Pour cela, il doit s'impliquer dans l'élaboration des objectifs de la rééducation (23).

Maitra K. et Erway F. mettent en avant que pour assurer le succès de la pratique centrée : le client doit vouloir et avoir la capacité de participer au processus de prise de décision, et le thérapeute doit l'inclure dans ce processus. Des recherches sont donc menées dans des hôpitaux aux Etats-Unis pour voir si les ergothérapeutes impliquent les patients dans le processus d'établissement des objectifs. Les résultats démontrent le fait qu'il y ait un écart de perception entre les ergothérapeutes et leurs clients. En effet, cette étude indique que 9/11 ergothérapeutes pensent avoir une approche centrée sur leurs patients. De plus, 10/11 ergothérapeutes affirment impliquer les patients dans la réalisation des objectifs et dans le choix des différents traitements. Ensuite sur les 30 clients ayant répondu à l'enquête 20 sont satisfaits de leur rééducation. 18/30 clients affirment qu'il est important pour eux de participer au processus d'établissement des objectifs et 7/30 clients ont participé à ce processus. (23) .

Nous pouvons également nous appuyer sur un outil élaboré spécifiquement pour une étude : la PPEF¹¹. Les auteurs affirment qu'une prise en soin centrée sur la personne doit cocher les 23 critères du formulaire d'évaluation de la participation des patients (PPEF). Les résultats montrent qu'en moyenne 9.3 items ont été validés, soit moins de la moitié des 23 critères de la PPEF. Les ergothérapeutes n'ont pas permis aux patients de participer pleinement dans l'élaboration des objectifs. Néanmoins, l'étude met en avant de nombreuses limites, la principale étant que la PPEF n'a pas de validité établie ou de mesure de fiabilité étendue (24).

Cependant, il est également affirmé que même si l'établissement des objectifs par le client est considéré comme une composante de la pratique centrée sur la personne, le plus souvent les objectifs sont choisis par l'équipe de soins et sont en adéquation avec les besoins institutionnels (21).

¹¹ PPEF : Patient participation evaluation form

Par quelle mesure l'ergothérapeute peut-il rendre acteur le patient dans sa prise en soin ? De plus, en quoi l'établissement des objectifs par le patient est un critère important de la pratique centrée sur la personne ? Ainsi, en quoi la participation du patient dans sa rééducation est un axe de l'approche centrée sur la personne ? En outre, en quoi la prise de décision par le patient dans sa prise en soin est en lien avec sa participation dans celle-ci ?

La participation du patient dans sa prise en soin

Dans la pratique centrée, le client doit activement participer dans toutes les étapes de sa prise en soin. En effet, il doit donner son avis dans le processus d'établissement des objectifs comme dit précédemment mais aussi démontrer un désir et une motivation à participer aux séances d'ergothérapie (23). La motivation est définie comme : « un élan qui oriente les actions d'une personne vers la satisfaction de leurs besoins » (2) (p.15)

Nous allons donc nous intéresser aux facteurs influençant la participation du patient dans sa rééducation. Christopher C. Wagner affirme que l'entretien motivationnel est centré sur le client car il se concentre sur les expériences, les valeurs, les objectifs et les plans du client. De plus il encourage la personne à faire ses propres choix et à se responsabiliser. Il a également affirmé que l'entretien motivationnel pouvait également améliorer l'engagement. De ce fait, si nous orientons notre prise en charge en fonction des motivations du patient nous pouvons donc favoriser son engagement et sa participation dans sa rééducation (25).

Selon une étude qualitative basée sur le questionnaire Canadien sur la réadaptation centrée sur le patient (CCRQ), la participation du patient dans sa rééducation est primordiale. En effet, les résultats montrent que tous les groupes de discussion ont souligné l'importance de la participation des patients à la prise de décision et l'établissement des priorités. Ils ont exprimé que leur engagement était central car il garantissait que la réadaptation soit utile et significative pour leur vie quotidienne et leur permet de se sentir responsables de leur propre situation. Les participants soulignent également l'importance d'un suivi individuel et spécifique à chacun. De plus ils ont conclu que pour être centré sur le client, le traitement doit être adapté individuellement pour répondre à la situation de la vie quotidienne de chaque patient, en fonction de ses ressources, ses intérêts, ses rôles, sa situation familiale et sa situation professionnelle (26).

Cependant, un essai contrôlé randomisé mettant en œuvre une approche centrée sur la personne sur une population test et une approche standard sur une population témoin a démontré que les résultats de rééducation étaient meilleurs chez la population témoin. L'article a donc conclu

que, bien que la réadaptation centrée sur la personne semble être appréciée de manière générale grâce à la possibilité de participer activement dans la rééducation, ses effets et sa mise en œuvre peuvent être souhaitables ou préjudiciables, selon comment l'approche est réalisée ou conceptualisée pour des personnes souffrant de handicaps physiques (21). Néanmoins aucune donnée n'est partagée dans cette ouvrage, cela peut donc remettre en cause son niveau de scientificité.

De ce fait, en quoi la participation du patient dans la construction des objectifs va influencer la prise en soin ? Et par quel moyen, l'ergothérapeute peut-il permettre la participation active du patient dans sa rééducation ? C'est-à-dire : comment impliquer les clients dans leur prise en charge ? En outre, nous nous demandons en quoi le travail sur les activités de la vie quotidienne est-il si important ? Enfin l'entretien motivationnel est dit centré sur la personne. De ce fait vu que l'entretien motivationnel permet l'engagement de la personne est-ce que l'approche centrée sur la personne permet son engagement ?

1.6 Résumé de la revue de littérature

La revue de littérature a démontré que la pratique centrée sur la personne n'a pas de définition officielle. Cependant beaucoup de personnes essaient de s'y approcher en définissant les grands concepts de celle-ci : la congruence contextuelle, l'autonomie, le choix, le partenariat, le respect, le pouvoir, l'écoute, la communication et l'espoir. Tous ces concepts forment les piliers de la prise en soin centrée sur la personne.

De plus, ces concepts sont pour la plupart liés au fondement de l'ergothérapie. Ceux-ci évoquent que le client doit être acteur de sa rééducation en passant par la prise de certaines décisions, comme pour l'élaboration des objectifs. Les articles se corroborent tous en affirmant que la prise en soin centrée sur la personne passe par la construction des objectifs de rééducation par le client. Cependant dans la réalité pratique le client n'est pas toujours inclus dans l'élaboration de ses objectifs thérapeutiques.

Enfin, la dernière partie souligne la participation du patient dans sa rééducation. En effet celle-ci illustre la perception du patient concernant les priorités de rééducation pour lui et les moyens utilisés. Les articles ont montré qu'il était important de se baser sur les activités de la vie quotidienne du patient et de ses habitudes de vie. Pour cela nous nous sommes appuyés sur les entretiens motivationnels qui permettent de connaître ce qui favoriserait l'implication et l'engagement du patient. De ce fait l'utilisation de moyens avec un potentiel motivant pour le patient pourrait permettre son engagement dans la rééducation. Cependant les résultats de la

pratique centrée sur la personne ne sont pas toujours les meilleurs face à des méthodes plus standards.

1.6.1 Précision de la problématique centrale

A la suite de la revue de littérature nous pouvons donc préciser notre problématique centrale :

Comment garantir l'engagement d'une personne avec une atteinte de l'appareil locomoteur prise en soin en service de rééducation ?

Le concept d'engagement est défini par Sylvie Meyer comme « le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation » (1) (p 155). C'est un élément important dans une prise en soin.

1.6.2 Problématisation pratique

A la suite de notre revue de littérature nous nous sommes donc questionnés sur le versant professionnel de notre thème.

De ce fait, à la suite de ces définitions, nous nous demandons comment appliquer cette approche théorique à la pratique ergothérapeutique ? Et comment l'ergothérapeute perçoit et applique cette approche ? En pratique les ergothérapeutes arrivent-ils à respecter les critères de la profession promulgués par l'ANFE ?

Ensuite par quelle mesure l'ergothérapeute peut-il rendre acteur le patient dans sa prise en soin ? Et en quoi la prise de décision du patient dans sa rééducation est un axe de la prise en soin centrée sur la personne ? Tout comme, en quoi la participation du patient dans sa rééducation est un axe de l'approche centrée sur la personne ? En outre, en quoi la prise de décision par le patient dans sa prise en soin peut-être en lien avec sa participation dans celle-ci ? Par quel moyen, l'ergothérapeute peut-il permettre la participation active du patient dans sa rééducation ? C'est-à-dire : comment impliquer les clients dans leur prise en charge ?

De plus, quel est l'enjeu d'une activité signifiante ? Y-a-t-il un lien entre une activité signifiante et l'engagement du patient dans sa rééducation ? Et enfin y-a-t-il un lien entre l'approche centrée sur la personne et l'engagement ?

1.7 Enquête exploratoire

À la suite de cette problématisation pratique une enquête exploratoire est réalisée. Elle est détaillée ci-dessous.

1.7.1 Les objectifs généraux

Cette enquête exploratoire a plusieurs buts. Tout d'abord elle a pour objectif de confronter l'état des lieux de la littérature à l'état des lieux des pratiques. Elle vise également à acquérir de nouvelles données sur la réalité du terrain d'un professionnel ergothérapeute. De plus elle cherche à comprendre un phénomène ou une situation dans le thème étudié. C'est-à-dire mieux connaître l'approche centrée sur la personne selon des professionnels ergothérapeutes exerçant dans des centres de rééducation. Enfin, cette enquête permet d'intégrer des éléments déterminants qui n'avaient pas été envisagés ou anticipés. C'est-à-dire acquérir de nouvelles connaissances qui feraient avancer notre savoir vis-à-vis de notre thème.

1.7.2 Les objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques pointent les éléments que nous allons chercher lors de notre enquête.

- Connaître les critères psycho-sociaux des ergothérapeutes travaillant en centre de rééducation et de leurs patients atteints d'un trouble de l'appareil locomoteur
- Etudier l'approche utilisée par les ergothérapeutes en centre de rééducation auprès des patients atteints d'un trouble de l'appareil locomoteur
- Percevoir le rôle du patient dans le processus de soins en ergothérapie
- Savoir les limites rencontrées par les ergothérapeutes pour réaliser une prise en charge centrée sur la personne

1.7.3 Population ciblée

Cette enquête s'adresse aux ergothérapeutes travaillant en rééducation avec une population adulte de plus de 18 ans qui a des troubles de l'appareil locomoteur.

La population exclue de notre étude sont les ergothérapeutes travaillant en lieux de vie, en psychiatrie, avec les enfants ou en libéral.

1.7.4 Site d'exploration

Nous nous intéresserons aux ergothérapeutes travaillant en SMR, en centre de rééducation fonctionnelle (CRF), en soin médicaux de réadaptation gériatrique (SMR gériatrique) et en centre de médecine physique et de réadaptation (CMPR).

1.7.5 Choix de l'outil de recueils de données

Pour réaliser notre enquête exploratoire nous avons choisi de réaliser un questionnaire. Cet outil est choisi car nous souhaitons connaître la prise en soin centrée sur la personne selon les ergothérapeutes pour faire un état des lieux des pratiques.

De plus l'utilisation d'un questionnaire a des avantages. En effet, nous pourrions avoir un très grand nombre de réponses du fait qu'il peut être transmis sur les réseaux sociaux et par mail. De plus le questionnaire permet de respecter l'anonymat des personnes interrogées et peut être complété rapidement et lorsque le participant a du temps. L'enquêteur n'aura pas d'impact sur les réponses des participants (27).

Cependant il y a certains inconvénients lorsqu'on fait ce choix d'outil. En effet, le questionnaire ne permet pas aux interrogés d'être spontanés et de compléter leurs réponses avec leur histoire de vie. De plus il y a un risque d'une mauvaise compréhension des questions par les participants (28).

1.7.6 Biais et stratégie d'anticipation

Des possibles biais lors de la réalisation de notre questionnaire sont identifiés en amont. En effet, nous avons limité les biais cognitifs chez l'enquêté en évitant les questions trop longues, en favorisant les réponses types QCM¹² et un vocabulaire abordable à tous (29).

De plus, un biais de désirabilité social peut aussi apparaître lors de l'enquête. Les participants peuvent donner des réponses afin de se montrer à l'enquêteur sous une facette positive, en précisant que le questionnaire est anonyme nous incitons le professionnel à répondre la réalité de sa pratique (29).

Des biais de sélection sont possibles. C'est-à-dire que des personnes ne respectant pas les critères d'inclusion répondraient aux questionnaires. Pour cela nous avons ajouté au début de l'enquête, des questions afin d'exclure les participants ne répondant pas aux critères d'inclusion (29).

Enfin un biais de confirmation peut être présent, c'est-à-dire que l'enquêteur va analyser les informations récupérées selon son propre point de vue en sélectionnant les données importantes pour lui. De ce fait pour éviter cela l'enquêteur va poser des questions allant à l'encontre de ses points de vue et classera les résultats sur un tableau Excel® (29).

¹² QCM : questionnaire à choix multiples

Enfin avant que l'outil ne soit créé et mis en forme sur Google Forms®, une matrice du questionnaire a été réalisée sur Word® pour éviter d'ajouter de nouveaux biais. Cette matrice est disponible en Annexe 2.

1.7.7 Construction de l'outil

Le questionnaire est construit à partir d'une matrice de questionnement puis diffusé grâce au logiciel Google Forms®. La première partie du questionnaire permet de recueillir les critères psychosociaux des ergothérapeutes et de leurs patients. De ce fait, cette partie nous permet de nous assurer que les personnes participant au test respectent tous les critères d'inclusion vu précédemment. De plus, cette partie nous permettra de mieux connaître les enquêtés pour réaliser une description du type de population interrogée.

Par la suite les questions sont articulées autour des objectifs spécifiques de l'enquête. Les questions utilisent un vocabulaire abordable et ont une tournure simplifiée pour faciliter la compréhension. Le questionnaire comprend des questions semi-ouvertes qui contiennent une seule idée avec des réponses proposées types QCM et des questions ouvertes à réponse courte. Enfin le questionnaire n'est pas trop long pour que les participants répondent jusqu'à la fin. L'enquête respecte le principe de neutralité et ne porte aucun jugement sur les réponses proposées. Une date de clôture est partagée pour permettre aux ergothérapeutes de s'organiser pour répondre au questionnaire.

1.7.8 Etapes de déroulement de l'enquête

Pour réaliser cette enquête exploratoire nous avons dû, une fois la matrice terminée, rédiger le questionnaire sur le logiciel Google Forms®, puis nous l'avons testé pour vérifier la bonne compréhension des questions par les participants. Vous pouvez retrouver le questionnaire sur le logiciel Google Forms® en Annexe 3.

Le questionnaire est envoyé par mail et mis en ligne sur des groupes rassemblant des ergothérapeutes travaillant en centre de rééducation. L'enquête a été lancée sur les réseaux-sociaux le 30/10/2021 et par mail le 01/11/2021 à cent quatorze ergothérapeutes. Elle a été clôturée le 16/11/202.

1.7.9 Test de l'outil

Le questionnaire est envoyé en test pour voir s'il contient des incohérences. Nous l'avons envoyé à cinq ergothérapeutes actuellement en fonction. Cela nous a permis d'avoir une vision d'un professionnel afin de s'assurer de la véracité de notre questionnaire vis-à-vis

de la réalité du terrain et de la bonne compréhension des questions posées. À la suite de leurs réponses, le questionnaire est modifié pour coller au point de vue des professionnels. Nous avons reformulé certaines questions pour les simplifier, ajouté une question et nous avons modifié des questions pour avoir des résultats plus objectifs. Les réponses des ergothérapeutes ayant participé au test ne sont pas prises en compte dans les résultats de la recherche vu que le questionnaire a été modifié par la suite.

1.7.10 Traitements des données

Une fois l'enquête clôturée, le logiciel Google Forms® a réalisé des diagrammes en fonction des résultats des ergothérapeutes ces résultats sont disponibles en annexe 4. Les réponses sont ensuite analysées à l'aide d'un document Excel®. Grâce à ce document les données peuvent être traitées et croisées pour réaliser des statistiques.

1.7.11 Résultats de l'enquête

L'objectif de cette enquête est de recueillir des informations sur la pratique centrée sur la personne en centre de rééducation. Les ergothérapeutes ont donné leur accord pour que leurs réponses soient exploitées.

Présentation de la population et de leurs patients

35 personnes ont répondu au questionnaire, parmi eux 34 rentrent dans le critère d'inclusion de la population et sont donc retenus pour participer à l'étude. Plus de la moitié des ergothérapeutes ayant participé au questionnaire sont diplômés après 2008. 16 participants travaillent en centre de rééducation depuis moins de 5 ans et 13 depuis plus de 10 ans, en moyenne les ergothérapeutes ont 6 ans d'ancienneté. Cela nous permettra d'enrichir la collecte d'information selon l'évolution des pratiques. Concernant les lieux de travail, certains ergothérapeutes sont en alternance sur plusieurs structures différentes. Les soins médicaux et de réadaptation sont les plus représentés avec la moitié des ergothérapeutes interrogés y travaillant soit 17/34. Ensuite il y a les CMPR (10/34) et les soins médicaux et de réadaptation gériatrique (8/34). Cela permettra d'enrichir les données de la revue de littérature qui ne traitaient pas toutes ces structures. (Cf Annexe 4)

Concernant les patients pris en charge : les maladies les plus fréquentes sont l'AVC¹³ (27/34), les maladies chroniques (24/34), les maladies neuro-dégénératives (23/34), les polytraumatismes (19/34), les pathologies du membre supérieur (18/34) et les neuropathies de

¹³ AVC : Accident cardio-vasculaire

réanimation (18/34). Cela nous montre que les pathologies reçues en ergothérapie sont multiples et ne se limitent pas aux AVC comme vu dans la revue de littérature. (Cf Annexe 4)

Approches utilisées par les ergothérapeutes en centre de rééducation auprès des patients atteints d'un trouble de l'appareil locomoteur

Dans l'enquête exploratoire, nous nous sommes intéressés à la définition de l'approche centrée sur la personne selon les ergothérapeutes participant aux questionnaires. 33/34 ergothérapeutes ont données leur définition de l'approche centrée sur la personne (CfAnnexe4). Nous avons relevé les concepts de leur définition qui sont revenus fréquemment et nous les avons organisés selon des groupes que vous retrouverez en annexe 5.

En effet, 14/ 33 ergothérapeutes ont mis en avant l'importance d'être centrée sur les besoins, les envies et les intérêts du patient. Pour cela, les ergothérapeutes ont souligné la nécessité de la congruence contextuelle de leur prise en soin. C'est-à-dire que 9/33 ergothérapeutes prennent en compte l'environnement physique et social du patient. Ainsi que 7/33 ergothérapeutes s'intéressent aux projets, à la famille, aux valeurs et aux rôles du patient. Et 6/33 ergothérapeutes s'intéressent aux habitudes de vie du patient. Enfin 11/33 ergothérapeutes soulignent l'importance de la participation du patient dans la construction des objectifs de la prise en soin. De plus les ergothérapeutes mettent en avant également des approches théoriques. Parmi les 4 citées nous retrouvons la prise en soin holistique¹⁴ abordée par 4/33 ergothérapeutes. L'approche Bottom up et Top down¹⁵, le MCRO¹⁶ et le modèle systémique a une fréquence de 1/33 ergothérapeute.

Les définitions de « l'approche centrée sur la personne » données par les ergothérapeutes sont donc en général en accord avec les concepts vus dans la revue de littérature. En effet, nous retrouvons dans les définitions des ergothérapeutes les champs lexicaux des concepts vus dans la revue de littérature (19,20,21,22,23). Dans l'enquête exploratoire, nous pouvons cependant retrouver des approches théoriques ou des modèles pouvant être utilisés pour rendre la pratique centrée sur la personne.

Comment ces concepts sont-ils illustrés dans la pratique des ergothérapeutes ? En quoi les approches théoriques apportées par l'enquête exploratoire permettent de centrer la prise en soin sur le patient ? Par quelle mesure l'utilisation du modèle systémique permet d'avoir une

¹⁴ Prise en soin holistique : prise en soin générale de la personne (vision globale)

¹⁵ Approche Bottom up et Top down : Type de prise en soin en ergothérapie

¹⁶ MCRO : Mesure Canadienne du rendement occupationnel ; évaluation provenant du modèle « Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel et de l'Engagement

vision holistique de la personne ? En quoi la mise en place de moyens signifiants selon l'approche Top down et Bottom up permet-elle de centrer la pratique sur le patient ?

Par la suite, 34 ergothérapeutes interrogés disent utiliser des bilans pour évaluer les limitations d'activité, les plus rependus étant : les MSE¹⁷ (29/34), les VAD¹⁸ (24/34), la MCRO (15/34) et la MIF (15/34), (Cf annexe 4). Toutes ces évaluations sont des bilans centrés sur les attentes du patient. En effet, 11 ergothérapeutes expliquent qu'ils utilisent ces évaluations centrées sur la personne car elles reflètent les difficultés en situation de vie réelle, elles permettent d'avoir une vision globale de la personne et permettent d'axer la rééducation sur des activités signifiantes et significatives. Ces résultats ne sont pas complètement en accord avec la revue de littérature qui affirmait que la plupart des évaluations utilisées sont des évaluations centrées sur les incapacités de la personne (20). De plus, dans le questionnaire, 20 ergothérapeutes reconnaissent utiliser un modèle théorique et la moitié se base sur la MCREO. (Cf annexe 4)

En quoi l'utilisation d'outils centrés sur le patient par l'ergothérapeute va-t-elle influencer l'engagement du patient ? Quel modèle permettrait-il à l'ergothérapeute d'avoir une vision holistique de la personne ? En quoi le modèle systémique apporte une vision holistique de la personne ? Et donc est-ce que l'utilisation d'un modèle favorisant une vision holistique de la personne pourrait garantir l'engagement du patient pendant sa rééducation ? En quoi l'utilisation du modèle systémique peut garantir l'engagement du patient dans sa rééducation ?

En accord avec la revue de littérature 31 ergothérapeutes affirment avoir une pratique centrée sur la personne et 24 ergothérapeutes affirment travailler en collaboration avec l'équipe de soins du patient (23). Enfin, 11/31 ergothérapeutes affirment qu'il y a une période plus propice pour mettre en place l'approche centrée sur la personne. D'après eux celle-ci doit intervenir une fois que le patient a récupéré les capacités motrices et cognitives nécessaires (6/11), d'autres ergothérapeutes pensent qu'il faut la mettre en place le plus-tôt possible (3/11), lors de démotivation du patient (1/11) ou lorsque le projet thérapeutique est défini (1/11). Dans la revue de littérature cette modalité n'est pas interrogée. (Cf annexe 4)

En quoi la prise en compte de l'équipe de soins dans la pratique centrée sur la personne permet l'engagement du patient dans sa rééducation ? A quel moment de la rééducation la prise

¹⁷ MSE : Mise en situation

¹⁸ VAD : Visite à domicile

en soin centrée sur la personne doit-elle être mise en place pour garantir l'engagement du patient ? Quelles sont les modalités à prendre en compte pour mettre en place l'approche centrée sur la personne ?

La participation du patient dans le processus de soins en ergothérapie

Dans l'enquête exploratoire, sur les 34 ergothérapeutes interrogés : 19 affirment élaborer les objectifs de prise en charge en co-construction avec le patient, 10 affirment prendre en compte l'avis du patient dans la réalisation des objectifs et attendent une validation de sa part et 2 affirment réaliser les objectifs sans la participation et la présence du patient. (Cf annexe 4)

Dans la revue de la littérature, concernant la prise de décision du patient dans son processus de soins et plus particulièrement l'élaboration des objectifs, les concepts de la pratique centrée sur la personne incitent à laisser le pouvoir au patient de choisir ses objectifs de rééducation en autonomie. Cependant nous avons pu constater que cela n'est pas toujours réalisé (24,25) .

De ce fait, en quoi la participation du patient dans l'élaboration des objectifs de prise en soin va influencer son engagement ? De plus la réalisation des objectifs de soins par le patient permet-elle de mettre en place une vision holistique de la situation du patient ? Est-ce qu'un modèle permettrait d'orienter la prise en soin pour permettre au patient d'être acteur dans sa rééducation ? En outre, l'utilisation du modèle systémique dans la prise en soin permettrait-il au patient d'être acteur de sa rééducation ?

Dans l'enquête exploratoire nous n'avons pas pu demander aux ergothérapeutes si leurs patients participent dans leur rééducation car un biais important se serait créé. De ce fait, nous nous sommes intéressés à des critères plus objectifs comme les signes de démotivation du patient. 28 ergothérapeutes affirment détecter des signes de démotivation chez quelques-uns de leurs patients comme : l'absentéisme, le retard, le refus de soins, la non-réalisation des consignes, l'agressivité verbale... Lorsque des signes de démotivation sont présents 17/28 ergothérapeutes disent qu'ils réalisent des entretiens en individuel avec le patient pour comprendre le sujet de leur démotivation, pour leur montrer les progrès réalisés et pour chercher à rendre la prise en charge plus motivante, 7/28 disent réaliser un entretien avec les autres soignants pour savoir ce qu'ils en pensent. De plus, 12/28 ergothérapeutes disent également qu'ils peuvent revoir les objectifs avec le patient pour les recentrer sur leurs besoins et leurs envies et 5/28 ergothérapeutes cherchent de nouveaux axes de motivation. De ce fait, la plupart des répondants cherchent à avoir une vision holistique de la personne et du système dans

lequel elle se situe pour adapter la prise en soin. Grâce à cela, les thérapeutes pourront changer leur approche pour la centrer sur les réels besoins du patient. (Cf annexe 4)

Cela est en accord avec la revue de littérature du point de vue des concepts mis en avant mais aussi de l'utilisation « d'entretien motivationnel ». Dans la revue de littérature la participation du patient dans sa rééducation a été jugée primordiale. Cela passe par un engagement de la personne et une utilisation d'activités significatives et motivantes pour elle. De plus, dans le cadre des prises en soin des entretiens motivationnels sont évoqués afin de centrer les soins sur les motivations du patient. Le patient fait partie d'un environnement complexe et il faut tout prendre en compte pour lui permettre de s'investir dans sa rééducation (24, 26, 27).

En quoi la prise en compte de l'environnement du patient dans les moyens de rééducation peut-elle influencer l'engagement de ce-dernier ? En outre, en quoi la mise en place du modèle systémique aurait un impact sur le choix des moyens de rééducation ? Et en quoi les moyens utilisés par l'ergothérapeute pourraient-ils impacter l'engagement du patient dans sa prise en charge ? Donc en quoi le modèle systémique apporte-il à l'ergothérapeute une vision d'ensemble sur la situation du patient ?

Dans l'enquête exploratoire nous nous sommes donc intéressés aux moyens de rééducation utilisés par les ergothérapeutes. Généralement ils affirment utiliser des mises en situation écologiques¹⁹ (33/34) et des activités analytiques (32/34). Les ergothérapeutes ont justifié leurs moyens utilisés en appuyant l'importance de les diversifier pour éviter la démotivation (9/34) et pour les adapter aux objectifs et aux préférences des patients (8/34). En revanche, seulement 4 ergothérapeutes justifient leurs choix en affirmant que le moyen utilisé doit être significatif pour le patient et 6 ergothérapeutes affirment essayer de se rapprocher au maximum des habitudes de vie de leurs patients. De plus les ergothérapeutes mettent aussi en avant le manque de moyens (4/34) et les difficultés par rapport aux capacités motrices du patient (4/34). (Cf annexe 4)

De ce fait, cela va à l'encontre de la revue de littérature. En effet, celle-ci a souligné l'importance d'utiliser des moyens comme des activités significatives que le patient réalisait fréquemment et en accord avec ses valeurs, ses habitudes et ses routines (26).

En quoi l'utilisation des habitudes de vie de la personne comme moyen de rééducation par l'ergothérapeute est un facteur d'engagement pour le patient ? En quoi le modèle

¹⁹ Mise en situation écologique : mise en situation dans un environnement de vie réel et semblable au domicile du patient

systémique permet d'avoir une vision globale sur les habitudes de vie de la personne ? En outre, en quoi la mise en place du modèle systémique permet l'engagement du patient ?

Limites rencontrées par les ergothérapeutes pour réaliser une prise en charge centrée sur la personne

A la fin de notre questionnaire nous nous sommes intéressés aux limites de cette approche. Les principales sont :

- Le manque de connaissance, de reconnaissance et le fonctionnement de l'équipe et de la structure (17/32)
- L'état psychologique du patient : choc, déni, manque de motivation, apathie (15/32)
- Les troubles cognitifs des patients (13/32)
- Le manque de temps (8/32) & le manque de moyens (7/32)
- Le mode de fonctionnement de la structure et de l'équipe de soins basés sur un modèle biomédical et réticent aux changements (3/32)

Dans la revue de littérature la seule limite déterminée selon Tiago S. Jesus est que la méthode standard à de meilleurs résultats dans certains cas que la méthode centrée sur la personne (21).

Par quels moyens pouvons-nous adapter l'approche centrée sur la personne pour pallier ces limites ? Comment démocratiser l'approche centrée sur la personne dans le fonctionnement d'une structure de soins ?

1.7.12 Synthèse de l'enquête exploratoire

Cette enquête exploratoire a pu mettre en avant que tous les ergothérapeutes savent ce qu'est une prise en charge centrée sur la personne et pensent la pratiquer comme ce qui est avancé dans la revue de littérature. De plus, dans leur pratique, ils affirment utiliser des outils et des modèles qui permettent de connaître les priorités de la personne dans sa rééducation.

Concernant la participation du patient dans sa prise en soin, les ergothérapeutes affirment que le patient est inclus car son avis est demandé. Cependant ils soulignent que le patient ne peut pas toujours être le décisionnaire comme dans le processus d'élaboration des objectifs. Dans la revue de littérature, il été souligné que le patient n'avait pas toujours la même perception que l'ergothérapeute et qu'il ne se trouvait pas assez acteur dans sa rééducation.

Ensuite concernant les moyens utilisés par les ergothérapeutes la plupart affirment mixer des moyens analytiques et des moyens écologiques. Cependant très peu d'ergothérapeutes affirment

les utiliser pour que cela soit signifiant pour le patient. Inversement avec la revue de littérature qui appuie l'importance de l'utilisation des habitudes de vie pour rendre signifiant la rééducation. Des signes de démotivations sont aussi détectés par les ergothérapeutes chez leurs patients. Pour y remédier ils affirment utiliser des entretiens ayant pour but de recentrer la pratique sur les patients et de comprendre ce qu'ils ressentent comme la technique des entretiens motivationnels vue dans la revue de littérature.

Enfin les ergothérapeutes mettent en avant de nombreuses limites pas exploitées dans les articles traités dans la revue de littérature.

1.7.13 Problématisation pratique

En quoi les approches théoriques apportées par l'enquête exploratoire permettent de centrer la prise en soin sur le patient ? Donc par quelle mesure l'utilisation du modèle systémique permet d'avoir une vision holistique de la personne ? Et est-ce-que l'utilisation d'un modèle favorisant une vision holistique de la personne pourrait garantir l'engagement du patient pendant sa rééducation ?

Également, l'utilisation du modèle systémique dans la prise en soin permettrait-il au patient d'être acteur de sa rééducation ? Tout comme en quoi la mise en place du modèle systémique aurait un impact sur le choix des moyens de rééducation ? Ainsi qu'en quoi la prise en compte de l'environnement du patient dans les moyens de rééducation peut-elle influencer l'engagement de ce-dernier ?

Soit en quoi le modèle systémique permet d'avoir une vision globale sur les habitudes de vie de la personne ? En outre, en quoi la mise en place du modèle systémique peut être en lien avec l'engagement du patient dans sa rééducation ?

1.8 Question initiale de recherche

En quoi l'utilisation du modèle systémique peut-il être en lien avec
l'engagement des patients en rééducation ?

Le cadre conceptuel permet de préciser la question initiale de recherche afin d'orienter le dispositif de recherche.

Deux concepts sont donc développés : le modèle systémique et l'engagement. Ces concepts sont choisis car nous cherchons à connaître le lien entre le modèle systémique et la capacité d'engagement.

1.8.1 Modèle systémique

Afin de définir le modèle systémique nous nous sommes appuyés sur différents champs disciplinaires. Le premier étant la sociologie car cette science s'intéresse à l'étude des relations et des représentations sociales (30). Ce champ disciplinaire fait écho au concept car il permet de l'approfondir selon le point de vue des relations dans le système. Le deuxième est la psychologie qui s'intéresse à l'étude du comportement et des émotions d'une personne (6), cela apporte une vision du ressenti des participants au système. Le dernier champ est la santé car nous nous intéressons à la place du modèle systémique et son enjeu dans la prise en soin dans le domaine médical.

L'origine du modèle systémique :

Historiquement le modèle systémique se retrouve chez les philosophes grecs de l'antiquité qui définissaient l'univers comme un tout dont les parties sont interdépendantes. Par la suite le concept de système se transmet au fil des époques jusqu'au siècle des lumières où les philosophes ont préféré s'orienter vers la prédominance de l'individu face à l'environnement social (31). A l'origine de ce modèle on retrouve une remise en question sur les limites des raisonnements scientifiques. L'objectif de ce modèle est d'appréhender la complexité du monde pour mieux comprendre son fonctionnement (32).

Dès 1940 le concept de système apparaît en cybernétique avec les travaux de Norbert Wiener et John Von Neumann qui considèrent que l'organisation constitue un système lui-même constitué de sous-système. Une vingtaine d'année plus tard le biologiste Bertalanffy fut l'un des premiers à réfléchir réellement sur le concept des systèmes et publie « la théorie générale des systèmes » en définissant le système comme un ensemble d'éléments en interaction (33). A l'époque, celui-ci concernait les sciences biologiques et physiques qui étaient axées sur un modèle mécaniste. Ce n'est qu'après la seconde guerre mondiale que la théorie des systèmes s'est développée (34).

Le modèle systémique définit par ses pères :

Le concept de système est défini selon quatre principes fondamentaux : le premier étant que les éléments d'un système sont en constantes interaction : les actions réciproque modifient

le comportement ou la nature de ces éléments. Le deuxième concept est la totalité : c'est-à-dire que les caractéristiques constitutives ne peuvent pas s'expliquer à partir des caractéristiques d'une partie prise isolément. Le concept suivant est l'organisation avec l'aspect structurel et fonctionnel. Le dernier concept est la complexité qui signifie que le degré de complexité du système dépend du nombre d'éléments et du nombre de ses interactions (34).

En outre : « un système est un objet complexe, formé de composants distincts reliés entre eux par un certain nombre de relations » (35). Les composants sont considérés comme des sous-systèmes qui peuvent-être décomposés à leur tour en sous-systèmes d'ordre inférieur ou être traités comme un tout indécomposable. Un système peut évoluer grâce aux modifications internes qui peuvent affecter les relations ou les composantes du système, et par des modifications externes entre le système et son environnement. Cette évolution peut aller vers le positif ou le négatif (35). De Rosnay définit le système comme étant : « un ensemble d'éléments en interaction dynamique, organisés en fonction d'un but » (36).

Ensuite la notion de « feed-back » est également introduite. Bateson explique qu'au sein d'un système les comportements sont répétitifs et permettent l'accumulation d'informations pour les comparer aux nouvelles informations. Cela permet au système de s'enrichir et d'évoluer lors de chaque répétition (31).

Nous retrouvons également le principe hologrammatisme, selon Edgar Morin dans un monde complexe une partie se retrouve dans le tout, mais le tout se retrouve dans la partie. Il prend pour exemple la société : « Non seulement l'individu est dans une société mais la société est à l'intérieur de lui puisque dès sa naissance elle lui a inculqué le langage, la culture, ses prohibitions, ses normes [...] »(37).

Le modèle systémique en sociologie :

Par la suite ce modèle systémique a été élargi au fonctionnement humain. « Le modèle systémique fait référence aux théories de la complexité, en opposition à la rationalité scientifique et analytique de Descartes » (32) (p42). Dans le fonctionnement humain le modèle systémique doit prendre en compte les interactions complexes du monde réel. Ce modèle est centré sur le système et les interactions entre les acteurs du système. (32).

Selon le sociologue Ali Aït Abdelmamek qui reprend les mots de Edgar Morin dans le cas de la société, le système est défini par toutes les personnes agissant selon leurs rôles et les normes mises en vigueur (38). De plus Walliser, souligne l'importance de la prise en compte de

l'environnement social et physique. En effet, chaque système s'établit en relation avec un environnement donné (36). Le système dépend donc de l'environnement physique et social dans lequel il évolue. D'après Edgard Morin « le système est en auto-éco-organisation dynamique : système complexe » (p.42)(32). Il est également soumis à des forces contraires pour conserver l'équilibre présent ou pour en trouver un meilleur (32).

De plus, au sein d'un système la communication est un élément fondamental. Elle permet d'entrer en relation avec une ou plusieurs personnes. De ce fait, celle-ci garanti le maintien d'un système mais aussi la participation d'un sous-système dans le système. La communication a deux dimensions : la dimension concrète qui concerne : l'acte de la communication et la dimension construite qui concerne : le sens de la communication (39).

A cela, s'ajoute la théorie de Watzlawick, Beavin et Jackson, sur l'homéostasie d'un système. D'après eux, la stabilité au sein d'un système s'obtient grâce à la communication qui permet de trouver des réponses aux attentes et aux besoins de celui-ci. La communication permet donc de maintenir un système stable en permettant aux sous-systèmes d'agir en fonction des nécessités mises en avant (40). Ces mêmes auteurs, affirment que la communication est un signe d'engagement. En effet, ils supposent que lorsqu'un sous-système communique, cela montre son engagement dans le système (40).

Enfin, Sidonie Gallot expose les sept piliers de la communication au sein d'un système : le positionnement (statuts sociaux), les normes (cadre normatif), la qualité des relations, les enjeux (intentions qui conduit l'acteur à agir), la spatialité, la perception sensorielle (les cinq sens) et la temporalité (39).

Dans la société le système le plus définit est la famille. C'est également un système central de l'approche systémique. D'après l'école de Palo Alto, la famille est un système ouvert : c'est-à-dire qu'elle n'est pas uniquement définie par les individus qui la composent et qui sont en interrelation constante (32). Wiitzeaele applique le modèle systémique à la famille et démontre que chaque individu joue un rôle important au sein de la famille et qu'il influe sur l'organisation et les relations interpersonnelles de celle-ci. Toutes les personnes composant la famille influencent réciproquement leurs rôles, leurs comportements et leurs actes. L'adaptation aux changements est donc nécessaire dans un système tel que la famille pour maintenir l'homéostasie de celle-ci et cela est possible grâce au « feed-back ». Le système familial est en constant évolution et mouvement (41). De ce fait, une personne incluse dans un système familial voit son environnement physique et social changer avec l'évolution de ce système. De plus,

dans la société nous sommes donc constamment liés à des systèmes selon nos environnements (travail, institution...). Ces systèmes sont en constante évolution et les personnes s'adaptent à leur nouvel environnement de vie pour garantir l'homéostasie de leurs systèmes.

Modèle systémique en santé :

Dans le milieu du soin, l'objectif de la mise en place de ce modèle systémique est de mieux comprendre les interactions entre le patient/ son environnement social (sa famille) / son environnement physique/ et l'équipe de soins. Cette méthode permettrait d'apporter une vision holistique de la personne. Ce modèle permet également de mettre en évidence grâce à la communication les failles dans le système et l'intervention sur ce dysfonctionnement. La communication au sein du système entre les composantes est donc la clef pour obtenir un système équilibré (32). Les hypothèses fondamentales dans le champ de la santé rejoignent celle du champ disciplinaire du travail. En effet, un système est un ensemble d'unités en interaction : c'est une totalité organisée. Dans le cadre de l'accompagnement en santé la personne est un acteur du système, en interaction et en interdépendance. De ce fait, elle ne peut pas être abordée isolément, elle doit être prise en compte en relation avec le système dans lequel elle vit. De ce fait dans la pratique le modèle systémique tend vers la prise en compte du rôle de la personne ainsi que l'interaction entre : la personne, son environnement et ses occupations dans la prise en soin (32). En effet, on peut dire que la personne doit avoir une prise en soin adaptée à ses habitudes de vie.

En ergothérapie :

Morel- Bracq explique qu'il y a eu une évolution des paradigmes de l'ergothérapie. En effet, à l'origine le premier paradigme portait sur l'importance de l'activité pour l'homme, l'objectif étant d'améliorer le fonctionnement de l'homme par l'activité. Par la suite, avec les progrès fait en médecine le deuxième paradigme a vu le jour, celui-ci soulignait l'importance de l'organisme interne (les muscles, les tendons) et la nécessité d'améliorer ces systèmes pour permettre l'activité. Le troisième et dernier paradigme porte sur l'importance et la complexité de la relation personne/activité/ environnement (42).

De plus, au sein de ces paradigmes, des modèles conceptuels sont créés pour guider la pratique « les modèles de pratiques sont des représentations mentales qui intègrent des fondements à caractères philosophiques, des concepts théoriques et des éléments méthodologiques ou techniques. » (43) (p.110). Morel Bracq distingue également, les modèles généraux utilisables dans de nombreuses situations et les modèles appliqués plus restreints. Parmi les modèles

généraux il y a : le modèle de résolution de problème, le modèle de rééducation et réadaptation, le modèle humaniste, le modèle interactif, et le modèle systémique (43). Les modèles de rééducation- réadaptation et de résolution de problème rappellent les approches biomédicales et analytiques présents dans le second paradigme s'opposant au modèle systémique lié à une approche holistique de la personne promu par le troisième paradigme en ergothérapie.

En ergothérapie le modèle systémique prend donc tout son sens car il prend en compte la complexité de la situation du rapport entre l'homme, l'occupation et l'environnement (32). La personne est donc accompagnée selon ses environnements sociaux et physiques.

Synthèse du modèle systémique :

Le modèle systémique remonte à l'antiquité et a été développé dans de nombreuses disciplines. Ce concept met en avant l'interdépendance de chaque partie d'un système. Au sein d'un système le changement d'un sous-système (comportements, environnements, rôles, occupations) peut impacter l'ensemble de celui-ci : le système est un tout. Des principes sont fondamentaux au système pour garantir son homéostasie : le feed-back, le principe hologrammatique, la communication. Le modèle systémique souligne l'importance de l'environnement extérieur à la personne qu'il soit social ou physique et l'enjeu de celui-ci sur la personne et son occupation. Le système central dans notre société est la famille avec l'interdépendance de chacun des membres de celle-ci mais chaque personne peut s'inscrire dans une multitude de systèmes qu'il soit professionnel, institutionnel ou autre.

Des questions ont émergé à la suite de cet apport théorique. Dans quelle mesure le changement d'un sous-système va-t-il influencer le système ? Comment l'homéostasie au sein du système peut-elle être garantie ? Comment garantir la place du sous-système dans le système ? En quoi l'environnement d'un système joue-t-il sur l'homéostasie de celui-ci ? En quoi le changement d'environnement va-t-il influencer le système ?

1.8.2 L'engagement

Dans le cadre du concept de l'engagement les champs disciplinaires traités sont la psychologie car nous nous intéressons à l'impact de l'engagement ou du désengagement sur le comportement et les émotions d'une personne (6) mais aussi la psychologie sociale qui traite comment le comportement et les émotions d'une personne sont influencés par une autre personne ou la société (44). Le troisième champ disciplinaire est la santé car nous nous intéressons sur l'influence de l'engagement ou du désengagement des patients sur les prises en soin en rééducation. Le dernier champ disciplinaire est les sciences de l'occupation car nous

intéressons à l'engagement occupationnel qui traite du niveau d'investissement et de participation qu'une personne met dans la réalisation d'une activité.

L'engagement en psychologie sociale :

En général, l'engagement peut avoir différentes significations. En effet, dans l'encyclopédie on peut retrouver les deux sens de ce terme, le premier étant le sens de conduite : c'est-à-dire qu'un individu est impliqué activement dans la vie sociale, qu'il se sent responsable de ce qui peut s'y passer et fait partie de l'action. Le second sens s'assimile à un acte de décision : c'est-à-dire que la personne fait la promesse de réaliser un acte ou de prendre part dans un projet dans le futur de manière ponctuelle ou répétitive (45).

Charles Kiesler un professeur en psychologie sociale, considère qu'un individu est engagé par ses actes et pas par ses idées. Il décrit l'engagement comme un lien entre un individu et ses actions. L'engagement n'est pas identique pour toutes les personnes et envers toutes les actions. En effet, ce ne sont pas les convictions de la personne qui l'engagent mais les actes réalisés. La personne peut être engagée à des degrés différents (46).

Cependant deux chercheurs en psychologie sociale : Robert-Vincent Joule et Jean-Léon Beauvois, ne sont pas complètement d'accord avec cette théorie. D'après eux la définition donnée par Kiesler correspond plus à une conséquence de l'engagement. Ils expliquent que l'engagement est externe et dépend des caractéristiques de la situation. « L'engagement correspond, dans une situation donnée, aux conditions dans lesquelles la réalisation d'un acte ne peut être imputable qu'à celui qui l'a réalisé » (47)(p. 60). Les facteurs externes influencent donc l'engagement en fonction des coûts de la situation, de la fréquence de répétition et de son lieu. (47)

L'engagement peut également être décrit selon différents univers. En effet, il y a l'engagement dans le travail selon la psychologie du travail avec les recherches de Meyer et Allen sur le modèle d'engagement organisationnel (48). De plus il existe aussi l'engagement dans les activités de la vie comme nous avons détaillé précédemment, l'engagement en politique ou dans une cause associative ou lucrative. Et enfin il y a l'engagement en santé.

Le désengagement et l'engagement total :

Dans le champ disciplinaire de la psychologie nous allons nous intéresser au ressenti d'une personne lors d'un engagement. Une personne peut s'engager à divers degrés. En effet,

elle peut être, un peu, moyennement ou beaucoup engagée dans une situation, et elle peut également avoir un engagement total dans celle-ci : c'est ce que nous appelons le flow.

Mihaly Csikszentmihalyi a développé la théorie du flow. Il explique que notre développement personnel doit s'axer vers un équilibre entre le défi et nos compétences, grâce à cela nous pourrions entrer dans un état de flow (49).

Le flow est un état de satisfaction et de plaisir, c'est donc éviter l'ennui et le stress et c'est la sensation d'agir avec une implication totale. Nous pouvons également l'assimiler à une expérience de plénitude. Les personnes en train de vivre une expérience de flow peuvent aller jusqu'à oublier de dormir, de manger ou de boire (49).

Les composantes décrivant cette expérience sont : une concentration profonde et focalisée sur le moment présent, une perte de conscience de soi et une fusion corps-esprit. Il y a également un sentiment de distorsion du temps, de contrôle de la situation et de gratification d'enrichissement ou de plaisir de faire, plus intense que le plaisir de réussir. Toutes ces composantes réunies permettent de vivre un état de flow, propice au bonheur. Celui-ci correspond à une activité pour laquelle le niveau de défi et les compétences pour la réaliser sont élevés. La personne peut ressentir de l'excitation si ses capacités sont moyennes et que le défi est élevé ou de la maîtrise si le défi est moyen et que ses capacités sont élevées (49).

Le contraire de l'engagement est l'ennui souvent associé à la perte de sens d'une activité. La performance de la personne est toujours présente mais moins efficace et plus pénible : la personne se désengage (49).

Mihaly Csikszentmihalyi a proposé un schéma (Cf annexe 7) représentant la théorie du flow. Dans ce schéma il est montré que l'ennui peut survenir lorsque le niveau de défi d'une activité est faible et que la personne a des capacités élevées pour la réaliser. Le détachement et l'indifférence sont aussi des composantes de ce graphique et sont associés à un défi faible pour des capacités faibles, la motivation n'est donc pas très importante. Dans le cas où la personne a des capacités faibles par rapport à un niveau de défi trop élevé, elle peut ressentir de l'anxiété et de l'inquiétude lors de la réalisation de cette action (49).

Cependant, l'engagement existe dans les occupations contraignantes comme dans le travail ou les études. Les contraintes proviennent des attentes comportementales liées à notre propre rôle. Or ces rôles peuvent être suffisamment valorisés pour que la personne participe efficacement

et s'engage (13). Nous pouvons dire que la personne peut ressentir un engagement dans une séance de rééducation même si cela reste contraignant pour elle.

L'engagement occupationnel

Dans le cadre du champ disciplinaire des science de l'occupation, Sylvie Meyer explique que pour elle l'engagement occupationnel est un sentiment de participation, de choix, de trouver une signification et de s'impliquer dans une activité proposée ou une occupation. De ce fait, il est intéressant de le développer car la rééducation est une occupation et elle se centre sur les occupations du patient. De plus le concept d'engagement est propre à la personne qui renvoie à l'idée qu'elle consacre du temps, de l'énergie, de l'investissement qui lui permettra d'aller jusqu'au bout de l'activité et réaliser ses objectifs dans une expérience signifiante, significative et intéressante (2).

E. Picard et AA. Abdelmalek reprennent les mots de K. Lewin (psychologue Américain) qui affirme que pour influencer une personne, il ne suffit pas de l'informer ou d'imposer un comportement, il faut la rendre actrice pour favoriser son engagement (50). De ce fait la personne doit être acteur dans ses occupations pour pouvoir augmenter son engagement. C'est-à-dire qu'elle doit être informée mais également avoir le pouvoir de prendre des décisions.

L'engagement dans l'occupation engendre de la participation (2). D'après E. Trouvé, la participation est un concept défini comme : « la pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction des facteurs personnels avec les facteurs environnementaux » (51)(p27). L'engagement est le versant motivationnel et émotionnel de la réalisation de l'activité. De plus l'engagement est vecteur de performance. La personne qui est engagée dans une activité va aller jusqu'au bout de celle-ci, atteindre ses objectifs et vivre une expérience unique tout en tirant un profit. L'engagement est aussi en lien avec l'environnement spécifique, social et culturel ainsi que le contexte dans lequel l'occupation et la performance se déroule (13).

La motivation est liée également à la volition. La volition est définie comme « la capacité de choisir, de faire ou de continuer à faire quelque chose en ayant conscience que la réalisation de cette activité est volontaire »(2). De ce fait sans motivation, la volition ne perdure pas et l'engagement n'est pas présent. Selon Sylvie Meyer « la motivation est l'aspect le plus psychologique de l'énergie du faire », que la volition recouvre un aspect d'avantage cognitif et que l'engagement met plus l'accent sur le point de vue psychosocial »(2).

C'est la motivation pour une activité qui permet de s'engager dans une occupation. La motivation est : « un élan qui oriente les actions d'une personne vers la satisfaction des besoins. » (52)(p 97). Il existe deux types de motivation : la motivation intrinsèque qui dépend de la perception de la personne en fonction des activités ; et la motivation extrinsèque qui est une incitation externe à la personne qui pousse à l'action. La motivation extrinsèque peut être assimilée à la manipulation de l'environnement physique ou social de la personne pour l'influencer à réaliser une action. De ce fait, dans ce cas présent, l'engagement profond et durable dans le changement n'est pas assuré (53). En outre, nous pouvons donc dire que la motivation et la volition permettent l'engagement qui engendre la participation.

De plus, selon Meyer un engagement prolongé et constant fabrique des habitudes : offrir à une personne un moyen de s'engager c'est donc lui permettre d'optimiser sa capacité d'agir (52).

L'engagement est composé de deux phases différentes : l'engagement premier qui correspond à l'amorce et la prise de décision et l'engagement continue qui correspond au maintien durable de l'activité (53).

Engagement en ergothérapie :

Dans le champ disciplinaire de la santé nous nous intéressons à la pratique ergothérapique. En effet, dans cette pratique il est nécessaire de rechercher l'engagement de la personne dans l'acquisition de ses nouvelles habitudes de vie. En effet, cette pratique se centre sur les habitudes de vie altérées de la personne. De ce fait, l'engagement est encouragé dans l'acquisition de nouvelles habitudes et la transformation ou l'abandon des anciennes. En outre l'ergothérapeute doit permettre à la personne d'apprendre en situation réelle de la vie des connaissances et des compétences pour s'engager dans une situation. Le thérapeute accompagne donc la personne à choisir les actions convenant au mieux à la situation pour permettre à la personne de trouver par la suite ses propres solutions afin de réussir à construire son activité de manière autonome (52).

Lors du développement du modèle biomédical, les activités sélectionnées par le thérapeute ont des buts centrés sur les fonctions physiques. Dans la conception du nouveau paradigme, l'engagement dans les activités thérapeutiques est le centre et la cible de l'ergothérapie(2). De ce fait, au cours de la prise en charge de personnes en rééducation, le thérapeute a pour mission d'aider les patients à surmonter leurs restrictions occupationnelles, pour cela il doit identifier les obstacles limitant leur participation et évaluer les processus permettant de soutenir leur

engagement. L'intervention de l'ergothérapeute doit promouvoir l'engagement, restaurer la fonction et aborder des activités importantes pour la personne (4).

Synthèse de l'engagement :

L'engagement est externe à une situation, c'est-à-dire qu'il dépend des conditions de réalisation de celle-ci. La personne peut également être engagée par ses actes. De plus l'engagement peut avoir plusieurs niveaux : l'engagement extrême engendre le flow et le désengagement produit de l'ennui. Pour être engagée une personne doit être acteur de l'action c'est-à-dire informée et décisionnaire. Il existe plusieurs types d'engagements dont l'engagement occupationnel. La motivation pour une activité permet l'engagement qui engendre de la participation. Il existe plusieurs types de motivations : intrinsèque et extrinsèque. En fonction de ces types l'engagement est plus ou moins durable. Enfin, en ergothérapie, le nouveau paradigme tend vers un engagement en rééducation. L'ergothérapeute doit trouver les restrictions de participations pour favoriser l'équilibre occupationnel.

Jusqu'à quel point les facteurs extérieurs à l'occupation influent sur l'engagement occupationnel de la personne ? En quoi la motivation est un facteur sine qua non à l'engagement ? Comment favoriser la participation de la personne dans des activités éprouvantes ? Comment créer de l'engagement lorsque que le défi est trop élevé par rapport aux capacités de la personne ?

1.8.3 Problématisation théorique

Nous avons pu voir que l'environnement pouvait être défini par l'environnement physique d'un système c'est-à-dire : le lieu où le système évolue mais il peut également être caractérisé par son côté social c'est à dire par les personnes présentes et en interaction dans le système. Cet apport conceptuel nous pousse donc à nous questionner. Comment la prise en compte de l'environnement social et physique d'une personne va-t-elle influencer son engagement occupationnel ? Ensuite en quoi un changement dans l'environnement des systèmes d'une personne peut-il influencer son engagement occupationnel ? Et en quoi l'évolution d'un système est en interaction dynamique avec l'évolution de l'environnement de celui-ci ? Ainsi, comment la prise en compte de l'environnement d'une personne va-t-elle garantir l'homéostasie de son système ?

1.8.4 Confrontation de la problématisation pratique avec la problématisation théorique

Nous avons par la suite confronté notre savoir théorique avec la pratique en ergothérapie. Donc en quoi le modèle systémique permet de centrer la prise en soins sur la personne ? Ainsi qu'en quoi la prise en compte du système d'une personne va-t-elle enrichir la vision holistique de l'ergothérapeute ? La prise en compte du système de la personne : c'est-à-dire de son environnement physique et social est-il facteur d'engagement dans la rééducation ? Et par quelle mesure la prise en compte de ces environnements permettrait-il au patient d'être acteur dans sa rééducation ?

De plus en quoi la prise en compte de l'environnement dans la rééducation peut-elle garantir l'homéostasie au sein du système du patient ? Et dans quelle mesure la prise en compte des environnements de la personne est-elle une caractéristique de l'approche centrée sur la personne ? Donc en quoi la prise en compte de l'environnement physique et social d'une personne dans sa rééducation est-elle facteur d'engagement ? Plus précisément en quoi la prise en compte de l'environnement physique et social d'un individu s'articule-t-elle avec l'engagement occupationnel de celui-ci dans sa rééducation ?

Question de recherche :

Comment l'ergothérapeute perçoit-il l'engagement occupationnel du patient dans sa rééducation lorsqu'il prend en compte l'environnement social et physique de celui-ci ?

Objet de recherche :

Etude de la perception de l'ergothérapeute sur l'engagement occupationnel du patient dans sa rééducation lors de la prise en compte l'environnement social et physique de celui-ci

2 Matériel et méthode

2.1 Choix de la méthode de recherche

À la suite de la définition de l'objet de recherche qui porte sur : la perception de l'ergothérapeute sur l'engagement occupationnel du patient dans sa rééducation lors de la prise

en compte de l'environnement social et physique de celui-ci ; une méthode de recherche est choisie. En lien avec l'objet de recherche nous cherchons à avoir la perception des ergothérapeutes, nous nous orientons donc vers la méthode clinique car c'est une méthode exploratoire permettant de découvrir des savoirs et les particularités d'un groupe. Cette méthode permet à travers l'écoute de recueillir et d'interpréter la perception de l'autre sur un sujet. Elle a pour but de recueillir des connaissances à travers une analyse de contenu. Dans cette méthode nous allons nous intéresser à la clinique casuistique qui consiste à relever ce qui est exemplaire de la vision du monde des sujets d'aujourd'hui selon la particularité de chacun. En outre, nous cherchons à nous intéresser à la personne, ses ressentis et son point de vue vis-à-vis de l'objet de recherche d'où le choix de cette méthode (28).

2.2 Population ciblée et critère d'inclusion et d'exclusion

La population interrogée sera les ergothérapeutes, afin de recueillir leur perception de l'engagement occupationnel du patient dans sa rééducation lorsqu'il prend en compte l'environnement social et physique de celui-ci.

Les critères d'inclusion de cette population sont donc des ergothérapeutes diplômés d'état, travaillant en centre de rééducation auprès d'un public adulte atteint d'une pathologie locomotrice. De plus les ergothérapeutes devront prendre en compte l'environnement des patients dans leur prise en soin. Les critères d'exclusion sont donc des ergothérapeutes non diplômés d'état, ou travaillant avec des patients non majeur ou non pris en charge en centre de rééducation.

2.3 Site d'exploration pour la recherche

Les ergothérapeutes interrogés devront travailler dans des centres de rééducation, dans toute la France. Différents types de centre de rééducation peuvent être choisis : SMR, SMR gériatrique, CMPR²⁰, CRF²¹

2.4 Choix argumenté de l'outil théorisé de recueil des données

2.4.1 Choix de l'outil théorisé de recueil des données

En lien avec la méthode sélectionnée un outil de recueil de données est choisi. L'objet de recherche s'intéresse à la perception de l'ergothérapeute de l'engagement occupationnel du

²⁰ CMPR : Centre de médecine physique et de réadaptation

²¹ CRF : Centre de rééducation fonctionnel

patient dans sa rééducation lorsqu'il prend en compte l'environnement social et physique de celui-ci.

L'outil de recherche doit pouvoir recueillir les expériences des personnes interrogées dans lequel elles peuvent s'exprimer librement. Cet outil doit permettre à l'ergothérapeute de partager son expérience à travers une discussion avec l'enquêteur. L'intervieweur doit pouvoir relancer la conversation sur certains points selon les informations partagées. De ce fait, le questionnaire et l'observation ne sont pas envisagés, nous avons donc choisi de réaliser un entretien. Trois types d'entretiens sont possibles : directif, semi-directif ou non directif. Un entretien directif ne permettra pas aux ergothérapeutes d'être spontanés dans le partage de leur vécu, il n'est donc pas envisagé. De plus, deux thématiques sont questionnées : la prise en compte de l'environnement physique et social et l'engagement occupationnel des patients dans la rééducation. De ce fait, l'enquêteur doit pouvoir orienter l'entretien en fonction des sous-thématiques. L'entretien non directif n'est donc pas possible, nous nous dirigeons donc vers un entretien semi-directif. L'entretien semi-directif nous permettra de pouvoir laisser l'enquêté partager son vécu tout en orientant la discussion vers les thèmes à traiter. Afin de rendre les sous thèmes abordables à tous, nous proposons une définition simple des termes employés pour favoriser leur compréhension. L'entretien semi-directif est un outil subjectif guidé selon des sous-thématiques et s'appuyant sur le discours d'une personne. L'enquêteur adopte une écoute active et oriente les propos de la personne selon les deux thèmes exposés(29).

Cet outil théorisé a présenté des avantages, le premier étant qu'il permet à la personne interrogée de s'exprimer librement et de traiter des faits que l'enquêteur pouvait ne pas avoir prévu. De plus, l'enquêteur peut également relancer la personne interrogée selon les sous-thématiques. Cependant il y a également des inconvénients dont le fait que les entretiens seront difficilement comparables. L'interviewé ne peut pas s'étendre sur un seul sujet vu qu'il doit répondre à d'autres questions(54).

2.4.2 Biais de l'outil théorisé de recueil de données et stratégie d'atténuation ou d'anticipation

Dans le cadre de la réalisation de cet entretien plusieurs biais sont identifiés dans le but de les atténuer. Le premier biais envisagé est le biais de sélection concernant la recherche de participant. En effet, les personnes interrogées peuvent ne pas être représentatives des caractéristiques de la population « mère ». De ce fait pour atténuer ce biais nous allons sélectionner des ergothérapeutes provenant d'établissements différents(29).

Le deuxième biais envisagé est le biais affectif, celui-ci dépend de l'état affectif de l'enquêteur au cours de l'entretien mais aussi celui de l'enquêteur pendant l'entretien et l'analyse de celui-ci. Pour atténuer cela l'enquêteur va devoir prendre conscience de son état d'âme pendant cette période et mettre de la distance avec le recueil et le traitement d'information pour garder une vision objective(29).

Ensuite il peut également y avoir un biais de désirabilité sociable. C'est-à-dire que l'enquêté va donner des réponses qui lui permettront de montrer un aspect positif de sa personne au détriment de sa véritable pratique. Pour diminuer cet effet nous allons insister sur l'anonymat de cet entretien et multiplier les entretiens pour avoir des points de vue variés(29).

De plus il peut également y avoir un biais de confirmation de l'enquêteur qui va avoir tendance à privilégier les informations qui confirment ses idées. Pour diminuer cela, l'enquêteur va devoir rester neutre et ne pas montrer son point de vue. De plus l'entretien sera enregistré pour pouvoir le réécouter cela permettra également d'éviter de rester focaliser sur certaines informations et donc d'atténuer le biais de fixation sur l'objectif(29).

2.4.3 Construction de l'outil théorisé de recueil des données

Après avoir choisi l'outil de recueil de données et identifié les biais à anticiper, la matrice de l'entretien est construite (Cf annexe 8). Cette matrice correspond à la trame de l'entretien. Deux thèmes sont abordés, dans un premier temps une introduction de l'entretien par le chercheur est réalisée pour recontextualiser cet échange. Ensuite, la question inaugurale est posée : « Comment percevez-vous l'engagement occupationnel du patient dans sa rééducation lorsque vous prenez en compte l'environnement physique et social de celui-ci ? ». Deux questions de relance thématique sont apportées, la première étant « Comment prenez-vous en compte l'environnement physique et social des patients dans votre pratique ? ». En fin, le chercheur invite le thérapeute à mener une réflexion sur le lien entre l'engagement occupationnel du patient dans la rééducation et la prise en compte de l'environnement à travers la seconde relance thématique « Comment percevez-vous l'engagement occupationnel des patients et percevez-vous un lien avec la prise en compte de l'environnement ? ».

De plus, le cadre d'écoute est défini. En effet des profils types de personnes sont construits. Ces différents profils plausibles permettront de classer les ergothérapeutes selon leur typologie d'acteur. Trois types de profils sont attendus : « L'écologiste » qui incarne un ergothérapeute recherchant l'engagement inconditionnel de son patient, « La suisse » qui est un ergothérapeute recherchant l'engagement de son patient tout en ayant des limites institutionnelles. Enfin « Le

rééducateur » qui est un ergothérapeute recherchant l'engagement en pratiquant selon le deuxième paradigme en ergothérapie (Cf annexe 9). Enfin une fiche de renseignement et un formulaire de consentement sont réalisés pour recueillir les informations complémentaires des personnes interrogées et leur autorisation pour exploiter les données recueillies de manière anonyme (Cf annexe 10 et 11).

2.5 Déroulement de la recherche

2.5.1 Test de faisabilité et de validité du dispositif de recherche

Par la suite l'outil de recherche est testé auprès d'ergothérapeutes. Ce test permet de savoir si les objectifs fixés sont atteints avec cet outil.

Ce test se réalise par téléphone car l'ergothérapeute n'a pas pu se libérer plus de temps pour le réaliser en présentiel, ou n'avait pas les moyens nécessaires pour faire de la visio-conférence. Cela peut être un frein pour l'interroger car le climat de confiance est plus difficilement mis en place par téléphone. De plus, la personne interviewée peut également être distraite plus facilement. Cependant ce format d'entretien peut également avoir un côté positif, les participants peuvent se sentir plus à l'aise pour confier leur vécu sans être jugé et leur anonymat est d'autant plus garanti. De ce fait, les autres entretiens seront également réalisés par téléphone pour faciliter la rencontre avec les ergothérapeutes.

L'entretien test a permis au chercheur de travailler sa posture pendant l'échange et de s'assurer de la bonne compréhension du sujet par les participants. Les questions de relance ont pu être travaillées. De plus, à la suite du test, l'entretien a pu évoluer notamment dans son introduction. En effet, il a été remarqué qu'il était primordial de bien définir la population exclue de l'étude pour s'assurer de la pertinence de toutes les informations recueillies. Enfin ce test a également confirmé qu'il était important de partager la définition de l'engagement occupationnelle avant le début de l'entretien et de la répéter si besoin.

2.5.2 Déroulement de l'étude

A la suite de l'entretien test d'autres entretiens sont planifiés. Des mails sont envoyés à des ergothérapeutes pour trouver des participants et un post sur les réseaux sociaux est partagé. Les entretiens seront réalisés par téléphone car les ergothérapeutes contactés n'ont pas le matériel pour réaliser des visio-conférences à disposition. Une fois les participants trouvés, un créneau horaire est défini avec eux et une fiche de consentement et de renseignement leurs sont

envoyés pour recueillir leur autorisation de participer à l'enquête et pour enregistrer l'entretien. La fiche de renseignement permet également d'en savoir plus sur l'ergothérapeute interrogé.

D'un point de vue légal ces entretiens ne rentrent pas dans le cadre d'une recherche sollicitant un comité éthique selon la loi Jardé. En effet, cette étude vise des professionnels de santé et n'as pas pour but de développer des connaissances biologiques ou médicales, également elle ne modifiera pas la prise en charge du patient (55).

Au début de l'entretien, l'enquêteur rappelle que celui-ci est réalisé dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de fin d'étude en ergothérapie. L'objet de recherche est par la suite mis en avant ainsi que la définition des mots clés. Par la suite, le respect de l'anonymat, le principe de non-jugement sont exposées ainsi que l'enregistrement de l'échange. La confidentialité des données recueillie est mise en avant ainsi que leur devenir.

Enfin, il est rappelé au participant qu'il a le droit de ne pas répondre à certaines questions ou de quitter l'entretien quand il le souhaite, avant le début de l'entretien le participant peut également poser des questions s'il en voit la nécessité.

La question inaugurale annonce le début de l'entretien. Plusieurs ergothérapeutes ont répondu favorablement pour participer à ces entretiens : trois ergothérapeutes sont retenus finalement.

2.6 Choix de l'outil de traitements et d'analyse des données

Les entretiens sont tous enregistrés grâce à un téléphone pour faciliter la retranscription fidèle des discours. Celle-ci est réalisée manuellement sur le logiciel Microsoft Word® (Cf annexe 12). Les entretiens sont par la suite analysés afin de faire émerger des points de réflexion enrichissant notre objet de recherche. Pour cela, nous avons d'abord écouté et relu plusieurs fois les entretiens pour s'imprégner de toutes les subtilités de ceux-ci. Nous avons par la suite organisé les données dans un tableau d'analyse textuelle selon les thèmes prépondérants au cours des échanges (Cf annexe 13). Ensuite nous allons analyser les propos selon différentes méthodes : une analyse thématique, une analyse verticale et une analyse horizontale. L'analyse thématique consiste en une analyse des schèmes à l'intérieur des données dans le but de faire ressortir des potentiels liens, relations ou bien les oppositions. L'analyse verticale permet de comparer les discours selon les différents thèmes pour mettre en avant des liens, des oppositions ou des complémentarités. Concernant l'analyse horizontale celle-ci consiste : à faire ressortir les points clés de chaque entretien afin de faire un lien avec notre cadre conceptuel.

3 Résultats

Les ergothérapeutes sont nommés « E », respectivement le premier ergothérapeute interrogé est « E1 », le deuxième « E2 » et le dernier « E3 ».

3.1 Présentation des personnes interrogées

La première ergothérapeute interrogée : « E1 » est une femme de 27 ans, diplômée en ergothérapie depuis 2018. Elle travaille dans un centre de rééducation SMR en hôpital de jour. Elle travaille dans l'établissement depuis 4 ans. La population prise en soin est une population adulte atteinte de troubles neurologiques ou orthopédiques. Ses missions sont de continuer la rééducation débutée en hospitalisation complète en travaillant sur les problèmes que les patients rencontrent dans leur quotidien.

La deuxième ergothérapeute interrogée : « E2 » est une femme de 24 ans, diplômée en ergothérapie depuis 2021. Elle travaille dans un centre de rééducation SMR à mi-temps entre l'hospitalisation complète et l'hôpital de jour. Elle est embauchée dans l'établissement depuis 1 an. La population prise en soin est une population adulte avec une atteinte neurologique ou traumatologique. En hospitalisation complète son rôle est de travailler les capacités résiduelles des patients après leurs accidents. Elle accompagne également les patients et les familles dans la connaissance des maladies chroniques. Elle fait de la rééducation afin que les patients puissent rentrer chez eux le plus autonome possible. Elle s'assure également du bon déroulement du retour à domicile. En hôpital de jour, elle travaille sur les difficultés que les patients rencontrent dans leur quotidien à leur domicile.

La troisième ergothérapeute interrogée « E3 » est une femme de 41 ans, diplômée en ergothérapie depuis 2004. Elle travaille dans un hôpital dans le service de rééducation. Elle est dans cet établissement depuis 17 ans. La population prise en soin est une population adulte avec différents types d'atteintes : grands brûlés, troubles orthopédiques, troubles traumatologiques, troubles neurologiques et troubles complexes des mains. Son rôle est d'aider le patient à retrouver au maximum de son autonomie pour qu'il puisse se réinsérer dans son milieu de vie. Elle forme également les patients sur leurs pathologies, et comment ils peuvent vivre avec.

3.2 Analyse thématique

Tout d'abord nous allons débiter par une analyse thématique de nos données. Ce type d'analyse permet de mettre en avant des thèmes répétitifs entre les entretiens : l'environnement et l'engagement occupationnel.

Dans un premier temps nous allons nous intéresser à la prise en compte de l'environnement dans la pratique des ergothérapeutes.

3.2.1 Environnement

Dans un premier temps, tous les ergothérapeutes ont exposé leur manière de procéder à la collecte de données concernant les environnements de vie de leurs patients.

➤ *Le recueil de données*

Tous les ergothérapeutes interrogés passent tout d'abord par une phase de recueil de données. Cette première étape se déroule selon une trame qui peut être basée sur un outil validé tel que le « MCRO » ou « l'occupational questionnaire » ou alors selon des bilans dis « maison » élaborés par les ergothérapeutes eux-mêmes (E1, L47-48 ; E2, L36-39, L86-88 ; E3, L32-39). Pendant cette étape les thérapeutes se renseignent sur l'environnement de vie en général : accessibilité du domicile, situation familiale, situation professionnelle pour voir si l'environnement pourra être aidant dans la prise en soin et lors du retour à domicile (E1, L41-46 ; E2, L26-28, L36-39 ; E3, L23-26, L 32-39, L41-42). Dans certains cas, la famille peut être impliquée dans ce recueil de données pour avoir des informations « plus concrètes » (E1, L41-46). Enfin cet entretien d'entrée permet également aux ergothérapeutes de savoir vers quoi ils vont s'orienter dans leur rééducation et de commencer à fixer des objectifs. Ces objectifs peuvent être centrés sur les priorités du patient (E1, L47-48) ou sur les nécessités en fonction de l'environnement de vie et des attentes du patient (E3, L32-39).

Ensuite, les ergothérapeutes ont abordé la façon dont ils utilisaient les données recueillies concernant l'environnement physique.

➤ *L'environnement physique*

Concernant la prise en compte de l'environnement physique dans la prise en soin, celle-ci varie en fonction des ergothérapeutes. Dans les trois entretiens il est ressorti que des visites à domicile étaient réalisées avant le retour à domicile du patient. (E1, L134-136 ; E2, L56-58, E3, L44). Cependant, dans les entretiens différents moyens de prise en compte l'environnement physique sont mis en avant. En effet, le thérapeute peut essayer de rendre l'environnement offert par le centre le plus écologique possible que ce soit en salle d'ergothérapie ou dans le lieu de vie du patient. Les ergothérapeutes essaient de s'adapter à leur environnement en reproduisant les activités travaillées dans un milieu le plus similaire possible à l'original (E1, L27-28, L 22-23, L27 ; E2, L28-33). Au niveau des moyens, certains ergothérapeutes ont même accès à des

appartements thérapeutiques et d'autres aménagements pour rendre les mises en situation les plus écologiques possibles (E2, L72-74).

L'environnement social est également mis en avant. Les ergothérapeutes expliquent l'importance de connaître cet environnement et les liens qui peuvent être fait.

➤ *Environnement social*

Par rapport à la prise en compte de l'environnement social dans la rééducation, des réunions peuvent être organisées avec les proches du patient pour faire un point dans la rééducation au bout de quelques semaines de travail (E1, L51-56 ; E2, L41-46 ; E3 L56- 60).

De plus, les familles peuvent être appelées ou croisées lors de réunions informelles pour en savoir plus sur le déroulement des habitudes de vie de la personne et sur les modalités de réalisation (présence d'une tierce personne aidante) lors de celles-ci (E1, L33-39 ; E3 L63-64, L67-68). D'autres temps sont également pris, pour expliquer le fonctionnement des aides techniques aux familles pour faciliter leurs utilisations dans la vie quotidienne comme pour plier un fauteuil (E1, L51-56).

L'inclusion de la famille permet également de les tenir informé des progrès de la rééducation pour éviter que l'aidant à la maison fasse tout à la place du patient. En effet, le conjoint, la conjointe, ou les enfants peuvent prendre la place d'aidant principal de la personne. Cependant cela peut aller jusqu'à nuire aux bonnes relations familiales et à une fatigue de l'aidant qui va être moins présent. Également cela permet d'informer le proche sur la pathologie. (E1, L67-71, L71-72 ; E2, L47-53).

Enfin, le dernier sous thème de cette partie est l'environnement professionnel. Celui-ci est abordé par les ergothérapeutes dans le but d'expliquer comment ils l'incluent dans le suivi.

➤ *Environnement professionnel*

Tous les ergothérapeutes interrogés s'accordent pour dire que faire des visites sur le lieu de travail du patient sont compliquées sauf pour des raisons exceptionnelles (E1, L136-141 ; E2, L63-69 ; E3, L124-132). Cependant, des mises en situation peuvent être faite s'il y a un souhait de reprendre le travail (E1, L136-141 ; E2, L63-69 ; E3, L124-132). Dans les trois entretiens il est ressorti que les retours au travail étaient tout de même rares du fait de l'âge ou de l'atteinte

trop importante (E1, L136-141 ; E3, L124-132). Enfin, il est également ressorti que les ergothérapeutes travaillent en lien avec des associations de réinsertion professionnelle et sociale pour aider les personnes à la fin de leur prise en soin, les patients sont donc orientés vers elles lors de leur sortie ou à leur demande pendant la rééducation (E2, L63-69 ; E3, L124-132).

Dans un deuxième temps, nous nous intéressons à la perception de l'ergothérapeute par rapport à l'engagement occupationnel des patients.

3.2.2 Engagement occupationnel

Par la suite dans le cadre de l'engagement occupationnel nous allons nous intéresser aux facteurs qui motivent le patient à s'engager dans sa rééducation. Plus particulièrement, si la prise en compte des environnements est liée avec la motivation.

➤ *Motivation*

Concernant l'influence de l'engagement en fonction de la prise en compte ou non, de l'environnement du patient, les ergothérapeutes n'ont pas les mêmes avis. En effet, certains affirment que pour eux, il y a un lien entre engagement et prise en compte de l'environnement car les patients peuvent se projeter plus facilement (E1, L81-82, L90-92 ; E2, L102-104). Mais cela n'est pas toujours le cas et peut dépendre de l'environnement du patient (E3, L87, L89-93).

Les ergothérapeutes ajoutent que les patients s'investissent plus s'ils arrivent à voir le sens des activités qui sont proposées par rapport à leur vie quotidienne. Les thérapeutes se concentrent donc sur les habitudes de vie, dans un premier temps sur les soins personnels et les déplacements qui permettent aux patients d'être plus autonomes (E1, L84-87, L107-108 ; E2, L94-99 ; E3, 96-99). Pour cela, les thérapeutes expliquent qu'ils travaillent au maximum à travers des mises en situation et qu'ils n'hésitent pas à prendre contact avec la famille pour parler des avancées (E1, L88-92, L126-131 ; E2, L94-99 ; E3, L96-99). De plus, des exercices analytiques peuvent être utilisés au départ pour augmenter les capacités du patient ou s'il est demandeur (E1, L87-88, L110-11, L111 ; E2, L94-99 ; E3, L96-99).

Enfin, nous nous intéressons à la participation du patient dans sa rééducation. C'est-à-dire dans la décision de ses objectifs de prise en soin, dans le choix des activités de rééducation et dans l'activité en elle-même. Ainsi nous nous intéressons au lien entre la participation du patient et son engagement.

➤ *Participation*

Tous les ergothérapeutes ont leur propre façon de faire participer le patient dans le but de l'engager dans la rééducation. Tout d'abord, concernant les objectifs de prise en soin, les ergothérapeutes partent des objectifs et des priorités du patient plutôt que les leurs (E1, L94-97 ; E2, L74-84). Les thérapeutes affirment qu'il y a toujours des objectifs un peu « cachés » qui viennent des médecins ou d'eux même, mais ses objectifs sont discutés et travaillés après ceux du patient (E1, L94-97 ; E2, L74-84).

De plus, les ergothérapeutes affirment que dès le départ les objectifs sont souvent peu négociés car ils traitent du confort personnel du patient. Ces objectifs ne sont pas trop discutés car souvent ils sont des priorités. Par la suite, plus la prise en soin continu plus les objectifs seront fixés en amont avec le patient (E3, L113-121).

3.3 Analyse horizontale

Ensuite, nous allons réaliser une analyse horizontale. Celle-ci permet d'étudier les données de chaque ergothérapeute. Les données seront analysées selon les thèmes mis en avant dans l'analyse thématique soit : l'environnement et l'engagement occupationnel.

3.3.1 Ergothérapeute 1

« E1 » est une femme de 27 ans, diplômée en ergothérapie depuis 2018. Elle travaille dans un centre de rééducation SMR en hôpital de jour.

➤ *Environnement*

Dans le recueil de données E1 se centre sur les attendues du patient, et essaie de connaître le plus de données sur ses habitudes de vie pour centrer la prise en soin sur la vie quotidienne du patient. Pour cela, E1 n'hésite pas à contacter la famille pour concrétiser les données. (L41-46).

E1 est une ergothérapeute travaillant en hôpital de jour, de ce fait les patients sont déjà retournés à leur domicile. La thérapeute ne réalise pas de visites à domicile, mais celles-ci sont faites par le service d'hospitalisation complète. Le retour à domicile permet également à E1 de centrer sa pratique sur les difficultés que le patient rencontre dans son quotidien à domicile (L16-20). En fonction, des situations qui posent un problème, le thérapeute adapte sa séance pour la rendre écologique (L22-23).

Ensuite, E1 prend contact avec la famille pour se renseigner sur les aides humaines présentes à domicile afin de travailler avec les mêmes moyens au centre. De plus, ce lien permet de tenir au courant les familles des progrès de la personne et de l'importance de la laisser se débrouiller

au maximum seule au domicile lorsqu'elle en est capable (L33-39, L59-66). Les familles peuvent aussi être rencontrées lors de présentations de matériels pour faciliter leurs utilisations (L51-56). Enfin, inclure les familles dans la rééducation reste primordial pour E1 afin de s'assurer que les rôles de chacun soient préservés. C'est-à-dire, que le mari, la femme ou l'enfant garde son rôle primaire et ne devient pas uniquement « l'aidant ». Le maintien des bonnes relations au sein de la famille permet de lutter contre l'épuisement familial (L71-72).

Concernant, l'environnement professionnel E1, affirme qu'il est souligné lors des séances et qu'il est travaillé par des mises en situation si nécessaire. Cependant, E1 souligne que cela reste rare car les patients sont pris en soin tôt par leur service et la priorité reste dans les habitudes de vie (L136-141)

➤ *Engagement occupationnel*

Tout d'abord concernant la motivation, E1 affirme qu'il y a un lien entre l'engagement de la personne et la prise en compte de son environnement (L81-82, L90-92). En effet, d'après E1 le fait d'utiliser des situations de rééducation ressemblant au quotidien de la maison permet au patient de se projeter plus facilement et de le motiver. La personne doit comprendre pourquoi, elle fait l'exercice même dans les cas où des exercices analytiques sont utilisés. Il est néanmoins, expliqué au patient à quoi cela va lui servir (L87-88, L 110-111, L111). De plus, la motivation est également accrue grâce au lien fait avec les familles d'après E1. En effet, pour la thérapeute, le fait que la famille soit incluse dans la rééducation et informée des avancées, permet de maintenir des relations familiales saines. Les patients sont moins gênés pour parler de leurs difficultés à leur famille qui pourra donc l'aider en retour (L88-92). E1 affirme que la motivation sera d'autant plus présente lorsque le patient arrivera à réaliser les activités qu'il a envie de faire au centre et par la suite les transposer à la maison. Pour cela, l'entourage aidant doit être soutenant et ne doit pas souffrir de la situation (L126-131).

Concernant la participation dans la rééducation, E1 affirme que la personne est engagée du moment qu'elle est acteur dans sa prise en soin (L94). Pour cela, E1 se centre sur les objectifs du patient en priorité (L94-97). De plus, d'après E1 le fait de laisser la personne participer dans la rééducation permet de créer une bonne relation thérapeutique entre le soignant et le soigné. E1 affirme que pour elle, une relation thérapeutique saine permet la confiance et est une base pour l'engagement (L94-98, L 100-105). Enfin, E1 ajoute que l'ergothérapeute a une vision holistique qui traite autant le côté physique que mental de la personne. Donc si le patient se sent

écouté et compris il participera plus et sera plus engagé dans la prise en soin d'où l'importance d'une bonne relation entre le soignant et le soigné (L113-114, L115-118, L 118-124).

E1 s'approche donc du type de profil « L'écologiste » dans les types de profils plausibles (Cf annexe 9). En effet, E1 recherche l'engagement de son patient et centre sa pratique sur le patient qui est acteur de sa prise en soin. E1 aborde une vision holistique de la personne, et travaille au maximum dans des environnements écologiques.

3.3.2 Ergothérapeute 2

Pour rappel, « E2 » est une femme de 24 ans, diplômée en ergothérapie depuis 2021. Elle travaille dans un centre de rééducation SMR à mi-temps entre l'hospitalisation complète et l'hôpital de jour

➤ *Environnement*

Dans un premier temps, E2 réalise un recueil de données à travers un entretien ressemblant à « l'occupational questionnaire ». Cet entretien a pour but de connaître les habitudes du patient, son lieu de vie, son entourage et sa vie professionnelle (L36-39). De plus, E2 fait également passer une MCRO pour aiguiller dès son entretien d'entrée, les priorités de la personne (L86-88).

Ensuite, concernant la prise en compte de l'environnement physique, E2 explique rendre l'environnement proposé par le centre le plus écologique possible. C'est-à-dire, que l'ergothérapeute adapte la chambre du centre en fonction de la chambre du patient de son domicile ou utilise un appartement thérapeutique adaptable en fonction du logement du patient (L28-33, L 72-74). De plus, E2 réalise des visites à domicile lorsque les patients quittent le centre pour faciliter le retour.

L'environnement social, est sollicité tous les mois pour faire une synthèse des avancées de la rééducation, pour informer la famille sur la pathologie, leur expliquer s'il y a un besoin en aides techniques et préparer le retour à domicile. De plus, E2 affirme aller voir les patients lorsque leur famille est en visite au centre pour maintenir un lien avec les aidants (L41-45). Enfin E2 souligne dans le cas de l'éducation thérapeutique l'importance de la prise en compte de la famille principalement l'aidant. Cependant E2 met en avant le fait que le patient ou l'aidant ne se reconnaît pas toujours comme « aidant » et ne comprends pas l'intérêt de sa présence. L'engagement de l'environnement social dans la rééducation est aussi compliqué (L47-53).

Pour l'environnement professionnel, E2 affirme le prendre en compte et faire des mises en situation si nécessaire même si cela reste rare. Cependant E2 souligne le fait qu'il mette en relation les patients avec des associations pour favoriser le lien social et la réinsertion dans le monde du travail (L63-69)

➤ *Engagement occupationnel*

Ensuite, concernant la motivation E2 affirme que pour la plupart les patients sont contents de venir en ergothérapie pour travailler des activités qui ont du sens et qui favoriseront le retour à domicile. Cependant E2 souligne aussi que certains patients sont moins engagés parce que l'environnement n'est pas assez écologique ou qu'ils préfèrent effectuer des exercices analytiques (L94-99). Néanmoins E2 pense que l'utilisation de l'environnement est source de motivation pour le patient et donc facteur d'engagement, même si l'environnement proposé par le centre ne correspond pas totalement à celui de leur domicile (L102-104).

Enfin, E2 fait participer les patients dans leur rééducation à travers l'élaboration des objectifs de prise en soin. Néanmoins E2 affirme ajouter des objectifs « cachés » du médecin aux objectifs du patient même si la plupart du temps les objectifs sont définis en fonction des envies et des difficultés du patients (L76-84). E2, met en avant le fait que le patient participe pleinement dans sa rééducation, car la plupart du temps, elle se base sur leurs occupations et leur quotidien (L76-84).

E2 entre dans le profil type « L'écologiste » (Cf annexe 9). En effet, E2 est une ergothérapeute abordant une vision holistique de la personne et cherchant un engagement inconditionnel de son patient. De plus E2 place le patient comme acteur de sa prise en soin même si dans certains cas des recommandations médicales influencent la prise en soin.

3.3.3 Ergothérapeute 3

« E3 » est une femme de 41 ans, diplômée en ergothérapie depuis 2004. Elle travaille dans un hôpital dans le service de rééducation.

➤ *Environnement*

Dans un premier temps, E3 recueille les données à travers un entretien. L'ergothérapeute s'intéresse au lieu de vie du patient et à son entourage pour s'assurer de la possibilité d'un retour

à domicile. E3 questionne les objectifs du patient pour connaître le point de départ de sa rééducation (L30-31, L32-39).

L'environnement physique est principalement pris en compte grâce à des visites à domicile. Ces visites permettent à E3 de voir les points qu'il doit travailler avant le retour à domicile (L44).

Concernant l'environnement social, E3 rencontre les familles dans le cadre des réunions organisées avec le médecin et le kinésithérapeute. Cependant ces réunions ne se font pas dans tous les services (L56-60, L59-60). D'après E3, lorsqu'il est en contact avec l'entourage cela lui facilite l'évaluation de l'aide humaine réellement présente au domicile (L63-64). Cependant, E3 souligne qu'il a un meilleur contact avec les familles des patients qui ont le plus de difficultés car souvent l'entourage vient à sa rencontre dans des temps informels (L67-68).

Concernant l'environnement professionnel, E3 insiste sur le fait qu'il y a très peu de retour à l'emploi car les patients sont soit sans travail avant la prise en soin ou ont des séquelles trop lourdes pour reprendre un emploi. Cependant, E3 explique que dans les rares cas de retour à l'emploi un dossier peut être monté avec une assistante sociale. De plus, les patients sont mis en contact avec un organisme permettant la reconversion professionnelle à la suite d'un accident (L124-132).

➤ *Engagement occupationnel*

Ensuite, par rapport à la motivation des patients pour favoriser l'engagement occupationnel; E3 affirme que l'environnement n'est pas forcément une source de motivation et d'engagement. En effet, il souligne que des activités avec un potentiel signifiant, c'est-à-dire des activités réalisées avant « l'accident » peuvent être source d'échec et peuvent conduire à un travail de deuil (L 87, L100-107, L109-110). De ce fait, reproduire ces activités même dans un cadre écologique n'est pas favorable dans la prise en soin. E3 alterne donc entre des exercices analytiques variés et des mises en situation accessibles au patient (L109-110). Il a souligné également, que pour lui le lien entre la motivation et la prise en compte de l'environnement dépend de la « richesse » de celui-ci. En effet, certains environnements physiques ou sociaux ne vont pas être propices à créer de la motivation chez le patient (L89-93).

Enfin par rapport à la participation du patient dans sa rééducation, E3 explique que dès le départ elle se concentre sur les actes du quotidien en chambre (toilette, transfert et déplacement). Généralement ces objectifs de prise en soin ne sont pas discutés car ils sont toujours signifiants

et importants pour le patient. Par la suite, des objectifs à court, moyen et long terme sont vus avec le patient pour déterminer dans quel sens va se poursuivre la rééducation (L113-121).

E3 se situe dans le profil type « La suisse » (Cf annexe 9). En effet, E3 a une approche à la fois centrée sur le patient et centrée sur les déficiences. Le patient est conseillé et accompagné dans les décisions de sa rééducation. E3 aborde une approche mixte à moitié écologique et à moitié biomédicale.

3.3.4 Cas clinique

Le cas clinique correspond à une synthèse des données recueillies sur la population interrogée lors de nos entretiens. Dans la première relance thématique, l'ergothérapeute met en avant que la prise en compte de l'environnement physique est primordiale dans la rééducation. En effet, celle-ci permet aux thérapeutes de savoir dans quel environnement le patient devra se réinsérer à terme. De plus, connaître l'environnement social des patients facilite également la prise en soin pour l'ergothérapeute car cela lui permet d'avoir une vision directe sur les aides envisageables lors du retour à domicile. L'ergothérapeute, peut également rencontrer les familles si besoin afin de garantir l'homéostasie au sein de celle-ci. Le thérapeute doit garantir que les aidants soient informés, formés et pas en souffrance. Également l'environnement professionnel est abordé en fin de prise en charge et peut être travaillé si un retour au travail est prévu ou si le patient en fait la demande. Cependant il a été souligné que le retour à un environnement professionnel reste rare car les patients sont pris en charge tôt dans la rééducation. Concernant la seconde relance thématique, donc l'engagement des patients en rééducation, l'ergothérapeute a mis en avant que les patients étaient toujours motivés pour travailler les actes de la vie quotidienne leurs permettant d'acquérir en autonomie. L'ergothérapeute met en avant que lorsque le patient voit l'intérêt de la séance et arrive à se projeter, il est tout de suite investi. De plus, les mises en situation peuvent être utilisées dans des environnements plus ou moins écologiques, comme exercices ou comme évaluations. Les exercices analytiques sont utilisés pour récupérer certains mouvements ou sur demande du patient. En outre, les activités signifiantes pour le patient peuvent être source de motivation mais doit être adaptées à celui-ci. Enfin pour répondre à la question inaugurale de notre entretien pas tous les ergothérapeutes sont d'accord. En effet, certains perçoivent un lien entre la prise en compte de l'environnement du patient et son engagement dans la rééducation. Cependant d'autres, ne le perçoivent pas car pour eux cela dépend des caractéristiques et de la richesse de l'environnement.

4 Discussion

Enfin nous allons interpréter ces résultats en fonction de la revue de littérature et du cadre conceptuel. Nous allons également discuter les résultats pour amener des éléments de réponses à la question de recherche. Ensuite le dispositif de recherche sera critiqué afin de faire ressortir les points forts et les limites de la pratique. Pour clore notre mémoire de recherche une ouverture sera faite pour faire émerger une nouvelle ébauche de questionnement.

4.1 Interprétation des résultats

4.1.1 Interprétation selon la revue de littérature

La revue de littérature a démontré que la pratique centrée sur la personne reposait sur de grands concepts : la congruence contextuelle, l'autonomie, le choix du patient, le partenariat, le respect, le pouvoir, l'écoute, la communication et l'espoir. Au cours de nos entretiens nous avons pu retrouver la plupart de ces piliers. En effet, les dires des ergothérapeutes corroborent la revue de littérature (19, 20, 21, 23). Les thérapeutes prennent en compte l'environnement de vie de la personne et placent le patient acteur dans sa prise en soin en lui permettant d'être autonome et décisionnaire. De plus, la communication, le respect, l'écoute et l'espoir sont incarnés par la relation thérapeutique établie entre le soignant et le soigné. Dans la revue de littérature il est souligné que le patient doit participer dans l'élaboration des objectifs, cependant cela est rarement mis en place et les objectifs de soins sont la plupart du temps définis par l'équipe pluridisciplinaire (22, 24, 25). Dans les entretiens certains ergothérapeutes ont affirmé que les objectifs étaient choisis par le patient. Cependant, les ergothérapeutes ont aussi partagé que des objectifs provenant des médecins pouvaient y être ajouté après discussion avec le patient. Enfin concernant sa participation dans la rééducation, la revue de littérature affirme qu'il est important de se baser sur les habitudes de vie de la personne, ses activités de la vie quotidienne ou des activités avec un potentiel signifiant et significatif (21, 24, 26, 27). Dans les entretiens, les ergothérapeutes ont également affirmé ces propos. En effet, tous ces processus permettent d'engager la personne dans sa rééducation d'après les ergothérapeutes interrogés, comme dans la revue de littérature. Néanmoins les moyens employés pour rééduquer ne sont pas toujours écologiques mais l'enjeu de chaque exercice est toujours expliqué pour favoriser la participation et l'engagement.

4.1.2 Interprétation selon le cadre conceptuel

Lors des entretiens, il a été mis en avant que la prise en compte des environnements de la personne dans sa rééducation est très importante. Cela corrobore le cadre conceptuel. En

effet, dans le modèle systémique il est primordial de considérer l'environnement extérieur à la personne car il a un impact sur celle-ci et sur son occupation. De plus, dans un système si un sous-système se voit changé comme dans le cadre d'une atteinte locomotrice, tout le système est impacté que ce soit dans les comportements, les rôles, l'environnement et les occupations de ses intervenants. C'est pourquoi, comme avancé dans les entretiens, l'ergothérapeute a sa place à jouer pour garantir l'homéostasie dans le système du patient.

Ensuite, les ergothérapeutes ont aussi souligné que les patients étaient engagés lorsque la rééducation était centrée sur eux. C'est-à-dire lorsqu'ils choisissaient leurs objectifs de soins pour déterminer les actions de rééducation. Le cadre conceptuel est donc en accord avec ces entretiens car il met en avant que l'engagement d'une personne passe par le fait qu'elle doit être acteur dans l'action. De plus, pour qu'une personne soit engagée elle doit être motivée à réaliser l'activité grâce à cela son engagement pourra être plus fort et plus durable. Dans les entretiens, les ergothérapeutes ont avancé que la prise en compte des envies des patients était facteur d'investissement dans les activités de rééducation. Les patients étaient plus motivés à aller en ergothérapie lorsque les activités avaient un sens pour eux.

Cependant, les entretiens ont mis en avant que les activités avec un potentiel engageant sont des activités ayant du sens et une importance pour le patient. La plupart du temps ces activités sont source de motivation et facilite la participation du patient. Ces activités sont appelées : activité signifiante. Le concept d'activité signifiante n'est pas traité dans notre cadre conceptuel. Le rôle et l'impact des activités significantes ne sont pas évoqués dans ce cadre, alors qu'ils ont pu être abordés dans les entretiens et même contestés dans certains cas. Il aurait été enrichissant de pouvoir apporter les connaissances liées à ce nouveau concept. Également à travers celui-ci nous aurions pu traiter, le thème des habitudes de vie et des activités de la vie quotidienne qui n'est pas pris en compte.

4.2 Eléments de réponse à la question de recherche

Rappel de la question de recherche « [Comment l'ergothérapeute perçoit-il l'engagement occupationnel du patient dans sa rééducation lorsqu'il prend en compte l'environnement social et physique de celui-ci ?](#) ».

L'environnement social et physique du patient semble être pris en compte par les ergothérapeutes à des degrés différents. Cette prise en compte permet pour la plupart du temps de rendre la prise en soin écologique et en cohérence avec le contexte de vie du patient. De plus, le fait de prendre en compte les différents environnements de la personne permet de faciliter la

vision holistique du thérapeute. En effet, l'ergothérapeute peut donc intervenir dans les différents environnements de vie pour garantir l'homéostasie. Également cette prise en compte pourra faciliter le retour à domicile des personnes.

De ce fait, lorsque l'environnement physique et social est pris en compte cela peut faciliter l'engagement dans la rééducation. En effet, le patient semble plus concerné quand les exercices de rééducation sont signifiants pour lui. Dans ce cas-là, il ne paraît pas subir la rééducation et peut devenir acteur de celle-ci en la personnalisant au maximum. Cette participation pour rendre la prise en soin centrée sur ses objectifs peut permettre à la personne de se projeter et donc de s'engager pleinement dans cette étape de sa vie. Cependant il semble nécessaire de faire un compromis entre les moyens fournis par le centre et les attentes du patient. Également, en fonction du patient ou de son environnement de vie l'engagement peut être totalement différent.

4.3 Critique du dispositif de recherche

Ce dispositif de recherche a tout de même fait émerger des biais. En effet, malgré les tests effectués, les entretiens n'étaient pas parfaits car c'est une première recherche pour l'enquêteur qui manquait d'expérience. De plus, le chercheur n'était pas totalement neutre au cours de la passation des entretiens ce qui a pu influencer leur déroulé.

Ensuite, la recherche d'ergothérapeutes à interviewer a été complexe. De ce fait, le chercheur n'a pas pris la peine de sélectionner des enquêtés de différents niveaux d'expérience et n'a pu en interroger que trois. Les résultats ne sont donc pas représentatifs et généralisables à la population de tous les ergothérapeutes. Cependant différents profils ont été interrogés ce qui a permis d'enrichir nos données.

Les interviews ont été réalisées par téléphone, car les ergothérapeutes n'avaient pas le temps de se libérer de leur travail pour un entretien physique ou n'étaient pas sur place. La visioconférence a également été écartée car les ergothérapeutes n'avaient pas le matériel à disposition. Les ergothérapeutes auraient perdu trop de temps à installer les appareils nécessaires pour la réaliser. Cela a pu impacter la recherche car les thérapeutes étaient moins plongés dans le cadre de l'entretien. De plus, cela a pu freiner la relation de confiance entre les interlocuteurs et certains sujets n'ont potentiellement pas été abordés. Néanmoins des éléments de réponses ont pu être fournis pour les croiser à l'objet de recherche.

4.4 Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle

Concernant la pratique professionnelle, dans un premier temps, ce sujet est un sujet socialement vif car lors de l'enquête exploratoire et des entretiens, les ergothérapeutes ont montré un certain intérêt. De plus, ce travail a permis de mieux comprendre l'approche centrée sur la personne et tous ses concepts liés. Les ergothérapeutes pourront donc comparer leur pratique, à la théorie afin de la faire évoluer. Grâce à cela les caractéristiques de l'engagement ont pu être approfondi et expliqué. Également le concept de modèle systémique a pu être découvert et développé. Cela a permis de mettre en lumière l'interaction présente entre toutes les composantes d'un système et l'enjeu du maintien de l'homéostasie dans celui-ci. De ce fait, les ergothérapeutes pourront apporter une nouvelle vision sur leur prise en soin et de nouvelles méthodes.

Ensuite, nous avons pu établir un lien entre engagement et prise en compte des environnements d'une personne. Néanmoins ce lien peut être approfondi et discuté car il ne fait pas l'unanimité ; tout comme pour l'utilisation des activités signifiantes dans les exercices rééducatifs et l'apport des exercices analytiques.

En outre, les ergothérapeutes restent partagés sur l'apport de la prise en compte des environnements par rapport à l'engagement occupationnel des patients dans la rééducation même si l'intérêt de prendre en compte l'environnement physique reste unanime.

De ce fait, dans la pratique il est donc primordial de garder à l'esprit que chaque prise en soin doit être individualisée. Des axes de pratique sont communs mais sont traités différemment en fonction des personnes, comme la prise en compte de l'environnement physique, de l'environnement social, de l'environnement professionnel et l'utilisation des activités signifiantes.

Néanmoins il y a certaines limites comme le manque d'engagement de l'entourage qui freine donc la prise en compte de l'environnement social. De plus des limites institutionnelles peuvent aussi faire surface comme le manque de temps ou de moyen du professionnel pour avoir une vision holistique dans sa prise en soin. En fin, l'état émotionnel et psychologique du patient peut aussi être une limite à cette pratique.

4.5 Propositions de transférabilité pour la pratique professionnelle

A la suite de ces entretiens il est donc intéressant de retenir l'apport que peut avoir les concepts de l'approche centrée sur la personne à la pratique ergothérapique. Cela permettrait aux ergothérapeutes d'orienter leurs pratiques vers l'approche centrée sur la personne. De ce

fait, au vu des limites institutionnelles l'ergothérapeute peut se questionner sur sa pratique, remettre constamment le patient au centre de son questionnement et le pousser à être acteur de sa prise en soin. L'ergothérapeute doit faire avec les moyens fournis par son établissement et s'adapter à chaque situation. De plus, la prise en compte des environnements est apparue importante dans les entretiens pour garantir l'équilibre de vie et l'équilibre occupationnel des patients et de leur entourage. L'ergothérapeute adapte sa pratique selon les envies et les motivations du patient et de son entourage. L'utilisation des activités significatives et des habitudes de vie, peut être bénéfique à la pratique et à la motivation du patient tout comme néfaste car il y a une possibilité de mise en échec. Les activités peuvent être plus ou moins difficile en fonction des capacités du patient. Cependant il est intéressant de garder à l'esprit que les exercices analytiques peuvent toujours être utiles dans certaines situations. L'explication de l'enjeu de ces exercices analytiques et leur recontextualisation permet de recentrer la pratique sur le patient.

Enfin, la relation thérapeutique reste un pilier du soin et de l'approche centrée sur la personne car elle permet d'établir une relation de confiance et un climat favorable au rétablissement.

4.6 Perspectives de recherche à partir des résultats et ouverture vers une nouvelle question de recherche.

Dans cette recherche nous nous sommes intéressés à la perception des ergothérapeutes mais les principaux concernés dans la rééducation sont les patients. Cependant l'avis des patients n'est pas pris en compte, il peut être intéressant de le questionner. Acquérir la vision des patients pourrait enrichir la recherche déjà établie. **Donc comment les patients perçoivent-ils l'approche centrée sur la personne et la pratique ergothérapique ?**

De plus, concernant l'engagement du patient dans sa rééducation nous avons pu aborder l'enjeu des activités écologiques. L'utilisation de ses activités a un potentiel engageant et rééducatif. **Mais en quoi ce type de mise en situation favorise-t-il le retour à l'autonomie du patient ? Et en quoi l'utilisation d'activités écologiques est-elle différente de l'utilisation d'activités analytiques ? Ainsi, quel est l'impact des activités écologiques sur la rééducation et le patient ? Soit, en quoi l'utilisation des activités écologiques en rééducation peut-elle influencer le retour à domicile du patient ?**

Enfin nous avons pu parler du rôle de l'ergothérapeute vis-à-vis de l'environnement social. L'ergothérapeute a sa place à jouer dans cet environnement qui se voit perturbé lors de l'entrée d'un patient en rééducation. Comme nous avons pu le voir dans les concepts lorsqu'un sous-

système change, le système se déséquilibre. Dans notre cas c'est souvent le système familial du patient qui est perturbé lors de la rééducation. Les patients, tout comme les aidants peuvent perdre leur rôle social et leur bien-être. **Quelle est la place de l'ergothérapeute dans le maintien de l'homéostasie du système familial du patient ?** Ainsi comment maintenir l'homéostasie dans le système familial lorsque l'un des sous-systèmes est en rééducation ? Et en quoi l'implication de l'aidant dans la rééducation peut-il jouer sur son bien-être et son rôle au sein du système familial ?

5 Conclusion

Pour conclure ce travail, je pense que la réalisation de ce mémoire de recherche m'a beaucoup servi dans ma formation. En effet, grâce à la réalisation de celui-ci j'ai pu me former plus spécifiquement à la pratique centrée sur la personne. De plus, j'ai pu découvrir et approfondir deux concepts liés à cette approche : l'engagement et le modèle systémique. Je pense que les connaissances acquises par ces deux concepts mais aussi par ma question de recherche permettront de guider ma pratique en ergothérapie. Dorénavant, je pense être capable d'aborder une approche centrée sur la personne dans ma pratique, en prenant en compte tous les éléments liés à celle-ci. L'objet de ma recherche centré sur le lien entre l'engagement occupationnel et la prise en compte des environnements de la personne, m'a permis d'avoir le point de vue de plusieurs ergothérapeutes sur le sujet. J'ai pu donc découvrir différentes approches de la pratique centrée sur la personne et aussi les limites à prendre en compte lorsqu'on la met en place. A la fin de ce travail de recherche, je me sens vraiment experte sur la prise en soin centrée sur la personne et ça me donne d'autant plus envie de partager mes connaissances sur le sujet et de recueillir l'expérience des ergothérapeutes la pratiquant. La prise en compte des environnements de vie d'une personne et la recherche de son engagement dans sa prise en soin deviennent une véritable ligne de conduite à suivre pour ma future pratique.

Ce mémoire m'a donc beaucoup apportée sur le plan des connaissances mais il m'a aussi apportée en rigueur et en organisation. En effet, construire un travail de recherche sur un an et demi et écrire plus de 100 pages (avec annexe) est une première pour moi. J'ai donc dû repousser mes limites, organiser mon temps en fonction de mon avancée et me fixer des objectifs. Je pense que ce mémoire m'a accompagnée et m'a apportée les compétences de travail nécessaires dans cette fin de formation. J'ai pu réaliser de nombreuses recherches bibliographiques et lu de nombreux articles scientifiques pour enrichir mes connaissances. De plus, j'ai également dû réaliser des entretiens téléphoniques avec d'autres ergothérapeutes ce

qui m'a permis de travailler ma capacité à communiquer et à me faire comprendre. J'ai pu aussi travailler ma posture, en mettant de côté mon point de vue pour écouter ce que l'autre a à partager. Je trouve cela très enrichissant d'écouter une personne partager ses connaissances et son savoir sans être influencé par ses « croyances » sur certains points. En outre, ce mémoire de recherche a permis de faire le lien entre mes années de formation et ma future carrière professionnelle. En relisant, les prémises de ce mémoire je suis fière de l'orientation qui l'a pris, du travail que j'ai fourni et de la maturité que j'ai acquise.

Bibliographie

1. La profession – ANFE [En ligne]: <https://anfe.fr/la-profession>. Consulté le 8 sept 2021
2. Meyer S. De l'activité à la participation. Paris: De Boeck Solal; 2013: 274p.
3. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0010 du 13/01/2022 [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf>. Consulté le 2 mai 2022
4. Pierce D, Morel-Bracq MC. La science de l'occupation pour l'ergothérapie. Louvain-la-Neuve: De Boeck supérieur; 2016: 364p.
5. HAS : présentation générale rbpp santé mineurs jeunes majeurs [En ligne]. <https://www.has-sante.fr> Consulté le cité 27 déc 2021
6. IP UNIL : Qu'est-ce que la psychologie ?. [En ligne]. <https://www.unil.ch/ip/fr/home/menuinst/linstitut/quest-ce-que-la-psychologie.html>. Consulté le cité 9 déc 2021
7. Soins de suite et de réadaptation - SSR [En ligne]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr>. Consulté le 9 déc 2021
8. atih chiffres cles ssr 2019 [En ligne]. <https://www.atih.sante.fr>. Consulté le 8 sept 2021
9. OFSP O fédéral de la santé publique. Maladies de l'appareil locomoteur [En ligne]. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/erkrankungen-bewegungsapparat.html>. Consulté le 9 déc 2021.

10. Dépenses de santé – Tableaux de l'économie française | Insee [En ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/>. Consulté le 13 juin 2021.
11. France info : Combien coûte vraiment une hospitalisation.2018. [En ligne] https://www.francetvinfo.fr/sante/hopital/combien-coute-vraiment-une-hospitalisation_3093783.html. Consulté le 29 mai 2021
12. ADP Assurances : Coût d'une hospitalisation et prise en charge par l'assurance maladie [En ligne]. <https://www.adpassurances.fr/articles/cout-dune-hospitalisationet-prise-en-charge-par-lassurance-maladie.html>. Consulté le 29 mai 2021
13. Caire JM, Schabaille A. Engagement, occupation et santé: une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie. Paris: Association nationale française des ergothérapeutes; 2018:424p.
14. République Française. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. JORF n°0156 du 8 juillet 2010. p124
15. Piazza T. L'ergothérapie signifiante. *Ergothérapies*. 2021;80:43-52.
16. Handicap et santé [En ligne]. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>. Consulté le 13 juin 2021
17. Liste des revues scientifiques de Catégorie A 2021 [En ligne]. <https://univ-constantine3.dz/>. Consulté le 19 janv 2022
18. Law M., Baptiste S., Mills J., Client-Centred Practice: What does it Mean and Does it Make a Difference?. 1995 [En ligne]. <https://journals-sagepub-com.lama.univ-amu.fr/doi/abs/10.1177/000841749506200504>. Consulté le 21 déc 2021
19. Mroz TM, Pitonyak JS, Fogelberg D, Leland NE. Client Centeredness and Health Reform: Key Issues for Occupational Therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2015; 69(5) 1-8.
20. Lawrence M, Kinn S. Defining and measuring patient-centred care: an example from a mixed-methods systematic review of the stroke literature: Defining and measuring patient-centred care. *Health Expectations*. 2012; 15(3): 295-326.
21. Jesus TS, Bright F, Kayes N, Cott CA. Person-centred rehabilitation: what exactly does it mean? Protocol for a scoping review with thematic analysis towards framing the concept and practice of person-centred rehabilitation. *BMJ Open*. 2016; 6(7): 1-8
22. Sumsion T, Law M. A Review of Evidence on the Conceptual Elements Informing Client-Centred Practice. *Can J Occup Ther*. 2006;73(3):153-62.
23. Maitra KK, Erway F. Perception of Client-Centered Practice in Occupational Therapists and Their Clients. *Am J Occup Ther*. 2006;60(3):298-310.
24. Northen JG, Rust DM, Nelson CE, Watts JH. Involvement of Adult Rehabilitation Patients in Setting Occupational Therapy Goals. *Am J Occup Ther*. 1995;49(3):214-20.

25. Christopher Wagner C., Brian McMahon T., Motivational Interviewing and Rehabilitation Counseling Practice. 2004 [En ligne]. <https://journals-sagepub-com.lama.univ-amu.fr/doi/abs/10.1177/00343552040470030401>. Consulté le 21 déc 2021
26. Hansen AØ, Kristensen HK, Cederlund R, Lauridsen HH, Tromborg H. Client-centred practice from the perspective of Danish patients with hand-related disorders. *Disabil Rehabil.* 2018 ;40(13):154-252.
27. Moscarola J. Chapitre 12. Questionnaires et questionnaire en ligne, EMS Editions; 2018 [En ligne]. <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/les-methodes-de-recherche-du-dba--9782376871798-page-201.htm>. Consulté le 8 janv 2022
28. Eymard-Simonian C, Moncet MC. Initiation à la recherche en soins et santé: formation. Lamarre ; 2003. 243p.
29. Les fiches en lignes : Fiche 62 [En ligne]. <http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr> Consulté le 23 déc 2021.
30. Université de Montréal: Qu'est-ce que la sociologie ? Département de sociologie. [En ligne]. <https://socio.umontreal.ca/departement/quest-ce-que-la-sociologie/>. Consulté le 8 janv 2022
31. Historique de la systémique. [En ligne]. <https://static.convergencerh.com> Consulté le 21 janv 2022
32. Morel-Bracq MC. Les modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux. 2e édition. Louvain-La-Neuve: De Boeck Supérieur; 2017:261p.
33. Encyclopædia Universalis : systémisme. [En ligne]. <https://www.universalis.fr/encyclopedie/systemisme/>. Consulté le 21 janv 2022
34. Fondements theoriques de la systemique [En ligne]. <https://static.convergencerh.com>. Consulté le 28 déc 2021
35. Encyclopædia Universalis : La théorie des systèmes, épistémologie. [En ligne]. <https://www.universalis.fr/encyclopedie/systeme-epistemologie/2-la-theorie-des-systemes/>. Consulté le 29 déc 2021
36. Minary JP. Modèles systémiques et psychologie: approche systémique et idéologie dans l'analyse transactionnelle et dans le courant de Palo-Alto. Liège: Mardaga; 1992: 252p.
37. Edgar Morin : Réforme de pensée, transdisciplinarité, réforme de l'Université [En ligne]. <http://www.ciret-transdisciplinarity.org/bulletin/b12c1.php>. Consulté le 21 janv 2022.
38. Abdelmalek AA. Edgar Morin, sociologue et théoricien de la complexité: *Societes.* 2004;no 86(4):99-117.
39. Gallot S. Vers un modèle systémique sémiopragmatique pour agir, décider et changer les systèmes de communication en organisation. *Revue française des sciences de l'information et de la communication* 30 juill 2013. [En ligne]. <http://journals.openedition.org/rfsic/520>. Consulté le 29 déc 2021

40. Watzlawick P, Bavelas JB, Jackson DDA, Morche J. Une logique de la communication. Paris: Éditions Points; 2014..
41. Wittezaele JJ, García T. À la recherche de l'école de Palo Alto. Paris: Éd. Points; 2014. 476p.
42. Caire JM. Nouveau guide de pratique en ergothérapie: entre concepts et réalités. Bruxelles Marseille: De Boeck Solal; 2008. 358p.
43. Meyer S. Démarches et raisonnements en ergothérapie. Lausanne: EESP; 2007. 206p .
44. Moser G. Resumo. Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale. 2006; 70(2): 89-95.
45. Encyclopædia Universalis : engagement. [En ligne]. <https://www.universalis.fr/encyclopedie/engagement/>. Consulté le 27 déc 2021
46. Neal AG. The Psychology of Commitment: Experiments Linking Behavior to Belief (Book). Rural Sociology. 1972; 37(3): 79-80.
47. Champy F. Joule R-V, Beauvois J-L, La soumission librement consentie. Revue française de sociologie. 1999; 40(2):426-8.
48. Paillé P. Engagement organisationnel et modes d'identification: Dimensions conceptuelle et empirique. Bulletin de psychologie. 2005; 480(6): 5-11.
49. Bien-être et Mieux-être, le bonheur au travail : La théorie du Flow. [En ligne]. <http://www.devenir-zen.fr/enquete-de-soi/la-theorie-du-flow/> Consulté le 28 déc 2021
50. Picard E, Abdelmalek AA. L'engagement : un fait psychologique et social, total et cohérent. Le Journal des psychologues. 2019; 372(10):16-21.
51. Trouvé É, Clavreul H, Poriel G, Riou G, Caire JM, Guilloteau N, et al. Participation, occupation et pouvoir d'agir, plaidoyer pour une ergothérapie inclusive. Paris: ANFE; 2019.479p.
52. Morel-Bracq MC, Offenstein E, Quevillon E, Riguet K, Hernandez H, Ung Y, et al. L'activité humaine: un potentiel pour la santé ? Paris: De Boeck-Solal; 2015. 342p .
53. Trouvé É, Drosso F. Agir sur l'environnement pour permettre les activités. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2016. 664p.
54. L'entretien de recherche : définition, utilisation, types et exemples. 2019. [En ligne] <https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-recherche/>. Consulté le 2 avr 2022
55. République Française. n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine. JORF n°0056 du 6 mars 2012.p 164

Annexes

<u>5.1</u>	<u>Annexe 1</u> : Tableau de récapitulatif de la revue de littérature	64
<u>5.2</u>	<u>Annexe 2</u> : Matrice du questionnaire de l'enquête exploratoire	72
<u>5.3</u>	<u>Annexe 3</u> : Questionnaire en ligne de l'enquête exploratoire.....	79
<u>5.4</u>	<u>Annexe 4</u> : Diagramme des résultats de l'enquête exploratoire.....	89
<u>5.5</u>	<u>Annexe 5</u> : Comparaison des concepts vus dans la revue de littérature avec les mots clés des définitions des ergothérapeutes interrogés	95
<u>5.6</u>	<u>Annexe 6</u> : Matrice du cadre conceptuel	97
<u>5.7</u>	<u>Annexe 7</u> : Schéma de la théorie du Flow de Mihaly Csikszentmihalyi	99
<u>5.8</u>	<u>Annexe 8</u> : Matrice d'entretien de l'objet de recherche	100
<u>5.9</u>	<u>Annexe 9</u> : Cadre d'écoute.....	1029
<u>5.10</u>	<u>Annexe 10</u> : Fiche de renseignements	100
<u>5.11</u>	<u>Annexe 11</u> : Formulaire de consentement	104
<u>5.12</u>	<u>Annexe 12</u> : Analyse textuelle des données.....	10502

5.1 Annexe 1 : Tableau de récapitulatif de la revue de littérature

<u>Tableau récapitulatif de la revue de littérature</u>							
<u>Sources</u>	<u>Niveau de scientificité</u>	<u>Thèmes, objet traité</u>	<u>Méthode utilisée</u>	<u>Population</u>	<u>Approche théorique privilégiée</u>	<u>Principaux résultats</u>	<u>Question ou dimension qui n'est pas abordée</u>
<u>Auteur</u> : Tracy M. Mroz, Jennifer S. Pitonyak, Donald Folgeberg, Natalie E. Leland <u>Publié</u> : 2015 <u>Titre</u> : Client Centeredness and Health Reform : Key Issues for Occupational Therapy <u>Revue</u> : American Journal of Occupational Therapy	***	La réforme de santé et la pratique centrée sur la personne dans le milieu paramédical	Revue de littérature	Professionnels paramédicaux en règle générale et les ergothérapeutes	La réforme de la santé encourage la prestation de soins centrés sur le patient. L'ergothérapie participe à cette discussion avec la vision centrée sur le patient pour fournir la meilleure façon de centrer les soins sur le client	La loi sur la protection des patients et les soins abordables de 2010 met l'accent sur le centrage sur le patient comme un moyen d'améliorer les résultats en matière de santé. Le centrage sur le patient est associé à la qualité des soins des professionnels de santé. Le centrage sur le patient est désormais considéré comme une composante essentielle de la qualité et de la valeur des soins en santé (ACA 2010).	Quelle est la différence entre la théorie et la pratique ? Comment l'ergothérapeute définit-il la prise en charge centrée sur la personne ? Comment l'ergothérapeute construit sa prise en charge lorsqu'il se centre sur la personne ? (outils, modèles, objectifs, moyens)

<p><u>Auteur</u> : Maggie Lawrence Sue Kinn <u>Publié</u> : 2011 <u>Titre</u> : Defining and measuring patient-centred care : an example from a mixed-methods systematic review of the stroke literature <u>Revue</u> : Ltd Health Expectations</p>	*	Pratique centrée sur la personne dans la réalisation des soins pour un patient AVC	Revue littéraire	La population est : des personnes britanniques suivies pour de la rééducation post-AVC	La politique britannique a décrit la nécessité d'un service de soins de santé qui répond aux besoins des patients et des familles : tous préconisent des services centrés sur la personne. Le modèle médical paternaliste traditionnel entraîne souvent des tensions entre les objectifs et les priorités des paramédicaux et ceux des patients et de leur famille.	<p>Les 21 études incluses dans la revue étaient sous-reliées à un processus d'analyse thématique. Les thèmes ont été identifiés et englobés dans trois grandes catégories : la signification ou la pertinence, la qualité et la communication. Ces trois grandes catégories, ou thèmes, forment un cadre théorique de pratique centrée sur le patient en réadaptation après un AVC.</p> <p>Les paramédicaux entendent les besoins d'approche centrée sur la personne mais le fossé entre leurs priorités et celle du patient est un obstacle.</p>	<p>En quoi la pratique centrée sur la personne permet l'engagement ? Comment se déroule une prise en charge centrée sur la personne ? Pourquoi n'y a-t-il pas de définition officielle ? Comment les ergothérapeutes définissent-ils cette pratique ?</p>

<p><u>Auteur :</u> Christopher C Wagner, Brian T McMahon <u>Publié :</u> 2004 <u>Titre :</u> Motivational Interviewing and Rehabilitation Counseling Practice <u>Revue :</u> Rehabilitation Counseling Bulletin volume 47 n°3</p>	***	L'entretien motivationnel	Littérature professionnelle	Patients	L'entretien motivationnel permet de se centrer sur le client	<p>La motivation des clients est liée à la perception de la probabilité d'obtenir un gain. L'entretien motivationnel est centré sur le client car il se concentre sur : les expériences, les valeurs, les objectifs et les plans du client et encourage le choix et la responsabilité. L'entretien motivationnel peut être utilisé pour améliorer l'engagement</p>	L'entretien motivationnel est dit centré sur la personne. De ce fait vu que l'entretien motivationnel permet l'engagement de la personne est ce que l'approche centrée sur la personne influence l'engagement du client ?
<p><u>Auteur :</u> Tiago S Jesus, Felicity Bright, Nicola Kayes, Cheryl A Cott <u>Publié :</u> 2016 <u>Titre :</u> Person-centred rehabilitation : what exactly does it mean? Protocol for a scoping review with thematic analysis</p>	***	Le centrage sur la personne	Revue littéraire	Personnes handicapées physiques, cognitives, émotionnelles ou avec des troubles du comportement	L'étude vise à construire un cadre conceptuel, basé sur la littérature existante, de ce que signifie l'approche centrée sur la personne dans la rééducation des adultes handicapés physiques dans	<p>Le centrage sur la personne : il s'agit d'interagir avec les gens avec dignité, compassion et respect, de voir la personne comme un individu et un expert en lui-même, et de mettre les gens et leurs familles au centre des décisions. Les différentes approches de recherche ont montré des effets contradictoires : un essai contrôlé randomisé mettant en œuvre une</p>	Est-ce que les professionnels incluent les familles des patients dans les prises en soin ? En ce qui concerne les objectifs comment les élaborent-ils lors de leur prise en charge ? Dans leur texte il parle d'approche centrée sur la personne mais il se

<p>towards framing the concept and practice of person-centred rehabilitation Revue : BMJ Open</p>					<p>la rencontre clinique et le service de santé</p>	<p>approche de soins centrés sur le client a montré que les résultats étaient pires dans le groupe d'intervention que dans le groupe recevant les soins habituels. En revanche, un autre essai testant une intervention "centrée sur la personne" sur une population test et une intervention standard sur une population témoin, a dévoilé que la population témoin avait de meilleurs résultats de rééducation.</p>	<p>base sur la rééducation de la déficience. Pouvons-nous avoir une approche centrée sur la personne en rééduquant uniquement le membre déficient ?</p>
<p>Auteur : Maitra, K. K. & Erway, F. Publié : 2006 Titre : Perception of client-centered practice in occupational therapists and their clients. Revue : American</p>	<p>**</p>	<p>La pratique centrée sur la personne, du point de vue des patients et des ergothérapeutes.</p>	<p>Mixte</p>	<p>30 clients (21 femmes et 9 hommes) 11 ergothérapeutes (8 femmes et 3 hommes) pratiquent soit dans un hôpital, soit en soin de longue</p>	<p>Dans le monde ; l'expression centrée sur le patient est de plus en plus préconisée. Essentiellement, la pratique axée sur le patient est un processus dans lequel le patient est le point focal</p>	<p>Le succès de la pratique centrée sur la personne dépend de deux composants principaux. Le premier est le désir et la capacité des clients à participer aux processus de prise de décision, et le second est le désir et la capacité du thérapeute à inclure les clients dans le processus de prise de décision. Les chercheurs ont trouvé que</p>	<p>Pourquoi la perception de l'ergothérapeute et du client est-elle autant différente ? Comment les clients sont-ils impliqués dans la prise en charge ?</p>

Journal of Occupational Therapy				durée, soit en établissement de réadaptation, ou en établissement de soins infirmiers.	autour duquel le traitement d'ergothérapie évolue.	les ergothérapeutes impliquaient leurs clients dans le processus d'établissement des objectifs dans une certaine mesure.	
<p><u>Auteur :</u> Thelma Sumsion, Mary Law, <u>Publié :</u> 2006 <u>Titre :</u> A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice <u>Revue :</u> journal canadien d'ergothérapie</p>	***	Les idées conceptuelles de la pratique centrée sur le patient et leurs influences sur la pratique	Revue littéraire	Article de littérature des années 1990 à 2005 sur la pratique centrée sur le patient dans les soins de santé	La pratique centrée sur la personne est un partenariat entre le client et le thérapeute qui habilite le client à s'engager dans la performance fonctionnelle et à remplir ses rôles professionnels dans une variété d'environnements. Le client participe activement à la négociation des objectifs	Les éléments conceptuels thématiques se dégageant de la revue de littérature sont le thème du pouvoir, de l'écoute et de la communication, du partenariat, du choix et de l'espoir	Comment ces grands concepts sont-ils incarnés lors d'une prise en charge ? En quoi les troubles psychiatriques ou les déficiences cognitives peuvent-elles impacter le partenariat ? En quoi ces difficultés peuvent-elles impacter la relation thérapeutique ?

					prioritaires et est au centre de l'intervention et l'évaluation.		
<p><u>Auteur :</u> Jena G. Northen, Diane M. Rust, Craig E. Nelson, Janet H. Watts</p> <p><u>Publié :</u> 1994</p> <p><u>Titre :</u> Involvement of Adult Rehabilitation Patients in Setting Occupational Therapy Goals</p> <p><u>Revue :</u> American Journal of Occupational Therapy</p>	**	Implication des patients par les thérapeutes dans la réalisation des objectifs et des méthodes lors de la PEC	Quantitatif	Trente ergothérapeutes agréés en réadaptation pour adultes (4 hommes /26 femmes).	Concept du droit du patient : les personnes ont commencé à se considérer comme des consommateurs plutôt que comme des destinataires de soins de santé et, par conséquent, exigeaient plus de contrôle sur les décisions en matière de soins de santé qui les concernent.	Les résultats indiquent que les ergothérapeutes avec des adultes en réadaptation physique n'impliquent pas toujours les patients et les familles dans un processus d'établissement d'objectifs. Ces résultats indiquent que les thérapeutes ne maximisent pas le potentiel d'implication des patients et des familles.	L'élaboration des objectifs par la personne est-elle réellement nécessaire pour faire une bonne prise en charge centrée sur le patient ? En quoi la prise en charge va-t-elle changer si les objectifs ne sont plus clients centrés ? Dans la pratique jusqu'à quel point les patients sont inclus dans l'élaboration de leurs objectifs ?

<p><u>Auteur</u> : Hansen, A.Orts; Kristensen, H.Kaae; Cederlund, Ragnhild; Lauridsen, H.Hein; Tromborg, Hans</p> <p><u>Publié</u> : 2018</p> <p><u>Titre</u> : Client-centred practice from the perspective of Danish patients with hand-related disorders</p> <p><u>Revue</u> :Disability and Rehabilitation en 2018</p>	**	Perception de la pratique centrée sur le patient.	Qualitative	25 patients danois sur 6 établissements différents, atteints d'une pathologie de la main. Parmi les participants, il y a des personnes de différents âges, pathologies, sexes.	Les valeurs fondamentales et les éléments d'une habilitation centrée sur la personne sont : <ul style="list-style-type: none"> - Choix, - Responsabilité, - Participation du client - Connaissance des options - Changement, - Justice - Pouvoir 	Tous les groupes de discussion ont souligné l'importance de la participation des patients à la prise de décision dans l'établissement des priorités. Ils ont déclaré que leur engagement était central car il garantissait que la réadaptation soit significative pour leur vie quotidienne. Les participants aux groupes de discussion ont demandé un niveau de partenariat individualisé. Ils ont conclu que, pour être centré sur le client, le traitement doit être adapté individuellement. Six domaines se sont révélés essentiels à la pratique centrée sur le patient : la participation des patients dans la prise de décision, l'éducation centrée sur la personne, l'évaluation des résultats du patient, le soutien	Pourquoi certaines personnes sont satisfaites sans avoir participé à l'élaboration des objectifs ? En quoi les activités écologiques sont-elles si importantes ? En quoi la participation du patient dans la construction des objectifs va influencer la prise en charge ?
--	----	---	-------------	--	---	---	--

						émotionnel, la coopération et coordination et l'habilitation à l'occupation	
<p><u>Auteur</u> : Mary Law, Sue Baptiste, Jennifer Mills</p> <p><u>Publié</u> : 1995</p> <p><u>Titre</u> : Client-centred practice: What does it mean and does it make a difference?</p> <p><u>Revue</u> : CJOT VOLUME 62 N°5</p>	***	L'approche centrée sur la personne	Littérature professionnelle	/	L'une des difficultés des lignes directrices actuelles pour la pratique de l'ergothérapie centrée sur la personne est l'absence de définition et de discussion sur les concepts et les enjeux fondamentaux.	Dans cet article, les concepts clés de la pratique centrée sur la personne : autonomie individuelle, choix, partenariat, responsabilité du thérapeute et du client, habilitation, congruence contextuelle, l'accessibilité et le respect de la diversité sont abordés.	Par quel procédé ces concepts sont-ils mis en avant dans la pratique ? Quelle définition donnerait les ergothérapeutes à « l'approche centrée sur la personne » ?

5.2 Annexe 2 : Matrice du questionnaire de l'enquête exploratoire

Variables étudiées	Indicateurs par variables	Indices	Intitulé	Modalité de réponse	Objectifs
Consentement			Acceptez-vous de participer à ce questionnaire ? les résultats seront exploités de manière anonyme	Oui/ Non	Obtenir le consentement de la personne
Critères psychosociaux des ergothérapeutes et des patients	Profil de l'ergothérapeute	Profession	1) Etes-vous ergothérapeute ?	Oui/ Non	Connaitre les critères psychosociaux de la personne
		Déterminants personnels	2) Quel âge avez-vous ?	Question ouverte	

			3) De quel genre êtes-vous ?	Hommes/ Femmes/ autres	
	Etablissement		4) Dans quel type d'établissement travaillez-vous ?	SMR / SMR GERIATRIQUE/ CRF/ CMPR / Autres	Connaitre le cadre spatio-temporel du travail de la personne
			5) Depuis combien de temps ?	Question ouverte	
	Formation		6) En quelle année avez-vous été diplômé ?	Question ouverte	Connaitre les caractéristiques de la formation de la personne
			7) Dans quelle Ife avez-vous été formé ?	Question ouverte	
			8) Avez-vous déjà entendu parler de l'approche centrée sur la personne ?	Oui / Non	
Propre aux patients	Ages		9) Pouvez-vous indiquer en moyenne la tranche d'âge du public auprès duquel vous intervenez ?	18-28ans / 29-39 ans/ 40-50 ans/ 51- 61 ans / Plus	Savoir l'âge ou la pathologie des patients pris en charge
	Pathologies		10) Pouvez-vous indiquer les pathologies du public auprès duquel vous intervenez ?	Amputé / Post AVC / Arrêt cardiaque / Problème pulmonaire / Neuropathie de réanimation / Maladie chronique / PTH PTG / Pathologie du membre supérieur / Traumatisme / Paraplégie / Tétraplégie / Maladie neuro- dégénérative/ Autres	

Approches utilisées par les ergothérapeutes	Utilisation d'outils	Evaluation	11) Quels outils utilisez-vous pour évaluer les limitations d'activités ?	Aucun / MIFF / MAVHIE / MCRO / Bilan KAWA / Modèle transactionnel de l'occupation / MOHOST / Profil occupationnel / CIF / INDEX DE BARTHEL / VAD / Mise en situation écologique / Autres	Savoir comment les ergothérapeutes réalisent leur prise en soin	
			12) Pourquoi ?			
		Modèle	13) Quel(s) modèle(s) utilisez-vous dans votre prise en soin ?			Biomédical / Biopsychosocial / CIF / PPH / MCREO / KAWA / PEOP / MOH / Aucun
			14) Pourquoi ?			Question ouverte
	Approche	Approche centrée sur la personne	15) Pour vous qu'est-ce que la prise en soin centrée sur la personne ?	Question ouverte		Savoir comment les ergothérapeutes définissent l'approche centrée sur la personne
			16) Utilisez-vous une approche centrée sur la personne ?	Oui/Non		Connaitre la vision de l'ergothérapeute par
17) D'après vous y a-t-il une période plus propice à appliquer la pratique centrée sur la personne ?			Oui/Non			

			18) Si oui laquelle et pourquoi ?	Question ouverte	rapport à l'approche centrée sur la personne
			19) Si vous pratiquez une approche centrée sur la personne utilisez-vous cette approche en collaboration ou en coopération avec d'autres professionnels ?	Oui/ Non	
			20) Si oui le(s)quel(s)	Kinésithérapeutes / Infirmiers / Psychomotriciens / Enseignant APA / Orthophoniste / Autres	
Place du patient dans le processus de soins	Participation dans la prise en soin	Démotivation	21) Détectez-vous des signes de démotivation pendant les séances d'ergothérapie de la part des patients	Oui/ Non	Connaitre la vision de l'ergothérapeute par rapport à la démotivation chez le patient
			22) Quels sont ces signes de démotivation ?	Retard / Absence / Refus de soins / Passivité / Autres	
			23) Actuellement avez beaucoup de personne avec des signes de démotivation ?	Aucun / Un peu / Moyennement / Beaucoup / Tous	
			24) Que faites-vous lorsqu'un de vos patients montrent des signes de démotivation ?	Question ouverte	
		Création des objectifs	25) Le patient participe-t-il à l'élaboration des objectifs de la prise en soin ?	Echelle de mesure : 1 : Le patient ne participe pas et n'est pas présent	Savoir comment les objectifs de prise en soin sont mis en place

				<p>2 : le patient ne participe pas mais est présent</p> <p>3 : il y a prise en compte de l'avis du patient</p> <p>4 : il y a une prise en compte de l'avis du patient et une validation par le patient</p> <p>5 : L'ergothérapeute et le patient coconstruisent les objectifs</p> <p>6 : le patient est autonome sur la construction de ses objectifs</p>	
			<p>26) Au niveau organisationnel comment élaborer-vous les objectifs de la prise en soin du patient ?</p> <p>Pluridisciplinarité : Plusieurs disciplines participent mais il n'y a pas de croisement des savoirs et chacun a son objectif.</p>	<p>1 : Seul(e)</p> <p>2 : en interdisciplinarité</p> <p>3 : en intradisciplinarité</p> <p>4 : en transdisciplinarité</p> <p>5 : à l'écrit</p> <p>6 : à l'oral</p>	

			<p>Interdisciplinarité : Il y a un échange de connaissances et d'analyses, de méthodes avec un enrichissement mutuel entre plusieurs spécialités.</p> <p>Transdisciplinarité : Les professionnels acceptent l'idée d'interchangeabilité, modifient l'organisation et se centrent sur le projet de vie et les particularités de la personne.</p>		
	Déroutement de l'intervention	PEC	27) Dans la séance quel(s) moyen(s) ou activité(s) utilisez-vous ?	Jeux de société / Activité analytique / Mise en situation écologique / autres	Savoir quel moyen ou activité est utilisé dans la prise en soin
			28) Pourquoi ?		
Limite de la prise en soin centrée sur la personne	Avis des ergothérapeutes	Freins	29) Quelles sont les limites à une pratique de l'approche centrée sur la personne ?	Question ouverte	Repérer les limites de la pratique
			30) Si vous ne pratiquez pas l'approche centrée sur la personne souhaiteriez-vous la mettre en place si cela est possible ?	Oui/ Non	
			31) Si vous ne pratiquez pas l'approche centrée sur la personne et si vous ne souhaitez	Question ouverte	

			pas la mettre en place quelle en est la raison ?		
Remarques			32) Avez-vous des remarques ?	Question ouverte	Savoir si l'ergothérapeute a des données à ajouter

5.3 Annexe 3 : Questionnaire en ligne de l'enquête exploratoire

Une approche centrée sur la personne



Dans ce questionnaire nous parlons souvent de pratique centrée sur la personne. L'association canadienne des ergothérapeutes la définit comme une « approche fondée sur la collaboration et le partenariat, utilisé pour promouvoir l'occupation auprès de clients. L'ergothérapeute dont la pratique est centrée sur le client démontre du respect pour les clients, les encourage à participer au processus décisionnel, défend leurs droits et leurs besoins et reconnaît la valeur de leurs expériences et de leurs connaissances. »

(PS: Les numéros des questions ne se suivent pas obligatoirement, n'oubliez pas de cliquer sur envoyer à la fin du questionnaire)

1) Acceptez-vous de participer à ce questionnaire? les résultats seront exploités de manière anonyme *

- oui
- Non

Rubrique 2 sur 20

Section sans titre



Description (facultative)

2) Êtes-vous ergothérapeute ? *

- Oui
- Non

Après la section 2 Passer à la section suivante



Rubrique 3 sur 20

Titre de la section (facultatif)



Description (facultative)

3) Dans quel type d'établissement travaillez-vous? *

- Soins de Suite et de Réadaptation
- SSR gériatrique
- Centre de rééducation fonctionnelle
- Centre de médecine physique et de réadaptation
- Je ne travail pas dans la rééducation
- Autre...

Rubrique 4 sur 20

Etats des lieux



Description (facultative)

4) Avez-vous déjà entendu parler de l'approche centrée sur la personne ? *

- oui
- non

5) Pouvez-vous indiquer en moyenne la tranche d'âge du public auprès duquel vous intervenez? *

- 18-28 ans
- 29-39 ans
- 40-50ans
- 51-61 ans
- Plus

6) Pouvez-vous indiquer les pathologies du public auprès duquel vous intervenez ? *

- Amputé
- Post-AVC
- Post Arrêt-cardiaque

- Problème pulmonaire
- Neuropathie de réanimation
- Maladie chronique (diabète, parkinson, lombalgie...)
- PTH PTG
- Pathologie du membre supérieur
- Poly-trauma, Traumatisme
- Paraplégie
- Tétraplégie
- Maladie neuro-dégénérative
- Autre...

Approches utilisées dans la prise en soin

Description (facultative)

7) Pour vous qu'est-ce que la prise en charge centrée sur la personne? *

Réponse longue

8) Quels outils utilisez-vous pour évaluer les limitations d'activités? *

- Aucun
- MIFF
- MAVHIE
- MCRO
- Bilan KAWA
- Modèle transactionnel de l'occupation
- MOHOST
- Profil occupationnel
- CIF
- Index de barthel
- VAD
- Mise en situation écologique
- Autre...

9) Pourquoi ?

Réponse courte

10) Quel(s) modèle(s) utilisez vous dans votre prise en soin ? *

- Biomédicale
- Biopsychosociale
- CIF
- PPH
- MCREO
- KAWA
- PEOP
- MOH
- Aucun
- Autre...

Rubrique 6 sur 20

Titre de la section (facultatif)



Description (facultative)

11) Pourquoi ?

Réponse longue

Après la section 6 Passer à la section suivante

Rubrique 7 sur 20

Approche centrée sur la personne



Description (facultative)

12) Utilisez-vous une approche centrée sur la personne *

- Oui
- Non

Après la section 7 Passer à la section suivante

Rubrique 8 sur 20

Titre de la section (facultatif)

Description (facultative)

13) En imaginant que cela soit possible, souhaiteriez-vous mettre en place une approche centrée sur la personne ? *

oui

non

Après la section 8 Passer à la section suivante ▼

Rubrique 9 sur 20

Titre de la section (facultatif)

Description (facultative)

14) Si vous ne souhaitez pas mettre en place l'approche centrée sur la personne quelle en est la raison ? *

Réponse longue

Après la section 9 Accéder à la page 14 (La place du patient...ocessus de soins) ▼

Rubrique 10 sur 20

Titre de la section (facultatif) ✕ ⋮

Description (facultative)

15) D'après vous, y a-t-il une période dans la prise en soin plus propice à appliquer l'approche centrée sur la personne? *

Oui

Non

Rubrique 11 sur 20

Titre de la section (facultatif) ✕ ⋮

Description (facultative)

16) Laquelle et pourquoi ? *

Réponse courte

Après la section 11 Passer à la section suivante ▼

Rubrique 12 sur 20

Titre de la section (facultatif)



Description (facultative)

17) Utilisez-vous l'approche centrée sur la personne en collaboration ou en coopération avec d'autre(s) professionnel(s) ? *

- Oui
- Non

Après la section 12 Passer à la section suivante

Rubrique 13 sur 20

Titre de la section (facultatif)



Description (facultative)

18) Le(s)quel(s)? *

- Kinésithérapeutes
- Infirmiers
- Psychomotriciens
- Enseignants APA
- Orthophonistes
- Aides-soignants
- Autre...

Rubrique 14 sur 20

La place du patient dans le processus de soins



Description (facultative)

19) Détectez-vous des signes de démotivation pendant les séances d'ergothérapie de la part des patients? *

- Oui
- Non

Après la section 14 Passer à la section suivante

Rubrique 15 sur 20

Titre de la section (facultatif)



Description (facultative)

20) Quels sont les signes de démotivation? *

- Retard
- Absence
- Refus de soins
- Passivité
- Autre...

21) Actuellement, quelle est la proportion de patients ayant des signes de démotivation ? *

- Aucun
- Un peu
- Moyennement
- Beaucoup
- Tous

22) Que faites-vous lorsqu'un de vos patients montrent des signes de démotivation ? *

Réponse longue

Rubrique 16 sur 20

Titre de la section (facultatif)



Description (facultative)

23) Au niveau de l'élaboration des objectifs de la prise en soin : *

- 1 : Le patient ne participe pas et n'est pas présent
- 2 : le patient ne participe pas mais est présent
- 3 : il y a une prise en compte de l'avis du patient
- 4 : il y a une prise en compte de l'avis du patient et une validation par le patient
- 5 : L'ergothérapeute et le patient co-construisent les objectifs
- 6 : Le patient construit ses objectifs seul

Question 24

Dans cette question trois termes sont utilisés voici leur définition :

- Pluridisciplinarité: Plusieurs disciplines participent mais il n'y a pas de croisement des savoirs et chacun a son objectif.
- Interdisciplinarité: Il y a un échange de connaissances et d'analyses, de méthodes avec un enrichissement mutuel entre plusieurs spécialités.
- Transdisciplinarité: Les professionnels acceptent l'idée d'interchangeabilité, modifient l'organisation et se centrent sur le projet de vie et les particularités de la personne.

24) Au niveau organisationnel comment élaborer vous les objectifs de la prise en soin du patient ? *

- seul(e)
- En interdisciplinarité
- En pluridisciplinarité
- En transdisciplinarité
- à l'écrit
- à l'oral
- Autre...

25) Dans la séance quels moyens ou activités utilisez-vous ? *

- Jeux de société
- Activités analytiques (cônes, plots, ballons...)
- Mise en situation écologique: activité de la vie quotidienne
- Autre...

26) Pourquoi? *

Réponse courte

Après la section 16 Passer à la section suivante

Rubrique 17 sur 20

Titre de la section (facultatif)



Description (facultative)

27) Quels sont les freins à une pratique de l'approche centrée sur la personne ? *

Réponse longue

Après la section 17 Passer à la section suivante

Rubrique 18 sur 20

Critères psycho-sociaux

Description (facultative)

28) De quel genre êtes-vous? *

 Homme Femme Autre

29) Quel âge avez-vous ? *

Réponse courte

30) Depuis combien de temps travaillez-vous dans votre établissement? *

Réponse courte

31) Dans quel institut de formation en ergothérapie avez-vous été formé(e) ? *

Réponse courte

32) En quelle année avez-vous été diplômé(e) ? *

Réponse courte

Après la section 18 Passer à la section suivante

Rubrique 19 sur 20

Remarques

Description (facultative)

33) Avez-vous des remarques?

Réponse longue

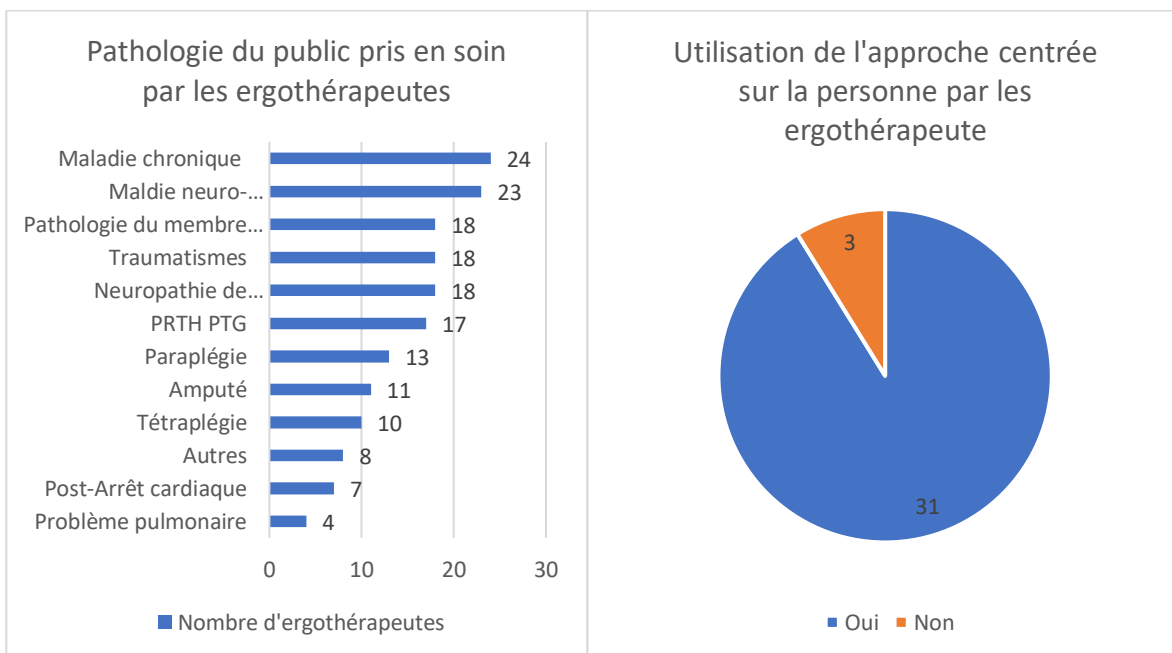
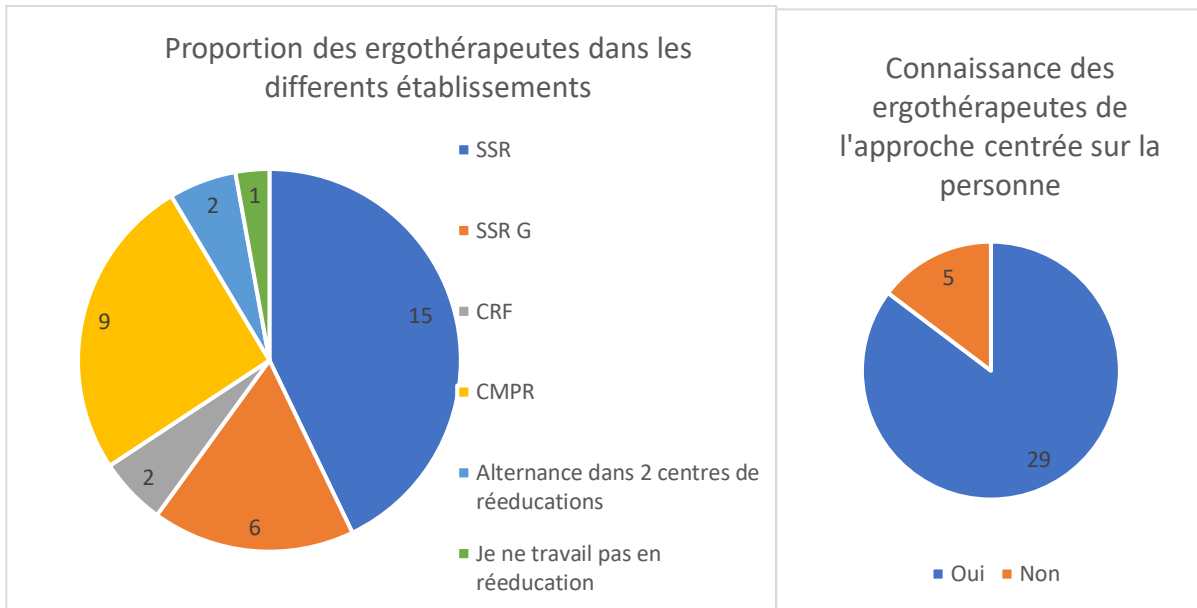
Après la section 19 Passer à la section suivante

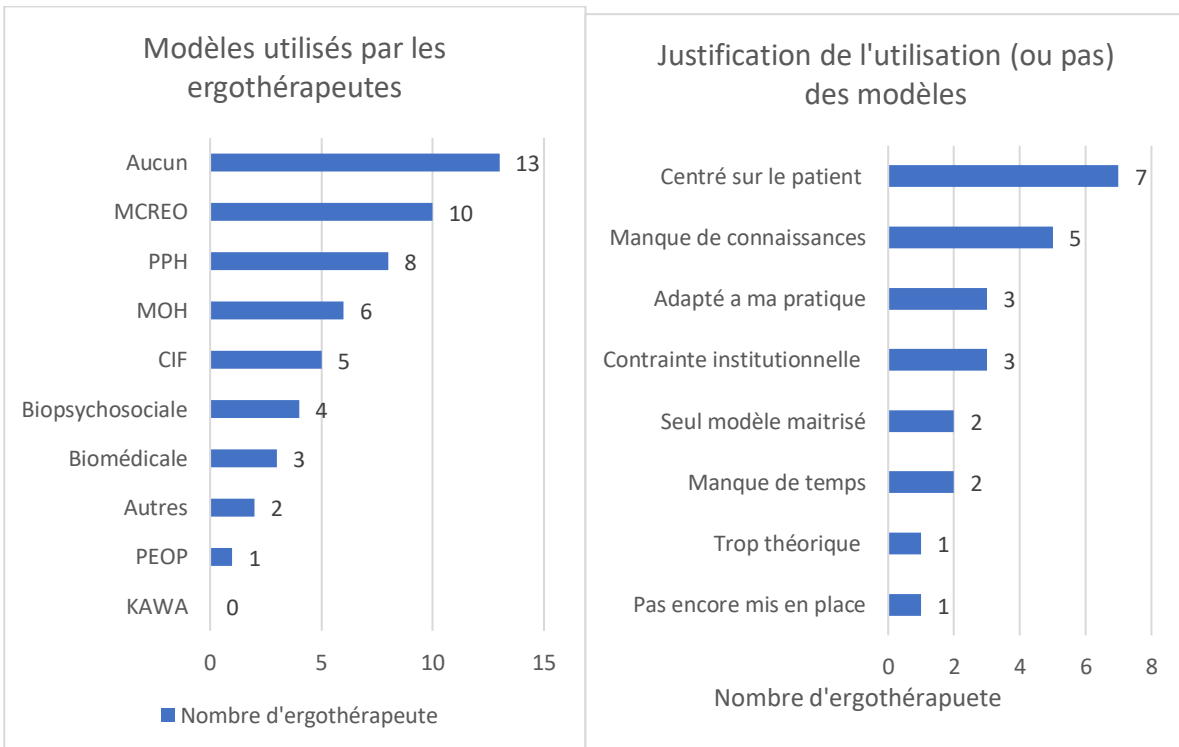
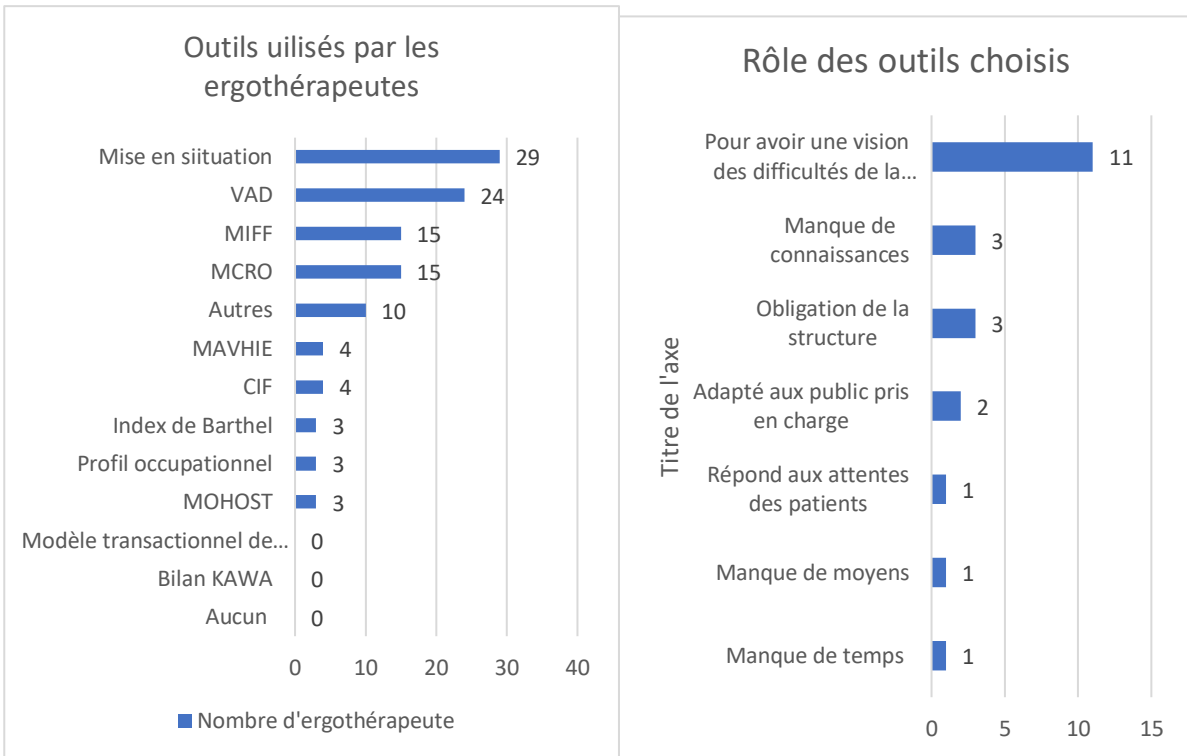
Rubrique 20 sur 20

Merci pour votre participation

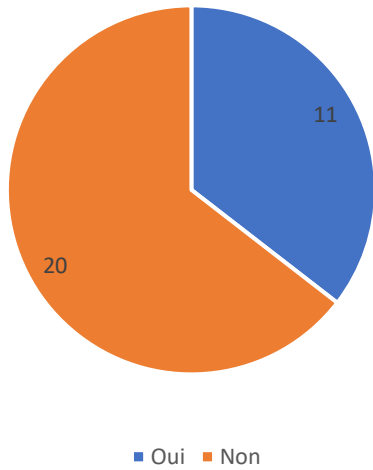
N'oubliez pas de cliquer sur envoyer à la fin du questionnaire

5.4 Annexe 4 : Diagramme des résultats de l'enquête exploratoire

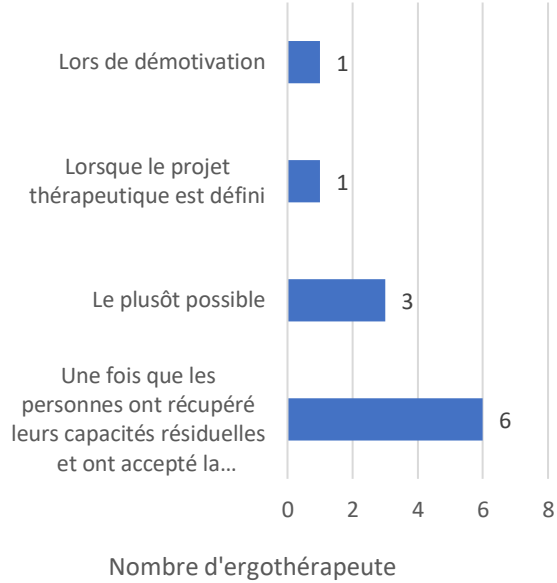




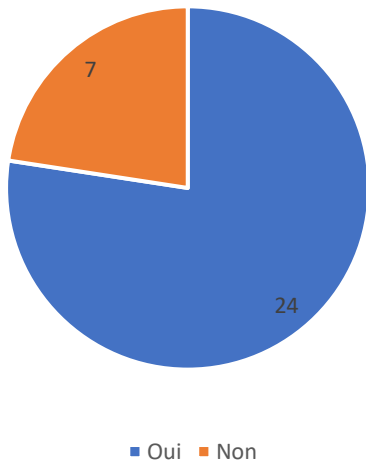
Présence de période dans la prise en soin plus propice à appliquer l'approche centrée sur la personne



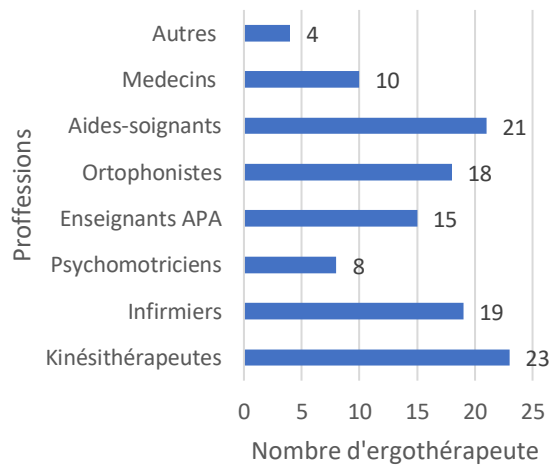
Période plus propice à la prise en soin centrée sur la personne



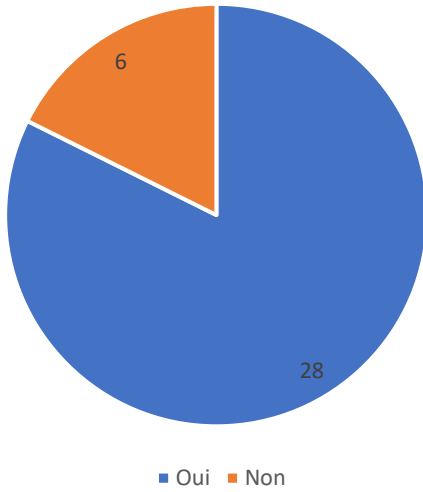
Collaboration avec d'autres professionnels lors de la prise en soin centrée sur la personne



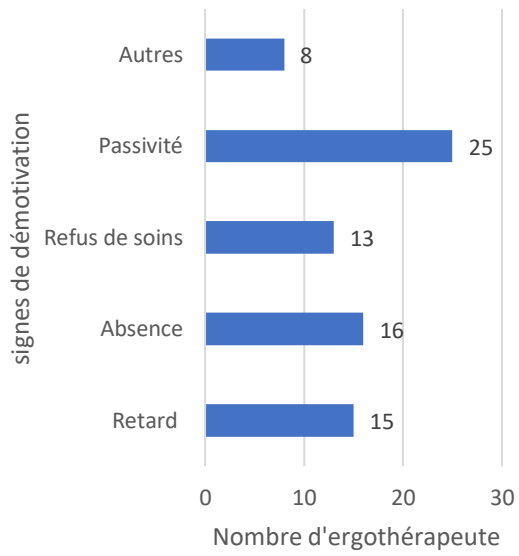
Professionnels les plus présents lors des collaborations



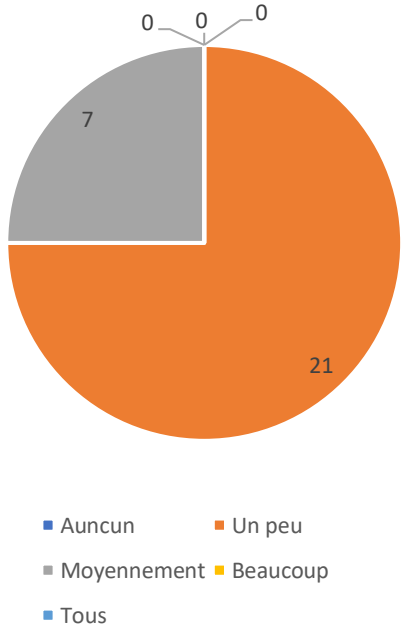
Présence de signes de démotivation pendant les séances d'ergothérapie de la part des patients



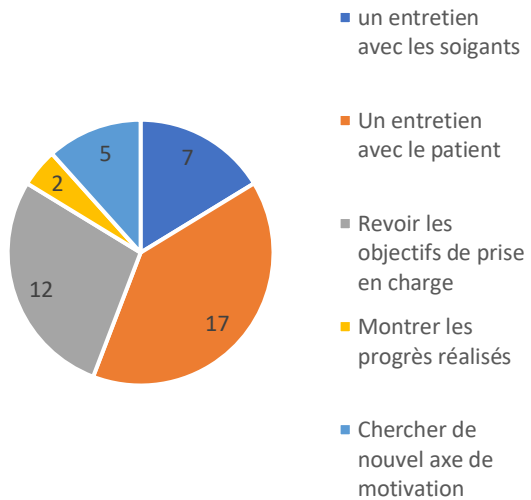
Types de signes de démotivation

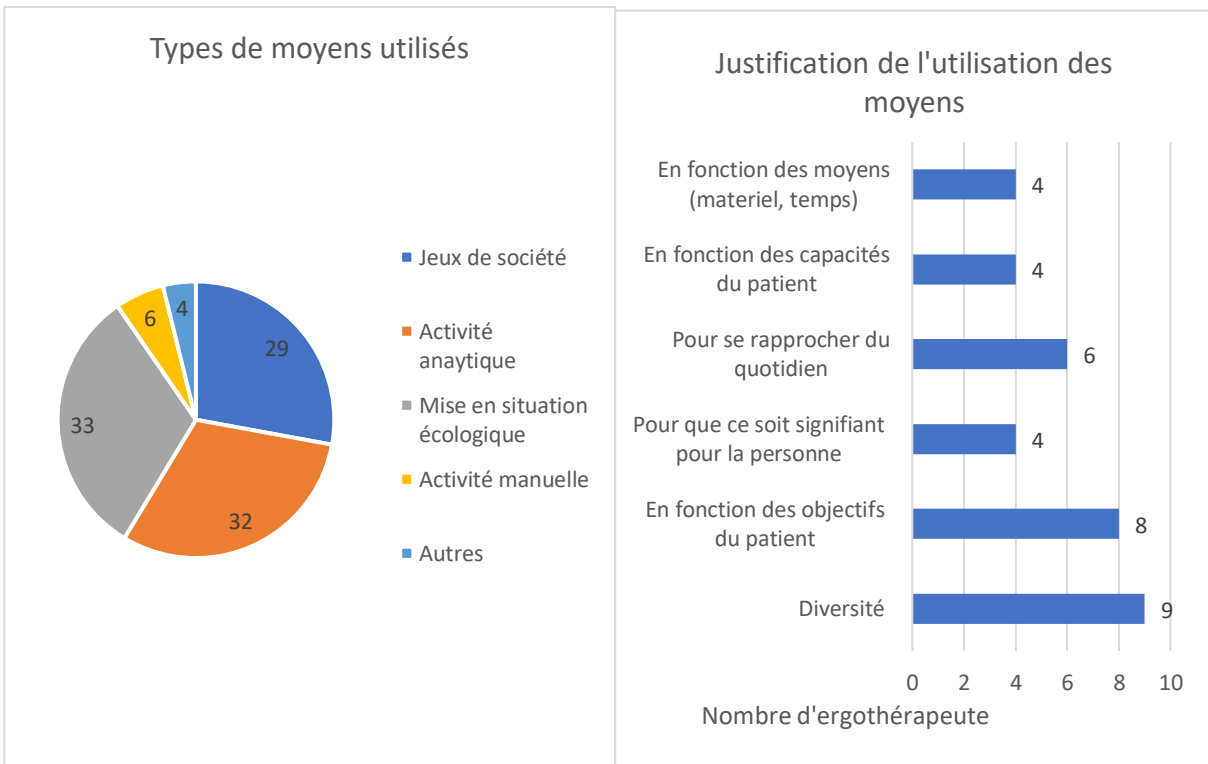
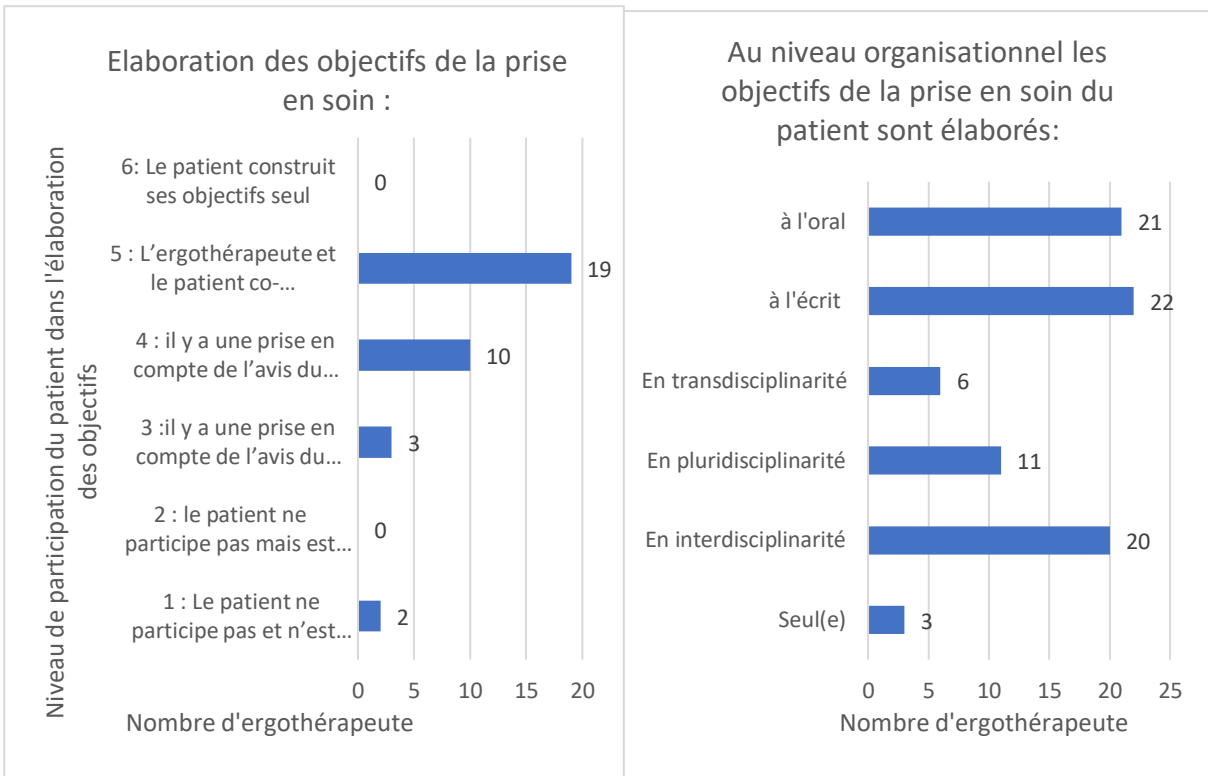


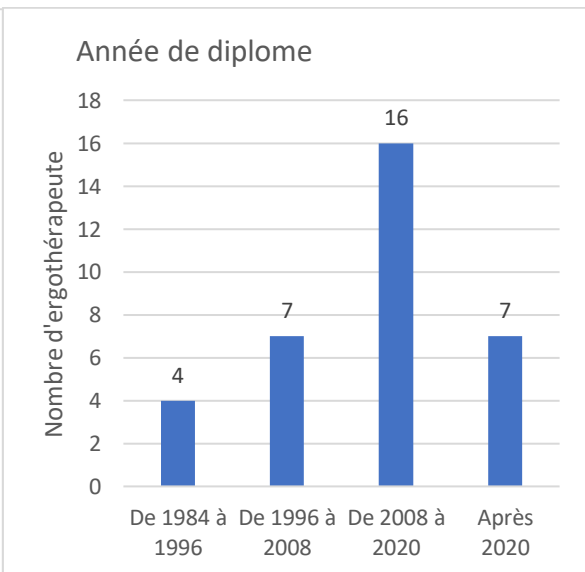
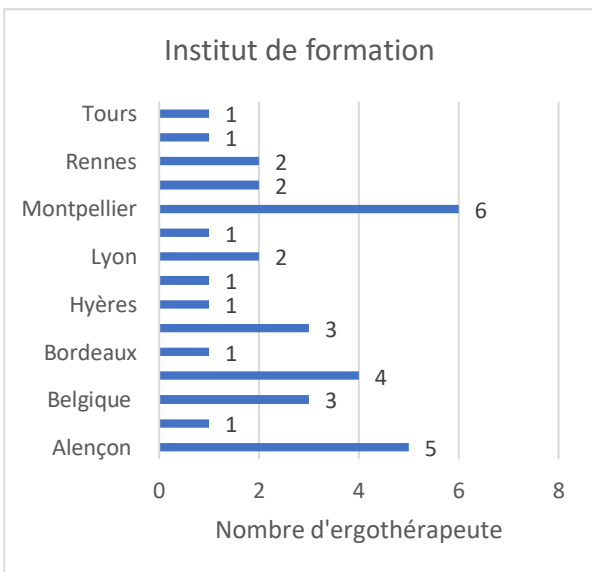
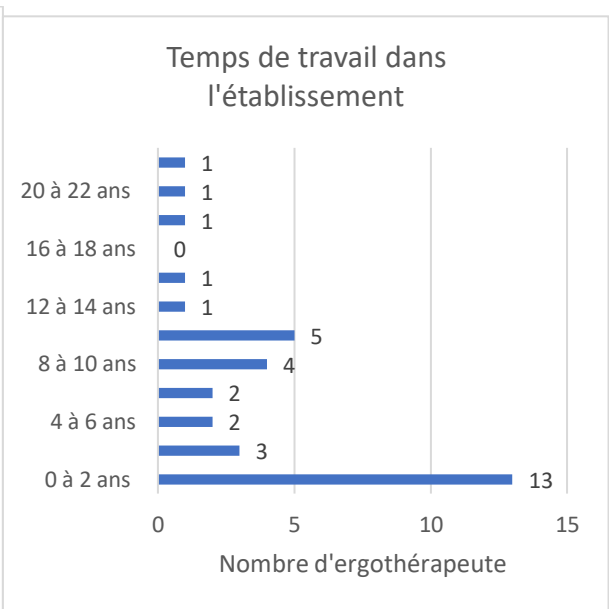
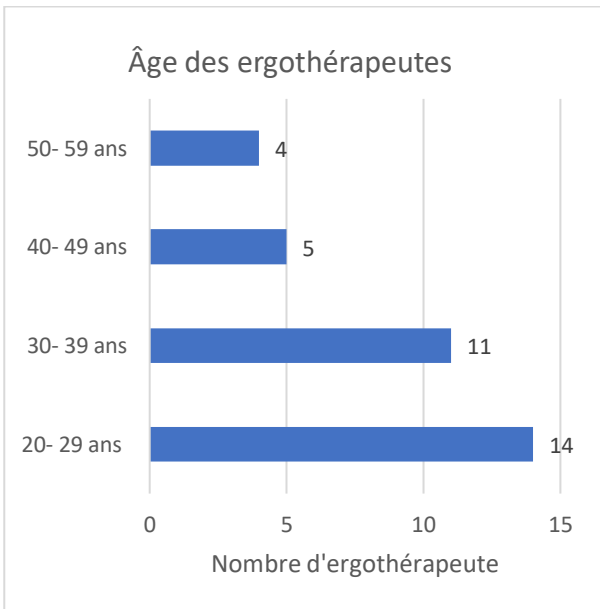
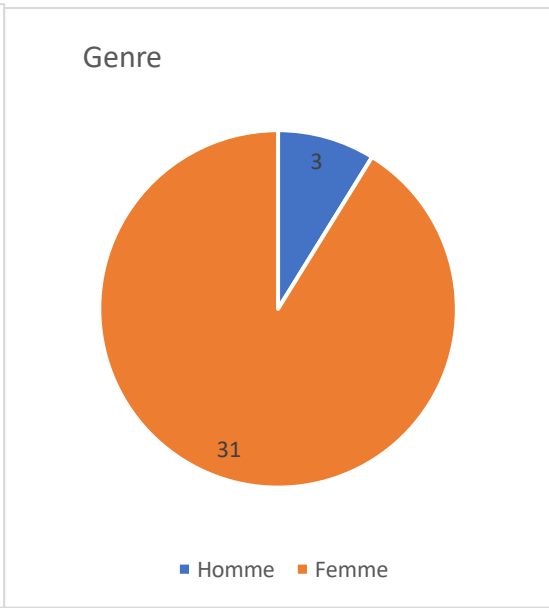
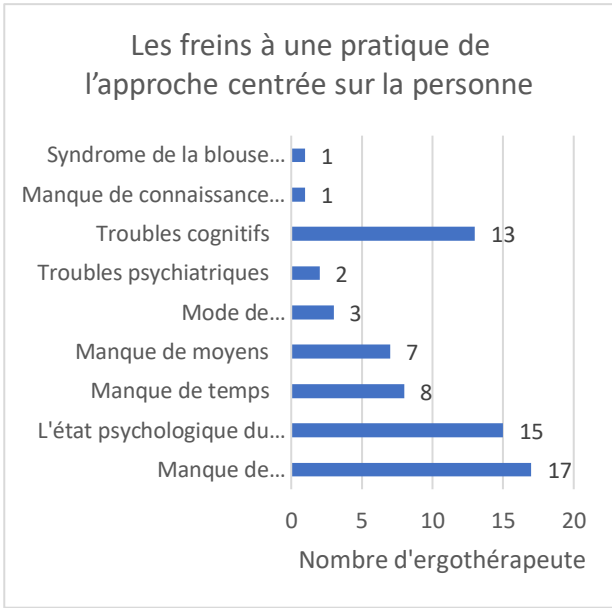
Proportion des patients ayant des signes de démotivation



Action de l'ergothérapeute lorsqu'il rencontre des signes de démotivation chez son patient







5.5 Annexe 5 : Comparaison des concepts vus dans la revue de littérature avec les mots clés des définitions des ergothérapeutes interrogés

Concepts vus dans la revue de littérature	Mots clés revenus fréquemment dans la définition de l'approche centrée sur la personne selon les ergothérapeutes interrogés
Signification et pertinence de la pratique	<ul style="list-style-type: none"> - Les intérêts, les besoins, les envies (14/33) - Activité importante (5/33) - Activité signifiante, activité significative (1/33) - Les motivations du patient (1/33)
Congruence contextuelle	<ul style="list-style-type: none"> - Son environnement physique, son environnement social (9/33) - Ses projets, sa famille, ses valeurs et ses rôles (7/33) - Les habitudes de vie du patient (6/33)
Pouvoir, choix	<ul style="list-style-type: none"> - Élaboration des objectifs en équipe de soins, co-construction des objectifs avec le patient (11/33) - Demander l'avis du patient, il prend les décisions, il fait ses choix (6/33) - Acteur de la prise en charge (3/33) - Empowerment (2/33) - Autonome (1/33)
Communication écoute, Respect, Espoir	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction (1/33) - Performance (1/33) - Le patient est informé (1/33) - Respect (1/33)
Partenariat individualisé	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge individualisée (1/33) - Adaptée (1/33) - Accompagnement personnalisé (1/33) - Collaboration (1/33)

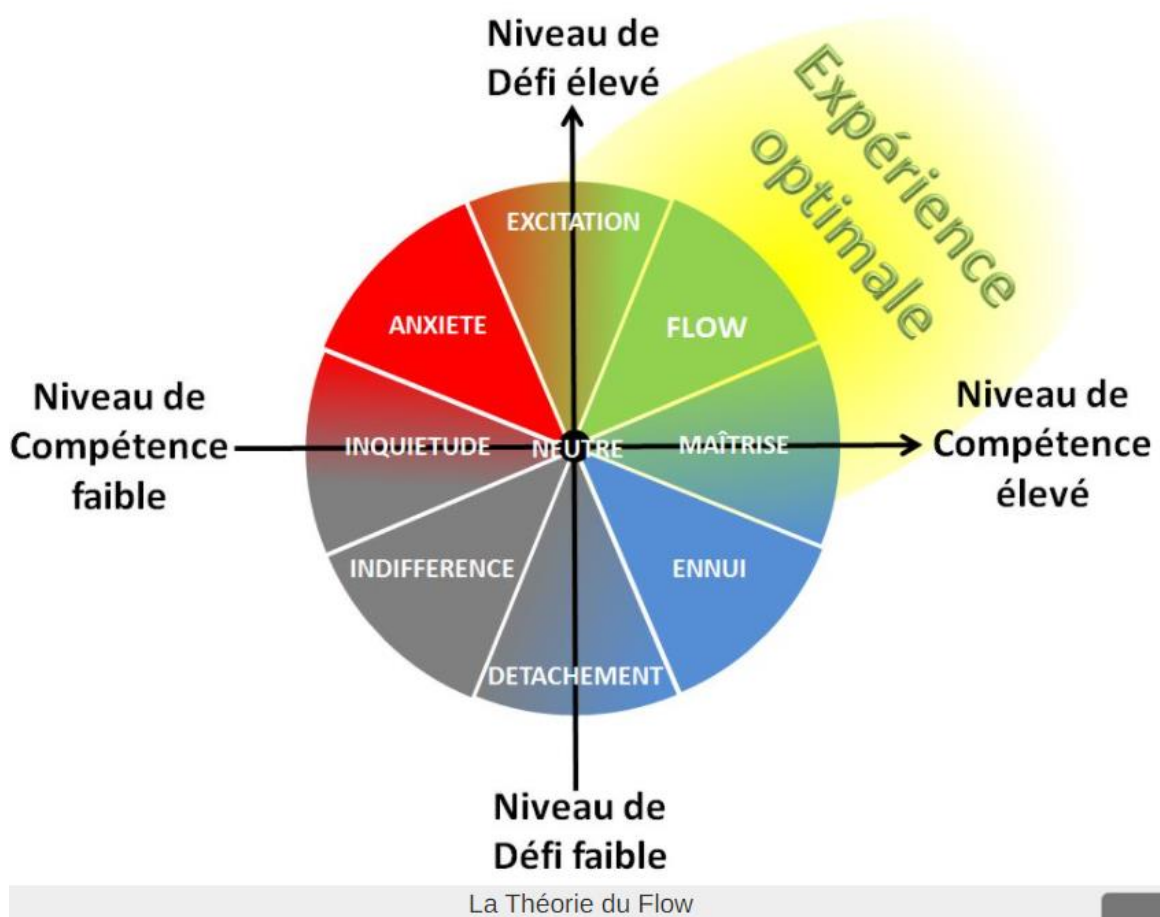
Approche théorique	<ul style="list-style-type: none">- Prise en soin centrée sur la personne (7/33)- Prise en charge holistique (4/33)- Approche Bottom up / Top down (1/33)- MCRO (1/33)- Modèle systémique (1/33)
--------------------	--

5.6 Annexe 6 : Matrice du cadre conceptuel

Concepts	Attributs essentiels		Indicateurs	
1.Modèle systémique	Origine du modèle systémique	Historiquement	Origine du terme système	
			Le système selon différents univers	
	Organisation du modèle systémique	But	But d'un système	
			Rôle	Rôle de chacun des sous-systèmes dans le système
		Modalité		Changement au sein du système
				Interdépendance
				Feed-back
		Le système dans le fonctionnement humain	Environnement social	Famille
	Environnement physique		Lieu de vie	
	L'occupation		Habitude de vie	
	Communication	Participation	La participation dans le système montre l'engagement du sous-système dans celui-ci.	
			Homéostasie	Trouver des réponses aux problèmes
		Sens	La signification de la communication	

	Complexité de la personne	Vision holistique	Interaction personne/ environnement/ occupation
2. Engagement	Sens	Conduite	Comportement d'une personne
		Acte de décision	Participer à un projet
	Facteurs extérieurs	Modalité de l'activité	Culturel
			Environnement physique
			Environnement social
			Coût
	Degrés d'engagement	L'engagement total	Le flow
		Le non-engagement	L'ennui
	Engagement occupationnel	Participer	Être acteur
			Être informé
			Communiquer
		Motivation	Intrinsèque
			Extrinsèque
	Volition		
Modalité	Engagement premier	Prise de décision	
	Engagement continu	Maintien durable de l'activité	

5.7 Annexe 7 : Schéma de la théorie du Flow de Mihaly Csikszentmihalyi



5.8 Annexe 8 : Matrice d'entretien de l'objet de recherche

Introduction :

Cet entretien entre dans le cadre de ma recherche pour mon mémoire de fin d'étude d'ergothérapie. L'objectif de cet entretien est de recueillir votre perception de l'engagement occupationnel du patient dans la rééducation lorsque vous prenez en compte l'environnement social et physique de celui-ci.

C'est un entretien anonyme et les données recueillies sont confidentielles, aucun jugement l'objectif étant de recueillir votre ressenti.

L'entretien va durer 30min. Vous pouvez arrêter cet entretien à tout moment si vous le souhaitez. L'entretien sera enregistré afin de retranscrire au mieux vos propos. Cet enregistrement sera confidentiel. Avez-vous des questions ?

Objet de recherche : Etude de la perception de l'ergothérapeute sur l'engagement occupationnel du patient dans sa rééducation lors de la prise en compte l'environnement social et physique de celui-ci

Question inaugurale : Comment percevez-vous l'engagement occupationnel du patient dans sa rééducation lorsque vous prenez en compte l'environnement physique et social de celui-ci ?

Thèmes	Questions de relance	Sous-thèmes	Questions complémentaires
Présentation de l'ergothérapeute	Cf fiche de renseignement		
L'environnement	Comment prenez-vous en compte l'environnement physique et social des patients dans votre pratique ?	Environnement physique Environnement social	
L'engagement occupationnel	Comment percevez-vous l'engagement occupationnel des	Perception de l'engagement occupationnel	

<i>Selon Sylvie Meyer l'engagement occupationnel est un sentiment de participation, de choix, de trouver une signification et de s'impliquer dans une activité proposée ou une occupation.</i>	patients et percevez- vous un lien avec la prise en compte de l'environnement ?	Lien entre l'engagement occupationnel et la prise en compte de l'environnement physique et social	
--	--	--	--

5.9 Annexe 9 : Cadre d'écoute

L'écologiste :

- Vision holistique de la personne : il se centre sur des activités signifiantes pour le patient.
- Il recherche un engagement inconditionnel chez le patient lors de la réalisation de l'activité.
- Le niveau de défi de l'activité est élevé et en adéquation avec le niveau de compétence du patient.
- Le patient a une place d'acteur dans sa rééducation
- Il aborde une approche écologique.

La suisse (neutre) :

- Il se centre plus ou moins sur le patient : mélange d'activités signifiantes et analytiques
- Il recherche un engagement moyen du patient dans la réalisation de l'activité.
- Le niveau de défi de l'activité est moyen tout comme le niveau de compétence du patient.
- Le patient a une place de conseillé dans sa rééducation.
- Il aborde une approche institutionnelle (approche biomédicale / approche écologique)

Le rééducateur :

- Il se centre sur la rééducation : activité analytique
- Il recherche la récupération de capacités fonctionnelles, l'engagement n'est pas une priorité
- Le niveau de défi de l'activité est faible tout comme le niveau de compétences du patient
- Le patient est passif dans sa rééducation

- Il aborde une approche biomédicale

5.10 Annexe 10 : Fiche de renseignements

Fiche de renseignements :

Sexe : M F Non binaire

Âge :

Année d'obtention du diplôme :

Lieu d'obtention du diplôme :

Lieu d'exercice :

Temps exercé dans ce lieu :

Autres domaines d'exercice :

Type de population prise en soin :

5.11 Annexe 11 : Formulaire de consentement

Autorisation d'utilisation du contenu d'un entretien dans le cadre d'un mémoire de fin d'études

(Pour une personne majeure)

JE SOUSSIGNÉ(E) :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville :

Contact mail ou téléphonique :

AUTORISE :

L'utilisation du contenu échangée dans le cadre d'un entretien mené pour l'enquête exploratoire d'un mémoire en ergothérapie.

Tous les renseignements obtenus lors de cet entretien seront confidentiels et anonymes. Ils sont à destination d'un mémoire en ergothérapie réalisé par Sara ADRIAN, étudiante en troisième année à la Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales de Marseille.

Un entretien audio et une retranscription écrite de l'entretien ont été/seront prochainement réalisés afin que le contenu de l'échange ne soit pas déformé. Vous avez le droit de consultation sur cette retranscription.

Le travail de fin d'études (mémoire) pourra mentionner la structure de travail (par exemple : SESSAD, Cabinet Libéral, CAMSP, CMP ...) en conservant l'anonymat du nom de la structure, ainsi que le pays où vous exercez (par exemple : France, Belgique) dans le but de permettre au lecteur de se situer sur la législation liée à la pratique de l'ergothérapeute interviewé.

Si vous souhaitez que toutes les données soient supprimées dans 1 an, vous pouvez mettre un X à la place de la case suivante :

Fait à :
Le :

(Signature)

5.12 Annexe 12 : Analyse textuelle des données

Environnement				
	Recueil de donnée	Environnement physique	Environnement sociale	Environnement professionnel
E1	<p><i>Factuel</i> : Recueil de donnée centré sur les besoins et l'environnement de la personne. L'entretien de départ permet de récolter les informations pour centrer la prise en soins sur la personne. La famille peut être contactée pour avoir des informations complémentaires. L41-46</p> <p><i>Factuel</i> : La trame de l'entretien a été créé par les ergothérapeutes. Les ergothérapeutes peuvent aussi faire passer une MCRO pour avoir les priorités de la personne. L47-48</p>	<p><i>Factuel</i> : Les personnes accueillies au centre sont déjà retournées à domicile, la rééducation est donc centrée sur leur quotidien. L16- 20</p> <p><i>Factuel</i> : exemple de prise en soins : si une activité est réalisée avec difficultés elle est travaillée au centre. L22-23</p> <p><i>Analyse</i> : On essaie au mieux de s'adapter à l'environnement des patients. L27-28</p>	<p><i>Factuel</i> : Contact fréquent avec la famille afin de retranscrire l'environnement social au centre lors des mise en situation (présence d'un aidant) pour les rendre écologues. L33- 39</p> <p><i>Factuel</i> : entretien avec la famille. Présentation de matériel à l'entourage pour faciliter l'utilisation. L51-56</p> <p><i>Déclarative</i> : La famille est souvent l'aidant principale il faut qu'il comprenne l'importance de la rééducation pour ne pas faire à la place du patient. L59-66</p>	<p><i>Factuel</i> : Pas de visite sur le lieu de travail, mais le sujet est mis en avant. Mise en situation possible. Les retours au travail restent rares. Les patients arrivent tôt après leur accident donc la prise en soin et orientée sur les habitudes de vie. L 136- 141</p>

		<p><i>Factuel</i> : Les VAD²² ne sont pas réalisé par l'ergothérapeute car elle travaille à HDJ mais des VAD sont réalisée par l'hospitalisation complètes. L134-136</p>	<p><i>Déclarative</i> : inclure la famille dans la rééducation permet également de s'assurer que l'aidant n'est pas en souffrance et garde son rôle primaire de femme, mari ou enfant. L67 -71</p> <p><i>Analyse</i> : On veut éviter l'épuisement familiale. L71 -72</p>	
E2	<p><i>Factuel</i> : Réalisation d'un entretien d'entrée pour cerner la personne son fonctionnement et comment elle est accompagnée. L26-28</p> <p><i>Factuel</i> : Les entretiens d'entrée sont basés sur l'occupational questionnaire. Pour connaitre le lieu de vie, avec qui et ce qu'ils font dans la vie. L 36-39</p> <p><i>Factuel</i> : Une MCRO est aussi réalisé pour avoir la perception de la personne,</p>	<p><i>Factuel</i> : L'environnement proposé par le centre est modifié à l'image du domicile du patient par exemple dans leur chambre. Des appartements thérapeutiques sont aussi à disposition. L 28-33</p> <p><i>Factuel</i> : Des VAD sont réalisé L 56-58</p> <p><i>Factuel</i> : Des mises en situation du quotidien sont réalisés dans</p>	<p><i>Analyse</i> : Rencontre des patients et des familles lors des heures de visite pour garder le lien. L 41-45</p> <p><i>Factuel</i> : Réalisation d'une synthèse a 3 semaines avec l'entourage et le patient. L 41-45</p> <p><i>Analyse</i> : l'environnement social est important dans l'éducation thérapeutique mais cet environnement social n'est pas toujours perçu comme</p>	<p><i>Factuel</i> : Prise en compte de l'environnement professionnel, réalisation de mise en situation. Mise en lien avec des associations pour favoriser leur lien social ou les aider à se réinsérer dans le monde du travail. L63-69</p>

²² VAD : Visite à domicile

	des observations peuvent aussi être faites tout comme une analyse d'activité. L86-88	l'appartements thérapeutique et la cuisine thérapeutique. L 72-74	aidant. L'environnement social est compliqué a engagé dans la rééducation. L47-53	
E3	<p><i>Factuel</i> : recueil de donnée : environnement physique et social pour savoir dans quel environnement il va devoir se réinsérer et l'accessibilité. 23-26</p> <p><i>Factuel</i> : Dès l'entretien questionnaire sur les objectifs du patient pour voir s'ils sont atteignables. L 30-31</p> <p><i>Factuel</i> : Entretien d'entrée basé sur un bilan « maison » L 32-39</p> <p><i>Factuel</i> : Recueil d'informations sur l'environnement familiale pour voir s'il y a des aidants. L41-42</p>	<p><i>Factuel</i> : réalisation de VAD. L44</p>	<p><i>Factuel</i> : Réalisation de réunion en fonction du service avec la famille le kiné et le médecin. L56-60</p> <p><i>Analyse</i> : Les réunions ne sont pas toujours faites avec les ergothérapeutes et c'est dommage. L59-60</p> <p><i>Déclarative</i> : Quand on a des contacts avec la famille c'est plus simple d'évaluer l'aide potentielle au domicile. L63-64</p> <p><i>Analyse</i> : Les familles des patients qui rencontrent des difficultés sont souvent vus même dans des situations informelles. L67-68</p>	<p><i>Factuel</i> : Prise en compte de l'environnement professionnel. Cependant le retour au travail est rare mais s'il est souhaité un lien avec l'assistante sociale peut être fait tout comme avec un organisme pour la reconversion professionnelle. L 124-132</p>

Engagement occupationnel

	Motivation	Participation
E1	<p><i>Déclarative</i> : il y a un lien entre la prise en compte de l'environnement du patient et son engagement dans la rééducation L81-82, L 90-92</p> <p><i>Analyse</i> : Si les activités proposées ont un sens pour la personne et qu'elle arrive à percevoir l'intérêt, la personne est plus investie. Il faut que la personne comprenne pourquoi cette activité est faite. L84-87</p> <p><i>Factuel</i> : Des exercices analytiques peuvent être fait mais l'objectif est toujours expliqué au patient. L87-88</p> <p><i>Analyse</i> : Le lien avec la famille permet au patient d'être plus serein lors du retour à domicile, car les aidants savent les difficultés de la personne. La prise en compte de l'environnement physique et humain de la personne est inévitable pour l'accompagnements des personnes en rééducation. L88-92</p>	<p><i>Déclarative</i> : La personne est engagée du moment qu'on la rend acteur de sa rééducation. L 94</p> <p><i>Factuel</i> : Les objectifs de prise en soin sont définis par le patient. L 94-97</p> <p><i>Analyse</i> : Permettre au patient d'être acteur dans sa prise en soin permet de mettre en place une relation de confiance une alliance L 94-98</p> <p><i>Déclarative</i> : Quand il y a une relation de confiance la personne va plus facilement travailler en partenariat avec le thérapeute. La relation de confiance est une base de l'engagement. L100-105</p>

Factuel : Réalisation de mise en situation pour que la personne puisse transférer ses capacités à son domicile. L107-108

Factuel : Des exercices analytiques sont fait au début pour récupérer un minimum de capacité. L110-111

Analyse : Pour récupérer certains mouvements les exercices analytiques sont obligatoire. L 111

Déclarative : Il faut faire des activités que la personne a envie. Il faut toujours rappeler dans toute nos explications que la femme ou le mari pourra aider pour faire ça. Il faut également s'assurer de ne pas laisser les aidants être en souffrance, c'est important aussi dans le rôle de l'ergothérapeute. L126-131

Déclarative : En ergothérapie on adopte une prise en soin holistique. L 113-114

Factuel : dans certaine séance du temps est pris si le patient a besoin de parler. L 115-118

Déclarative : L'engagement de la personne passe aussi par la relation de confiance et la relation thérapeutique. L118-124

E2 *Factuel* : Certain patient préfère travailler avec des exercices analytiques, mais la plupart du temps ils aiment travailler des séances qui ont du sens pour eux. L94-99

Factuel : Les mise en situation sont au maximum écologique mais ça reste different de leur lieu de vie réelle L 102-104

Introspection : Les mise en situation ont un potentiel engageant. L'ergothérapeute se questionne s'il y a de meilleur résultat lors d'une prise en soin réalisée avec des mise en situation comparer à une prise en soin basée sur des exercices analytiques. L 106-108

Factuel : Les objectifs sont définis avec le patient en fonction de ses attentes et des objectifs des médecins sont également inclus. Les activités de rééducation sont définies en fonction de leur quotidien 76-84

E3 *Analyse* : La prise en compte de l'environnement n'est pas forcément liée à l'engagement. L87

Analyse : L'engagement lié à la prise en compte de l'environnement dépend principalement de la richesse de ce dit environnement. L 89-93

Analyse : Les activités signifiantes ça a un sens pour les personnes, surtout les activités pour les soins personnels et les déplacements L 96-99

Analyse : les activités signifiantes réalisées avant l'accident peuvent être source de motivation mais en fonction de l'état du patient ça peut entraîner une mise en échec. L100-107

Analyse : une activité signifiante trop compliqué par rapport aux capacités du patients peut être contre-productif. L109-110

Factuel : l'ergothérapeute expose son rôle et explique comment vont se passer les premières séances c'est-à-dire le travail des actes du quotidien. Puis après ça, les objectifs sont fixés avec le patient à court, moyen et long terme. L113-121

Résumé : *Introduction* - La prise en soin centrée sur la personne en rééducation est facteur d'engagement pour les patients. L'utilisation des habitudes de vie et des mises en situation écologiques permet aux patients de se projeter dans leur réadaptation. L'objet de cette recherche est d'étudier la perception de l'ergothérapeute sur l'engagement occupationnel du patient dans sa rééducation lors de la prise en compte l'environnement social et physique de celui-ci. *Méthode* - Une méthode clinique est utilisée. Trois entretiens semi-directifs sont réalisés avec deux thèmes : l'environnement et l'engagement. Les données sont analysées selon une analyse thématique, verticale et horizontale. *Résultats*- Les ergothérapeutes ne prennent pas en compte l'environnement de la même manière. La richesse de celui-ci facilite l'engagement du patient. Les activités signifiantes ne sont pas toujours engageantes : une mise en échec peut être engendrée. *Conclusion* - La prise en compte de l'environnement et des activités signifiantes ne sont pas toujours facteur d'engagement. Tout cela dépend des patients, de leurs environnements et de leurs capacités. La prise en soin doit être individualisée pour être centrée sur la personne.

Mots-clés : Ergothérapeute, rééducation, prise en soin centrée sur la personne, engagement occupationnel, environnement

Abstract : *Introduction* - Person-centered care in rehabilitation promotes patients' involvement. The use of life habits and ecological scenarios allows the patients' to project themselves toward their rehabilitation. The purpose of this research is to study the occupational therapists' perception on how their patients' occupational engagement in rehabilitation when they take into consideration their community environment. *Method* - Three semi-directive interviews were conducted with two themes : community and engagement. The data were analyzed through thematic, vertical and horizontal analysis. *Findings* – The extent to which the community is taken into account depends on the occupational therapist. A resourceful community context facilitates the patient involvement in their rehabilitation. They find meaning and purpose towards their recovery. However, not all meaningful activities are always engaging : depending on the patient's abilities, setbacks can happen. *Conclusion* - Taking into account the community and meaningful activities is not always a indicator of engagement. It is very individual intertwined between the patients, their environment and their capacities.

Keywords : Occupational therapist, rehabilitation, person-centered practice, occupational involvement, environment