Institut de Formation

En

Ergothérapie

- TOULOUSE -

MEMOIRE DE FIN D'ÉTUDES D'ERGOTHÉRAPIE

« La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel, un outil favorisant l'engagement occupationnel et l'*empowerment* de l'enfant en pédiatrie »

Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour l'obtention de l'UE 6.5 (S6) et en vue de l'obtention du Diplôme d'État d'Ergothérapeute

Référent méthodologique : Florent DESTRUHAUT
Référente terrain : Marie-Pierre ES SAMIR

Romain Bornand
Mai 2019

Promotion 2016/2019

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Engagement et autorisation

Je soussigné Romain, BORNAND, étudiant en troisième année, à l'Institut de Formation en ergothérapie de Toulouse, m'engage sur l'honneur à mener ce travail en respectant les règles éthiques de la recherche, professionnelles et du respect de droit d'auteur ainsi que celles relatives au plagiat.

L'auteur de ce mémoire autorise l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses **droits de propriété intellectuelle**, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante, ou partielle, de ce mémoire requiert son **autorisation**.

(Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle).

Fait à **Toulouse**,

Le **lundi 6 mai 2019**,

Signature du candidat : Romain BORNAND

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Note au lecteur

Ce travail est réalisé conformément à l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'État d'Ergothérapeute :

NOR : SASH1017858A, dans le cadre de l'UE 6.5 : « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche »

et la Loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine dite « loi JARDE ».

Il s'agit d'un mémoire d'initiation à la recherche écrit et suivi d'une argumentation orale.

Extrait du guide méthodologique : « Le mémoire d'initiation à la recherche offre la possibilité à l'étudiant d'approfondir des aspects de la pratique professionnelle. Il permet l'acquisition de méthodes de recherches, d'enrichissements de connaissances et de pratiques en ergothérapie. Il inscrit l'étudiant dans une dynamique professionnelle qui tend à développer le savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir de l'étudiant (Le Boeterf, 2001), ainsi que sa capacité d'analyse réflexive sur la pratique professionnelle. Il favorise l'esprit critique et l'acquisition d'une méthodologie conforme à la recherche académique, ce qui facilite l'accès à un parcours universitaire. »

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

« *Choisissez un travail que vous aimez et vous n'aurez pas à travailler un seul jour de votre vie.* », Confucius, Philosophe chinois (de 551 av. J.-C. à 479 av. J.-C.)

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Remerciements

Je tiens à remercier les nombreuses personnes qui m'ont permis de réaliser ce mémoire pour leur disponibilité, leurs conseils, leur gentillesse et leur soutien.

Je tiens avant tout à remercier **Marie-Pierre ES SAMIR**, ma référente terrain, pour son investissement, ses conseils avisés et ses remarques enrichissantes. Elle a été présente tout au long de ce travail et a su s'adapter pour me donner le meilleur accompagnement possible. De même, je souhaiterais remercier **Florent DESTRUHAUT**, mon référent méthodologique, pour son aide, son accompagnement, et les discussions productives que nous avons pu avoir.

Je remercie également tous les enseignants et intervenants de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse pour toute l'aide qu'ils m'ont apportée, le partage de leurs savoirs et expériences pour me permettre de progresser et d'évoluer au cours de la réalisation de ce mémoire.

Un grand merci aux ergothérapeutes qui m'ont accueilli en stage et permis d'acquérir une réflexion et une pratique de l'ergothérapie.

Je voudrais ensuite remercier les six ergothérapeutes qui ont accepté de répondre à cette étude et d'y apporter une richesse supplémentaire, elles ont rendu ce travail de recherche possible, avec enthousiasme et sérieux. Je remercie donc **Barbara G.**, **Cécile R.**, **Christine V.**, **Marie-Marie B.**, **Sybille I.** et **Pascaline R.** d'avoir accepté de participer à ce travail et d'enrichir ce mémoire de fin d'études.

Pour finir, je remercie grandement ma famille et mes amis pour leur soutien et leurs encouragements constants et inconditionnels.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

SOMMAIRE

Introduction ..... **p. 1-2**

1. État des lieux, cadre théorique et revue de littérature ..... **p. 3-24**

1.1. L'ergothérapie et l'occupation (sciences de l'occupation de Doris Pierce) ..... p. 3-6

1.2. Approche centrée sur la personne, ou approche "client-centré" ..... p. 6-10

1.2.1. Les fondements de l'approche, d'après les écrits de Carl Rogers

1.2.2. Les bénéfices de l'approche centrée sur la personne

1.3. Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels ..... p. 10-11

1.4. Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel ..... p. 11-16

1.4.1. Description de la mesure

1.4.2. Les étapes d'utilisation de la MCRO

1.4.3. La MCRO en pédiatrie

1.5. La notion d'engagement occupationnel ..... p. 16-20

1.5.1. Les occupations signifiantes et significatives : la subjectivité

1.5.2. La participation dans l'occupation : vecteur de performance occupationnelle

1.5.3. La performance occupationnelle : le plaisir et le bien-être

1.6. L'*empowerment*, ou autonomisation de l'enfant ..... p. 20-22

1.6.1. L'habilitation au travers d'une approche centrée sur la personne

1.6.2. Engagement occupationnel et *empowerment* : la subjectivité

1.6.3. Accroissement du pouvoir de décision et sentiment de contrôle : sensation de bien-être, de plaisir et d'engagement dans l'activité

1.7. L'enfant « capable » et la « *capability approach* » ..... p. 23-24

2. Objectif de recherche : hypothèses et questionnement de départ ..... **p. 24-25**

3. Méthode exploratoire : l'influence de la MCRO en pédiatrie ..... **p. 25-31**

3.1. L'approche ethnographique ..... p. 25-26

3.1.1. Ethnographie et approche exploratoire

3.1.2. Limites et difficultés d'une telle approche

3.2. Population visée : les centres Paul Dottin et Philiaé (ASEI) ..... p. 26-29

3.2.1. Les ergothérapeutes des centres Paul Dottin et Philiaé (ASEI)

3.2.2. Enfants cérébrolésés et paralysie cérébrale

3.2.3. Sélection des participants à l'enquête

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

3.3. L'entretien semi-directif ..... p. 29-31
3.3.1. Pourquoi ce "type" d'entretien ?
3.3.2. Construction et création de l'entretien
3.3.2.1. But recherché par l'entretien
3.3.2.2. Guide / Trame d'entretien exploratoire
3.3.2.3. Phase de test de l'entretien
4. Analyse des résultats de l'enquête exploratoire et question de recherche ..... p. 31-36
4.1. Élaboration de deux matrices d'analyse de l'entretien ..... p. 31-32
4.2. Recueil de données et retranscription ..... p. 32
4.3. Méthodes d'analyses de données textuelles ..... p. 32-33
4.4. Présentation, analyse et interprétation des résultats ..... p. 33-36
4.4.1. Analyse des résultats : tableaux synthétiques
4.4.2. Interprétation des résultats : tableaux et schémas synthétiques, liens avec les concepts théoriques (matrices)
5. Discussion et projection professionnelle ..... p. 36-39
5.1. Au sujet des résultats ..... p. 36-37
5.2. Critique et biais de l'étude exploratoire ..... p. 37-38
5.3. Projection professionnelle et question de recherche ..... p. 38-39

Conclusion ..... p. 40

Références ..... p. 41-45
Glossaire ..... p. 46-50

Annexes

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Introduction

Wilcock disait : « *l'être humain a besoin de s'engager dans des activités pour maintenir et développer ses capacités, sa vie en société et sa santé.* »[1] (Wilcock, J. R., 1998, 2006, p. 84). L'ergothérapeute a pour objectif d'accompagner la personne afin qu'elle s'engage et s'investisse dans ses occupations (Kielhofner, 2008 ; Morel-Bracq, 2009). La MCRO, ou Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel, est un outil d'évaluation de l'ergothérapie permettant de faciliter cet engagement (Townsend & Polatajko, 2013). L'utilisation de cet outil m'a interpellé, notamment en ce qui concerne la participation et la part de décision de l'enfant pendant cette évaluation. Durant les dernières années, la relation médicale et rééducative a évolué vers un modèle participatif et autonomiste visant à permettre au patient de choisir et décider pour sa santé. Le patient est replacé au centre de la relation (loi du 4 mars 2002[2]) et favorise l'évolution vers une relation plus égalitaire et horizontale dans les soins en considérant davantage le patient comme une personne à part entière. Marsaud, F., illustre bien cette évolution par ses propos : « *Et tout le monde crie bien fort qu'un handicapé est d'abord un être humain* »[3] (Marsaud, F., 2017, "Sixième sens", p. 9).

Cette dynamique de changement de la relation médicale entraîne l'apparition de nouveaux concepts autour des années 60, 70 avec l'approche centrée sur la personne développée par Carl Rogers, ainsi que les sciences de l'occupation à la fin des années 80 par Elizabeth Yerxa. Ces concepts placent l'individu dans une perspective d'acteur et d'auteur engagé dans sa thérapie. De nouveaux modèles conceptuels sont apparus comme le MCREO, Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (Law et al., 1991, 2005 ; Townsend, 2015), il constitue une des bases d'intervention en ergothérapie. Ce modèle place l'occupation « *comme élément fondamental de la profession (Chisolm, 2007 ; Meyer, 2013 ; Zemke, 2016)* »[4] (Bertrand, R., et al., 2018, p. 49).

Malgré l'existence de ce concept depuis la fin des années 80, les ergothérapeutes français s'intéressent à la possibilité d'utiliser la MCRO en pédiatrie depuis seulement quelques années.

[1] Caire, J. M., Morel-Bracq, M. C., (2018), dans Caire, J. M., et Schabaille, A. (dir.), *Engagement occupation et santé*. (Actualité en ergothérapie, Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie, p. 83-97). Paris, France : Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE).
[2] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
[3] Marsaud, F., (Grand Corps Malade), (2017). *Patients*. Paris, France : Points.
[4] Bertrand, R., Desrosiers, J., Stucki, V., Kühne, N., Tétreault, S., (2018), dans Caire, J. M., et Schabaille, A. (dir.), *Engagement occupation et santé*. (Actualité en ergothérapie, Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie, p. 47-57). Paris, France : Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE).

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

De ce fait, il existe peu d'études sur la mise en pratique de la MCRO en pédiatrie en France. Au cours d'un de mes stages au sein du centre de rééducation pédiatrique Paul Dottin, j'ai eu l'occasion de découvrir la MCRO et sa mise en pratique. J'ai choisi d'orienter mon sujet de mémoire autour de ce thème.

La MCRO est un outil spécifique de l'ergothérapeute qui place l'enfant dans une dynamique de participation. La part de décision de l'enfant et sa capacité à participer dans sa thérapie sont des éléments essentiels pour son investissement, sa motivation et son engagement dans sa prise en soins.

Afin de savoir si la MCRO a une influence sur cette participation et cette implication de l'enfant dans sa prise en soins, la présente étude vise, dans un premier temps, à effectuer une recension des écrits. Cette première partie présentera le cadre théorique et le contexte d'émergence de la MCRO en pédiatrie ainsi que son influence sur la prise en soins des enfants. Afin de répondre aux interrogations, hypothèses et questionnements, une enquête exploratoire auprès de six ergothérapeutes sera effectuée. Cette enquête aura pour objectif de répondre à plusieurs hypothèses et de poser une problématique de recherche pertinente et précise.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

1. État des lieux, cadre théorique et revue de littérature

1.1. L'ergothérapie et l'occupation (sciences de l'occupation de Doris Pierce)

Depuis les années 90, l'ergothérapie s'est tournée de plus en plus vers une nouvelle perspective : promouvoir l'occupation (ACE, 1997, 2002). Le terme "occupation", selon l'Association Canadienne des Ergothérapeutes a été défini comme « *l'ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus [...] donnent [...] une valeur et une signification* » (ACE, 1997, 2002, p. 38). C'est entre 2007 et 2009 que l'ouvrage *Faciliter l'occupation* recueille l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation.

La loi du 4 mars 2002[1] relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé en France replace le patient au centre de la relation de soins, une relation qui devient plus égalitaire et horizontale. Cette nouvelle façon d'envisager la relation thérapeutique encourage les pratiques centrées sur la personne et sur l'occupation dans le champ de l'ergothérapie. Les ergothérapeutes s'appuient sur les sciences de l'occupation, apparues à la fin des années 80. C'est en 1989 qu'Elizabeth Yerxa et l'équipe d'ergothérapeutes de l'USC (University of Southern California) ont développé les sciences de l'occupation avec la mise en place d'un premier programme doctoral. Doris Pierce fut l'une des auteurs clés pour expliquer ce concept. Elle décrit les humains comme des êtres occupationnels. Les personnes ont besoin d'occupations signifiantes et significatives pour survivre, celles-ci donnent un sens à la vie et à ce que nous sommes. Les occupations d'une personne se trouvent étroitement liées à sa qualité de vie, son bien-être, sa santé ainsi qu'au sens donné à son existence. Les sciences de l'occupation[2] consistent à étudier les activités humaines afin de prouver le réel potentiel thérapeutique[3] de l'activité. Selon Caire, J.M., & Rouault, L., (2017)[2] l'occupation constitue un besoin fondamental, elle a un intérêt central pour l'ergothérapeute et pour la personne. Les occupations permettent à la personne d'organiser sa vie en lui donnant un cadre temporel et structurant. Elles apportent un certain bien-être, confort, et sont gratifiantes pour la personne qui les réalise. Cette nouvelle approche dite "occupation-centrée" est possible dès lors que le thérapeute et le client s'entretiennent ensemble sur des objectifs communs et significatifs

[1] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
[2] Annexe n°1 : Arbre représentatif des sciences de l'occupation créé par des étudiantes en ergothérapie à Toulouse (ARTHUIS B., ALGANS S., DELAS L. & GUILLAUME L.).
[3] Dans Morel-Bracq, M-C., (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. (2e édition). France, Paris : De Boeck Supérieur & Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE).

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

pour le patient dans le cadre d'une pratique client-centrée sur les problématiques occupationnelles rencontrées au quotidien.

Les sciences de l'occupation peuvent être représentées par l'arbre présenté en annexe n°1[1]. Cet arbre, créé par des étudiantes en ergothérapie de Toulouse, illustre les sciences de l'occupation selon trois axes : l'attrait pour l'activité, la réalité écologique et l'atteinte des objectifs (Pierce, D., & Morel-Bracq, M-C., 2016).

Afin qu'une personne puisse véritablement s'engager dans les activités qu'on lui propose, il faut tout d'abord chercher à augmenter l'attrait[1] que l'activité va avoir pour elle. Ainsi, l'ergothérapeute va chercher à repérer dans les activités de la personne celles qui lui procurent le plus de productivité, de plaisir et de ressourcement[1,2,3] (Pierce, D., & Morel-Bracq, M-C., 2016). La productivité, c'est ce qui reste d'une activité, ce qui est produit et ce qui est utile. Elle correspond à l'accomplissement d'un objectif, d'une réalisation ou d'un apprentissage. Une activité de plaisir, c'est tout simplement une activité durant laquelle on prend du plaisir. Le plaisir, c'est en quelque sorte la clé de l'engagement, une appréciation positive dans le cours de l'occupation (Clark et al., 2001 ; Townsend et Polatajko, 2007). Enfin, la notion de ressourcement, c'est quelque chose qui nous fait regagner de l'énergie, ce qui nous repose et nous apaise (manger, lire, dormir, ...).

L'engagement dans un processus de soin en ergothérapie est plus aisé et efficace si l'ergothérapeute tient compte de l'environnement réel de la personne. L'ergothérapeute prend en compte et agit sur le contexte dans lequel la personne réalise ses activités selon trois dimensions : temporelle, spatiale et socioculturelle ; on parlera de réalité écologique[1] de la personne (Pierce, D., & Morel-Bracq, M-C., 2016). La dimension temporelle est définie par le rythme, la durée, la fréquence, la mémoire ainsi que l'anticipation associés à l'activité. La dimension spatiale est le lieu où l'activité est effectuée, le positionnement du corps, les objets, etc. Par exemple, faire la cuisine dans sa propre cuisine aura un potentiel thérapeutique important. La personne pourra ensuite utiliser les stratégies d'adaptations apprises par rapport à son propre environnement et son matériel. Enfin, la dimension socioculturelle regroupe l'entourage de la personne, ses rôles sociaux et sa culture. L'activité peut être d'autant plus importante pour la personne qu'elle correspond à un rôle social. Par exemple, conduire peut être une activité très importante pour un père de famille si c'est lui qui va chercher ses

[1] Annexe n°1 : Arbre représentatif des sciences de l'occupation créé par des étudiantes en ergothérapie à Toulouse (ARTHUIS B., ALGANS S., DELAS L. & GUILLAUME L.).
[2] Pierce, D., (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (traduit par M.C. Morel-Bracq). Paris : De Boeck - Solal.
[3] Morel-Bracq, M.C., (2016). La science de l'occupation pour les ergothérapeutes. *Expérience en ergothérapie, vingt neuvième série*, 99-107. Montpellier, France : Sauramps Médical.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

enfants à l'école, on parle d'identité occupationnelle dans l'exercice de ses activités (Bertrand, R., et al., 2018 ; Pierce, D., & Morel-Bracq, M.C., 2016).

Pour ces deux premiers aspects des sciences de l'occupation, l'attrait pour l'activité et la réalité écologique, l'ergothérapeute devra apprendre à connaître la personne et repérer chez elle les activités qui mêlent les trois composantes de productivité, de plaisir et de ressourcement (Karen E. Atler, 2016) pour baser ses interventions et favoriser l'engagement de la personne dans ses activités. Il devra intégrer autant que possible les réalités écologiques des activités de la personne dans ses prises en soins afin de faire évoluer et adapter au mieux le cadre contextuel de l'activité aux besoins et attentes de la personne.

Le dernier aspect des sciences de l'occupation est la pertinence[1] dans l'atteinte des objectifs. Les sciences de l'occupation de Doris Pierce sous-entendent trois éléments indispensables pour cette composante. Tout d'abord, il y a les compétences du thérapeute. Au-delà du Diplôme d'État et de tous ses apports théoriques et pratiques, il y a aussi "l'art d'exercer" de l'ergothérapeute, son savoir être, sa créativité, son écoute et son adaptabilité face aux besoins et aux situations. Ensuite, il y a toute la collaboration dans l'identification des objectifs. Il est important, dans les sciences de l'occupation, de définir des objectifs clairs et spécifiques avec le patient. On peut alors parler de contrat et de partenariat avec le client. Il faut définir ensemble des objectifs personnalisés, c'est-à-dire spécifiques et atteignables, définis dans le temps, mesurables ou quantifiables (S.M.A.R.T. : Spécifique, Mesurable, Accessible/Attractif, Réaliste, Temporel). Ceci permet de mesurer l'évolution dans le temps, et contribue à l'implication et la motivation de la personne en permettant de meilleurs résultats pour sa prise en soins. Cette posture du thérapeute permet à la personne d'être plus actrice de sa prise en charge, on parle alors d'alliance thérapeutique. Le dernier élément est l'ajustement de l'intervention à l'objectif, ceci afin de répondre au mieux aux besoins du patient. Ce postulat repose sur le fait que l'intervention n'est pas toute prête et formalisée. Il est nécessaire de personnaliser et ajuster en permanence l'intervention, afin de maintenir un niveau de difficultés suscitant la motivation à se dépasser sans mettre en échec le patient. On parle de "juste challenge".

L'ergothérapie fonde sa pratique sur les sciences de l'occupation (Pierce, D., & Morel-Bracq, M-C., 2016). La santé passe aussi par le bien-être éprouvé, notamment en réalisant les activités qui sont importantes à nos yeux. L'ergothérapeute est le professionnel paramédical qui intervient directement auprès de personnes en situation de handicap avec pour objectif de

[1] Annexe n°1 : Arbre représentatif des sciences de l'occupation créé par des étudiantes en ergothérapie à Toulouse (ARTHUIS B., ALGANS S., DELAS L. & GUILLAUME L.).

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

favoriser leur autonomie, leur indépendance et leur bien-être dans la réalisation d'activités signifiantes et significatives. Afin de mener au mieux son intervention, l'ergothérapeute devra déterminer avec le patient des objectifs clairs. Il devra aussi s'assurer que l'activité travaillée présente un réel intérêt, ou un attrait, de manière à favoriser la motivation et l'engagement du patient dans son parcours thérapeutique. Enfin, les sciences de l'occupation sous-entendent que le thérapeute s'assure d'une réalisation de l'activité dans un contexte habituel ou se rapprochant au plus près de la réalité vécue par le patient.

1.2. Approche centrée sur la personne, ou approche "client-centré"

1.2.1. Les fondements de l'approche, d'après les écrits de Carl Rogers

Les sciences de l'occupation développées par Elizabeth Yerxa durant la fin des années 80 sont en lien direct avec une approche centrée sur la personne. Cette approche, qui se veut centrée sur le client, a été longuement étudiée et développée par Carl Rogers, un psychothérapeute, dans ses écrits des années 60, 70. Dans l'œuvre *L'approche centrée sur la personne*[1], une anthologie de textes présentés par Howard Kirschenbaum et Valérie Land Henderson en 2013, les auteurs recensent les écrits de Carl Rogers qui parlent de cette approche.

L'approche centrée sur la personne est basée sur un postulat simple. Comme a pu le dire Rogers, il s'agit de « *considérer, en son for intérieur, la personne que l'on a en face de soi comme son égal, comme celle qui seule détient les clefs du sens qu'elle donne à sa vie [...]* »[1] (Rogers, 2013, p. 13). Par cette phrase, Rogers sous-entend le fait que chacun possède en lui la capacité de réflexion et d'action à faire des choix pour sa vie. Effectivement, les patients, clients, ou personnes que l'on rencontre en thérapie sont experts de leur situation de handicap et par conséquent, ils savent au plus profond d'eux-mêmes ce dont ils ont besoin et ce qui pourra donner sens à leur vie.

Dans ses écrits, Carl Rogers différencie l'approche "centrée sur la personne" d'une approche dite "non-directive". Dans le monde francophone, beaucoup de professionnels de santé continuent à parler d'approche "non-directive" plutôt que "centrée sur la personne" (Rogers, 2013). Bien que l'approche centrée sur la personne soit plus proche de l'approche "non-directive" que de l'approche "directive", pour Rogers, ces deux termes s'opposent dans leurs définitions et ne peuvent être associés ou confondus. Tout d'abord, il distingue l'approche "directive" de l'approche "non-directive" en s'appuyant sur les travaux de la thèse[2] de E. H.

[1] Rogers, C. R., (2013). *L'approche centrée sur la personne* (Anthologie de textes présentés par Howard Kirschenbaum et Valérie Land Henderson). Suisse, Genève : Ambre Editions.
[2] Porter, E. H., The development and evaluation of a measure of counseling interview procedures. Thèse de doctorat inédite, Ohio State University, Columbus, Ohio, 1941.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Porter. L'étude menée par Porter dans les années 40 démontre une flagrante opposition entre ces deux approches. L'approche "directive" est définie par un thérapeute très présent, très actif et qui laisse peu de place au client pour s'exprimer. Dans un entretien "directif", Rogers énonce que « *c'est le thérapeute qui parle au client* », alors que dans un entretien "non-directif" « *le client vient "pour parler de ses problèmes"* »[1] (Rogers, 2013, p. 111). Cet antagonisme est dû à une différence de techniques et de méthodes utilisées dans la relation. Cette opposition fondamentale réside autour de la question de savoir « *qui doit fixer les objectifs du client* »[1] (Rogers, 2013, p. 115). Dans une relation d'aide de type "directif", c'est le thérapeute qui guide le client, il tâche de garder le contrôle sur la thérapie et sur les décisions prises, notamment en ce qui concerne les objectifs thérapeutiques. Contrairement à cela, dans une relation d'aide de type "non-directive", le thérapeute laisse plus de place au client pour s'exprimer et pour prendre part à sa thérapie, il est maître de ses choix et responsable des décisions prises. Comme l'a cité Rogers, dans l'approche dite "directive" « *on présume, sans le dire, que le thérapeute est supérieur au client* »[1] (Rogers, 2013, p. 115).

Dans leurs fondements, on comprend que les approches "non-directive" et "centrée sur la personne" sont légèrement différentes. L'approche "non-directive" sous-entend un thérapeute passif, ce qui n'est pas le cas dans l'approche "centrée sur la personne". Cette approche tend à « *être présent, là, en face de l'autre, et de le suivre sans relâche dans ce qu'il dit [...]* »[1] (Rogers, 2013, p. 14). L'approche centrée sur la personne est spécifique et propre à chacun de nous, il est nécessaire, selon Rogers, de s'impliquer dans la relation, pour mettre la personne en posture égalitaire face à nous, thérapeutes, qui ne sommes pas supérieurs au client. C'est là que siège la différence avec l'approche biomédicale où le thérapeute est "celui qui sait". Cette approche client-centré demande au thérapeute de se placer dans une posture bien particulière, qui peut parfois être déstabilisante pour une personne qui n'a pas été sensibilisée à ce genre d'approche. Le thérapeute qui se veut "centré sur la personne" doit être en posture d'écoute, sans avoir de jugement sur celui qui se trouve en face. Dans ses écrits, Rogers définit le thérapeute client-centré comme un professionnel de santé qui s'intéresse à l'autre et qui entre en relation de confiance avec son client. Cette approche porte en elle des notions d'humanité, de transparence et d'authenticité dans la relation à autrui pour faciliter une meilleure collaboration et une meilleure relation de soin. Cette posture permet à la personne de trouver une place dans la thérapie et de mieux se sentir dans la relation de soin. Elle facilite l'expression du client et lui

[1] Rogers, C. R., (2013). *L'approche centrée sur la personne* (Anthologie de textes présentés par Howard Kirschenbaum et Valérie Land Henderson). Suisse, Genève : Ambre Editions.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

permet d'accepter le changement et de faire face à ses problèmes dans sa thérapie (Rogers, 2013).

Pour résumer, dans l'approche centrée sur la personne, la posture particulière du thérapeute permet d'apporter un environnement, un cadre et une dimension qui facilite l'expression et le contrôle de la personne dans sa thérapie. Selon Rogers, cela est possible uniquement lorsque trois conditions sont respectées. « *La première condition, c'est l'authenticité, la vérité, ou la congruence* »[1] (Rogers, 2013, p. 166). Le thérapeute se doit d'être lui-même dans la relation de soin qu'il mène avec son client. Effectivement, cette notion nous rapporte à la nécessité d'une authenticité et d'une transparence du thérapeute énoncées précédemment. « *La seconde condition [...], c'est la disponibilité, l'ouverture, l'affection, la valorisation, bref : un regard inconditionnellement positif* »[1] (Rogers, 2013, p. 167). Comme on a pu le voir, le professionnel se doit d'être en posture d'écoute, de compréhension et de valorisation de la personne, afin que celle-ci puisse s'épanouir au mieux en thérapie. Enfin, « *la troisième condition [...], c'est une compréhension empathique. Cela signifie que le thérapeute perçoit avec exactitude les sentiments qu'éprouve son client* »[1] (Rogers, 2013, p. 167). Cette dernière condition permet au thérapeute de comprendre profondément les problèmes de la personne, afin que celui-ci fasse prendre pleinement conscience à la personne de ses problèmes pour qu'elle puisse y faire face.

1.2.2. Les bénéfices de l'approche centrée sur la personne

L'approche centrée sur la personne est de plus en plus utilisée dans le monde de la santé. En ergothérapie, de nouveaux outils permettent aux professionnels de se concentrer davantage sur la personne plutôt que sur sa pathologie, sa déficience ou son incapacité. Plusieurs études ont été menées sur l'utilisation de ce type d'approche en ergothérapie, en se centrant sur l'occupation et sur la personne[2] (Criquillon-Ruiz, J. & Morel-Bracq, M-C., 2016), ce qui a permis de mettre en évidence les nombreux bénéfices de cette approche.

Selon Berro et Deshaies (2016, p. 310) : « *Une approche centrée sur le client comprend la participation active du client, l'inclusion de personnes significatives et l'identification des objectifs du client, ses priorités, ses valeurs et ses croyances.* »[1] (cité par Criquillon-Ruiz, J. & Morel-Bracq, M-C., 2016, p. 24). L'approche centrée sur la personne nécessite une collaboration et un partenariat entre client et thérapeute pour construire une relation égalitaire dans les soins de la personne. Cette collaboration client/thérapeute a pour but de négocier

[1] Rogers, C. R., (2013). *L'approche centrée sur la personne* (Anthologie de textes présentés par Howard Kirschenbaum et Valérie Land Henderson). Suisse, Genève : Ambre Editions.
[2] Criquillon-Ruiz, J., Morel-Bracq, M-C. (2016). Pour une démarche d'évaluation centrée sur le client et sur l'occupation. *Ergothérapies, n°63*, 23-29.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

ensemble des objectifs de prise en charge en prenant en compte l'avis du client et en lui laissant la parole pour s'exprimer sur ses occupations et les difficultés qu'il peut rencontrer. Cet investissement du client est crucial, car il permet à ce dernier de gagner en satisfaction et de mieux adhérer au traitement qui lui sera proposé (Dedding, C., Cardol, M., Eyssen, I. C., & Beelen, A., 2004)[1]. De ce fait, cette approche rend le client plus acteur et auteur de sa thérapie. Les soins client-centré permettent au patient de prendre part activement à la thérapie et d'avoir un meilleur contrôle sur sa santé (Dedding, C., Cardol, M., Eyssen, I. C., & Beelen, A., 2004)[2]. Celui-ci participe et s'implique davantage dans les choix qui concernent sa prise en soin et il « *augmente sa satisfaction et son estime de soi (Kirschenbaum et Land Henderson, 2001)* »[2] (Kaiser, M. L., Braun, M. et Rhyner, C., 2005, p. 31).

Depuis plusieurs années, les sciences de l'occupation en ergothérapie sont de plus en plus exploitées. L'occupation est utilisée comme base de l'intervention et nous sert, en tant qu'ergothérapeute, de support pour mener à bien notre thérapie. Cette perspective, proposée par les sciences de l'occupation, est d'autant plus importante lorsqu'on demande à la personne de faire des choix concernant ses occupations. Effectivement, la notion de subjectivité et de sens des activités signifiantes et significatives de la personne constitue un levier majeur pour l'approche centrée sur la personne. Au travers de cette approche, le thérapeute s'intéresse aux besoins du client dans ses problèmes de performance occupationnelle (Galvin, J., Randall, M., Hewish, S., Rice, J., & MacKay, M. T., 2010)[3]. Kaiser, M. L., Braun, M. et Rhyner, C., dans leur étude menée en 2005, expliquent que l'approche centrée sur la personne permet une « *plus grande centration sur les besoins du client et sur son autonomie dans la vie quotidienne* »[2] (Kaiser, M. L., Braun, M. & Rhyner, C., 2005, p. 30).

Le thérapeute qui se place dans une posture centrée sur la personne s'oriente vers une meilleure compréhension de la personne. Mew et Fossey (1996) « *constatent qu'elle contribue à augmenter la compréhension du thérapeute face aux besoins du client et qu'elle lui permet de donner du sens à la thérapie.* »[2] (Kaiser, M. L., Braun, M. & Rhyner, C., 2005, p. 31). Effectivement, l'approche permet au thérapeute de mener une meilleure relation avec le client, et elle permet au client de mieux cerner les buts de sa thérapie. La personne s'implique et fait des choix pour sa prise en soins ce qui la motive davantage à venir en séance et cela augmente sa compréhension des actions effectuées en thérapie. Cela pourrait être résumé par les propos

[1] Dedding, C., Cardol, M., Eyssen, I. C., & Beelen, A. (2004). Validity of the Canadian Occupational Performance Measure : a client-centred outcome measurement. *Clinical Rehabilitation, 18(6),* 660-667.
[2] Kaiser, M. L., Braun, M. et Rhyner, C. (2005). Utilisation de la MCRO auprès d'enfants et de leurs parents : une expérience suisse. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 72,* 30-36.
[3] Galvin, J., Randall, M., Hewish, S., Rice, J., & MacKay, M. T. (2010). Family-centred outcome measurement following paediatric stroke. *Australian Occupational Therapy Journal, 57(3),* 152-158.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

de Kusznir and Scott, 1999 & Kielhofner, en 2002 : « *A client-centred approach in therapy would enhance the motivation of clients to participate, would promote the therapeutic relationship, and facilitate optimal treatment effect (Kusznir and Scott, 1999 ; Kielhofner, 2002)* »[1] (cité par Pan, A-W., Chung, L., & Hsin-Hwei, G., en 2003, p. 270).

1.3. Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels

Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels : MCREO (Law et al., 1991, 2005 ; Townsend, 2015)[2] est un modèle conceptuel basé sur une approche centrée sur la personne ayant pour but d'établir des objectifs de traitement et d'évaluer les changements dans le rendement et la satisfaction perçus par la personne lors de son traitement. Ce modèle sous-entend que les êtres humains ont besoin d'occupations pour pouvoir vivre et être en relation au travers de ces occupations. Selon Wilcock « *l'être humain a besoin de s'engager dans des activités pour maintenir et développer ses capacités, sa vie en société et sa santé* » (Wilcock, 1998, 2006). Les occupations ont un effet sur la santé et le bien-être des personnes, elles donnent un cadre temporel et structurant, et un sens à la vie. Elles sont singulières en fonction de la personne et du contexte dans lequel elles sont effectuées. En ergothérapie, ces éléments confèrent à l'occupation un réel potentiel thérapeutique[3] (Morel-Bracq, M-C., 2017). L'approche promue par ce modèle est fondée sur la collaboration et vise la promotion de l'occupation chez la personne. La relation entre le client et le professionnel dans le modèle canadien du rendement occupationnel est tout à fait particulière. En effet, elle se traduit par un partenariat avec la personne qui participe activement aux décisions concernant sa santé afin de résoudre les problèmes et atteindre des objectifs en matière de rendement occupationnel. Cette approche met en valeur l'expérience et les connaissances du client et s'appuie sur l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers. Comme a pu le définir Guy Ausloos dans son livre *La compétence des familles*[4], cette recherche de partenariat entre client et thérapeute vise une réelle relation thérapeutique égalitaire et profondément humaniste (Ausloos, G., 2017).

Dans le modèle canadien, l'occupation et la personne présentent un intérêt central pour l'ergothérapeute. Ce modèle s'inscrit dans une approche client-centrée et prend en compte la

---

[1] Pan, A.-W., Chung, L., & Hsin-Hwei, G. (2003). Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure for clients with psychiatric disorders in Taiwan. *Occupational Therapy International, 10(4),* 269-277.

[2] Annexe n°2 : Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO), Tiré de *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*, ACE, 1997.

[3] Dans Morel-Bracq, M-C., (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. (2e édition). France, Paris : De Boeck Supérieur & Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE).

[4] Ausloos, G., (2017). *La compétence des familles (Temps, chaos, processus).* France, Toulouse : Editions éres.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

personne dans sa globalité[1] (ACE, 1997). Dans le schéma représentatif du modèle (présenté en annexe n°2[1]), la personne est représentée par le triangle avec une dimension spirituelle centrale. Il est nécessaire de comprendre le mot "spirituel" au sens de valeurs, de croyances et de représentations de la personne. Il s'agit plus précisément de ce à quoi croit la personne, ce qui lui permet de s'engager ou de ne pas s'engager dans son quotidien. En périphérie de ce noyau central, on retrouve les dimensions affective, cognitive et physique de la personne. Cette dernière évolue dans un environnement composé de quatre contextes : culturel, représentant le groupe d'appartenance du lieu où elle vit ; institutionnel, représentant les administrations qui régissent le lieu où elle vit ; physique ou architectural ; et enfin social, mettant en avant les relations humaines de la personne dans son quotidien. Le MCREO se base sur un principe simple : les occupations sont le lien entre le client et son environnement. Ces occupations sont composées des soins personnels, de la productivité et des loisirs. L'Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE) énonce l'objectif de ces nouvelles pratiques, notamment sur l'intérêt porté à la « *relation dynamique qui existe entre la personne, l'environnement et l'occupation* » (ACE, 2002 & Law et al., 2005). Face à cette relation dynamique proposée par le modèle canadien, l'ergothérapeute agit comme un guide auprès du client. Il vise la participation optimale du client au travers de ces trois dimensions. Depuis 2013, le modèle s'est enrichi de deux notions importantes : l'engagement dans l'activité (Townsend & Polatajko, 2013), ainsi que l'habilitation de la personne dans sa prise en soins. Ces deux notions ont été explicitées par Caire, J.M., & Rouault, L., en 2017 dans le livre[1] *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* de Morel-Bracq, M-C. Selon eux, l'engagement serait rattaché aux concepts de participation totale de la personne et d'investissement de la personne dans ses soins. L'habilitation, quant à elle, serait définie par la « *création de possibilités et par le renforcement du pouvoir et de la capacité d'être ou d'agir* »[2] (Caire, J.M., & Rouault, L., 2017, p. 88).

1.4. Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

1.4.1. Description de la mesure

Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels décrit une approche fondée sur la collaboration qui vise la promotion de l'occupation chez le client. Le

[1] Morel-Bracq, M-C., (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. (2e édition). France, Paris : De Boeck Supérieur & Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE).
[2] Caire, J.M., & Rouault, L., (2017), dans Morel-Bracq, M-C., (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. (2e édition, p. 85-96). France, Paris : De Boeck Supérieur & Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE).

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

partenariat recherché avec le client est mis en place pour faire participer au mieux la personne dans la prise de décision concernant la résolution des problèmes et l'atteinte d'objectifs en matière de rendement occupationnel. Le modèle canadien, profondément humaniste, s'appuie sur l'outil d'évaluation de la MCRO (Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel). Au Canada, la MCRO est considérée comme un principe de base de la pratique de l'ergothérapie[1] (McColl, M. A., Paterson, M., Davies, D., Doubt, L., & Law, M., 2000). Au travers de cette mesure, l'ergothérapeute aide la personne à faire émerger ses propres objectifs de traitement, c'est-à-dire les occupations qui sont importantes pour elle, qui lui posent des difficultés dans leur réalisation et dans la satisfaction qu'elle en retire. Cela reflète la performance occupationnelle de la personne. La performance occupationnelle a été définie comme la capacité de la personne à s'investir dans une activité selon une dimension objective de performance dans l'activité (rendement) ainsi qu'une dimension subjective de satisfaction dans la réalisation de son activité (McColl, M. A., Paterson, M., Davies, D., Doubt, L., & Law, M., 2000, p. 23, traduction libre)[1].

Par conséquent, cet outil permettra à l'ergothérapeute de cerner les problèmes de performance occupationnelle afin d'intervenir au mieux auprès de la personne. Mew et Fossey (1996) énoncent que la MCRO aide les clients à se recentrer sur leurs problèmes de performance occupationnelle, et que grâce à cela, une collaboration se crée avec le thérapeute ainsi qu'une meilleure compréhension des objectifs de traitement par le client (Law et al., 1991 ; 1994 ; 1998). Effectivement, lorsque la personne comprend les objectifs et s'approprie ces derniers, cela donne un sens à sa thérapie et elle sait pourquoi elle travaille. Cette compréhension entraîne chez le client un meilleur investissement dans ses activités, car ses choix font partie prenante du processus de soins (Dedding, C., Cardol, M., Eyssen, I. C., & Beelen, A., 2004). De ce fait, il est essentiel d'évaluer le niveau de motivation et d'intérêt de la personne pour l'exécution de ses activités. La MCRO donne l'opportunité aux ergothérapeutes de développer le concept d'habilitation et d'*empowerment*[2] de la personne dans sa prise en soins. Ceci est rendu possible grâce à l'apport d'un espace propre au client pour qu'il puisse collaborer et participer activement à son évolution dans la thérapie. « *La subjectivité et la spiritualité de la personne sont prises en compte* »[3] (Caire, J.M., & Rouault, L., 2017, p. 92).

---

[1] McColl, M. A., Paterson, M., Davies, D., Doubt, L., & Law, M. (2000). Validity and Community Utility of the Canadian Occupational Performance Measure. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 67(1)*, 22-30.

[2] ***Empowerment*** (Autonomisation en français), serait le « *processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci* » (OMS, 1986).

[3] Caire, J.M., & Rouault, L., (2017), dans Morel-Bracq, M-C., (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. (2e édition). France, Paris : De Boeck Supérieur & Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE).

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

L'objectif principal de la MCRO est de déterminer les secteurs problématiques des occupations de la personne. Cet outil aide l'ergothérapeute à établir des objectifs thérapeutiques pour améliorer la performance occupationnelle et la satisfaction du patient. Le client va relever les principaux problèmes dans les domaines comme les soins personnels, la productivité ou encore les loisirs. Cet entretien doit permettre au client de s'exprimer quant à ses rôles sociaux et ses attentes (Law et al., 1998). La mesure tient compte de l'importance pour la personne des divers domaines de rendement ainsi que des problèmes identifiés. Elle peut être utilisée à tous les stades de développement, à partir du moment où la personne peut exprimer ses occupations, ses sentiments, ses besoins et ses attentes. Effectivement, cette mesure dispose d'une importante validité, ainsi qu'une bonne efficience et reproductibilité (Parker & Sykes, 2006)[1]. Pour les enfants de moins de cinq ans, il est nécessaire d'avoir la présence des parents pour favoriser l'échange verbal. Cette mesure entre dans le cadre d'une approche client-centrée reconnaissant le niveau de responsabilité de la personne et son potentiel d'habilitation dans l'élaboration du plan de traitement. Elle permettra de suivre l'évolution de cette dernière dans sa thérapie.

1.4.2. Les étapes d'utilisation de la MCRO

Dans l'entretien de la MCRO, le processus est divisé en cinq étapes clés[2] (Eyssen, I. C. J. M., Beelen, A., Dedding, C., Cardol, M., & Dekker, J., 2005) qui sont : l'identification des problèmes, la pondération des problèmes, la cotation, la réévaluation et le suivi.

La première étape d'identification se fait en demandant à la personne une description rapide de son activité quotidienne, afin de déterminer si elle éprouve des problèmes de performance dans ses occupations[3] (Pan, A.-W., Chung, L., & Hsin-Hwei, G., 2003). Si le client a du mal à décrire ses activités, nous pouvons lui proposer de décrire une journée type. Il est important de l'inciter à décrire de façon approfondie ses occupations y compris dans la manière de les faire, si le client souhaite les faire ou doit les faire (sentiment de nécessité, d'obligation). Le niveau d'engagement et de motivation pour exécuter ses occupations sont des points essentiels à discuter avec le client afin de déterminer leur importance pour lui dans son quotidien. Cette étape peut mettre le client en difficulté, notamment lorsqu'il s'agit d'un enfant.

[1] Galvin, J., Randall, M., Hewish, S., Rice, J., & MacKay, M. T. (2010). Family-centred outcome measurement following paediatric stroke. *Australian Occupational Therapy Journal, 57(3)*, 152-158.
[2] Eyssen, I. C. J. M., Beelen, A., Dedding, C., Cardol, M., & Dekker, J. (2005). The reproducibility of the Canadian Occupational Performance Measure. *Clinical Rehabilitation, 19(8)*, 888-894.
[3] Pan, A.-W., Chung, L., & Hsin-Hwei, G. (2003). Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure for clients with psychiatric disorders in Taiwan. *Occupational Therapy International, 10(4)*, 269-277.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Des outils tels que l'OT'Hope ou le PACS permettent aux enfants de mieux se représenter les activités, de s'exprimer plus facilement et de discuter de manière plus adaptée avec le thérapeute.

La deuxième étape est la pondération des problèmes (Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M-A., Polatajko, H., Pollock, N., 2014). Une fois que le client a exploré les domaines et trouvé des problèmes occupationnels, le thérapeute demande de prioriser les problèmes en les hiérarchisant. Une échelle[1] (présentée en annexe), numérotée de 1 à 10, permet de voir si un problème est sans importance (1) ou extrêmement important (10). L'ergothérapeute doit aider le client à faire des choix et à pondérer ses problèmes.

Lors de la troisième étape, il est demandé au client d'effectuer une cotation sur les 5 problèmes qui lui semblent les plus urgents ou importants à prendre en charge. En fonction de la pondération effectuée, les 5 problèmes les plus importants sont choisis, pour chacun de ces problèmes il est demandé au client de coter son degré de rendement[2] et de satisfaction[3] dans l'exécution de ses activités (Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M-A., Polatajko, H., Pollock, N., 2014). Les outils de cotation du rendement et de la satisfaction sont des réglettes graduées de 1 à 10. Pour le rendement, il s'agit de situer la capacité à effectuer l'activité, 1 étant l'incapacité d'exécuter l'activité, et 10 la capacité d'exécuter parfaitement l'activité. Pour la satisfaction, 1 représente une "non-satisfaction" de comment il effectue l'activité, et 10, la personne est extrêmement satisfaite de la réalisation de son activité. Pour chacune des difficultés identifiées on peut obtenir une note totale du rendement par l'addition des 5 notes du rendement, ainsi qu'une note totale du sentiment de satisfaction sur les 5 activités importantes repérées par la personne. Ces résultats permettront de calculer les moyennes du rendement et de la satisfaction pour faciliter le suivi de la personne et mieux cerner son évolution.

La MCRO s'inscrit dans un entretien où il est nécessaire de s'assurer que ce qui a été inscrit par le thérapeute reflète bien ce que veut dire le client. Il s'agit d'une évaluation subjective puisqu'elle est faite par le client. C'est là tout l'intérêt, puisque nous avons besoin de récolter la perception du client sur sa capacité (rendement) et sur sa satisfaction (bien-être et qualité de vie) à effectuer une activité. Il est donc important que les informations inscrites sur le livret de passation de la MCRO soient vérifiées et validées par le client.

---

[1] Annexe n°3 : Échelle de pondération des problèmes occupationnels en fonction de leur importance (Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M-A., Polatajko, H., Pollock, N., 2014).
[2] Annexe n°4 : Échelle de cotation du rendement (capacité à effectuer l'activité) (Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M-A., Polatajko, H., Pollock, N., 2014).
[3] Annexe n°5 : Échelle de cotation de la satisfaction au regard d'une activité réalisée (Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M-A., Polatajko, H., Pollock, N., 2014).

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

La quatrième étape est une étape intermédiaire de réévaluation. Cette réévaluation indique à la personne de situer son évolution et de déterminer les changements qui se seraient produits au niveau de la performance et de la satisfaction dans chaque domaine. Certaines études ont prouvé qu'une évolution de deux points ou plus entre l'évaluation initiale et la réévaluation indiquera des changements significatifs sur le plan clinique (Law et al., 1994). La réévaluation doit se dérouler dans des conditions bien particulières. En effet, il s'agit de ne pas rappeler à la personne les anciennes cotations pour ne pas influencer les résultats. Comme pour l'évaluation initiale, les activités sont cotées en termes de rendement et de satisfaction. Le client et le thérapeute reprennent ensemble les activités ciblées durant la première évaluation et la personne redonne des notes en termes de rendement et de satisfaction à chacune de ces activités.

La dernière étape permet au thérapeute de décider avec le client s'il faut poursuivre la thérapie, la modifier ou l'arrêter. Cette étape constitue une évaluation supplémentaire à l'aide de la MCRO pour identifier si les problématiques occupationnelles ont été améliorées, ou résolues, ou encore si de nouvelles problématiques sont apparues.

1.4.3. La MCRO en pédiatrie

En pédiatrie, il n'y a pas de limite d'âge dans l'utilisation de la MCRO, « *il est vrai que les jeunes enfants ne peuvent pas être en mesure de processus hautement abstraits. Cependant, la difficulté peut reposer sur les méthodes utilisées plutôt que sur la capacité d'auto-évaluation de l'enfant.* » (Anne G. Fisher, 2009). Dans le processus thérapeutique d'un enfant, les parents jouent un rôle d'acteur pivot[1] pour sa prise en soins. Certains auteurs décrivent même la famille comme experte de la situation de l'enfant (Cusick, A., McIntyre, S., Novak, I., Lannin, N., & Lowe, K., 2006). De ce fait, la passation de la MCRO en pédiatrie peut s'effectuer de trois manières différentes : avec l'enfant (sans les parents), avec les parents et l'enfant, ou avec les parents (sans l'enfant). Selon une étude[2], menée par Kaiser, M. L., Braun, M. & Rhyner, C. en 2005, la participation de l'enfant est meilleure quand il est seul lors de l'entrevue. Ces différentes modalités de passation nécessitent une synthèse des informations recueillies afin de fixer un consensus sur la prise en soins de l'enfant, en mixant la vision de l'enfant et de ses parents. La MCRO utilise un langage qui peut s'avérer complexe à comprendre pour des enfants. En pédiatrie, il est nécessaire d'adapter l'approche de l'entretien, dans le langage de

[1] Cusick, A., McIntyre, S., Novak, I., Lannin, N., & Lowe, K. (2006). A comparison of goal attainment scaling and the Canadian occupational performance measure for paediatric rehabilitation research. *Pediatric Rehabilitation, 9(2)*, 149-157.
[2] Kaiser, M. L., Braun, M. & Rhyner, C. (2005). *Utilisation de la MCRO auprès d'enfants et de leurs parents : une expérience suisse*. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 72*, 30-36.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l'évaluation, les outils, le système de notation... etc. Il est important de réfléchir à des stratégies pour communiquer et s'adapter au niveau de développement de l'enfant et à sa capacité de faire face à des concepts abstraits. Il existe différents supports adaptés pour les enfants, comme des réglettes[1] de cotations spécifiques plus concrètes, ou encore d'autres outils plus ludiques (OT'Hope, PACS).

La MCRO en pédiatrie développe un accompagnement thérapeutique adapté aux problématiques singulières de l'enfant. Cette approche donne une place particulière à l'enfant, aux parents, qui sont alors davantage acteurs du soin. Il s'agit d'un outil donnant du sens à l'accompagnement au travers d'un processus participatif qui favorise l'engagement de l'enfant dans sa prise en soins (Kielhofner, 1997 ; Kusznir and Scott, 1999).

1.5. La notion d'engagement occupationnel[2]

L'engagement occupationnel est un des concepts clé de l'ergothérapie qui a fait son apparition dans les années 90 en même temps que les sciences de l'occupation, il a « *émergé parmi différents autres concepts occupationnels issus des sciences de l'occupation (Kennedy et Davis, 2017)* »[3] (Bertrand, R., et al., 2018, p. 49). L'engagement est défini par Bertrand, R., et al., 2018, comme « *le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation (Meyer, 2013)* »[3] (Bertrand, R., et al., 2018, p. 49). Avec cette définition, il est possible de relier différentes notions : la performance occupationnelle, la participation dans l'occupation, ainsi que le sens des activités pour la personne. Ces notions gravitent autour de la définition de l'engagement occupationnel qui est rendu possible par l'interaction qui existe entre elles et fluctue au cours du temps.

1.5.1. Les occupations signifiantes et significatives : la subjectivité

Les pratiques basées sur les sciences de l'occupation et l'approche centrée sur la personne permettent au thérapeute d'identifier ce qui est important pour la personne. Le MCREO (Law et al., 1991, 2005 ; Townsend, 2015) est un modèle conceptuel favorisant cette recherche grâce à l'outil d'évaluation qu'est la MCRO. Cet outil permet au thérapeute de connaître les

[1] Annexes n°6, 7, 8 : Échelles de cotation adaptées pour l'enfant. Tirées de la Formation MCRO, A.N.F.E., Menée par Jean-Michel Caire.
[2] Annexe n°10 : Matrice théorique d'analyse d'entretien pour la variable dépendante : *Engagement Occupationnel*.
[3] Bertrand, R., Desrosiers, J., Stucki, V., Kühne, N., Tétreault, S., (2018). Dans Caire, J. M., et Schabaille, A. (dir.), *Engagement occupation et santé*. (Actualité en ergothérapie, Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie, p. 47-57). Paris, France : Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE).

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

occupations qui sont importantes pour la personne dans sa vie quotidienne. En ergothérapie, on parle d'activités signifiantes et significatives. On entend par activité signifiante le sens donné par la personne à l'activité, et par activité significative le sens social attribué par l'entourage à l'activité.

De nombreux auteurs se sont intéressés à la notion d'engagement dans l'occupation. Effectivement, l'engagement occupationnel est une composante majeure des activités de la personne dans son quotidien. L'ergothérapeute recherche sans cesse des moyens pour favoriser et faciliter cet engagement dans l'activité (Caire, J. M., Morel-Bracq, M. C., 2018).

La notion d'engagement occupationnel est assez complexe. Un des éléments majeurs de l'engagement, c'est le sens que la personne attribue à ses occupations (activités signifiantes et significatives). En effet, l'engagement est étroitement lié aux sentiments personnels que la personne ressent vis-à-vis de l'occupation, on parle d'une « *signifiance subjective de l'expérience qui en est vécue (Kennedy et Davis, 2017 ; Nilsson et al., 2007)* »[1] (Bertrand, R., et al., 2018, p. 54). De ce fait, l'engagement est en partie expliqué par le sentiment qui est ressenti lors de l'exécution d'une activité qui a du sens pour la personne. Ce sentiment peut être l'épanouissement, la valorisation ou encore un sentiment d'efficacité personnelle éprouvé pendant ou après la réalisation de l'activité. Ce sentiment est étroitement lié à l'identité occupationnelle de la personne. Lorsque la personne ressent ce sentiment positif, elle donne un sens particulier et une valeur spécifique à l'activité. Ce processus peut être influencé par différentes composantes internes et externes à la personne, il est personnel et propre à chacun (Meyer, S., 2018). Par conséquent, on comprend que l'engagement occupationnel dépend de l'individu qui en fait l'expérience et que cela peut évoluer avec le temps (Bertrand, R., Desrosiers, J., Stucki, V., Kühne, N., Tétreault, S., 2018).

1.5.2. La participation dans l'occupation : vecteur de performance occupationnelle

La participation constitue un deuxième élément majeur de l'engagement occupationnel. Si l'on veut faire écho avec la partie précédente, on pourra s'intéresser aux propos de Morris et Cox (2017) qui définissent : « *l'engagement occupationnel comme la participation dans une occupation à laquelle est attachée une valeur personnelle positive* »[1] (Bertrand, R., Desrosiers, J., Stucki, V., Kühne, N., Tétreault, S., 2018, p. 54). Leurs réflexions pertinentes relèvent le fait

[1] Bertrand, R., Desrosiers, J., Stucki, V., Kühne, N., Tétreault, S., (2018), dans Caire, J. M., et Schabaille, A. (dir.), *Engagement occupation et santé*. (Actualité en ergothérapie, Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie, p. 47-57). Paris, France : Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE).

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

que la participation dans une activité est indispensable afin que la personne s'engage dans celle-ci. Cependant, il arrive parfois qu'une personne participe à une activité parce qu'elle y est contrainte ou obligée, mais elle ne s'engage pas obligatoirement dans cette dernière. L'engagement allie la participation avec le sens que la personne attache à l'activité. Encore une fois, cette notion est personnelle et interdépendante en fonction des individus.

Les propos de Meyer (2018), permettent de décrire le lien existant entre participation, engagement et performance : « *la participation [...] est définie comme l'engagement, par l'occupation, dans des situations de vie socialement contextualisées (Meyer, 2013). Cette participation implique à la fois la performance de l'occupation par l'individu et son engagement.* »[1] (Meyer, S., 2018, p. 18). Autrement dit, une personne qui participe à une occupation s'engage dans une dimension bien particulière qui serait définie par le contexte et l'environnement dans lesquels se déroule l'occupation.

La participation de la personne dans ses activités nécessite plusieurs conditions : la motivation, l'implication et l'immersion dans l'activité. Ces trois niveaux sont en lien direct avec le concept d'engagement dans l'occupation.

Au travers des sciences de l'occupation et de l'approche centrée sur la personne, l'ergothérapie vise une meilleure participation du client dans l'activité. Cette participation est rendue possible dès lors que la personne est motivée et impliquée dans la réalisation de son occupation. La motivation et l'implication sont en lien avec l'identité occupationnelle de la personne. Effectivement, l'identité occupationnelle constitue l'essence même des activités significatives de l'individu. La personne est motivée et impliquée dans l'activité lorsqu'elle l'a choisie, qu'elle a attribué un sens particulier à cette activité, une signifiance propre à elle-même. La personne consacre du temps, de l'énergie et donne de sa personne dans l'occupation. Cependant, il est important de noter que l'implication, mais aussi la motivation, sont des conditions qui varient avec le temps et il y a « *plus ou moins d'implication à un moment donné dans une activité donnée, cela dépend de : (1) la nature de chaque activité ; (2) l'humeur, l'attitude, l'état physique et le style idiosyncratique de l'auteur ; (3) le contexte (comportement habitat/champ d'action) dans lequel se déroule l'activité.* »[2] (Bertrand, R., et al., 2018, p. 51-52, traduction libre des propos de Cynkin et Robinson, 1990).

---

[1] Meyer, S., (2018). Dans Caire, J. M., et Schabaille, A. (dir.), *Engagement occupation et santé*. (Actualité en ergothérapie, Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie, p. 17-25). Paris, France : Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE).

[2] Bertrand, R., Desrosiers, J., Stucki, V., Kühne, N., Tétreault, S., (2018), dans Caire, J. M., et Schabaille, A. (dir.), *Engagement occupation et santé*. (Actualité en ergothérapie, Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie, p. 47-57). Paris, France : Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE).

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

La participation dans l'occupation est optimale si la personne est en immersion complète dans l'occupation. Cynkin et Robinson, 1990 décrivent l'immersion par : « *l'esprit, la volonté et les mains "pleinement occupés"* »[1] (Bertrand, R., et al., 2018, p. 51-52, traduction libre des propos de Cynkin et Robinson, 1990).

De fait, l'engagement occupationnel est indirectement influencé par ces facteurs, propres à la personne et à l'environnement. Ainsi, il fluctue au cours du temps lorsque l'implication, la motivation ou l'immersion évoluent (Cynkin & Robinson, 1990).

Pour résumer ces deux premiers éléments en lien avec l'engagement, « *Townsend, Polatajko et leurs collègues (2007) mentionnent que l'engagement occupationnel [...] implique des aspects de signifiance, d'intérêt, de motivation ainsi que la perception d'efficacité personnelle*. »[1]. (Bertrand, R., et al., 2018, p. 53-54).

1.5.3. La performance occupationnelle : le plaisir et le bien-être

Dans la définition de l'engagement occupationnel il y a les notions de plaisir, de bien-être et de sentiment positif ressenti à l'égard de l'activité. Ces notions définissent une partie de ce qui est appelé la "performance occupationnelle". La performance occupationnelle a été définie comme la capacité de la personne à s'investir dans une activité selon une dimension objective de performance dans l'activité (rendement) ainsi qu'une dimension subjective de satisfaction, de plaisir et de bien-être dans la réalisation de son activité[2] (McColl, M. A., Paterson, M., Davies, D., Doubt, L., & Law, M., 2000, p. 23, traduction libre).

Lorsque la personne réalise une performance optimale et participe pleinement à ses occupations, elle s'engage dans ces dernières. Selon Clark, Townsend et Polatajko, ces notions de performance et d'engagement dans l'occupation auraient des effets sur la santé et le bien-être : « *Ainsi, être engagé dans des activités de la vie quotidienne, qui sont signifiantes, aurait un effet positif sur la santé et le bien-être d'un individu (Clark et al., 2001 ; Townsend et Polatajko, 2007).* »[1] (Bertrand, R., et al., 2018, p. 49). Lors de l'exécution d'une activité signifiante et significative, la personne prend du plaisir avant, pendant ou après la réalisation de l'activité. De plus, les occupations de la personne, dans lesquelles elle est engagée et performante, procurent une forme de bien-être. La personne se sent bien physiquement,

[1] Bertrand, R., Desrosiers, J., Stucki, V., Kühne, N., Tétreault, S., (2018), dans Caire, J. M., et Schabaille, A. (dir.), *Engagement occupation et santé*. (Actualité en ergothérapie, Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie, p. 47-57). Paris, France : Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE).
[2] McColl, M. A., Paterson, M., Davies, D., Doubt, L., & Law, M. (2000). Validity and Community Utility of the Canadian Occupational Performance Measure. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 67(1)*, 22-30.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

mentalement, et moralement. Elle est davantage motivée et retrouve une part de l'identité occupationnelle qu'elle a pu perdre à cause de sa situation de handicap. La MCRO constitue ici un outil intéressant pour l'ergothérapeute, car elle permet de cibler les activités signifiantes et significatives de la personne, celles qui ont du sens pour elle et dans lesquelles elle atteint une performance, s'engage et participe.

Dans ses écrits, Meyer rappelle l'importance en ce qui concerne l'équilibre occupationnel, c'est-à-dire la capacité de l'individu à choisir le rythme des occupations dans lesquelles il s'engage, avec un juste niveau dans chacune de ses activités de travail, de loisir et de repos. Cet équilibre occupationnel permet à la personne de « *s'engager dans des occupations afin de soutenir sa santé (Kielhofner et Burke, 1977 ; Wilcock, 1993)* » et que « *[...] son bien-être évolue favorablement.* »[1] (Bertrand, R., et al., 2018, p. 51 et 53).

1.6. L'*empowerment*, ou autonomisation de l'enfant[2]

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) en 1986, l'*empowerment* serait « *le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci (OMS, 1986)* »[3] (Couralet, D., Caire, J. M., 2018, p. 270). Cette idée est apparue avec l'évolution de la médecine qui se centre de plus en plus sur la volonté de la personne et sur sa capacité à faire des choix et prendre des décisions.

L'*empowerment* est un processus qui se base sur plusieurs conditions : l'habilitation de la personne ; la subjectivité due aux choix et à l'engagement occupationnel propre à la personne ; un sentiment de contrôle et de pouvoir sur les décisions qui procure du bien-être et du plaisir au travers de l'engagement dans l'occupation.

1.6.1. L'habilitation au travers d'une approche centrée sur la personne

L'approche centrée sur la personne décrite par Carl Rogers place la personne en tant qu'acteur et auteur de sa thérapie. Le MCREO, modèle conceptuel de la MCRO, est inscrit dans une telle approche. Avec l'évolution de la vision de la médecine, en 2013 ce modèle s'est enrichi de la notion d'"habilitation" (Townsend & Polatajko, 2013). Lorsqu'on parle d'*empowerment*, le rôle de l'ergothérapeute est de viser l'habilitation de la personne au travers

[1] Bertrand, R., Desrosiers, J., Stucki, V., Kühne, N., Tétreault, S., (2018), dans Caire, J. M., et Schabaille, A. (dir.), *Engagement occupation et santé*. (Actualité en ergothérapie, Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie, p. 47-57). Paris, France : Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE).
[2] Annexe n°11 : Matrice théorique d'analyse d'entretien pour la variable dépendante : *Empowerment*.
[3] Couralet, D., Caire, J. M., (2018), dans Caire, J. M., et Schabaille, A. (dir.), *Engagement occupation et santé*. (Actualité en ergothérapie, Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie, p. 269-284). Paris, France : Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE).

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

de ses occupations. L'habilitation est un processus d'autorisation, qui rend capable la personne, c'est ce qui lui donne le pouvoir et le contrôle sur sa santé (Hammell, K. R. W., 2013, p. 175 & 2016, p. 282)[1]. Certains auteurs considèrent l'occupation comme habilitante et l'habilitation est une des compétences qui est reconnue comme essentielle en ergothérapie (Townsend, Beagan, et al., 2007). Au travers de l'approche centrée sur la personne, l'ergothérapeute cherche à placer l'individu dans cette posture d'acteur visée par l'habilitation. La MCRO est un outil qui facilite cette recherche. Elle permet au thérapeute le développement du pouvoir d'agir de la personne concernant les choix pour sa thérapie (Petit, C., 2016). Cet outil habilite la personne en l'impliquant dans des décisions autour de ses occupations, des problèmes identifiés et des points à travailler avec l'ergothérapeute. Cette implication est permise grâce à une négociation et un consensus entre la personne et le thérapeute. Cette double vision est permise dès lors que la parole du client est prise en compte. C'est ici que siègent l'importance de l'habilitation et de l'approche centrée sur la personne pour favoriser l'*empowerment* de la personne dans sa prise en charge.

1.6.2. Engagement occupationnel et *empowerment* : la subjectivité

L'engagement occupationnel et l'*empowerment* ont un lien significatif dans leurs fondements (Hultqvist, Eklund, & Leufstadius, 2015), ils supposent tous les deux un choix de la personne. Afin d'être engagée dans une activité signifiante et significative la personne choisit une activité qui a du sens pour elle. Cette part de décision de la personne est permise par le processus d'*empowerment* qu'elle expérimente au travers de l'engagement occupationnel et de l'approche centrée sur la personne. Ce processus apporte une certaine part de subjectivité dans la thérapie. Hammell explicite ce lien entre *empowerment* et engagement en expliquant que l'*empowerment* d'une personne sous-entend un engagement dans des voies significatives (Barnes & Mercer, 2003 ; Swain & French, 2004 ; dans Hammell, 2016, p. 282)[1].

La subjectivité retrouvée à travers la notion d'*empowerment* suppose que la personne prend conscience de ce dont elle est capable. Comme le disait Jouffray : « *Prendre conscience par soi-même que l'on est capable de réaliser l'action n'aura pas le même effet que si c'est le thérapeute qui l'énonce (Jouffray, 2014, p. 21).* »[2] (Petit, C., 2016, p. 7). Cette prise de conscience est d'autant plus importante que l'*empowerment* et l'approche centrée sur la

[1] Hammell, K. R. W., (2016). Empowerment and occupation : A new perspective. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 83(5)*, 281-287.
[2] Petit, C. (2016). Le développement du pouvoir d'agir (empowerment) en ergothérapie : une pratique innovante avec les personnes vulnérables en santé. *Ergothérapies, n°63*, 5-11.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

personne supposent tous deux que la personne est experte de sa situation de handicap et qu'elle sait au plus profond d'elle-même ce qui est bon pour elle.

1.6.3. Accroissement du pouvoir de décision et sentiment de contrôle : sensation de bien-être, de plaisir et d'engagement dans l'activité

L'*empowerment* d'une personne est défini comme l'« *accroissement de son pouvoir sur les décisions et les actions qui influent sur sa santé.* »[1] (Couralet, D., Caire, J. M., 2018, p. 271). Il se place en dernière position sur l'échelle de participation d'Arnstein (1969), qui classe la participation depuis la "non-participation" jusqu'à l'*empowerment* de la personne. Il définit l'*empowerment* comme étant au-dessus d'un simple partenariat ou d'une conciliation, avec une participation de l'individu beaucoup plus importante lorsqu'il approche l'*empowerment*. Cette participation implique la personne dans sa thérapie et lui permet de faire des choix, de prendre des décisions et d'avoir plus de contrôle sur sa santé. Cette dynamique de l'*empowerment* nécessite un environnement propice à l'émergence de la personne pour qu'elle mette en œuvre ses compétences dans les décisions à prendre pour sa santé (Golay et al., 2011). L'*empowerment* dans le domaine de l'ergothérapie est très pertinent dans le sens où c'est un processus qui augmente le pouvoir et le contrôle de la personne sur sa thérapie. Ce processus permet au thérapeute de faciliter l'habilitation de la personne, un des points clé recherché dans le MCREO, modèle de pratique de base de l'intervention centrée sur la personne mené par la MCRO.

L'augmentation du pouvoir de décision et du sentiment de contrôle de la personne permis par le processus d'*empowerment* influencent de manière non-négligeable la santé. Certains auteurs ont étudié les bienfaits de l'*empowerment*. Le bien-être et la santé de la personne sont directement impactés par les occupations dans lesquelles elle s'engage (Hammel, K. R. W., 2016). Le processus d'augmentation des capacités de la personne (*empowerment*) est un facteur important de motivation et d'engagement dans les occupations de la personne. Lorsque le thérapeute arrive à allier l'*empowerment* de la personne à l'atteinte d'un engagement occupationnel optimal, cette dernière visera une amélioration de sa santé. En effet, ces deux composantes permettent à la personne de donner un sens à sa vie, une satisfaction particulière, donc d'améliorer sa qualité de vie, son bien-être et sa santé (Stoffel, V., 2015 & Petit, C., 2016).

[1] Couralet, D., Caire, J. M., (2018), dans Caire, J. M., et Schabaille, A. (dir.), *Engagement occupation et santé*. (Actualité en ergothérapie, Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie, p. 269-284). Paris, France : Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE).

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

1.7. L'enfant « capable » et la « *capability approach* »

L'*empowerment* permet aux personnes de faire des choix, de prendre des décisions, et d'augmenter leur capacité à participer dans leur thérapie. Ce processus allie l'engagement dans l'activité, un effet sur la santé et l'habilitation de la personne dans sa prise en soins. Toutefois, cela nécessite une personne en "capacité" de faire des choix. Dans le cas présent, il s'agit de l'enfant, qui a été considéré pendant de nombreuses années comme immature, dépendant de l'adulte et comme un individu incapable de faire des choix. Néanmoins, malgré ces préjugés, l'*empowerment* et l'habilitation supposent un enfant dit "capable", on parle dans ce cas-là des "capabilités"[1] de l'enfant dans une approche spécifique : la *capability approach*, ou l'approche des capabilités.

L'idée fondatrice au cœur de l'approche des capabilités est envisagée par Guy Ausloos qui présente la famille comme compétente. Il part d'un postulat simple où le thérapeute permet à la famille de « *laisser émerger l'"autosolution"* »[2] (Ausloos, G., 2016, p. 19). Ausloos rejoint l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers qui suggère un thérapeute présent, disponible et qui place la famille dans une dynamique particulière. Le thérapeute souhaitant approcher les notions d'*empowerment* et l'approche des capabilités doit permettre au patient d'être acteur, mais aussi « *de s'autonomiser [...] suivre ses propres règles [...] faire ses propres choix.* »[1] (Ausloos, G., 2016, p. 37). Dans sa construction, la MCRO favorise cette dynamique thérapeutique centrée sur le client qu'est l'enfant. Cet outil place l'enfant, ses besoins et ses attentes au centre de l'attention du thérapeute. Il s'agit pour le thérapeute d'identifier et définir la nature de la performance occupationnelle de l'enfant, en fonction des problèmes énoncés par lui-même, mais aussi par sa famille, considérée comme compétente et experte de la situation (Galvin, J., et al., 2010). Une approche venant du Canada, créée par Hélène Polatajko place l'enfant dans cette même dynamique d'acteur et d'individu compétent. Il s'agit de l'approche CO-OP[3] (The Cognitive Orientation to daily Occupational Performance). Cette approche donne parfois suite à la MCRO car elle est centrée sur la personne, le rendement, la performance, ainsi que la résolution de problèmes (Polatajko, Mandich, 2004).

Ces visions de Guy Ausloos et Carl Rogers placent l'enfant dans un environnement spécifique qui se base sur les capacités et ressources de la personne, plutôt que sur sa pathologie. Le positionnement recherché chez le client entraine une certaine part de responsabilité suite aux

[1] Selon Amartya Kumar Sen, le mot "**capabilité**" signifie la possibilité effective qu'un individu à de choisir des modes de fonctionnements variés, comme boire, se nourrir, se déplacer, ... etc.
[2] Ausloos, G., (2017). *La compétence des familles* (Temps, chaos, processus). France, Toulouse : Editions éres.
[3] Définition de **l'approche CO-OP** par Polatajko & Mandich en 2004 dans le glossaire (après la bibliographie).

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

choix que prendra l'enfant pour sa santé. Amartya Kumar Sen, développe l'approche des capabilités depuis les années 1980 avec comme principe central : la liberté ou la possibilité de choisir ce que les individus souhaitent faire et sont capables de faire (Sen, A., 2005). Si l'on parle d'*empowerment* et de *capabilities approach*, il faut inévitablement : « *prendre en compte les capacités de l'individu, capacités pour faire des choix, mais aussi capacités de mettre en action ces choix* »[1] (Hammell, K. R. W., 2016, p. 3-4, traduction libre). Amartya Sen (2010) souligne l'importance de chercher à comprendre les valeurs, motivations et aspirations qui amènent les personnes à choisir entre différentes façons de vivre. L'approche par les capabilités s'appuie sur le cours de vie des personnes, sur les événements essentiels de leur parcours de vie et sur leurs décisions.

En d'autres termes, l'enfant est "capable" de faire des choix pour sa santé, pour sa thérapie, ainsi que pour sa vie de tous les jours. Ce dernier doit être aidé par le thérapeute par le biais d'un environnement adapté et par un *empowerment* permettant d'améliorer sa performance et sa motivation. Plusieurs études[2] ont permis de prouver les bienfaits apportés par la mise en place d'approches centrées sur l'enfant, sur ses capabilités et sur son pouvoir de décision, son *empowerment*.

2. Objectif de recherche : hypothèses et questionnement de départ

Le travail de recherche s'est déroulé depuis plusieurs mois autour de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel et de son application en pédiatrie. Cet outil, découvert au cours de mon cursus, a occasionné beaucoup de réflexions, de questionnements et de nombreuses hypothèses quant à sa mise en pratique. Les expériences professionnelles que j'ai pu avoir en stage m'ont permis de découvrir ses forces, ses avantages, mais aussi ses limites. Cette mise en pratique, notamment durant le stage de deuxième année sur le centre pédiatrique Paul Dottin, m'a conduit à la question suivante : « les enfants ressentent-ils des effets (positifs, ou négatifs) sur leur thérapie avec l'utilisation de la MCRO ? Et si oui, quels sont ces effets ? ». Au fur et à mesure des lectures et des recherches que j'ai pu effectuer, ce questionnement s'est affiné et la construction de l'idée générale de ce mémoire de fin d'études est apparue avec une question

[1] Hammell, K. R. W. (2016). Empowerment and occupation : A new perspective. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 83(5)*, 281-287.
[2] Études menées par : Cusick, A., et al., 2006 ; Galvin, J. et al., 2010 ; Hammell, K. R. W., 2016 ; Kaiser, M. L., et al., 2005 ; Vroland-Nordstrand, K., et al., 2016.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

initiale de départ tournée vers : « l'influence de la MCRO sur l'implication des enfants dans la prise en charge ».

La suite de ce travail de réflexion fut de mettre en avant les hypothèses possibles pour orienter mon écrit, ainsi que les éventuelles réponses à ces interrogations. Durant mes recherches, les premières hypothèses se sont tournées vers le pouvoir et la capacité de décision de l'enfant, soit l'*empowerment* (autonomisation) de l'enfant dans sa prise en soin. L'ergothérapie étant la profession clé de l'occupation, il m'a paru essentiel de lier l'*empowerment* avec l'engagement occupationnel de l'enfant. Les liens entre *empowerment* et engagement s'effectuent dans leurs fondements, l'un fonctionne grâce à l'autre et inversement. Les hypothèses de recherche se sont orientées vers une problématique autour des questions d'engagement et d'*empowerment* car la MCRO et son approche centrée sur la personne recherchent et favorisent ces notions-là.

Ces deux éléments clés constituent l'objectif de recherche majeur des entretiens exploratoires ci-après. Il s'agira d'interroger les ergothérapeutes pour identifier leur rôle, leur pratique et l'apport de la MCRO en lien avec les notions d'*empowerment* et d'engagement occupationnel.

3. Méthode exploratoire : l'influence de la MCRO en pédiatrie

3.1. L'approche ethnographique

3.1.1. Ethnographie et approche exploratoire

L'ethnographie est le domaine des sciences sociales qui étudie sur le terrain la culture et le mode de vie de peuples ou milieux sociaux donnés. Une étude dite "ethnographique" est généralement une étude réalisée sur le terrain et visant à observer le comportement d'un groupe de personnes dans leur usage quotidien d'un produit ou service. Dans la présente étude, le groupe visé est un groupe d'ergothérapeutes qui sera défini par la suite. Pour le produit ou service de l'étude, il s'agit de la MCRO dans le cadre d'une intervention en ergothérapie auprès d'un public pédiatrique.

L'approche ethnographique (Mauss, M., 1926 ; Jean-Marie Tremblay, 2002)[1] est une approche exploratoire visant à interroger une population préalablement définie pour répondre à

[1] Mauss, M., (1926). Collection « les classiques des sciences sociales ». *Manuel d'ethnographie*. (Édition électronique présentée par Jean-Marie Tremblay, 2002). Chicoutimi, Québec : Bibliothèque Paul-Émile-Boulet.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

certains questionnements. L'enquête menée auprès de cette population a pour but de répondre à ces interrogations afin de définir une question de recherche précise et pertinente.

3.1.2. Limites et difficultés d'une telle approche

L'approche ethnographique se heurte à plusieurs difficultés et limites lorsqu'on l'applique en pratique. Cette approche vise à interroger un groupe de personnes au travers d'entretiens ou d'interviews. Ces modalités de recueil de données entraînent une part de subjectivité dans l'étude et confrontent le chercheur aux risques de jugement moral, d'observations superficielles ou encore d'interprétations erronées (Mauss, M., 1926). De ce fait, il est important d'être vigilant en tant que chercheur, lorsque les entretiens sont effectués et analysés. La posture de chercheur se doit d'être juste et égalitaire, sans apporter de jugement, en étant le plus exhaustif possible, c'est-à-dire ne négliger aucun détail. L'analyse des entretiens se doit d'être complète et de prendre en compte la totalité des propos de la personne en étant le plus objectif possible face à ces derniers.

Des logiciels d'analyse d'entretien tels que Iramuteq® ou Tropes® permettent de limiter certains des biais rencontrés avec l'approche ethnographique. Ces logiciels seront détaillés par la suite afin de décrire quelles composantes des entretiens ils permettent d'analyser.

3.2. Population visée : les centres Paul Dottin et Philiaé (ASEI)

3.2.1. Les ergothérapeutes des centres Paul Dottin et Philiaé (ASEI)

Dans la présente étude, la population choisie est une cohorte d'ergothérapeutes qui exercent dans les centres Paul Dottin et Philiaé situés à Ramonville Saint-Agne. Ces centres appartiennent à l'A.S.E.I. (Agir, Soigner, Éduquer, Insérer), une association qui gère 102 établissements avec des services sanitaires et médico-sociaux. L'A.S.E.I. a pour objectif d'accompagner, éduquer et insérer des personnes en situation de handicap dans leur quotidien.

Le centre Paul Dottin est un établissement regroupant deux structures : un ESPIC (Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif) et un SSR (Soins de Suite et de Réadaptation pédiatriques spécialisés). Cet établissement accueille des enfants et adolescents de 0 à 18 ans. Ces derniers sont atteints d'affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux (lésions cérébrales, paralysies cérébrales, traumatismes...) ou d'affections du système digestif, métabolique et endocrinien (obésité sévère et/ou multi compliquée, obésité syndromique type Prader-Willi...).

Le centre Philiaé est un ensemble d'établissements regroupant plusieurs structures. Il est formé d'un IEM (Institut d'Éducation Motrice, dont un SESSAD), d'un EEAP (Établissement

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés) et d'un IME (Institut Médico-Éducatif). Ce centre est un établissement qui appartient à la branche médico-sociale de l'A.S.E.I. Cet établissement ne compte pas moins de 235 enfants et adolescents âgés de 3 à 20 ans et plus (Amendement Creton). Le centre Philiaé prend en soins des enfants atteints de déficiences motrices avec ou sans troubles associés, des enfants et adolescents polyhandicapés et des enfants atteints de déficiences intellectuelles avec ou sans troubles associés.

Le deuxième stage de mon cursus à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse s'est déroulé au centre Paul Dottin. J'ai eu l'occasion de travailler en coordination et en collaboration avec les différentes ergothérapeutes du centre, mais aussi avec celles qui travaillent dans les autres centres de l'A.S.E.I. Ceci m'a permis d'apprécier le fonctionnement de la structure, ainsi que les diversités qui existent dans la prise en soins de l'enfant selon les services dans lesquels elles interviennent. J'ai également retrouvé ces ergothérapeutes durant la formation[1] menée par Jean-Michel Caire sur la MCRO. J'ai trouvé intéressant de les choisir pour mes entretiens après ce partage singulier de mise en situation lors du stage et de la formation.

3.2.2. Enfants cérébrolésés et paralysie cérébrale

La majeure partie de la patientèle du centre de rééducation pédiatrique Paul Dottin est composée d'enfants atteints de paralysie cérébrale. Aujourd'hui on parle d'enfants cérébrolésés, parmi lesquels il y a les paralysés cérébraux, anciennement appelés IMC : Infirmes Moteurs Cérébraux. Le terme « enfants cérébrolésés » intègre aussi d'autres pathologies neurologiques de l'enfance, comme les traumatisés crâniens, ou encore les enfants polyhandicapés. Si l'on s'intéresse de plus près au terme « paralysie cérébrale », il s'agit de la cause principale d'atteinte pathologique du fœtus et du nouveau-né[2] (Racinet, C., & Cans, C., 2010). Elle constitue selon Arner (2008) une des causes la plus commune d'invalidité neurologique chez les enfants (Basu, Pearse, Kelly, Wisher & Kisler, 2015). La paralysie cérébrale est un syndrome complexe à comprendre mais aussi à définir. Rosenbaum et al. (2007) propose une définition de cette dernière : « *C'est un groupe de troubles du développement de la motricité (des mouvements et des postures), entraînant une limitation de l'activité, qui sont attribués à des perturbations non progressives qui surviennent lors du développement du*

[1] Formation MCRO, A.N.F.E., *L'entretien en ergothérapie par l'utilisation de la MCRO issue du MCREO, en France. Une approche centrée sur la personne malade et son entourage*. Menée par Jean-Michel Caire, le 9, 10 et 11 Juillet 2018 au Centre Paul Dottin, Ramonville-Saint-Agne (31520).
[2] Racinet, C., & Cans, C. (2010). Paralysie cérébrale et responsabilité obstétricale. *Revue de Médecine Périnatale, 2(4)*, 161-164.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

cerveau fœtal ou infantile. Les troubles moteurs sont souvent accompagnés de troubles sensitifs, cognitifs, de la communication, de la perception et/ou du comportement, et/ou de crises épileptiques. »[1] (Rosenbaum et al., 2007). La paralysie cérébrale est principalement due à un problème développemental survenu au cours de la grossesse, de l'accouchement ou des deux premières années suivant la naissance. Cette atteinte est définie comme permanente et immuable, étant due à une lésion non progressive et fixée (Krägeloh-Mann et Cans, 2009). La paralysie cérébrale décrit un groupe de troubles permanents du développement du mouvement et de la posture, entrainant une limitation de l'activité (Rosenbaum, Paneth, Leviton, Goldstein & Bax, 2007). La prévalence de la paralysie cérébrale est restée stable durant les 30 dernières années. Actuellement elle touche entre 2 et 3 enfants sur 1000 naissances[1] (SPCE[2], 2000 ; SPCE, 2002 ; Cans, De-la-Cruz & Mermet, 2008 ; Krägeloh-Mann & Cans, 2009). La paralysie cérébrale est due à des facteurs de risque complexes et multiples. On distingue les facteurs anténataux des facteurs périnataux et néonataux. Dans les facteurs anténataux « *on trouve principalement l'infection, une croissance intra-utérine atypique, la génétique, les malformations cérébrales, l'hypoxie et les grossesses multiples* »[1] (Himmelmann et al., 2011 ; Nelson, 2008 ; Rosenbaum & Rosenbloom, 2012). Par ailleurs, les facteurs périnataux et néonataux sont caractérisés par « *l'infection/la fièvre maternelle lors de l'accouchement, les pathologies du placenta, l'AVC périnatal, l'hypoxie, l'encéphalopathie néonatale, l'hyper bilirubinémie, les crises épileptiques et la prématurité* »[1] (Himmelmann et al., 2011 ; Nelson, 2008 ; Rosenbaum & Rosenbloom, 2012).

La tranche d'âge de la population de Paul Dottin à laquelle je m'intéresse dans ce mémoire de fin d'études est constituée principalement d'enfants atteints de paralysie cérébrale ayant entre 5 et 16 ans. Effectivement, les enfants plus jeunes (en dessous de 5 ans) peuvent avoir des difficultés à réaliser et à verbaliser leurs difficultés. Ces enfants ne sont pas toujours capables d'évaluer leurs capacités et incapacités. En dessous de 5 ans, il est plus adapté de questionner leurs parents. Dès 5 ans, l'enfant peut s'engager et faire des choix, il rencontre moins de difficultés pour conceptualiser ses problèmes. De ce fait la pertinence dans l'utilisation de la MCRO serait de prendre en considération des enfants au-dessus de 5 ans en adaptant au mieux l'outil pour favoriser le dialogue et l'émergence d'objectifs de traitement.

[1] Grandchamp, J. (2015). *Thérapie par la contrainte ou thérapie intensive bi-manuelle dans la rééducation des activités bi-manuelles chez les enfants paralysés cérébraux unilatéraux : une revue de la littérature*. (Travail de Bachelor). Haute école de santé, Genève.
[2] SPCE : Surveillance of Cerebral Palsy in Europe.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

3.2.3. Sélection des participants à l'enquête

La sélection des participants à cette enquête exploratoire s'est réalisée parmi les ergothérapeutes présents à la formation A.N.F.E. intitulée : « *L'entretien en ergothérapie par l'utilisation de la MCRO issue du MCREO, en France. Une approche centrée sur la personne malade et son entourage*. »[1] des 9, 10 et 11 Juillet 2018. J'ai pu participer à cette formation donnée par Jean-Michel Caire au Centre Paul Dottin et ainsi rencontrer les 15 ergothérapeutes présents durant ces trois jours. Cette rencontre a été l'occasion pour moi de me présenter et de leur exposer mon travail de fin d'études. J'ai ensuite sélectionné sept ergothérapeutes exerçant avec des enfants ayant de 5 à 16 ans et six m'ont répondu favorablement. J'ai choisi ces sept ergothérapeutes pour permettre une hétérogénéité maximale dans les résultats afin d'obtenir une vision plus globale de ce que la MCRO peut apporter aux enfants quelques soient leurs particularités (âges, pathologie, troubles associés etc...).

3.3. L'entretien semi-directif

3.3.1. Pourquoi ce "type" d'entretien ?

Afin de répondre à mes interrogations et ma question de départ, j'ai choisi d'effectuer une phase exploratoire de recueil de données à partir d'analyses d'entretiens. Les entretiens que j'ai réalisés sont de type semi-directif.

L'entretien semi-directif, également appelé entretien "qualitatif ou approfondi", est une méthode permettant le recueil d'informations qualitatives en centrant le discours des personnes interrogées autour de thèmes préalablement définis. Contrairement à l'entretien libre, l'entretien structuré, ou le questionnaire, l'avantage de ce type d'entretien est la liberté laissée aux personnes de s'exprimer et de développer sur les différents thèmes. L'entretien semi-directif apporte une richesse d'informations et une meilleure précision, car il permet de se concentrer sur des thèmes en laissant une liberté d'expression à la personne en face, avec des possibilités de relances et d'interactions plus importantes qu'avec un autre type d'entretien.

3.3.2. Construction et création de l'entretien

3.3.2.1. But recherché par l'entretien

L'approche exploratoire du terrain vise une population d'ergothérapeutes préalablement définie pour répondre à certains questionnements (Mauss, M., 1926 ; Jean-Marie Tremblay,

[1] Formation MCRO, A.N.F.E., *L'entretien en ergothérapie par l'utilisation de la MCRO issue du MCREO, en France. Une approche centrée sur la personne malade et son entourage*. Menée par Jean-Michel Caire, le 9, 10 et 11 Juillet 2018 au Centre Paul Dottin, Ramonville-Saint-Agne (31520).

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

2002)[1]. L'enquête menée auprès de cette population a pour but de répondre à ces interrogations et aux hypothèses élaborées, ceci afin de définir une question de recherche précise et pertinente.

Au travers des entretiens, il s'agira de questionner les ergothérapeutes sur leur ressenti vis-à-vis de l'engagement et l'*empowerment* (autonomisation) de l'enfant, ainsi que sur la façon dont ils utilisent l'outil dans leur pratique.

3.3.2.2. Guide / Trame d'entretien exploratoire[2]

Le guide d'entretien a pour rôle de structurer un entretien de façon à viser des éléments particuliers. Il est important de prendre le temps de préparer un guide avec plusieurs étapes de construction. Au travers des lectures et des recherches bibliographiques, certaines interrogations, hypothèses et questionnements sont apparus. Il est pertinent de bien définir ces éléments car ils constituent le cœur de l'entretien qualitatif en recherche. Ce travail donne suite à la formulation de différentes questions en lien avec les hypothèses à confirmer ou infirmer.

Dans le cadre de ce mémoire de fin d'études, il m'a paru intéressant de diviser l'entretien en trois grandes parties. La première partie recueille les modalités d'utilisation de la MCRO et sa mise en pratique depuis la formation A.N.F.E.[3]. Les questions choisies orientent la personne sur la passation, les avantages et les limites dans l'utilisation de cet outil. La seconde partie est guidée vers l'approche thérapeutique, dite "centrée sur la personne", avec des questions sur le ressenti du thérapeute quant au changement, ou non, de son approche thérapeutique avec la mise en place de la MCRO. La dernière partie se centre sur l'enfant, et plus particulièrement sur le ressenti du thérapeute à propos de l'évolution, ou non, de la place de l'enfant dans sa prise en soins.

Les questions de l'entretien ont été formulées de manière à ce que la personne puisse répondre à un maximum de thèmes et que le déroulement de l'entretien soit logique et fluide dans le discours.

3.3.2.3. Phase de test de l'entretien

La construction de la trame d'entretien a permis de poser un cadre autour des éléments recherchés. Après l'élaboration de cette trame, il paraissait intéressant de tester l'entretien pour réajuster les questions et le déroulé de ce dernier avant la réalisation des entretiens. Cette phase

---

[1] Mauss, M., (1926). Collection « les classiques des sciences sociales ». *Manuel d'ethnographie*. (Édition électronique présentée par Jean-Marie Tremblay, 2002). Chicoutimi, Québec : Bibliothèque Paul-Émile-Boulet.
[2] Annexe n°9 : Guide/Trame de l'entretien exploratoire.
[3] Formation MCRO, A.N.F.E., *L'entretien en ergothérapie par l'utilisation de la MCRO issue du MCREO, en France. Une approche centrée sur la personne malade et son entourage*. Menée par Jean-Michel Caire, le 9, 10 et 11 Juillet 2018 au Centre Paul Dottin, Ramonville-Saint-Agne (31520).

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

de test, avec ma référente terrain en tant qu'interviewée, m'a permis de mieux cibler les thèmes recherchés. Cette phase de test a permis d'épurer et de réajuster la trame d'entretien[1] (présentée en annexe).

4. Analyse des résultats de l'enquête exploratoire et question de recherche

4.1. Élaboration de deux matrices d'analyse de l'entretien

Les recherches bibliographiques ont permis d'émettre des hypothèses autour du sujet de mémoire et du questionnement de départ. Ces hypothèses se réfèrent à deux concepts importants : l'*empowerment* et l'engagement occupationnel. Ces concepts ont été longuement étudiés au cours de ces dernières années par différents auteurs. Ma réflexion m'a amené à l'élaboration de deux matrices théoriques, l'une sur l'engagement occupationnel et l'autre sur l'*empowerment*. Les lectures réalisées ont permis d'identifier les auteurs "phares", les critères définissant ces concepts, ainsi que les indicateurs justifiant ces critères.

Les deux matrices[2,3] présentées en annexes n°10 et n°11 serviront pour l'analyse des entretiens. La synthèse des critères clé des concepts d'engagement occupationnel et d'*empowerment* pour l'élaboration des matrices a permis de mieux cerner les éléments importants et les facteurs de ces concepts. Cette construction et cette réflexion autour des matrices se sont déroulées sur plusieurs semaines car il a fallu alimenter ces dernières au fur et à mesure de mes lectures avec pour objectif une synthèse d'un maximum de données et de définitions des concepts.

La matrice présentée en annexe n°10[2] portant sur l'engagement occupationnel dispose de sept critères clé qui définissent ce concept : participation ; sentiment positif, valeur personnelle positive, performance ; implication, motivation ; subjectivité, due au sens des occupations, signifiance ; sentiment de bien-être, effet positif sur la santé ; et immersion dans l'occupation. Ces critères ont été développés dans les parties précédentes. Comme peut le montrer l'annexe n°10[2] chacun de ces critères sont repris par plusieurs auteurs à différentes époques, allant de 1990 à 2018.

La seconde matrice, présentée en annexe n°11[3] porte sur l'*empowerment* et dispose aussi de sept critères clé : choix personnel, subjectif ; approche client-centré ; acteur, auteur de sa

[1] Annexe n°9 : Guide/Trame de l'entretien exploratoire.
[2] Annexe n°10 : Matrice théorique d'analyse d'entretien pour la variable dépendante : *Engagement Occupationnel*.
[3] Annexe n°11 : Matrice théorique d'analyse d'entretien pour la variable dépendante : *Empowerment*.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

thérapie ; processus d'habilitation ; accroissement du pouvoir de l'enfant ; sentiment de contrôle, implication ; sentiment de bien-être.

Les deux matrices théoriques d'analyse d'entretien n'ont pas seulement des auteurs en commun mais également des critères partagés. Les concepts d'engagement occupationnel et d'*empowerment* sont liés par leurs fondements et par leurs effets sur la personne.

Enfin, on peut voir apparaître sur ces matrices les numéros des questions de l'entretien dans lesquels les différents critères sont sous-entendus, ceci afin de faciliter l'utilisation des matrices et l'analyse des entretiens.

4.2. Recueil de données et retranscription

La prise de contact avec les ergothérapeutes a été effectuée au mois d'octobre, et la prise de rendez-vous entre décembre et janvier. Le recueil de données auprès des 6 ergothérapeutes s'est déroulé du mercredi 6 février au jeudi 21 février 2019. Après avoir obtenu l'accord de chacune des personnes interviewées, la totalité des entretiens a été enregistrée dans le but de faire des retranscriptions pour l'analyse des données. Pour chaque entretien, deux retranscriptions ont été faites. Une retranscription intégrale de l'entretien, sous forme de "verbatim". C'est-à-dire une « *reproduction intégrale des propos prononcés par l'interviewé ; compte rendu fidèle* »[1] (Larousse, 2019). Puis, une retranscription reformulée et synthétique, afin de ne garder que les propos de la personne interviewée. Cette retranscription reprend fidèlement le discours de la personne, en rédigeant ses propos dans un style correct, avec une correction des erreurs de syntaxe. Ce second type de retranscription permet un résumé de l'entretien afin de favoriser l'analyse et le passage dans un logiciel d'analyse de données textuelles. Ces retranscriptions sont présentées en annexe (n°36 à 53).

4.3. Méthodes d'analyses de données textuelles

Les méthodes d'analyses de données textuelles sont basées sur deux modalités : utiliser une matrice d'analyse et utiliser un logiciel d'analyse textuelle. Ces méthodes permettent au chercheur de s'approprier au mieux les entretiens pour en faire ressortir les éléments essentiels et significatifs. Un schéma explicatif de ces deux méthodes est présenté en annexe n°12[2].

Dans la présente étude, nous choisirons les deux modalités pour une analyse complète des données recueillies par les entretiens grâce au logiciel, et spécifique, grâce aux matrices.

[1] Définition provenant du *Larousse*, dictionnaire de français, 2019 : Verbatim. (s.d.). Dans le dictionnaire en ligne de Larousse. Consulté sur https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/verbatim/81475, le 19/04/2019.
[2] Annexe n°12 : Les méthodes d'analyse de données textuelles.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Le logiciel utilisé est Iramuteq®. Il s'agit d'un logiciel d'analyse multidimensionnelle de textes et de questionnaires. Il permet de faire des analyses statistiques sur des corpus de textes afin de relever des éléments spécifiques, les occurrences de mots et de créer des schémas et des graphiques.

Les deux matrices permettent de repérer dans les entretiens les éléments en lien avec les critères qui définissent les concepts théoriques d'*empowerment* et d'engagement occupationnel.

4.4. Présentation, analyse et interprétation des résultats

4.4.1. Analyse des résultats : tableaux synthétiques

L'analyse des résultats a été découpée sous forme de tableaux synthétiques, présentant les données récoltées dans chaque entretien. Ces éléments sont présentés en annexe, des annexes n°13 à 16.

Le premier tableau présenté en annexe n°13[1] permet de resituer les expériences de chaque personne interviewée. Les expériences professionnelles d'exercice en tant qu'ergothérapeute sont assez hétérogènes allant de 3 ans à 33 ans et on observe qu'elles utilisent toutes la MCRO depuis le mois de septembre 2018, sauf Madame F, qui l'utilise depuis sa formation initiale. Cette différence pourra constituer un point de comparaison pour l'interprétation des résultats.

Le deuxième tableau présenté en annexe n°14[2] expose les différentes modalités de passation utilisées par chaque ergothérapeute. Nous pourrons remarquer plusieurs similitudes au niveau de la passation. Elles expliquent toutes que c'est compliqué d'utiliser la MCRO avec des enfants de moins de cinq ans, car la passation n'est pas évidente avec ces enfants-là. On note que la plupart des ergothérapeutes utilisent un support imagé et adapté pour la pédiatrie, comme l'OT'Hope, les cartes du PACS, les réglettes de cotation, ou encore des supports inventés. Ces supports sont nécessaires afin que les enfants comprennent le sens du bilan et puissent s'exprimer sur leurs performances occupationnelles. Nous pouvons aussi observer que les personnes interviewées ne font pas passer uniquement la MCRO. Globalement, elles continuent à utiliser les mêmes bilans qu'avant. Certaines d'entre-elles supposent que la passation de la MCRO seule serait possible dans certaines situations, mais compliquée à envisager en pédiatrie. On pourra remarquer que Madame F, qui pratique la MCRO depuis sa formation initiale, s'autorise à ne faire passer que la MCRO dans un cadre particulier, avec des enfants ayant une pathologie spécifique (Syndrome de Prader-Willi). Enfin, on remarque que

[1] Annexe n°13 : Tableau d'analyse n°1 – Expérience professionnelle et expériences dans l'utilisation de la MCRO.
[2] Annexe n°14 : Tableau d'analyse n°2 – Passation de la MCRO.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l'idée de faire passer la MCRO en deuxième intention est reprise par plusieurs personnes interrogées : Mesdames B, D et E. Elles soulèvent l'idée que la connaissance préalable de l'enfant est nécessaire concernant la passation de la MCRO. C'est indispensable d'adapter l'outil à l'enfant pour ne pas le mettre en difficulté.

Le troisième tableau exposé en annexe n°15[1] présente les obstacles et limites à l'utilisation de la MCRO. Pour chaque entretien, ces derniers ont été classés par sous-catégories : MCRO, passation et support, enfant, thérapeute et professionnels, parents.

La principale limite qui ressort des entretiens est l'accessibilité au bilan. Cette limite constitue un réel obstacle pour la pratique des ergothérapeutes. L'accessibilité au bilan est entravée dès lors que l'enfant n'est pas apte à participer, à faire des choix et à s'investir dans une discussion autour de ses occupations. Certains enfants n'ont pas une vision réelle de leur possibilité, suite à une non-acceptation du handicap, une anosognosie[2], une déficience intellectuelle, ou encore s'il s'agit d'enfants polyhandicapés, ou non-verbaux. Les thérapeutes se trouvent en difficulté face à ces enfants car ils peuvent énoncer, au travers de la MCRO, des objectifs totalement irréalisables. Ce tableau[1] expose aussi une limite dans la compréhension des termes utilisés dans la MCRO. En effet, les termes canadiens proposés dans cette évaluation sont souvent compliqués à expliquer, mais aussi à comprendre pour des enfants. On peut remarquer que cinq ergothérapeutes sur les six interrogées relèvent cette limite. Madame F, quant à elle, n'énonce pas cette limite de compréhension des termes par les enfants. Ceci pourrait être dû aux supports adaptés qu'elle a mis en place pour les cotations. Un autre obstacle notifié par deux des ergothérapeutes interrogées est que la passation de la MCRO est chronophage. Il est également noté dans plusieurs entretiens que le lien avec les autres professionnels de santé peut s'avérer compliqué. Il apparaît d'après ces résultats qu'il existe parfois un décalage avec les autres professionnels de santé car ils ne sont pas autant centrés sur l'enfant. Enfin, les liens effectués avec la famille sont souvent insuffisants selon les ergothérapeutes, bien souvent par manque de temps et de disponibilité des parents.

Le dernier tableau, présenté en annexe n°16[3], montre les avantages de la MCRO et de son approche thérapeutique pour l'enfant, pour sa famille et pour le thérapeute.

---

[1] Annexe n°15 : Tableau d'analyse n°3 – Obstacles et limites dans l'utilisation de la MCRO.
[2] **L'anosognosie** est un trouble neuropsychologique qui fait qu'un patient atteint d'une maladie ou d'un handicap ne semble pas avoir conscience de sa condition.
[3] Annexe n°16 : Tableau d'analyse n°4 – Les avantages de la MCRO. Amélioration de la pratique. *Empowerment* et engagement occupationnel de l'enfant.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Tous les entretiens font ressortir des bénéfices apportés par la MCRO pour l'enfant. Notamment une meilleure implication, motivation, investissement et participation de l'enfant. L'enfant se sent davantage concerné par ce qui se passe en thérapie, cela prend du sens pour lui. Il devient plus acteur, plus présent dans sa prise en soins, ce qui le valorise et correspond mieux à ses attentes. L'ensemble des ergothérapeutes note une progression des enfants lors de la réévaluation.

Lorsque les liens avec la famille sont possibles, il est notifié que ces derniers sont positifs et permettent une meilleure compréhension des objectifs par la famille. Ce travail de collaboration permet une meilleure adéquation avec les activités que l'enfant réalise à domicile. La MCRO facilite et permet ce lien.

Les entretiens permettent de faire ressortir les bienfaits de cette approche pour les thérapeutes. On observe dans le tableau que plusieurs ergothérapeutes parlent de négociation et de consensus entre leur parole et celle de l'enfant. Cette coopération avec les enfants permet de définir des objectifs communs et plus proches des préoccupations des enfants. Quatre des ergothérapeutes interrogées soulignent l'apport de la MCRO pour l'équipe soignante. On observe que la MCRO permet de redonner de la cohérence au projet de l'enfant en faisant le lien avec les autres professionnels sur le souhait de l'enfant.

4.4.2. Interprétation des résultats : tableaux et schémas synthétiques, liens avec les concepts théoriques (matrices[1])

L'utilisation du logiciel Iramuteq® a permis de faire ressortir différents éléments des entretiens. Le passage des synthèses des entretiens dans ce logiciel a résumé les informations sous forme de nuage de mots ou de graphes et de tableaux. Le logiciel permet aussi de montrer les occurrences des mots, c'est-à-dire le nombre d'apparition d'un mot dans un corpus de texte. Les annexes 17 à 34 permettent de faire apparaître ces éléments sous forme de schémas ou de tableaux.

Les nuages de mots[2] des six entretiens représentent les occurrences par la taille des mots : plus le mot apparaît dans le discours de la personne, plus sa police sera grande. Nous pouvons noter que dans cinq entretiens le mot "enfant" est au centre car il s'agit du mot le plus récurrent. Il revient 56 fois dans l'entretien 1, 57 fois dans l'entretien 2, 50 fois dans l'entretien 3, 39 fois dans l'entretien 4, 19 fois dans l'entretien 5, et 33 fois dans l'entretien 6. Ces chiffres importants

[1] Annexes n°10 et 11.
[2] Annexe n°17, 20, 23, 26, 29, 32 : Nuages de mots représentatifs des six entretiens.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

se retrouvent sur les graphes[1] où on observe que le mot "enfant" est placé au centre des graphes de similitudes. Ces observations font penser à l'approche centrée sur la personne décrite par Carl Rogers dans ses écrits dans les années 60, 70. La MCRO, ainsi que son modèle conceptuel, le MCREO, sont basés sur cette approche. Les thérapeutes utilisent un discours centré sur l'enfant et on peut voir dans le tableau d'analyse n°4 présenté en annexe n°16[2], que les ergothérapeutes interrogées ont vu leur approche changer en devenant davantage centrée sur la personne. L'approche centrée sur la personne constitue un des critères de la matrice sur l'*empowerment*[3]. L'*empowerment* suppose une notion de partenariat, de relation égalitaire où le thérapeute laisse la place à l'enfant pour s'exprimer, c'est-à-dire une approche centrée sur la personne, comme on peut le retrouver dans les entretiens.

Les tableaux[4] exposant les occurrences des mots sont présentés en annexe. Dans certains tableaux on retrouve les notions d'implication, de motivation, de choix, d'intérêt, d'envie, de plaisir, de besoin, de place et de rôle. Toutes ces notions pourraient être rapportées aux deux matrices[3,5] de l'engagement occupationnel et de l'*empowerment*. En effet, si l'on s'intéresse aux matrices, on peut voir que les critères reprennent ces mots.

Toutes ces observations supposent que l'enfant atteint un certain engagement occupationnel ainsi qu'un certain niveau d'*empowerment* au travers de l'approche centrée sur la personne et de l'utilisation de la MCRO. Les témoignages des ergothérapeutes permettent de confirmer les hypothèses de départ concernant les liens existant entre engagement, *empowerment* et MCRO.

5. Discussion et projection professionnelle

5.1. Au sujet des résultats

Au cours des entretiens, nous avons pu relever différents éléments, de nombreux positifs mais aussi quelques-uns limitant l'utilisation de la MCRO en pédiatrie.

Parmi les points positifs, toutes les ergothérapeutes ont noté des bénéfices à l'utilisation de cet outil en pédiatrie, notamment en permettant de centrer davantage la prise en soin sur l'enfant et en améliorant sa participation, son implication. L'autre élément très important porte sur l'établissement d'une relation de confiance durable entre le thérapeute et le patient.

---

[1] Annexe n°18, 21, 24, 27, 30, 33 : Graphes d'analyse de similitudes des six entretiens.
[2] Annexe n°16 : Tableau d'analyse n°4 – Les avantages de la MCRO. Amélioration de la pratique. *Empowerment* et engagement occupationnel de l'enfant
[3] Annexe n°11 : Matrice théorique d'analyse d'entretien pour la variable dépendante : *Empowerment*.
[4] Annexe n°19, 22, 25, 28, 31, 34 : Tableaux présentant les occurrences des mots des six entretiens.
[5] Annexe n°10 : Matrice théorique d'analyse d'entretien pour la variable dépendante : Engagement Occupationnel.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Toutefois, les ergothérapeutes ont également relevé des difficultés à communiquer avec les équipes autour des résultats des MCRO passées en ergothérapie. L'idéal serait donc que les équipes bénéficient d'une formation/information sur cette approche centrée sur l'enfant pour faciliter son intégration dans le projet pluridisciplinaire de l'enfant. Cela permettrait de fixer des objectifs communs avec les autres professionnels en adoptant un projet centré sur l'enfant et ses attentes.

Parmi les résultats analysés, on note également le manque de lien avec les familles et l'école. Les ergothérapeutes dénoncent la pauvreté voire l'absence d'échanges avec les familles. On peut imaginer que cela a un impact sur la continuité et l'application des objectifs si le milieu familial n'est pas intégré et partie prenante du projet de soins. Un autre environnement essentiel pour l'enfant est l'école, mais il n'a été mentionné par aucune des ergothérapeutes interrogées. Le manque de relation et de continuité entre les différentes sphères d'activités de l'enfant peut entraver son évolution et sa progression.

Cette étude met aussi en évidence que la MCRO n'est pas assez ludique pour un public jeune et nécessite l'utilisation de supports plus adaptés à la pédiatrie, supports et cotations plus imagés pour aider l'enfant à conceptualiser. Le cas de Madame F est intéressant car quoiqu'ayant moins d'expérience professionnelle que les autres ergothérapeutes, sa formation initiale lui a permis de créer des supports de cotation plus ludiques et faciles à comprendre. Elle utilise ces supports avec un public atteint de déficience intellectuelle légère à moyenne alors que les autres ergothérapeutes ne l'utilisent pas avec ces patients-là.

On voit donc ici l'intérêt et la nécessité que la formation à la MCRO soit réalisée suffisamment tôt dans le cursus professionnel, voire dès la formation initiale afin d'intégrer et de maîtriser au mieux cet outil. Ainsi, Madame F l'utilise très fréquemment et a adapté l'outil plus facilement que ses collègues afin de toujours cibler les objectifs de l'enfant quelle que soit sa situation.

5.2. Critique et biais de l'étude exploratoire

Quelques biais existent dans cette étude exploratoire. Tout d'abord, il peut exister un effet institutionnel. Les six ergothérapeutes interrogées travaillant au sein de la même structure cela a pu influencer les résultats de l'étude car il doit exister une politique institutionnelle. Elles ont également été toutes formées en même temps (à part Madame F formée lors de ses études), avec les mêmes apports théoriques et pratiques. Je n'ai pas non plus interrogé d'ergothérapeutes exerçant en libéral. Il aurait été intéressant de voir si elles intègrent plus facilement l'environnement familial et scolaire de l'enfant lors de la mise en place de leurs objectifs.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Une analyse rétrospective des dossiers médicaux aurait pu être effectuée afin d'appuyer les données récoltées par les entretiens. Cette analyse aurait permis de relever le changement de pratique des ergothérapeutes en comparant les comptes-rendus avant et après la mise en place de la MCRO. Cela aurait peut-être permis d'observer les évolutions éventuelles dans la pratique des ergothérapeutes, mais aussi dans les cotations de la MCRO entre l'évaluation initiale et les réévaluations. Cette comparaison serait venue appuyer le ressenti sur les bénéfices énoncés par les ergothérapeutes par des éléments quantitatifs.

5.3. Projection professionnelle et question de recherche

L'enquête exploratoire menée dans ce mémoire de fin d'études a montré la pertinence d'une recherche plus approfondie sur le sujet. Il serait intéressant d'élargir cette étude. La récension des écrits ainsi que les entretiens réalisés auprès des ergothérapeutes soulignent le lien entre la MCRO et l'implication des enfants dans leur prise en charge. Les résultats de cette enquête et la rareté des écrits sur ce sujet mériteraient un travail de réflexion vers une étude expérimentale supplémentaire plus poussée. Cette étude pourrait être menée directement auprès des enfants pour évaluer les bénéfices ressentis par ce type d'approche. Il faudrait également élargir le nombre d'entretiens à d'autres structures, ainsi qu'aux ergothérapeutes libéraux, afin de limiter le biais identifié précédemment. Cette étude expérimentale pourrait avoir comme question de recherche : « L'utilisation de la MCRO favorise-t-elle l'engagement occupationnel et l'*empowerment* (autonomisation) de l'enfant dans sa prise en charge ? » et en particulier recueillir l'avis des enfants sur cette question. Afin de mener à bien cette étude expérimentale il faudrait travailler sur un grand échantillon et pouvoir comparer plusieurs cohortes de patients de différents centres et suivis en libéral. L'idéal étant de comparer les résultats obtenus avant et après la mise en place de l'utilisation de la MCRO.

Pour moi, ce travail m'a enrichi et conforté dans l'idée de placer le patient au centre de mes futures prises en charge, de lui accorder sa place de sujet compétent et acteur, en collaboration avec son environnement familial, scolaire et rééducatif. Je souhaite pouvoir travailler en lien avec les autres professionnels de santé pour un projet commun autour de l'enfant. J'ai mesuré l'importance de reconnaître la « *compétence des familles* » dans la progression de l'enfant (Ausloos 2017). J'ai également mieux compris l'importance de la posture du thérapeute et de la qualité de sa relation avec le patient et sa famille. La collaboration avec les parents me semble essentielle car les enfants n'ont pas encore la maturité nécessaire pour savoir ce dont ils auront besoin pour leur avenir. Les parents sont là pour les éduquer et les accompagner vers leur

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

autonomie. Ils jouent un rôle majeur au cours de l'enfance et de l'adolescence. On reconnaît (partiellement dans les entretiens) l'enfant compétent mais, la compétence des parents comme partenaires du projet de soins, n'est pas toujours prise en compte. Je me suis rendu compte pour mon futur métier de l'importance à accorder à la famille.

J'ai eu l'occasion de faire passer des MCRO durant mes stages afin de mieux maîtriser cet outil pour ce mémoire. Ceci me permettra de l'utiliser dans mon futur métier.

Les rencontres avec les ergothérapeutes lors des entretiens ont fait évoluer ma vision de l'ergothérapie en pédiatrie. J'ai découvert lors de ces entretiens différentes approches, divers fonctionnements et je peux maintenant mieux savoir comment je souhaite moi-même exercer.

La rédaction de ce mémoire et ce travail de recherche et de réflexion constituent une étape très importante pour ma future pratique professionnelle. Je pense que ce travail influencera grandement mon exercice dans la profession d'ergothérapeute.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Conclusion

Aujourd'hui, l'état de l'art[1] évoque une avancée importante dans la vision de la relation soignant-soigné. Cette évolution s'est accompagnée de l'apparition de nouvelles approches développées dans le champ de l'ergothérapie comme l'approche centrée sur la personne décrite par Carl Rogers, ou encore les sciences de l'occupation explicitées par Elizabeth Yerxa dans la fin des années 80. La MCRO, ou Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel, a été développée afin de guider ces nouvelles approches en ergothérapie (Townsend & Polatajko, 2013). Malgré cette nouvelle vision, les recherches sur la MCRO en pédiatrie sont peu développées et on note un manque d'études sur le sujet.

Dans le cadre de ce mémoire de fin d'études, je me suis intéressé aux enfants et à l'utilisation de MCRO avec cette population. Les recherches bibliographiques sur le sujet m'ont permis d'affiner mon questionnement et mes hypothèses de départ quant à l'utilisation de cet outil en pédiatrie. De ce fait, j'ai décidé d'orienter mon étude sur l'implication des enfants au travers de l'utilisation de la MCRO.

Ainsi, j'ai réalisé une étude exploratoire du terrain grâce à des entretiens auprès de six ergothérapeutes exerçant au sein de l'A.S.E.I. L'analyse des résultats semble confirmer l'influence de la MCRO sur l'implication des enfants dans leur prise en soins. Les ergothérapeutes interrogées observent toutes des changements dans leur pratique et des bénéfices non négligeables pour l'enfant. Elles semblent affirmer que l'utilisation de la MCRO permet un meilleur engagement occupationnel, ainsi qu'un plus grand *empowerment* (autonomisation) de l'enfant dans sa prise en soins. La présente étude est centrée sur l'interview de plusieurs ergothérapeutes et elle ne constitue qu'une modeste participation au processus de recherche faisant avancer la profession de l'ergothérapie.

Par conséquent, il serait intéressant de poursuivre cette recherche en menant une étude plus approfondie directement auprès des enfants. Une recherche expérimentale pourrait être envisagée afin de valider les affirmations des ergothérapeutes sur un plus grand échantillon. Les remarques des ergothérapeutes concernant le support de passation de la MCRO, qui s'avère peu ludique et peu adapté aux enfants, incitent à mener une réflexion sur l'éventuelle création d'un support spécifique à la pédiatrie et adapté pour ce public.

[1] **L'état de l'art** est l'état des connaissances dans tout domaine donné (scientifique, technique, artistique, médical, etc.) à un instant donné.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Références

Articles :

1. Criquillon-Ruiz, J., Morel-Bracq, M-C. (2016). Pour une démarche d'évaluation centrée sur le client et sur l'occupation. *Ergothérapies, n°63*, 23-29.

2. Cusick, A., McIntyre, S., Novak, I., Lannin, N., & Lowe, K. (2006). A comparison of goal attainment scaling and the Canadian occupational performance measure for paediatric rehabilitation research. *Pediatric Rehabilitation, 9(2)*, 149-157.

3. Dedding, C., Cardol, M., Eyssen, I. C., & Beelen, A. (2004). Validity of the Canadian Occupational Performance Measure : a client-centred outcome measurement. *Clinical Rehabilitation, 18(6)*, 660-667.

4. Eyssen, I. C. J. M., Beelen, A., Dedding, C., Cardol, M., & Dekker, J. (2005). The reproducibility of the Canadian Occupational Performance Measure. *Clinical Rehabilitation, 19(8)*, 888-894.

5. Galvin, J., Randall, M., Hewish, S., Rice, J., & MacKay, M. T. (2010). Family-centred outcome measurement following paediatric stroke. *Australian Occupational Therapy Journal, 57(3)*, 152-158.

6. Hammell, K. R. W., (2016). Empowerment and occupation : A new perspective. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 83(5)*, 281-287.

7. Kaiser, M. L., Braun, M. & Rhyner, C. (2005). Utilisation de la MCRO auprès d'enfants et de leurs parents : une expérience suisse. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 72*, 30-36.

8. McColl, M. A., Paterson, M., Davies, D., Doubt, L., & Law, M. (2000). Validity and Community Utility of the Canadian Occupational Performance Measure. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 67(1)*, 22-30.

9. Pan, A.-W., Chung, L., & Hsin-Hwei, G. (2003). Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure for clients with psychiatric disorders in Taiwan. *Occupational Therapy International, 10(4)*, 269-277.

10. Petit, C. (2016). Le développement du pouvoir d'agir (*empowerment*) en ergothérapie : une pratique innovante avec les personnes vulnérables en santé. *Ergothérapies, n°63*, 5-11.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

11. Racinet, C., & Cans, C. (2010). Paralysie cérébrale et responsabilité obstétricale. *Revue de Médecine Périnatale, 2(4)*, 161-164.

12. Stoffel, V. (2015). Presidential Address - Engagement, exploration, empowerment. *American Journal of Occupational Therapy, 69 (6)*, 6906140010.

13. Vroland-Nordstrand, K., Eliasson, A. C., Jacobsson, H., Johansson, U., Krumlinde-Sundholm, L. (2016). Can children identify and achieve goals for intervention ? A randomized trial comparing two goal-setting approaches. *Developmental Medecine & Child Neurology, 58*, 589-596.

Livres :

14. Ausloos, G., (2017). *La compétence des familles (Temps, chaos, processus)*. France, Toulouse : Editions éres. ISBN 978-2-86586-364-8.

Caire, J. M., Schabaille, A., (2018). *Engagement occupation et santé* (Actualité en ergothérapie, Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie). Paris, France : Association Nationale Française des Ergothérapeutes. ISBN 978-2-9563109-0-7.

15. Meyer, S., (2018). Chapitre 2 - La performance et l'engagement occupationnel comme vecteur de participation. Dans Caire, J. M., et Schabaille, A. (dir.), *Engagement occupation et santé.* (Actualité en ergothérapie, Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie, p. 17-25). Paris, France : Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). ISBN 978-2-9563109-0-7.

16. Bertrand, R., Desrosiers, J., Stucki, V., Kühne, N., Tétreault, S., (2018). Chapitre 4 - Engagement occupationnel : construction historique et compréhensions contemporaines d'un concept fondamental. Dans Caire, J. M., et Schabaille, A. (dir.), *Engagement occupation et santé.* (Actualité en ergothérapie, Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie, p. 47-57). Paris, France : Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). ISBN 978-2-9563109-0-7.

17. Caire, J. M., Morel-Bracq, M. C., (2018). Chapitre 6 - La mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) facilite-t-elle l'engagement occupationnel des personnes bénéficiant d'intervention en ergothérapie en France ? Dans Caire, J. M., et Schabaille, A.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

(dir.), *Engagement occupation et santé.* (Actualité en ergothérapie, Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie, p. 83-97). Paris, France : Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). ISBN 978-2-9563109-0-7.

18. Marchalot, I., (2018). Chapitre 16 - Concevoir un environnement ergothérapique facilitant l'engagement dans l'occupation. Dans Caire, J. M., et Schabaille, A. (dir.), *Engagement occupation et santé.* (Actualité en ergothérapie, Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie, p. 255-268). Paris, France : Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). ISBN 978-2-9563109-0-7.

19. Couralet, D., Caire, J. M., (2018). Chapitre 17 - Education thérapeutique du patient (ETP) et *empowerment*. Dans Caire, J. M., et Schabaille, A. (dir.), *Engagement occupation et santé.* (Actualité en ergothérapie, Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie, p. 269-284). Paris, France : Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). ISBN 978-2-9563109-0-7.

20. Marsaud, F., (Grand Corps Malade), (2017). *Patients*. Paris, France : Points. ISBN 978-2-7578-6605-4.

21. Mauss, M., (1926). Collection « les classiques des sciences sociales ». *Manuel d'ethnographie*. (Édition électronique présentée par Jean-Marie Tremblay, 2002). Chicoutimi, Québec : Bibliothèque Paul-Émile-Boulet.

22. Pierce, D., (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (traduit par M.C. Morel-Bracq). Paris : De Boeck - Solal.

23. Rogers, C. R., (2013). *L'approche centrée sur la personne* (Anthologie de textes présentés par Howard Kirschenbaum et Valérie Land Henderson). Suisse, Genève : Ambre Editions. ISBN 978-2-940500-31-4.

24. Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M-A., Polatajko, H., Pollock, N., (2014). *MCRO, La mesure canadienne du rendement occupationnel.* (5e édition : 1991, 1994, 2000, 2011, 2014). Canada : CAOT Publications ACE (Noémi Cantin). ISBN 978-1-895437-92-8.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

25. Morel-Bracq, M.C., (2016). La science de l'occupation pour les ergothérapeutes. *Expérience en ergothérapie, vingt neuvième série*, 99-107. Montpellier, France : Sauramps Médical.

Morel-Bracq, M-C., (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. (2e édition). France, Paris : De Boeck Supérieur & Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). ISBN 978-2-35327-377-5.

26. Caire, J.M., & Rouault, L., (2017). Chapitre 2 - Modèles généraux en ergothérapie (4. Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO)). Dans Morel-Bracq, M-C., (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux.* (2e édition, p. 85-96). France, Paris : De Boeck Supérieur & Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). ISBN 978-2-35327-377-5.

Mémoires et thèses :

27. Grandchamp, J. (2015). *Thérapie par la contrainte ou thérapie intensive bi-manuelle dans la rééducation des activités bi-manuelles chez les enfants paralysés cérébraux unilatéraux : une revue de la littérature.* (Travail de Bachelor). Haute école de santé, Genève.

Communications présentées à des congrès, des conférences ou des formations :

28. Flyer de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) : *L'ergothérapie en pédiatrie*, présenté aux XIIèmes journées nationales de l'ergothérapie (Engagement, occupation et santé).

29. Formation MCRO, A.N.F.E., *L'entretien en ergothérapie par l'utilisation de la MCRO issue du MCREO, en France. Une approche centrée sur la personne malade et son entourage*. Menée par Jean Michel Caire, le 9, 10 et 11 Juillet 2018 au Centre Paul Dottin, Ramonville-Saint-Agne (31520).

30. Support de formation à la MCRO, *Modèle privilégié en ergothérapie à l'Ud'O : Le modèle canadien du rendement occupationnel (MCRO)*. Menée par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE), 1997, p. 33 à 64.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Autres références (flyer, site internet consulté) :

31. A.S.E.I. (Agir, Soigner, Éduquer, Insérer) (site internet) : Consulté le 21/04/2019, sur l'adresse url suivante : https://www.asei.asso.fr/

32. Iramuteq. (s.d.). Logiciel d'analyse utilisé dans le cadre de recherche scientifique. Consulté sur http://iramuteq.org/, le 20/04/2019.

33. Médecine Générale, Travaux de fin d'études (site internet). *La question de recherche (méthode PICO)* : consulté le 17/04/2019, sur l'adresse url suivante : http://www.mgtfe.be/guide-de-redaction/5-recherche-bibliographique/5-3-la-question-de-recherche-methode-pico/

34. Verbatim. (s.d.). Dans le dictionnaire en ligne de Larousse. Consulté sur https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/verbatim/81475, le 19/04/2019.

Toutes les références bibliographiques ont été construites selon les normes de l'APA (American Psychological Association), 6ème édition

---

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Glossaire

Définition des termes techniques spécifiques et/ou des sigles utilisés dans le corps de texte, les citations, ou durant les entretiens exploratoires ; classés par ordre alphabétique.

-- A ----------

ACE : Association Canadienne des Ergothérapeutes.

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes.

AOTA : American Occupational Therapy Association.

APA : American Psychological Association.

ASEI : Agir, Soigner, Éduquer, Insérer.

AVC : Accident Vasculaire Cérébral.

-- B ----------

BHK : Échelle d'évaluation rapide de l'écriture chez l'enfant.

-- C ----------

CAOT : Canadian Association of Occupational Therapists (ACE, ou Association Canadienne des Ergothérapeutes, en Français).

CCPPC : Cadre Conceptuel du Processus de Pratique Canadien, 2013.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

COPM : Canadian Occupational Performance Measure (MCRO, ou Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel, en Français).

CO-OP : The Cognitive Orientation to daily Occupational Performance.

CO-OP, c'est « Une **approche centrée** sur le client, fondée sur le **rendement** et sur la **performance** et sur la résolution de problème, qui rend possible **l'acquisition d'habiletés** à travers un processus d'utilisation de stratégies (globale : *But, Plan, Fait, Vérifie*) et de découverte guidée. L'approche CO-OP engage le client à un **niveau métacognitif**

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

(raisonnement, fonctions exécutives) dans un **processus itératif** (qui se répète) et actif d'analyse dynamique de la performance et dans la création et évaluation de solutions » (Polatajko, Mandich, 2004).

-- E ----------

EEAP : Établissement pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés.

Engagement dans l'activité : Permet de prendre en compte la « *participation autant psychologique qu'active physiquement.* » (Caire, J.M., & Rouault, L., 2017, p. 88).

Empowerment : (Autonomisation en français), serait le « *processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci* » (défini par l'OMS, 1986 ; dans Couralet, D., Caire, J. M., 2018, p. 270).

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient.

ESPIC : Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif.

-- G ----------

GAS : Goal Attainment Scaling.

-- H ----------

Habilitation : « *Que nous pouvons rapprocher du mot « faciliter », est définie par la création de possibilités et par le renforcement du pouvoir et de la capacité d'être ou d'agir.* » (Caire, J.M., & Rouault, L., 2017, p. 88).

HDJ : Hôpital de Jour.

-- I ----------

IEM : Les Institut d'Éducation Motrice.

IFE : Institut de Formation en Ergothérapie.

IMC : Infirmes Moteurs Cérébraux.

IME : Institut Médico-Éducatif.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

ISBN : International Standard Book Number.

-- M ----------

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée.

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels.

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel.

MDPH : Maisons Départementales des Personnes Handicapées.

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine.

-- O ----------

Occupation (défini en anglais au Québec) : « *Le terme **occupation** en anglais recouvre toutes les activités humaines signifiantes et significatives pour la personne.* » (Caire, J.M., & Rouault, L., 2017, p. 87).

OCSYHTAN : Obésité Commune et Syndromique – Handicap – Troubles du comportement Alimentaire – Nutrition.

OT'Hope : **O**util **TH**érapeutique pour l'autodétermination d'**o**bjectifs **p**édiatriques en **e**rgothérapie.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

-- P ----------

PACS : Pediatric Activity Card Sort.

PICO : Population, Intervention, Comparaison, Outcome (résultat).

PRFEMS : Pôle Régional d'Enseignement et de Formation aux Métiers de la Santé.

-- U ----------

UE : Unité d'Enseignement.

Ud'O : Université d'Ottawa.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

USC : University of Southern California.

-- S ----------

SED : Syndrome d'Ehlers-Danlos.

SESSAD : Les Services d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile.

S.M.A.R.T. : *D'après Caire, J-M., & Techene, S., 2016.*

- **S** pour Spécifique :

Souvent, les objectifs fixés sont trop vagues et ne sont pas aptes à motiver (par exemple : "je veux être meilleur en anglais").
Un objectif doit être clair, précis détaillé et compréhensible, il sera ainsi plus facilement mesurable.
Exemple : Je veux être capable de louer une chambre, trouver mon chemin, commander au restaurant en anglais... etc.

- **M** pour Mesurable :

Il faut pouvoir mesurer l'état d'avancement ou l'atteinte d'un objectif afin d'être, soit encore plus motivé, soit heureux d'avoir atteint son objectif et motivé pour le prochain.
Exemple : Je veux faire tous les exercices du livre d'anglais.

- **A** pour Accessible/attractif :

Ne pas mettre la barre trop haute.
Exemple : Je veux être capable de comprendre le menu d'un restaurant en anglais dans 30 jours.

- **R** pour Réaliste :

Il faut que l'objectif soit réaliste pour que la motivation soit forte.
Mélanger rêves et objectifs = frustration assurée.
Il y a une différence entre : « je veux améliorer mon temps de x secondes sur un sprint de 100 mètres » et « je vais améliorer mon temps et gagner les JO ! Ce dernier serait réaliste pour Usain Bolt, pas forcément pour moi ».

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

- **T** pour Temporel :

L'objectif doit être défini dans le temps avec une durée précise, une date de fin, des étapes ou jalons…etc.
C'est la seule manière de garder sa motivation et de savoir si on a atteint ou pas son objectif.
Par exemple : « Je veux perdre du poids » n'est pas du tout un objectif smart, la temporalité n'est pas mise en évidence dans cet exemple.

SPCE : Surveillance of Cerebral Palsy in Europe.

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

ANNEXES

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

SOMMAIRE DES ANNEXES

Pages

Annexe n°1 : Arbre représentatif des sciences de l'occupation créé par des étudiantes en ergothérapie à Toulouse I

Annexe n°2 : Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) II

Annexe n°3 : Échelle de pondération des problèmes occupationnels en fonction de leur importance III

Annexe n°4 : Échelle de cotation du rendement (capacité à effectuer l'activité) III

Annexe n°5 : Échelle de cotation de la satisfaction au regard d'une activité réalisée III

Annexe n°6 : Échelle (*adaptée à l'enfant*) de pondération des problèmes occupationnels en fonction de leur importance IV

Annexe n°7 : Échelle de cotation (*adaptée à l'enfant*) du rendement (capacité à effectuer l'activité) IV

Annexe n°8 : Échelle de cotation (*adaptée à l'enfant*) de la satisfaction au regard d'une activité réalisée IV

Annexe n°9 : Guide/Trame de l'entretien exploratoire ..... V à VIII

Annexe n°10 : Matrice théorique d'analyse d'entretien pour la variable dépendante : *Engagement Occupationnel* IX

Annexe n°11 : Matrice théorique d'analyse d'entretien pour la variable dépendante : *Empowerment* X

Annexe n°12 : Les méthodes d'analyse de données textuelles XI

Annexe n°13 : Tableau d'analyse n°1 – Expérience professionnelle et expériences dans l'utilisation de la MCRO XII

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Annexe n°14 : Tableau d'analyse n°2 – Passation de la MCRO XIII

Annexe n°15 : Tableau d'analyse n°3 – Obstacles et limites dans l'utilisation de la MCRO XIV

Annexe n°16 : Tableau d'analyse n°4 – Les avantages de la MCRO. Amélioration de la pratique. Empowerment et engagement occupationnel de l'enfant ..... XV-XVI

Annexe n°17 : Nuage de mots représentatif de **l'entretien n°1** avec Madame **A** ... XVI

Annexe n°18 : Graphe d'analyse de similitudes de **l'entretien n°1** avec Madame **A** XVII

Annexe n°19 : Tableau présentant les occurrences des mots de **l'entretien n°1** avec Madame **A** XVIII

Annexe n°20 : Nuage de mots représentatif de **l'entretien n°2** avec Madame **B** ... XIX

Annexe n°21 : Graphe d'analyse de similitudes de **l'entretien n°2** avec Madame **B** XX

Annexe n°22 : Tableau présentant les occurrences des mots de **l'entretien n°2** avec Madame **B** XXI

Annexe n°23 : Nuage de mots représentatif de **l'entretien n°3** avec Madame **C** ... XXII

Annexe n°24 : Graphe d'analyse de similitudes de **l'entretien n°3** avec Madame **C** XXIII

Annexe n°25 : Tableau présentant les occurrences des mots de **l'entretien n°3** avec Madame **C** XXIV

Annexe n°26 : Nuage de mots représentatif de **l'entretien n°4** avec Madame **D** ... XXV

Annexe n°27 : Graphe d'analyse de similitudes de **l'entretien n°4** avec Madame **D** XXVI

Annexe n°28 : Tableau présentant les occurrences des mots de **l'entretien n°4** avec Madame **D** XXVII

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Annexe n°29 : Nuage de mots représentatif de **l'entretien n°5** avec Madame **E** ... XXVIII

Annexe n°30 : Graphe d'analyse de similitudes de **l'entretien n°5** avec Madame **E** XXIX

Annexe n°31 : Tableau présentant les occurrences des mots de **l'entretien n°5** avec Madame **E** XXX

Annexe n°32 : Nuage de mots représentatif de **l'entretien n°6** avec Madame **F** ... XXXI

Annexe n°33 : Graphe d'analyse de similitudes de **l'entretien n°6** avec Madame **F** XXXII

Annexe n°34 : Tableau présentant les occurrences des mots de **l'entretien n°6** avec Madame **F** XXXIII

Annexe n°35 : Formulaire de consentement pour enregistrement (vierge) XXXIV

Annexe n°36 : Formulaire de consentement d'enregistrement pour **l'entretien n°1** (Mme **A**) XXXV

Annexe n°37 : Retranscription intégrale de **l'entretien n°1** avec Madame **A** (verbatim) ..... XXXVI-XLIX

Annexe n°38 : Retranscription reformulée et synthétisée des données récoltées par **l'entretien n°1** avec Madame **A** ..... L-LIV

Annexe n°39 : Formulaire de consentement d'enregistrement pour **l'entretien n°2** (Mme **B**) LV

Annexe n°40 : Retranscription intégrale de **l'entretien n°2** avec Madame **B** (verbatim) ..... LVI-LXX

Annexe n°41 : Retranscription reformulée et synthétisée des données récoltées par **l'entretien n°2** avec Madame **B** ..... LXXI-LXXVI

Annexe n°42 : Formulaire de consentement d'enregistrement pour **l'entretien n°3** (Mme **C**) LXXVII

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Annexe n°43 : Retranscription intégrale de **l'entretien n°3** avec Madame **C** (verbatim) ..... LXXVIII-XC

Annexe n°44 : Retranscription reformulée et synthétisée des données récoltées par **l'entretien n°3** avec Madame **C** ..... XCI-XCVI

Annexe n°45 : Formulaire de consentement d'enregistrement pour **l'entretien n°4** (Mme **D**) XCVII

Annexe n°46 : Retranscription intégrale de **l'entretien n°4** avec Madame **D** (verbatim) ..... XCVIII-CIX

Annexe n°47 : Retranscription reformulée et synthétisée des données récoltées par **l'entretien n°4** avec Madame **D** ..... CX-CXIV

Annexe n°48 : Formulaire de consentement d'enregistrement pour **l'entretien n°5** (Mme **E**) CXV

Annexe n°49 : Retranscription intégrale de **l'entretien n°5** avec Madame **E** (verbatim) ..... CXVI-CXXVIII

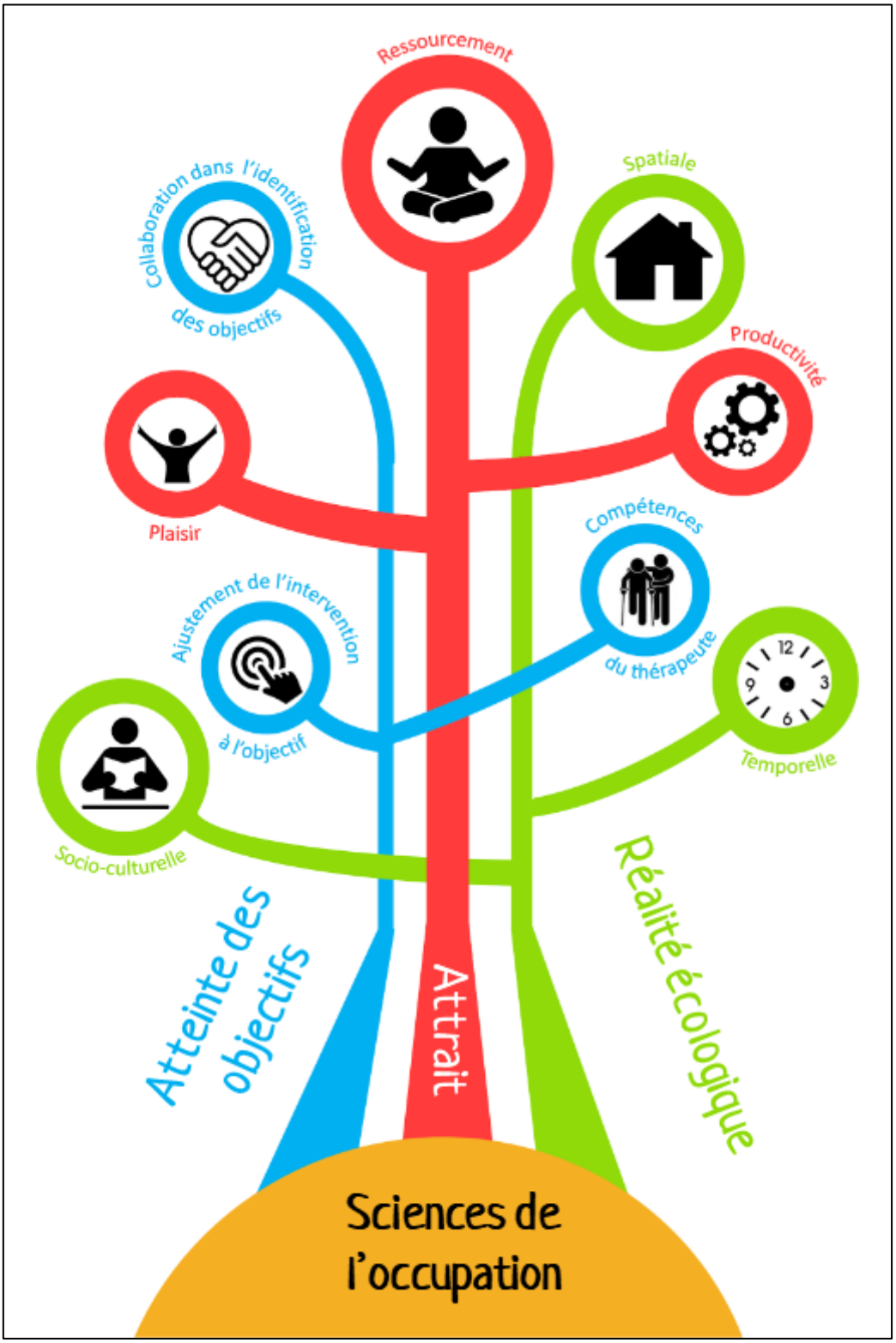
Annexe n°50 : Retranscription reformulée et synthétisée des données récoltées par **l'entretien n°5** avec Madame **E** ..... CXXIX-CXXXII

Annexe n°51 : Formulaire de consentement d'enregistrement pour **l'entretien n°6** (Mme **F**) CXXXIII

Annexe n°52 : Retranscription intégrale de **l'entretien n°6** avec Madame **F** (verbatim) ..... CXXXIV -CXLVIII

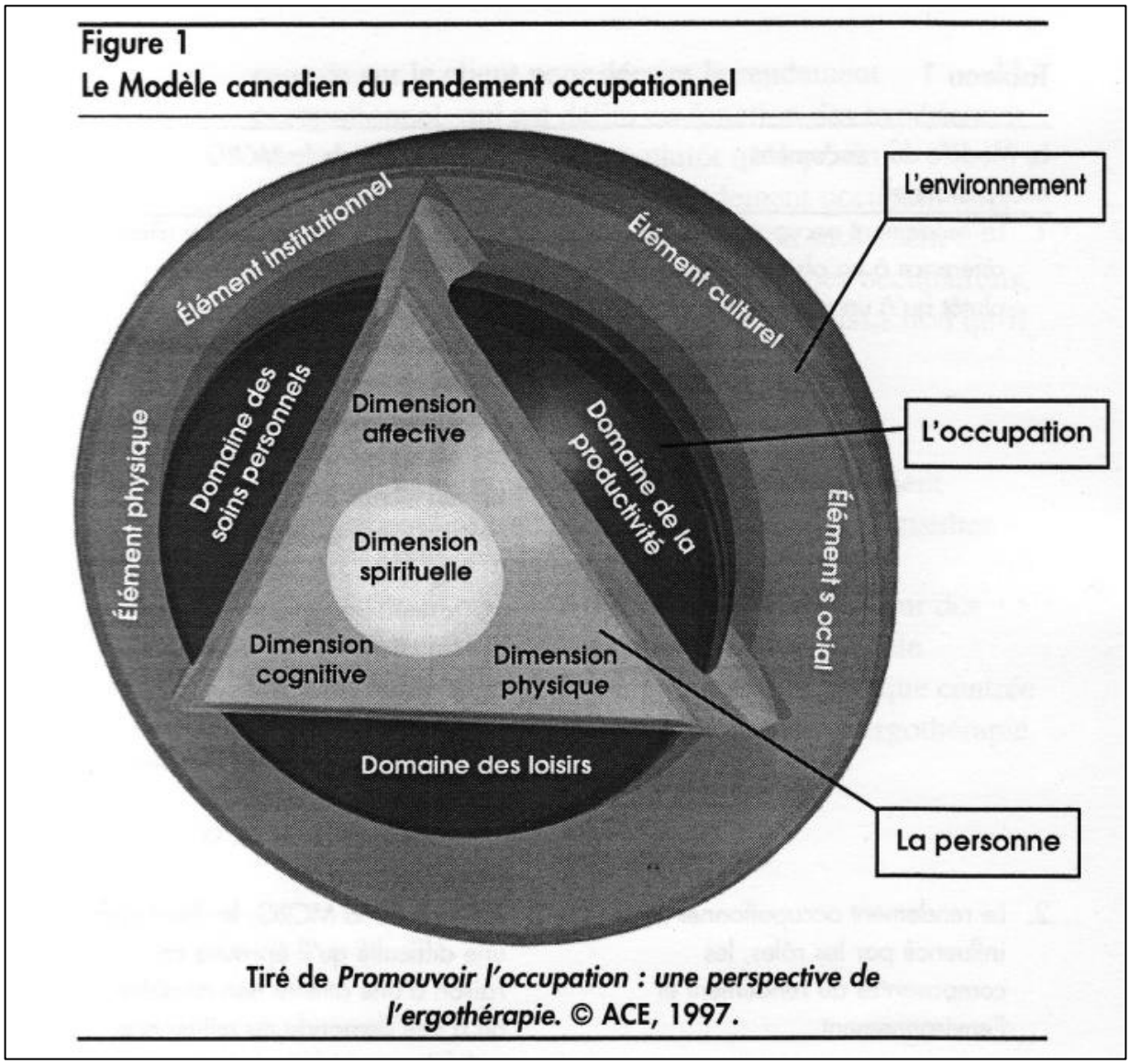
Annexe n°53 : Retranscription reformulée et synthétisée des données récoltées par **l'entretien n°6** avec Madame **F** ..... CXLIX-CLIII

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.



Annexe n°1 : Arbre représentatif des sciences de l'occupation créé par des étudiantes en ergothérapie à Toulouse (ARTHUIS B., ALGANS S., DELAS L. & GUILLAUME L.).
Inspiré des œuvres de Doris Pierce et Marie-Chantal Morel-Bracq

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.



Annexe n°2 : Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO), Tiré de *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*, ACE, 1997.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

IMPORTANCE

Dans quelle mesure est-il important pour vous d'être capable d'exécuter cette activité?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas important du tout									Extrêmement important

Annexe n°3 : Échelle de pondération des problèmes occupationnels en fonction de leur importance.

Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M-A., Polatajko, H., Pollock, N., (2014). *MCRO, La mesure canadienne du rendement occupationnel*. (5e édition : 1991, 1994, 2000, 2011, 2014). Canada : CAOT Publications ACE (Noémi Cantin). ISBN 978-1-895437-92-8.

RENDEMENT

Comment coteriez-vous la façon dont vous accomplissez cette activité actuellement?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Incapable d'exécuter l'activité									Capable d'exécuter parfaitement l'activité

Annexe n°4 : Échelle de cotation du rendement (capacité à effectuer l'activité).

Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M-A., Polatajko, H., Pollock, N., (2014). *MCRO, La mesure canadienne du rendement occupationnel*. (5e édition : 1991, 1994, 2000, 2011, 2014). Canada : CAOT Publications ACE (Noémi Cantin). ISBN 978-1-895437-92-8.

SATISFACTION

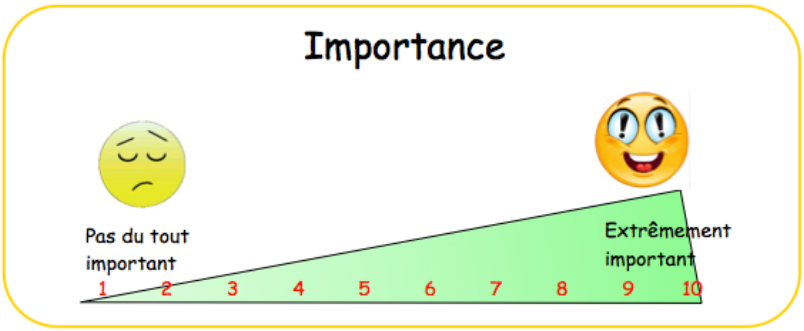
Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon dont vous exécutez cette activité actuellement?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas satisfait du tout									Extrêmement satisfait

Annexe n°5 : Échelle de cotation de la satisfaction au regard d'une activité réalisée.

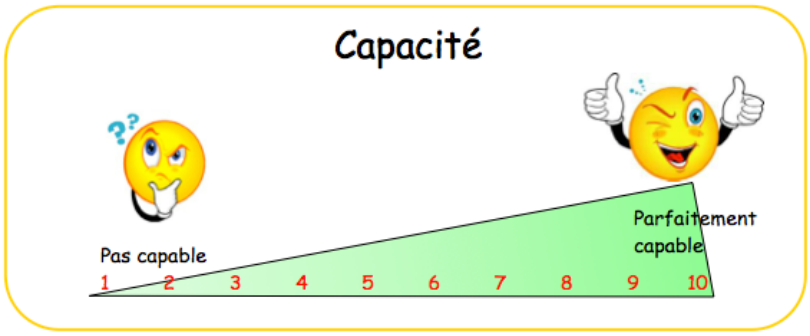
Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M-A., Polatajko, H., Pollock, N., (2014). *MCRO, La mesure canadienne du rendement occupationnel*. (5e édition : 1991, 1994, 2000, 2011, 2014). Canada : CAOT Publications ACE (Noémi Cantin). ISBN 978-1-895437-92-8.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.



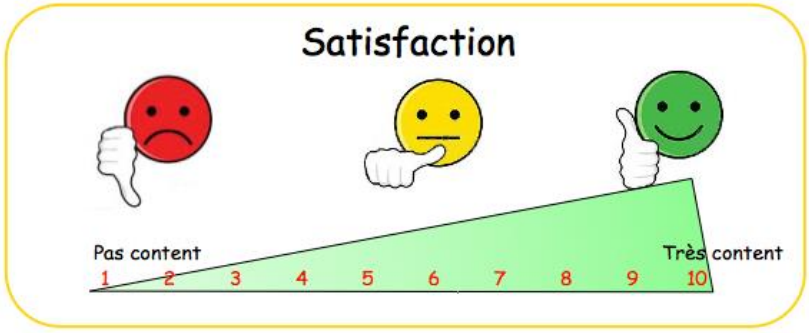
Annexe n°6 : Échelle (*adaptée à l'enfant*) de pondération des problèmes occupationnels en fonction de leur importance.

Tiré de la Formation MCRO, A.N.F.E., *L'entretien en ergothérapie par l'utilisation de la MCRO issue du MCREO, en France. Une approche centrée sur la personne malade et son entourage*. Menée par Jean Michel Caire.



Annexe n°7 : Échelle de cotation (*adaptée à l'enfant*) du rendement (capacité à effectuer l'activité).

Tiré de la Formation MCRO, A.N.F.E., *L'entretien en ergothérapie par l'utilisation de la MCRO issue du MCREO, en France. Une approche centrée sur la personne malade et son entourage*. Menée par Jean Michel Caire.



Annexe n°8 : Échelle de cotation (*adaptée à l'enfant*) de la satisfaction au regard d'une activité réalisée.

Tiré de la Formation MCRO, A.N.F.E., *L'entretien en ergothérapie par l'utilisation de la MCRO issue du MCREO, en France. Une approche centrée sur la personne malade et son entourage*. Menée par Jean Michel Caire.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Guide/Trame de l'entretien : (25-40 minutes)

Nom et prénom de la personne interviewée

Thème de mémoire : Influence de la MCRO sur l'implication des enfants dans la prise en charge.

Présentation de l'entretien : (5 minutes) « Bonjour, nous nous retrouvons aujourd'hui dans le cadre de mon mémoire de fin d'études autour du thème de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel en pédiatrie. J'effectue cet entretien dans une perspective de pré-enquête auprès de plusieurs ergothérapeutes pour prendre en compte leur avis et leur expérience afin d'affiner la question de recherche de mon sujet et d'élaborer ma question de recherche définitive. ».

Question de départ :

1. Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'ergothérapeute en pédiatrie ?

L'outil MCRO : (5-10 minutes).

2. Utilisez-vous l'outil MCRO depuis la formation, ou avant ? Si oui, depuis combien de temps ? Avec qui ? (Population ciblée, pathologies, âge).

3. Comment amenez-vous l'entretien ? Qu'est-ce que vous dites aux enfants ?

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

4. Comment se passe la passation, la cotation, avec ou sans les parents ? (Réglettes, facilité d'utilisation, consignes d'explication, difficultés, supports utilisés comme l'OT'Hope).

5. Effectuez-vous une réévaluation ? Comment ?

6. Quels avantages et limites trouvez-vous à la MCRO ? (Temps, adhésion difficile à l'outil...).

7. Utilisation de la MCRO seule ou en complément d'autres bilans ? Si oui, lesquels ? Est-ce possible de ne passer que la MCRO ? Pourquoi ?

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Evolution dans l'approche thérapeutique : (5-10 minutes).

8. Avant / Après l'utilisation de la MCRO ? Avez-vous perçu des changements dans votre approche thérapeutique ? (Approche client-centré)

9. Est-ce que le changement de pratique, se centrant davantage sur les attentes de l'enfant, a été facile à réaliser ? (Responsabilisation de l'enfant, positionnement dans une relation égalitaire, écoute du patient, mise en retrait du thérapeute).

Bénéfices de la MCRO et de son approche, le ressenti de l'ergothérapeute sur la situation de l'enfant : (10-15 minutes).

10. Avez-vous observé des changements chez l'enfant et des bénéfices pour lui après la mise en place de cette approche ? Le trouvez-vous plus impliqué, mieux investi ? (Autonomisation, engagement, participation, motivation, meilleure implication, rendement, performance...).

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

11. Pensez-vous que l'enfant éprouve un gain de pouvoir dans les décisions concernant sa thérapie ? (Contrôle, bien-être, auteur de sa thérapie).

12. Lors des réévaluations effectuées, l'enfant voit-il son évolution ? Y-a-t-il une évolution notable dans la cotation ?

Fin de l'entretien : Merci pour votre participation à mon mémoire par cet entretien.

Auriez-vous quelque chose à ajouter sur la MCRO en pédiatrie à laquelle je n'aurais pas pensé ?

Annexe n°9 : Guide/Trame de l'entretien exploratoire

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Théories/Concepts : (Selon Meyer, S., 2018 ; Reed, 2015 ; Marshall, Lysaght & Krupa, 2017 ; Bertrand, R., Desrosiers, J., Stucki, V., Kühne, N., & Tétreault, S., 2018 ; Clark et al., 2001 ; Townsend & Polatajko, 2007 ; Cynkin & Robinson, 1990 ; Morris & Cox, 2017 ; Bejerholm & Eklund, 2007 ; Sutton et al., 2012 ; Kennedy & Davis, 2017 ; Stoffel, V., 2015 & AOTA, 2014 ; Marchalot, I., 2018)

L'ENGAGEMENT OCCUPATIONNEL : Variable

Critères	Indicateurs	Questions	Auteurs/Références
Participation	L'enfant est capable de choisir, organiser et mener des occupations (performer dans les activités). L'enfant participe correctement à ses occupations, il s'engage dans des situations de vie socialement contextualisées.	3, 10	Meyer, S., 2013 Meyer, S., 2018
Sentiment positif, valeur personnelle positive	L'enfant éprouve un sentiment positif, s'épanouit lors de la réalisation des occupations. L'enfant est content de ce qu'il réalise, il se valorise, sentiment d'efficacité personnelle. L'enfant attache une valeur personnelle positive à l'activité qu'il réalise.	10, 11	Meyer, S., 2018 Bertrand, R., Desrosiers, J., Stucki, V., Kühne, N., & Tétreault, S., 2018 Townsend & Polatajko, 2007 Morris & Cox, 2017
Performance	L'enfant performe dans l'occupation, il réussit à faire l'action correctement grâce à ses habiletés. Cette performance dans les occupations résulte d'un choix, de sa motivation et d'un contexte environnemental précis.	10	Meyer, S., 2018 Reed, 2015 Stoffel, V., 2015
Implication, motivation	L'enfant consacre du temps, de l'énergie et donne de sa personne dans l'occupation.	10	Meyer, S., 2018 Marchalot, I., 2018
Subjectivité, due au sens des occupations, signifiance	L'enfant effectue une occupation ayant du sens pour lui, l'expérience qui est vécue à du sens pour lui. Les activités choisies par l'enfant sont signifiantes et significatives pour lui.	4	Marshall, Lysaght & Krupa, 2017 Sutton et al., 2012 Townsend & Polatajko, 2007 Kennedy & Davis, 2017
Sentiment de bien-être, effet positif sur la santé	L'enfant se sent bien physiquement, mentalement, moralement au moment de l'occupation ou après avoir réalisé l'occupation. L'enfant est plus motivé pour venir aux séances, il participe plus, et est plus engagé dans le processus de soin. L'enfant retrouve une identité occupationnelle, il se rassure sur ces capacités et ses ressources à travers l'occupation, et ressent une meilleure qualité de vie au quotidien.	10, 11	Bertrand, R., Desrosiers, J., Stucki, V., Kühne, N., & Tétreault, S., 2018 Clark et al., 2001 ; Townsend et Polatajko, 2007 Morris & Cox, 2017 Bejerholm & Eklund, 2007 Stoffel, V., 2015 & AOTA, 2014
Immersion dans l'occupation	L'enfant est en complète immersion dans le processus et le déroulement des activités ("esprit, volonté et mains pleinement occupés").	6, 10, 11	Cynkin & Robinson, 1990

Annexe n°10 : Matrice théorique d'analyse d'entretien pour la variable dépendante : *Engagement Occupationnel*

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

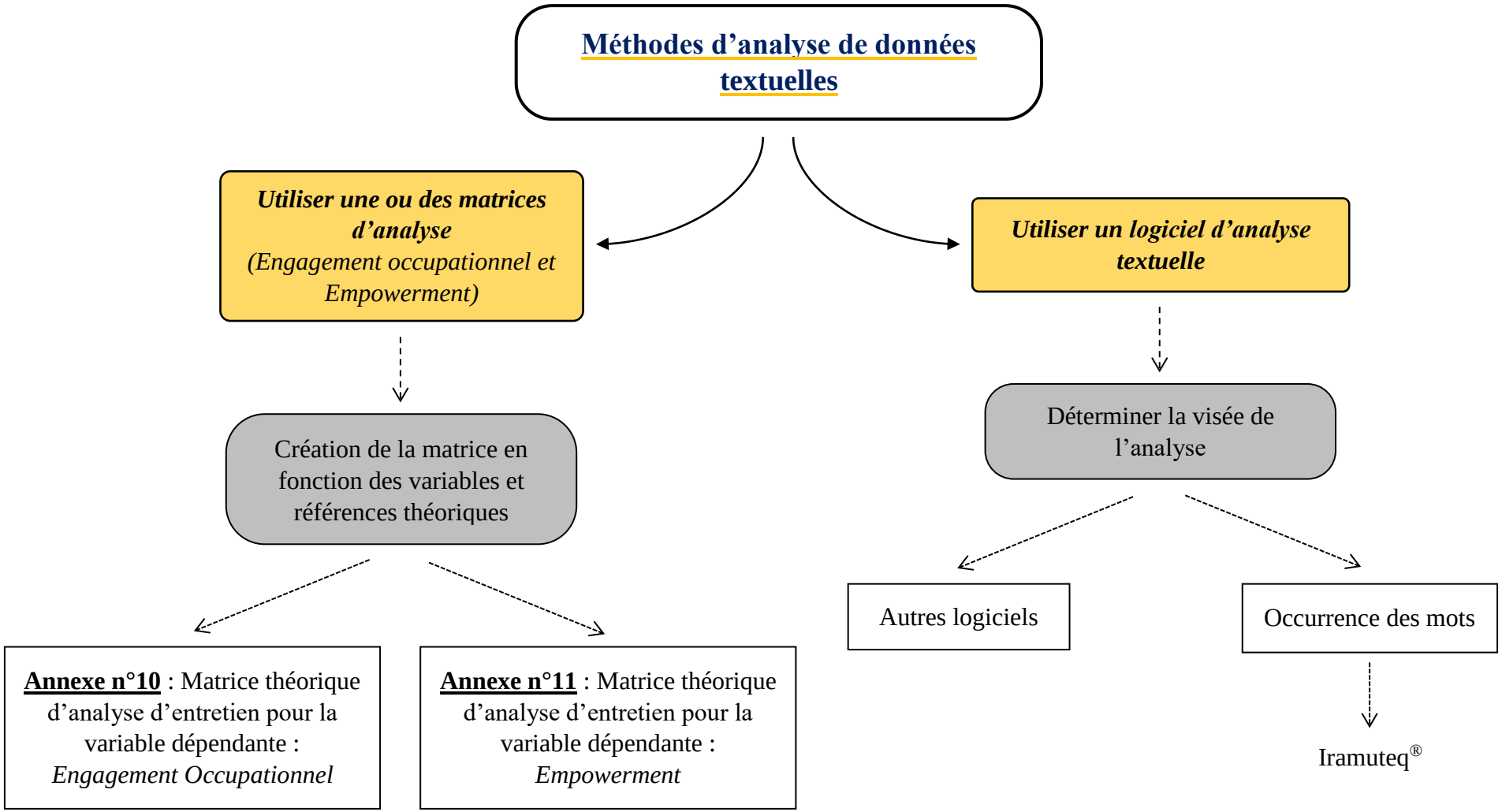
Théories/Concepts : (Selon Caire, J. M., & Morel-Bracq, M. C., 2018 ; Drolet, 2014 ; OMS, 1986 ; Arnstein, S., 1969 ; Gibson, 1991 ; Couralet, D., & Caire, J. M., 2018 ; Israël, B. ; Golay et al., 2011 ; Mew & Fossey, 1996 ; Kirschenbaum & Land Henderson, 2001 ; Kaiser, M. L., Braun, M. & Rhyner, C., 2005 ; Majnemer A., Shevell M., Law M., Poulin C., & Rosenbaum P., 2010 ; Hammell, K. R. W., 2016 ; Townsend, Beagan, et al., 2007 ; Hammell, 2013 ; Stoffel, V., 2015 ; Rogers, C. R., 2013 ; Marsaud, F., 2017)

L'EMPOWERMENT : Variable

Critères	**Indicateurs**	**Questions**	**Auteurs/Références**
Choix personnel, subjectif	L'enfant est capable d'énoncer ce qu'il souhaite, d'exprimer ses besoins et ses préoccupations. Ses choix personnels entrainent une augmentation de sa performence et de sa motivation.	2, 6, 10	Gibson, 1991 Majnemer A., Shevell M., Law M., Poulin C., & Rosenbaum P., 2010
Approche client-centré	Le thérapeute laisse la place à l'enfant de s'exprimer. Le thérapeute se place plus en retrait (position de "celui qui sait" mise en côté). Relation de confiance, plus égalitaire.	8, 9	Caire, J. M., & Morel-Bracq, M. C., 2018 Kaiser, M. L., Braun, M. & Rhyner, C., 2005 Rogers, C. R., 2013
	Le thérapeute comprend mieux les besoins du patient et ses attentes. Le thérapeute se centre sur l'enfant et non sur son handicap.		Mew & Fossey, 1996 Rogers, C. R., 2013
	Le thérapeute se place dans une forme de partenariat avec la personne. Le thérapeute collabore et négocie (consensus) avec l'enfant.		Arnstein, S., 1969 Stoffel, V., 2015 Rogers, C. R., 2013
Acteur, auteur de sa thérapie	L'enfant est transformé en un acteur engagé dans ses soins. Il peut assurer un plus grand contrôle sur sa propre santé, et améliorer celle-ci. L'enfant devient plus actif dans son processus d'amélioration de sa qualité de vie et de son état de santé. Il participe davantage au traitement et par là-même augmente sa satisfaction et son estime de soi.	10, 11	Caire, J. M., & Morel-Bracq, M. C., 2018 OMS, 1986 Kirschenbaum & Land Henderson, 2001 Marsaud, F., 2017
Processus d'habilitation	Le thérapeute permet la mise en place d'un environnement habilitant pour l'enfant, c'est-à-dire qu'il créé un environnement facilitant le pouvoir, la capacité d'être et d'agir de l'enfant. Ce processus rend apte l'enfant et lui confère le pouvoir d'être et d'agir dans sa thérapie. Ce processus autorise, rend capable, donne du pouvoir et rend possible les choses pour l'enfant.	3, 4, 10, 11	Drolet, 2014 Caire, J. M., & Morel-Bracq, M. C., 2018 Townsend, Beagan, et al., 2007 Hammell, K. R. W., 2013
Accroisement du pouvoir de l'enfant	L'enfant connaît un accroissement de son pouvoir sur les décisions et les actions qui vont influencer sa santé. Le thérapeute a conféré à l'enfant la capacité d'obtenir le pouvoir par ses propres efforts.	9, 11	Arnstein, S., 1969 Israël, B. Hammell, K. R. W., 2016
Sentiment de contrôle, implication	L'enfant a un comportement supposant qu'il peut contrôler un peu plus sa vie et ses décisions. L'enfant participe plus à sa thérapie, il s'implique dans les décisions et contrôle plus celles-ci.	9, 10, 11	Couralet, D., & Caire, J. M., 2018 Golay et al., 2011
Sentiment de bien-être	L'enfant est à la fois plus motivé, et il éprouve de la satisfaction, met du sens dans sa thérapie et a une qualité de vie meilleure.	9, 11, 12	Hammell, K. R. W., 2016

Annexe n°11 : Matrice théorique d'analyse d'entretien pour la variable dépendante : *Empowerment*

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.



Annexe n°12 : Les méthodes d'analyse de données textuelles

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Numéro d'entretien	**Expérience professionnelle et expérience dans l'utilisation de la MCRO**
Entretien n°1 : *Mme* ***A***	Diplômée depuis **6 ans et demi**. Utilisation de la MCRO depuis le mois de **septembre 2018**.
Entretien n°2 : *Mme* ***B***	Diplômée depuis **33 ans**. Utilisation de la MCRO depuis le mois de **septembre 2018**.
Entretien n°3 : *Mme* ***C***	Diplômée depuis **10 ans** dans une école en Belgique. Elle a beaucoup entendu parler de la MCRO pendant sa formation. Utilisation de la MCRO depuis le mois de **septembre 2018**.
Entretien n°4 : *Mme* ***D***	Diplômée depuis **6 ans**. Utilisation de la MCRO depuis le mois de **septembre 2018**.
Entretien n°5 : *Mme* ***E***	Diplômée depuis **5 ans**. Utilisation de la MCRO depuis le mois de **septembre 2018**.
Entretien n°6 : *Mme* ***F***	Diplômée depuis **3 ans et demi** dans une école en Belgique. Utilisation de la MCRO **depuis toujours**, dès les stages de troisième année pendant sa formation.

Annexe n°13 : Tableau d'analyse n°1 – Expérience professionnelle et expériences dans l'utilisation de la MCRO

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Numéro d'entretien	**Passation de la MCRO**
Entretien n°1 : *Mme* ***A***	Utilisation de la MCRO avec des **enfants de 7 à 12 ans**. Ce sont des enfants qui sont en capacité d'identifier leurs problèmes, avec de bonnes capacités d'élaboration et de compréhension. Utilisation d'un **support imagé** obligatoire avec les enfants : **l'OT'Hope** est utilisé 9 fois sur 10. Utilisation des **réglettes pédiatriques**. Les **cotations sont difficiles** pour les enfants, la graduation est parfois une notion vague pour eux (les notes sont souvent 1, 5 ou 10). La MCRO **ne peut pas être effectuée seule** (sinon on passerait à côté d'éléments essentiels). Utilisation des mêmes bilans qu'avant. La **passation est longue**, il est parfois nécessaire de diviser la passation quand cela est trop coûteux pour l'enfant. Les objectifs naissent d'un **consensus** et une **négociation** entre les objectifs de l'enfant, son entourage et ceux de l'ergothérapeute.
Entretien n°2 : *Mme* ***B***	Utilisation de la MCRO avec des **enfants de 6 à 8 ans**. Ce n'est pas tellement l'âge qui limite mais la **participation** de l'enfant. Le support et la passation ne sont **pas très ludiques**. La feuille de passation et la forme sont assez rébarbatifs. Utilisation de **l'OT'Hope** qui permet une passation plus ludique. La MCRO **ne peut pas être effectuée seule** en pédiatrie (sinon on passerait à côté d'éléments essentiels). Il faut **connaître la personne** avant de faire passer la MCRO pour ne pas se mettre en difficulté avec des réponses inadaptées. Il faut que la passation soit **individuelle**.
Entretien n°3 : *Mme* ***C***	Utilisation de la MCRO avec des **enfants de 10 ans**. Utilisation d'un **support imagé** (avec les cartes du PACS et du tableau de l'OT'Hope car il est très visuel). La MCRO **ne peut pas être effectuée seule** (sinon on passerait à côté d'éléments essentiels, en tant qu'ergothérapeute on a besoin d'éléments concrets). On peut se servir de la **MCRO pour cibler les bilans nécessaires** en fonction des difficultés énoncées par les enfants.
Entretien n°4 : *Mme* ***D***	Utilisation de la MCRO avec des **enfants de 7-8 ans jusqu'à 18 ans**. La passation dépend du niveau **cognitif** de l'enfant. Passation de l'OT'Hope : Pour les enfants avec des problèmes de communication, la barrière de la langue, les images aident beaucoup, ou avec les plus petits. ***Ou*** Passation de la MCRO : Pour des enfants en capacité de comprendre la cotation. Utilistion des **réglettes pédiatriques** pour les **moins de 10 ans** ou quand il y a des **troubles cognitifs**. La MCRO **ne peut pas être effectuée seule** (sinon on passerait à côté d'éléments essentiels, en tant qu'ergothérapeute on a besoin de choses concrètes, pour savoir d'où proviennent les difficultés). La MCRO n'est **pas effectuée en première intention**. Utilisation de la MCRO uniquement quand on connaît l'enfant (pour être sur que le bilan est adapté).
Entretien n°5 : *Mme* ***E***	Utilisation de la MCRO avec des **enfants de 13 à 23 ans**, beaucoup sont des **jeunes non-verbaux**. Utilisation d'un **support imagé** (pictogrammes, photos des AVQ). Découpage de la journée sous forme de **journée type**. Utilisation de **réglettes simples** dessinées sur une feuille lorsque les chiffres sont compliqués à comprendre. La MCRO **ne peut pas être effectuée seule** (sinon on passerait à côté d'éléments essentiels, en tant qu'ergothérapeute on a besoin d'éléments concrets). Parfois, le fait de ne pas connaître l'enfant peut avoir un avantage : Le **thérapeute n'induit pas** les réponses. La MCRO **prend du temps** pour la passation, il est parfois nécessaire de la faire sur plusieurs séances.
Entretien n°6 : *Mme* ***F***	Utilisation **systématique** de la MCRO pour des **enfants de 7 à 10 ans**. Passation de la MCRO **en fin de bilan**. Création d'un **support adapté sous forme d'escaliers à 10 marches** pour les 3 cotations (importance, rendement, satisfaction). Réalisation de la **MCRO seule** dans un cadre particulier, avec des enfants atteints du Syndrome de Prader Willi : pour ceux ayant une déficience légère à modérée. Sinon, la passation de la **MCRO seule paraît impossible** en pédiatrie. Les **cotations sont difficiles** pour les enfants, la graduation est parfois une notion vague pour eux et l'échelle de 1 à 10 est grande (les notes sont souvent 1, 5 ou 10). La MCRO est ciblée sur les activités de vie quotidienne et **orientée sur le champ de compétences de l'ergothérapeute**.

Annexe n°14 : Tableau d'analyse n°2 – Passation de la MCRO

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Numéro d'entretien		**Obstacles et limites dans l'utilisation de la MCRO**
Entretien n°1 : *Mme* ***A***	MCRO	La MCRO **ne peut pas être effectuée seule**.
	Passation et support	L'explication des **cotations** est parfois **difficile**. Passation **chronophage** (OT'Hope long).
	Enfant	Difficulté quand l'enfant présente une **anosognosie**, **non-acceptation** du handicap. Les objectifs peuvent être **irréalisables**.
	Thérapeute et Professionnels	**Décalage** avec les autres professionnels de santé : Tout le monde ne travaille pas en se centrant sur les envies de l'enfant.
Entretien n°2 : *Mme* ***B***	MCRO	Il faut **connaître la personne** avant de le faire passer car cela peut donner des réponses irréalistes.
	Passation et support	Les **cotations** sont parfois **difficiles à comprendre** pour les enfants. Très **peu ludique**, support **trop rébarbatif** (OT'Hope déjà plus ludique). Ne fonctionne **pas bien en groupe** (influence des réponses entre les enfants).
	Enfant	Difficultés face à des réponses **irréalistes**, car les enfants **n'ont pas une vision réelle des possibilités** : acceptation du handicap, anosognosie.. et un enfant peut "mentir" plus facilement. Un enfant c'est **plus fragile** sur le plan de la construction de la personnalité et on ne sait pas exactement où on se risque.
	Thérapeute et Professionnels	Le thérapeute **risque d'induire** les réponses.
	Parents	On ne rencontre **pas souvent** les parents.
Entretien n°3 : *Mme* ***C***	MCRO	La MCRO n'a pas fonctionné avec trois enfants, il n'y a pas d'objectifs particuliers qui sont ressortis. Cet outil n'est **pas accessible à tous** les enfants. Il y a la partie "pointer les difficultés" qui n'est **pas très agréable**.
	Passation et support	Passation **chronophage** : On peut y passer une ou deux séances. Les **cotations** sont **compliquées** et **diffèrentes** en fonction de l'humeur et du moment de la journée.
	Enfant	Les enfants sont jeunes, donc ils peuvent **avoir du mal à pointer leurs difficultés**, car ce n'est **pas très agréable** pour eux de pointer leurs difficutlés.
	Parents	On ne rencontre **pas souvent** les parents.
Entretien n°4 : *Mme* ***D***	MCRO	La MCRO n'est **pas effectuée systématiquement** : Non-accessible aux enfants trop petits. La MCRO **ne peut pas être effectuée seule**.
	Passation et support	Les **mots canadiens** sont **compliqués** à comprendre pour les enfants (rendement, ... etc).
	Enfant	**Accessibilité** au bilan : **limitée** par les capacités de l'enfant, certains ne vont pas pouvoir s'exprimer sur leurs difficultés, suite à leur **acceptation du handicap** et de leurs **difficultés**. L'enfant **ne se rend pas compte** de toutes ses difficultés et de tout ce que cela implique pour lui pour son avenir. Les objectifs peuvent mettre une forme de **pression** aux enfants.
	Thérapeute et Professionnels	L'enfant peut s'exprimer sur des **difficultés qui ne relèvent pas du champ de l'ergothérapie**. On peut avoir l'image d'une personne trop **directive** si les objectifs ne sont pas du champ de l'ergothérapie : difficultés auprès des autres profesionnels de santé qui n'ont pas la même approche que nous.
Entretien n°5 : *Mme* ***E***	MCRO	**Accessibilité** au bilan : La MCRO **ne peut pas être appliquée à tout le monde**.
	Passation et support	Les **cotations** sont **compliquées** et la satisfaction est la cotation la plus dure à expliquer.
	Enfant	La passation est **impossible** avec des **enfants non-verbaux sévères** avec **déficience intellectuelle associée**.
	Thérapeute et Professionnels	L'enfant peut s'exprimer sur des **difficultés qui ne relèvent pas du champ de l'ergothérapie**.
Entretien n°6 : *Mme* ***F***	MCRO	La MCRO **ne peut pas être effectuée seule**.
	Enfant	L'utilisation est **impossible** avec des **enfants polyhandicapés**, ainsi que ceux avec une **déficience intellectuelle**.
	Thérapeute et Professionnels	**Attentes des médecins** : souhaitent un bilan normé, qui fait ressortir des éléments validés et comparés à la moyenne.

Annexe n°15 : Tableau d'analyse n°3 – Obstacles et limites dans l'utilisation de la MCRO

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

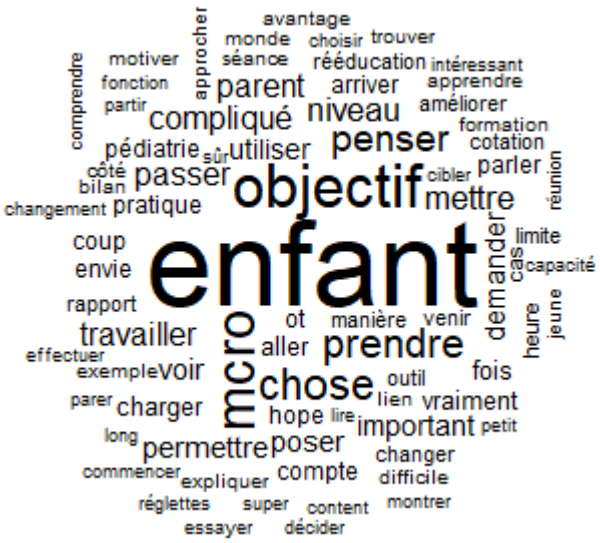
Numéro d'entretien		**Les avantages de la MCRO. Amélioration de la pratique. *Empowerment* et engagement occupationnel de l'enfant** (Page 1/2)
Entretien n°1 : *Mme* ***A***	Pour l'enfant	**Responsabilise** les enfants : ils **comprennent** pourquoi ils sont là, cela **donne un sens** à la thérapie, ils **prennent en main** leur rééducation. Meilleure **motivation**, **investissement** : c'est eux qui choisissent leurs objectifs. Meilleure **implication** : plus productif en séance. **Valorisation** des enfants par la réévaluation de la MCRO : ils voient leur évolution. Prise en compte de la **parole** de l'enfant, de son **avis**, ses objectifs **personnalisés**. Notion de **place**, **décideur**, centré sur ses **attentes**.
	Pour la famille	Meilleure **compréhension** des parents : sur le **sens** de ce qui est travaillé en séance d'ergothérapie. MCRO fait du **lien** avec la famille.
	Pour le thérapeute	Approche thérapeutique **centrée sur l'enfant** : **libère la parole** de l'enfant, le place en tant que **décideur**, recueille les éléments essentiels pour l'enfant, ce qui est **important** pour eux (savoir où ils souhaitent s'améliorer). La MCRO **structure** cette approche. **Relation thérapeutique** plus facilement établie : **négociation** et **compromis** avec les enfants. L'équipe soignante **apprécie** le fait de prendre en compte la parole de l'enfant en partant de son souhait.
Entretien n°2 : *Mme* ***B***	Pour l'enfant	Meilleure **implication** de l'enfant : prise en compte de ses **attentes**, donne l'impression d'être davantage **concerté**. Meilleur **investissement** : ressent que l'on s'interesse à ce dont il a envie. Meilleur **engagement** et **motivation** plus importante. Plus **présents** en thérapie, place de **sujet**, ça leur laisse la **parole**. Les enfants sont **contents** d'avoir cette parole. Gain de **pouvoir**, de **contrôle** sur les objectifs de la prise en soin.
	Pour la famille	**Lien** avec la famille : permet de comprendre le fonctionnement des enfants à domicile.
	Pour le thérapeute	Approche permettant de **recentrer l'enfant** au coeur de la prise en soin : on leur donne la **parole**, plus de **globalité**. Permet d'**élargir les objectifs** vers des activités plus sympathiques pour l'enfant. Précise la **place de l'ergothérapeute** dans l'activité, ça consolide l'identité du métier. Permet un **travail d'équipe**, donne de la **cohérence** au projet de l'enfant, on part du désir de l'enfant : pour aider l'équipe à garder un projet centré sur l'enfant.
Entretien n°3 : *Mme* ***C***	Pour l'enfant	Meilleure **motivation** : beaucoup plus motivés par les objectifs, prennent **plaisir** à venir parce qu'on leur demande leur **avis**, enfants **recentrés** sur leur rééducation. Meilleur **investissement** : prend du **sens** pour l'enfant. Conscience des progrès effectués grace à la MCRO. Notion de **consensus** entre enfant et thérapeute : permet aux enfants d'**être en accord** avec ce qui est travaillé en séance. Les **réévaluations** permettent à l'enfant de voir son **évolution**.
	Pour la famille	La MCRO permet de faire un **compte rendu** aux familles, faire le **lien** avec eux. En pédiatrie on travaille **avec** la famille.
	Pour le thérapeute	Approche **centrée sur l'enfant** : prise en compte des **envies** de l'enfant, recueillir leur **accord** et leur **avis**, l'enfant est la base de l'intervention. Permet d'avoir des objectifs **précis** et **cadrés** et des objectifs **ensemble** : **consensus** et **négociation** (le thérapeute est dépendant de ce que souhaite l'enfant). Meilleure **motivation** : valorise les occupations que l'enfant aime. Meilleure **implication** : choses ayant du **sens** pour l'enfant. Permet à l'équipe de mieux comprendre notre travail : plus de **valeur**, **légitimise** la **place** de l'ergothérapeute dans l'activité.
Entretien n°4 : *Mme* ***D***	Pour l'enfant	**Responsabilisation** des enfants. Meilleur **investissement** : l'enfant est plus **acteur**, il est investi pour travailler ses difficultés, Meilleure **participation** : plus de place à **l'expression**, gain de pouvoir et de contrôle de l'enfant sur leur thérapie. Meilleure **motivation** : envie de progresser dans des domaines spécifiques, plus **content**. Meilleure **implication** : plus **partie prenante** de la rééducation. Les réévaluations leur permettent de voir leur **évolution** : ils sont **contents** de voir qu'ils ont évolué, notion de **plaisir**.
	Pour la famille	**Pas de lien** avec la famille.
	Pour le thérapeute	**Centré** davantage **sur l'enfant** : prise en compte de ses **attentes**, plus **acteur**, prend plus de **place** dans les décisions, Meilleure **implication** : enfant plus **acteur** de ce qui va se passer en séance, la thérapie **prend du sens** pour l'enfant. L'enfant peut pour une fois **s'exprimer**.
Entretien n°5 : *Mme* ***E***	Pour l'enfant	Centré sur les **attentes** de l'enfant : activités plus fonctionnelles et plus facinantes pour lui. Meilleur **investissement** de l'enfant : donne envie aux enfants de venir en séance. Meilleure **implication**, **motivation** : les enfants sont **contents** qu'on prenne en compte leur **demande** et leur **avis**. Les réévaluations permettent aux enfants de voir leur **évolution**.
	Pour la famille	**Lien** avec la famille pour transmettre les désirs de l'enfant.
	Pour le thérapeute	Approche **centrée** sur l'enfant : permet de **structurer** l'intervention (guider, organiser), très **humain**. Permet de trouver des objectifs à travailler à deux : **consensus** et **négociation**. Permet de **justifier les priorités** et les objectifs de l'enfant. Cette approche fait du **lien** avec les autres **professionnels** de santé.

Annexe n°16 : Tableau d'analyse n°4 – Les avantages de la MCRO. Amélioration de la pratique. Empowerment et engagement occupationnel de l'enfant (Page 1/2)

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

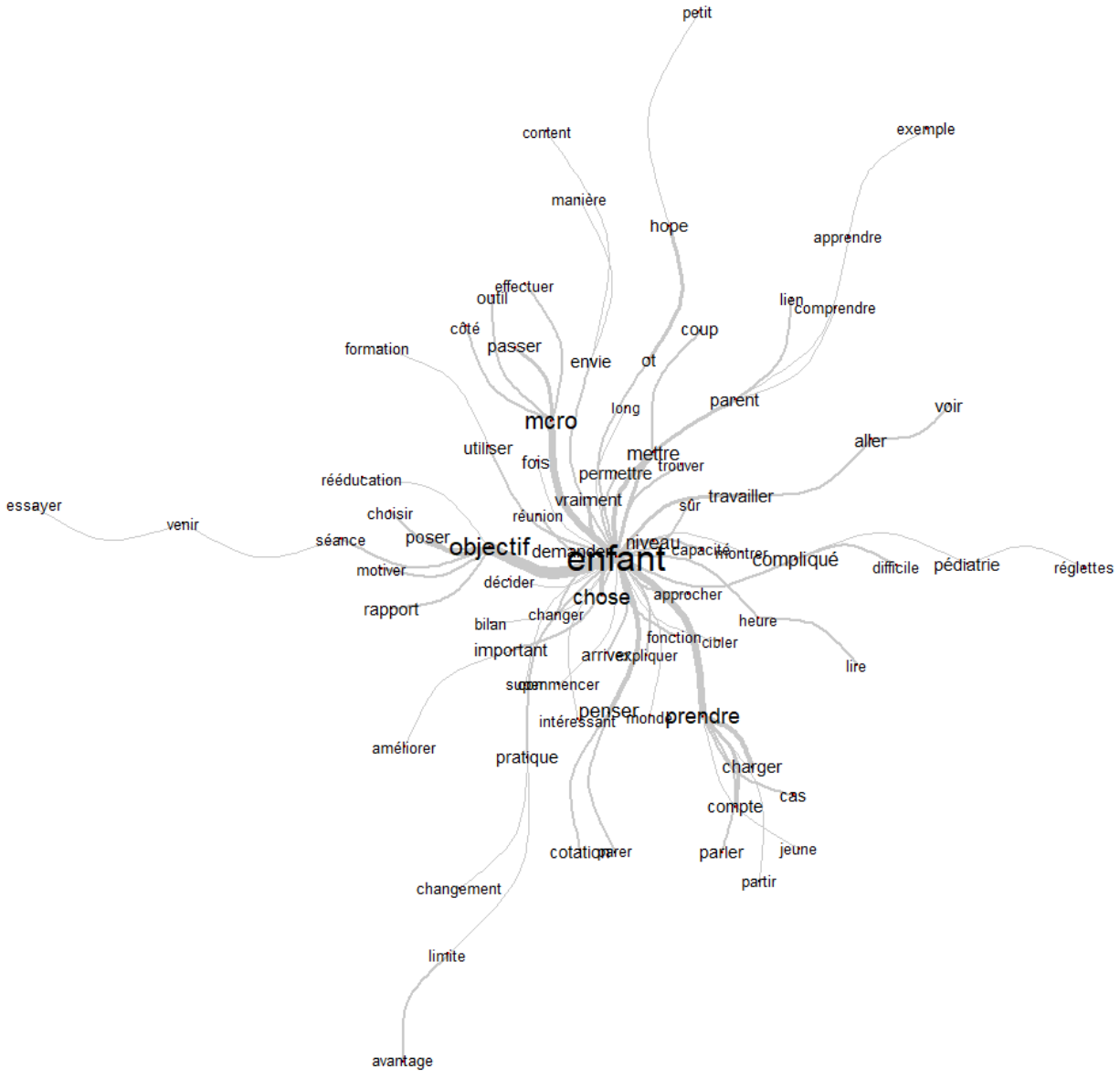
Numéro d'entretien		**Les avantages de la MCRO. Amélioration de la pratique. *Empowerment* et engagement occupationnel de l'enfant** (Page 2/2)
Entretien n°6 : *Mme* ***F***	Pour l'enfant	Meilleure **motivation** : les objectifs ont plus de **sens** pour l'enfant, ils sont contents d'avoir cette parole. Meilleure **implication** : l'enfant se fixe lui même les objectifs. Meilleure **participation** : ils ressentent qu'ils ont du **pouvoir**, leur mot à dire (parole), ils sont **capables** de faire des choix. La MCRO permet une **prise de conscience** chez les enfants sur leurs **compétences** et **incompétences**. La réévaluation permet aux enfants de leur montrer qu'ils ont fait des **progrès**, cela les **valorise**.
	Pour la famille	Les objectifs ont du **sens pour l'enfant**, il est **content** et il est important de faire ce **lien avec la famille** pour leur dire que ça ce passe bien au centre pour l'enfant, qu'il **participe**.
	Pour le thérapeute	Approche thérapeutique permet de **se recentrer sur l'enfant** : prise en comtpe de l'enfant dans sa **globalité**, recueil des impressions de l'enfant, donne du **sens** au projet de l'enfant. Le thérapeute demande **l'avis** de l'enfant, car les **enfants sont capables** de faire des choix et de proposer des objectifs tout à fait cohérents. Permet de connaître les **motivations** de l'enfant. Fait **ressortir le besoin** de l'enfant : apporte plus d'implication.

Annexe n°16 : Tableau d'analyse n°4 – Les avantages de la MCRO. Amélioration de la pratique. Empowerment et engagement occupationnel de l'enfant (Page 2/2)



Annexe n°17 : Nuage de mots représentatif de **l'entretien n°1** avec Madame **A**

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.



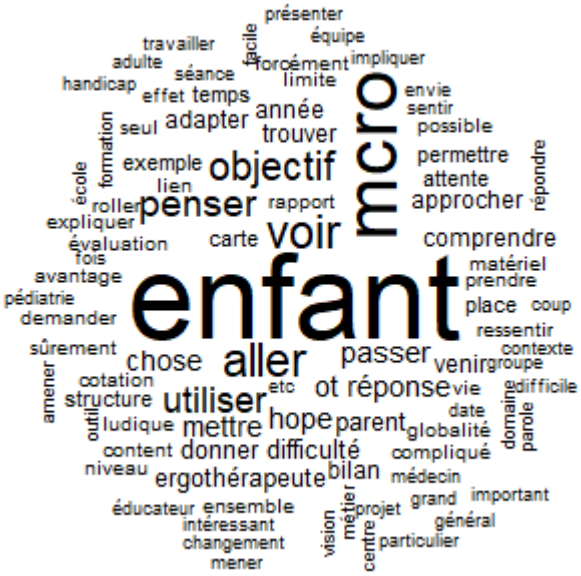
<u>Annexe n°18</u> <u>: Graphe d'analyse de similitudes de **l'entretien n°1** avec Madame **A**</u>

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Numéro d'entretien	Les occurrences des mots	
	Mots principaux	Nombre de répétition(s)
Entretien n°1 : *Mme* ***A***	Enfant	56
	Objectif	25
	MCRO	22
	Prendre (en compte)	16
	Parent	10
	Envie	6
	Compte	6
	Améliorer	5
	Motiver	4
	Choisir	3
	Content	3
	Changement	3
	Intéressant	3

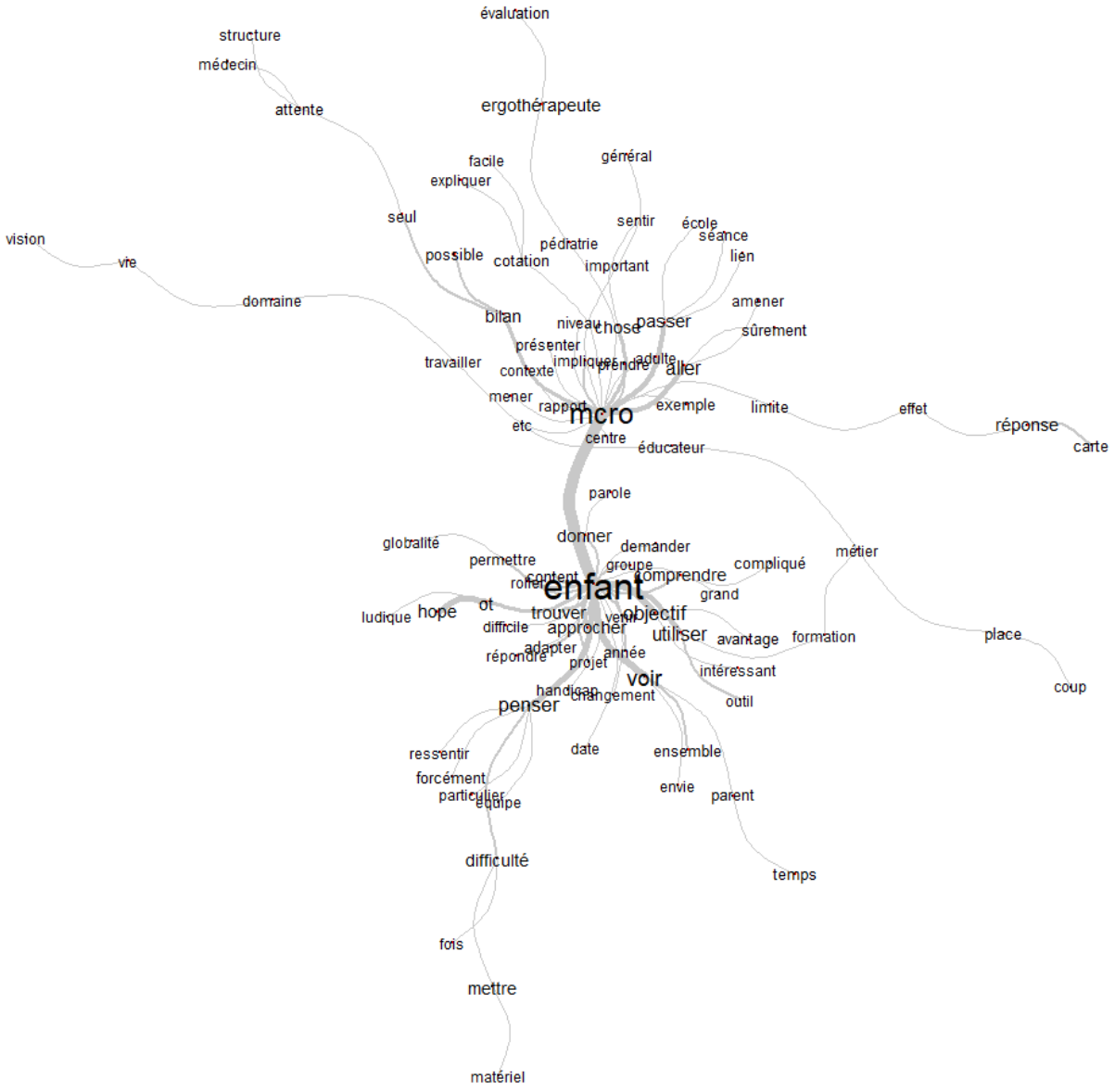
Annexe n°19 : Tableau présentant les occurrences des mots de **l'entretien n°1** avec Madame **A**

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.



<u>Annexe n°20</u> <u>: Nuage de mots représentatif de **l'entretien n°2** avec Madame **B**</u>

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.



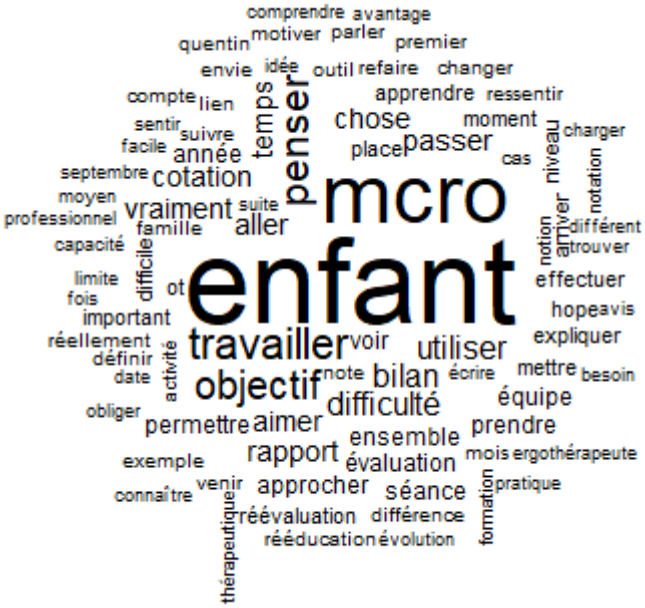
<u>Annexe n°21</u> <u>: Graphe d'analyse de similitudes de **l'entretien n°2** avec Madame **B**</u>

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Numéro d'entretien	Les occurrences des mots	
	Mots principaux	Nombre de répétition(s)
Entretien n°2 : *Mme* ***B***	Enfant	57
	MCRO	34
	Objectif	15
	Parent	7
	Difficulté	7
	Adapter	6
	Structure	5
	Permettre	5
	Attente	5
	Content	4
	Avantage	4
	Globalité	4
	Ludique	4
	Important	3
	Handicap	3
	Envie	3
	Impliquer	3
	Intéressant	3

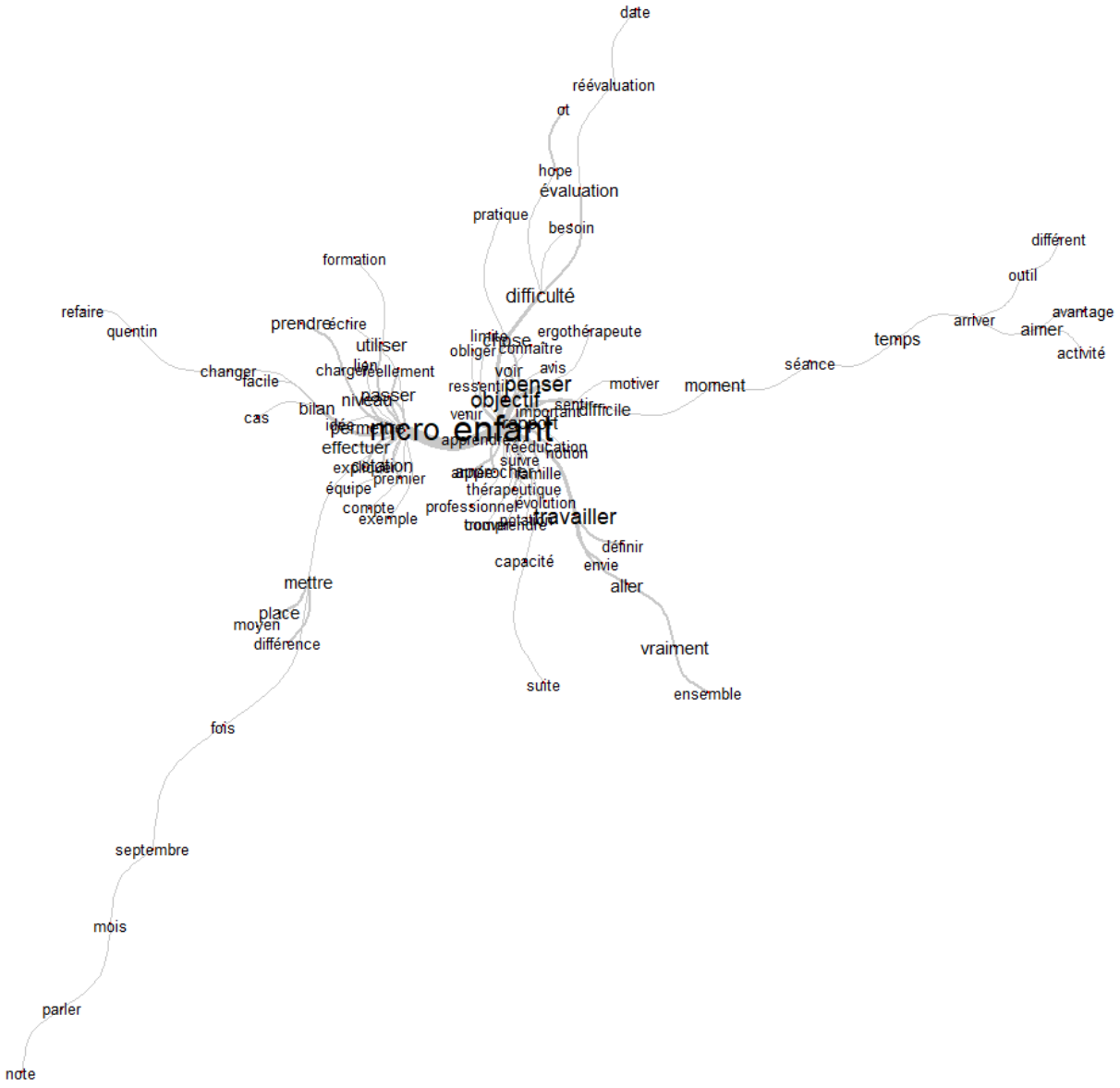
Annexe n°22 : Tableau présentant les occurrences des mots de **l'entretien n°2** avec Madame **B**

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.



<u>Annexe n°23</u> <u>: Nuage de mots représentatif de **l'entretien n°3** avec Madame **C**</u>

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.



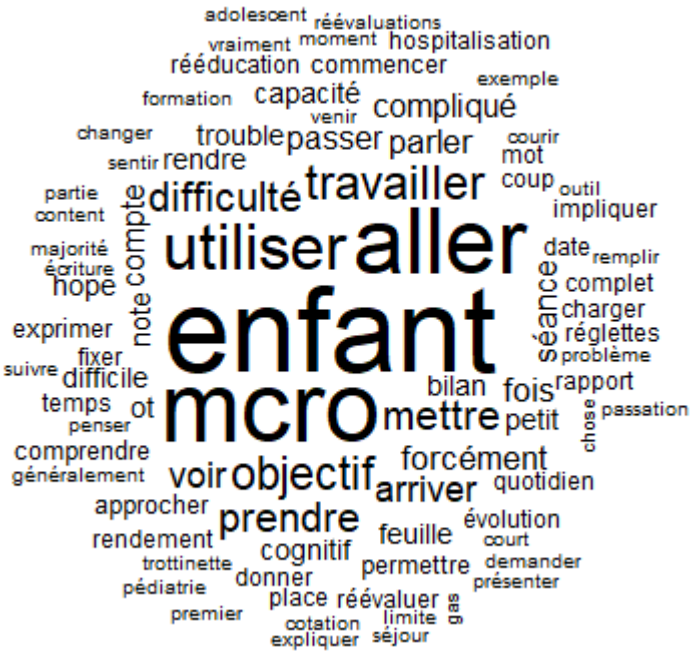
<u>Annexe n°24</u> <u>: Graphe d'analyse de similitudes de **l'entretien n°3** avec Madame **C**</u>

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Numéro d'entretien	Les occurrences des mots	
	Mots principaux	Nombre de répétition(s)
Entretien n°3 : *Mme* ***C***	Enfant	50
	MCRO	32
	Travailler	15
	Objectif	13
	Prendre (en compte)	6
	Permettre	6
	Ensemble	6
	Important	5
	Place	5
	Lien	4
	Envie	4
	Motiver	4
	Besoin	3

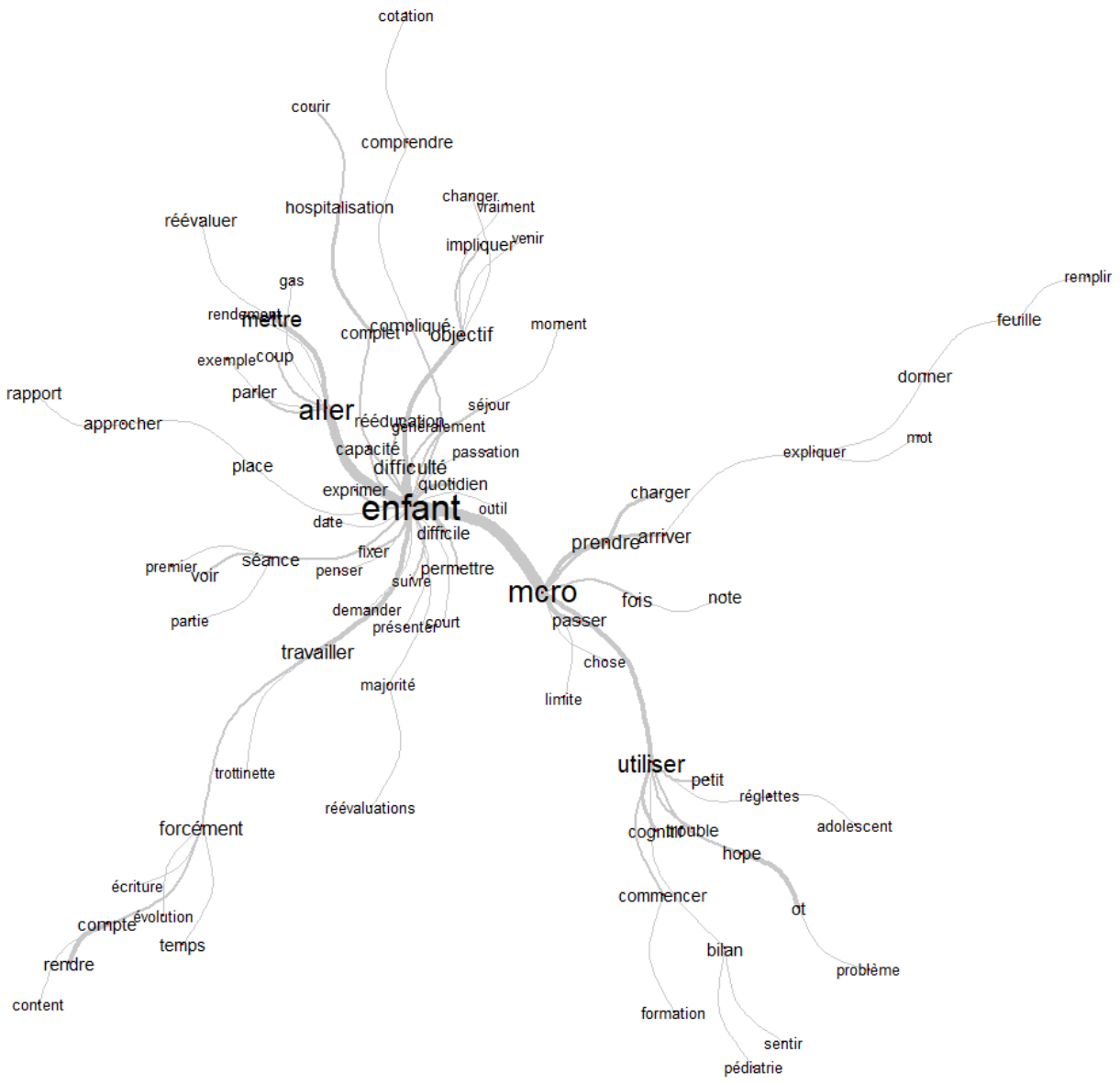
Annexe n°25 : Tableau présentant les occurrences des mots de **l'entretien n°3** avec Madame **C**

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.



<u>Annexe n°26</u> <u>: Nuage de mots représentatif de **l'entretien n°4** avec Madame **D**</u>

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.



<u>Annexe n°27</u> <u>: Graphe d'analyse de similitudes de **l'entretien n°4** avec Madame **D**</u>

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Numéro d'entretien	Les occurrences des mots	
	Mots principaux	Nombre de répétition(s)
Entretien n°4 : *Mme* ***D***	Enfant	39
	MCRO	32
	Travailler	13
	Objectif	12
	Prendre (en compte)	11
	Capacité	6
	Permettre	5
	Comprendre	5
	Impliquer	4
	Content	3

Annexe n°28 : Tableau présentant les occurrences des mots de **l'entretien n°4** avec Madame **D**

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

<u>Annexe n°29</u> <u>: Nuage de mots représentatif de **l'entretien n°5** avec Madame **E**</u>

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

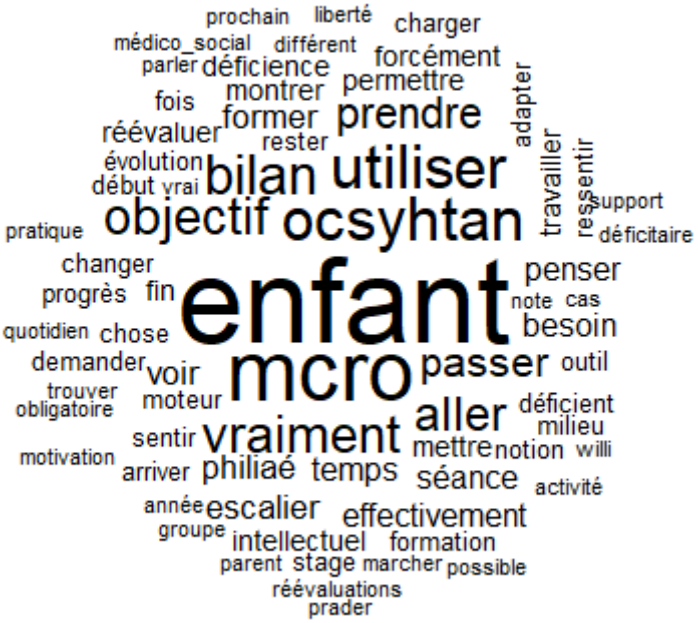
Annexe n°30 : Graphe d'analyse de similitudes de **l'entretien n°5** avec Madame **E**

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Numéro d'entretien	Les occurrences des mots	
	Mots principaux	Nombre de répétition(s)
Entretien n°5 : *Mme* ***E***	MCRO	25
	Enfant	19
	Objectif	13
	Bilan	12
	Ensemble	7
	Prendre (en compte)	6
	Place	5
	Activité	4
	Intéressant	4
	Structure	3
	Important	3
	Centrer	3
	Comprendre	3
	Content	3

Annexe n°31 : Tableau présentant les occurrences des mots de **l'entretien n°5** avec Madame **E**

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.



<u>Annexe n°32</u> <u>: Nuage de mots représentatif de **l'entretien n°6** avec Madame **F**</u>

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

<u>Annexe n°33</u> <u>: Graphe d'analyse de similitudes de **l'entretien n°6** avec Madame **F**</u>

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Numéro d'entretien	Les occurrences des mots	
	Mots principaux	Nombre de répétition(s)
Entretien n°6 : *Mme* ***F***	Enfant	33
	MCRO	22
	Objectif	12
	Prendre (en compte)	10
	Besoin	6
	Travailler	5
	Progrès	4
	Activité	3
	Motivation	3

Annexe n°34 : Tableau présentant les occurrences des mots de **l'entretien n°6** avec Madame **F**

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

PREFMS Pôle régional d'enseignement et de formation aux métiers de la santé

Hôpitaux de Toulouse

Formulaire de consentement pour films, enregistrements sonores, magnétoscopiques et autres

Je, soussigné(e) : _____
Prénom et nom en lettres majuscules

accepte que la rencontre soit enregistrée sur bande audio ou vidéo.

Je comprends que cette modalité est un outil de travail et de formation pour l'étudiant _____ en formation à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse.

Je comprends que les enregistrements seront utilisés à des fins de travail et d'analyse par l'étudiant dans le cadre de son mémoire de fin d'études.

Seuls l'étudiant, sa superviseure ou son superviseur, sa référente ou son référent de mémoire, pourront avoir accès à l'enregistrement pour aider à l'analyse de ce dernier.

Le support audio, vidéo ou numérique ne doit pas sortir du cadre de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse. Je comprends que tous les enregistrements seront conservés de façon à ce qu'ils ne soient pas divulgués sur internet ou utilisés à d'autre fins que pour le travail de recherche du mémoire.

Il est entendu qu'il m'est possible de demander toutes les explications que je désire sur l'usage qui sera fait de ces enregistrements.

Signatures :

Personne consentante	Etudiant qui réalise l'enregistrement

Fait à : _____
Lieu de signature

Date : _____
Jour/Mois/Année

N. B : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.

Ce document doit être imprimé en double exemplaire et est **à conserver** par les deux personnes concernées.

Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse

Annexe n°35 : Formulaire de consentement pour enregistrement (vierge)

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

PREFMS Pôle régional d'enseignement et de formation aux métiers de la santé

Occitanie

Hôpitaux de Toulouse

Formulaire de consentement pour films, enregistrements sonores, magnétoscopiques et autres

Je, soussigné(e) : *Entretien n°1 : Madame A*
Prénom et nom en lettres majuscules

accepte que la rencontre soit enregistrée sur bande audio ou vidéo.

Je comprends que cette modalité est un outil de travail et de formation pour l'étudiant Romain BORNAND en formation à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse.

Je comprends que les enregistrements seront utilisés à des fins de travail et d'analyse par l'étudiant dans le cadre de son mémoire de fin d'études.

Seuls l'étudiant, sa superviseure ou son superviseur, sa référente ou son référent de mémoire, pourront avoir accès à l'enregistrement pour aider à l'analyse de ce dernier.

Le support audio, vidéo ou numérique ne doit pas sortir du cadre de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse. Je comprends que tous les enregistrements seront conservés de façon à ce qu'ils ne soient pas divulgués sur internet ou utilisés à d'autre fins que pour le travail de recherche du mémoire.

Il est entendu qu'il m'est possible de demander toutes les explications que je désire sur l'usage qui sera fait de ces enregistrements.

Signatures :

Personne consentante

Etudiant qui réalise l'enregistrement

Fait à : Toulouse
Lieu de signature

Date : 06/02/2019
Jour/Mois/Année

N. B : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.

Ce document doit être imprimé en double exemplaire et est **à conserver** par les deux personnes concernées.

Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse

Annexe n°36 : Formulaire de consentement d'enregistrement pour **l'entretien n°1** (Mme **A**)

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Annexe n°37 : Retranscription intégrale de **l'entretien n°1** avec Madame **A** (verbatim)

Verbatim – Entretien n°1 : (25-40 minutes)

Madame A
Nom et prénom de la personne interviewée

[Durée de l'entretien n°1 : *24 minutes 44 secondes*]. Date : 06/02/2019

Thème de mémoire : Influence de la MCRO sur l'implication des enfants dans la PEC.

Présentation de l'entretien : (5 minutes) « Bonjour, nous nous retrouvons aujourd'hui dans le cadre de mon mémoire de fin d'études autour du thème de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel en pédiatrie. J'effectue cet entretien dans une perspective de pré-enquête auprès de plusieurs ergothérapeutes pour prendre en compte leurs avis et leurs expériences afin d'affiner la question de recherche de mon sujet et d'élaborer ma question de recherche définitive. ».

“

l.1 - **Romain :** « Alors, comme tu te doutes bien on est là pour faire un entretien dans le cadre de
l.2 - mon mémoire de fin d'études autour du thème de la MCRO en pédiatrie. L'entretien je
l.3 - l'effectue dans le but de faire une pré-enquête auprès de plusieurs ergothérapeutes de Paul
l.4 - Dottin pour prendre en compte leurs avis et leurs expériences à propos de la MCRO. En fait,
l.5 - j'ai formulé une question de départ dans mon sujet et puis j'essaye avec les entretiens d'affiner
l.6 - cette question et de voir si c'est pertinent de partir dans cette voie de recherche. »,

l.7 - **Mme A :** « La question de départ c'est quoi ? »,

l.8 - **Romain :** « Ma question de départ s'oriente vers l'influence de la MCRO sur l'implication des
l.9 - enfants dans la prise en charge. Voilà, j'essaye de cibler après le thème de mon mémoire sur
l.10 - les leviers qui peuvent être utilisés par la MCRO pour engager les enfants dans leur prise en
l.11 - soin. Ensuite, j'aimerais faire une analyse rétrospective de dossiers de patients, par exemple des
l.12 - MCRO passées pour essayer d'appuyer les données récoltées avec les entretiens. Donc j'ai
l.13 - quelques MCRO qui m'ont été transmises par d'autres ergothérapeutes, je ne sais pas si tu en
l.14 - as toi ? »,

l.15 - **Mme A :** « Là, je n'en ai pas sur moi. Mais après oui, en neutre, enfin, sans nom oui je pourrais
l.16 - t'en passer. »,

l.17 - **Romain :** « D'accord, donc voilà c'est pour avoir des cotations puis voir un comment les
l.18 - cotations évoluent entre les évaluations, enfin si j'ai le temps de le faire... ».

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Question de départ :

1. Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'ergothérapeute en pédiatrie ?

l.19 - **Romain :** « La question de départ de l'entretien c'est : depuis combien de temps est-ce que tu
l.20 - exerces en tant qu'ergothérapeute en pédiatrie ? »,

l.21 - **Mme A :** « Depuis... Heu... Août 2012, donc ça fait 6 ans et demi. »,

l.22 - **Romain :** « D'accord. Et donc, la pédiatrie c'est quelque chose que tu fais depuis toujours ? Tu
l.23 - as travaillé autre part avant ça ? »,

l.24 - **Mme A :** « J'ai travaillé deux mois en centre de rééducation adulte, avant, et sinon j'ai fait
l.25 - surtout de la pédiatrie. ».

L'outil MCRO : (5-10 minutes).

2. Utilisez-vous l'outil MCRO depuis la formation, ou avant ? Si oui, depuis combien de temps ? Avec qui ? (Population ciblée, pathologies, âge).

l.26 - **Romain :** « D'accord, ok. La MCRO tu l'utilises depuis la formation ou tu l'utilisais avant ? »,

l.27 - **Mme A :** « Je l'utilise depuis la formation, oui. »,

l.28 - **Romain :** « Et c'est un outil que tu utilises régulièrement ? »,

l.29 - **Mme A :** « Oui, c'est un outil que j'utilise régulièrement maintenant. Alors avant j'en avais eu
l.30 - vent et j'avais vu un petit peu le fascicule avec Marie-Pierre qui l'utilisait déjà. Mais, du coup
l.31 - je l'utilise vraiment depuis la formation. Et heu..., avec on va dire 70% de mes enfants. »,

l.32 - **Romain :** « D'accord, donc ça t'as quand même bien sensibilisé la formation... ? »,

l.33 - **Mme A :** « Oui, et changé ma pratique aussi... ».

3. Comment amenez-vous l'entretien ? Qu'est-ce que vous dites aux enfants ?

l.34 - **Romain :** « L'entretien de la MCRO quand tu l'amènes aux enfants, quand tu leur présente, tu
l.35 - le présente comment ? Qu'est-ce que tu dis réellement aux enfants quand tu leur annonce : "je
l.36 - vais vous faire passer une MCRO" ? »,

l.37 - **Mme A :** « Ah, alors, je leur dis qu'on va papoter ensemble pour qu'on réfléchisse aux choses
l.38 - qui sont importantes de travailler de leur point de vue. Alors ce n'est pas forcément des choses
l.39 - qu'on travaille en ergothérapie, c'est des choses globalement qu'ils peuvent travailler avec un

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.40 - peu tout le monde. Je leur dis que l'objectif c'est de savoir dans quoi ils voudraient s'améliorer
l.41 - et qu'est-ce qui serait important pour eux. »,

l.42 - **Romain :** « D'accord, donc tu centres l'explication sur ce qu'ils veulent améliorer quoi ? »,

l.43 - **Mme A :** « Oui, les activités qu'ils voudraient mieux faire, et où ils voudraient s'améliorer oui.
l.44 - Celles qui sont importantes pour eux. Je leur explique que maintenant ils sont grands et que du
l.45 - coup j'ai besoin de leurs points de vue et de leur avis pour savoir en fait qu'est-ce qu'il faudrait
l.46 - améliorer. »,

l.47 - **Romain :** « Tu m'as parlé du fait qu'ils étaient plus grands, ce sont des enfants d'environ quel
l.48 - âge ? »,

l.49 - **Mme A :** « Alors, c'est de l'école primaire, parce que de toute façon moi je n'ai que des enfants
l.50 - de primaire donc j'ai envie de dire de 7 à 12 ans pour cibler large. »,

l.51 - **Romain :** « Oui, donc ce sont des enfants qui sont quand même en capacité de cibler leurs
l.52 - problèmes, ils ne sont pas trop petits ? »,

l.53 - **Mme A :** « Oui, les enfants à qui je l'ai fait passer oui. Soit ce sont des enfants du SESSAD,
l.54 - parce que j'ai quand même des enfants scolarisés en école ordinaire ; soit des enfants qui sont
l.55 - sur l'IEM, mais voilà qui ont quand même de bonnes capacités d'élaboration et de
l.56 - compréhension. Parce que ce n'est pas facile à comprendre, c'est assez compliqué quand même,
l.57 - même avec les petites réglettes pédiatrie... On l'abordera sûrement par la suite. »,

l.58 - **Romain :** « Oui, on en reparlera oui. ».

4. Comment se passe la passation, la cotation, <u>avec ou sans</u> les parents ? (Réglettes, facilité d'utilisation, consignes d'explication, difficultés, supports utilisés comme l'OT'Hope).

l.59 - **Romain :** « Pour la passation, la cotation, est-ce que tu la fais avec ou sans les parents ? »,

l.60 - **Mme A :** « Sans les parents, parce que pour nous c'est compliqué de voir les parents. Les parents
l.61 - on ne les voit pas régulièrement, c'est difficile de les rencontrer... Ils posent déjà pas mal
l.62 - d'heures ou de jours pour les rendez-vous médicaux, les trucs, les machins... Donc ça je le fais
l.63 - sans les parents. Et puis c'est des enfants qui sont quand même en capacité eux de discuter...
l.64 - Par contre je fais toujours du lien avec les parents, pendant la réunion, on a une réunion par an
l.65 - et par enfant, un retour aux parents aussi de ce qu'on a dit avec la MCRO... »,

l.66 - **Romain :** « ... Oui les réunions avec les parents... »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.67 - **Mme A :** « Je fais le lien sur les objectifs posés par les enfants. »,

l.68 - **Romain :** « Donc il y a quand même un contact avec la famille par rapport à ça ? »,

l.69 - **Mme A :** « Oui et puis, s'il y a des objectifs où heu... Par exemple, j'ai un jeune qui voulait
l.70 - apprendre à utiliser le micro-ondes, après au niveau moteur il en était capable, sur le plan
l.71 - cognitif aussi c'est juste qu'il voulait que sa maman lui apprenne, donc j'ai appelé la maman
l.72 - pour lui en faire part. »,

l.73 - **Romain :** « Pour faire le lien, oui, d'accord. »,

l.74 - **Mme A :** « Dans ces cas là quand ce sont des choses qui ne peuvent être mises en place qu'au
l.75 - domicile je fais le lien oui effectivement. »,

l.76 - **Romain :** « Et du coup tu m'as dit que tu utilises des réglettes pour la cotation ? »,

l.77 - **Mme A :** « Des réglettes pédiatrie oui, avec les smileys. »,

l.78 - **Romain :** « Oui. »,

l.79 - **Mme A :** « Après ce n'est pas simple, surtout la réglette de la satisfaction. »,

l.80 - **Romain :** « C'est vrai que c'est la plus compliquée. »,

l.81 - **Mme A :** « Du coup j'essaye de leur dire : "est-ce que tu es content de la manière dont tu le fais,
l.82 - est-ce que tu es content et tu n'as pas envie de t'améliorer ou est-ce que tu n'es pas content et
l.83 - tu as envie de t'améliorer ?". Je le dis comme ça. »,

l.84 - **Romain :** « D'accord, tu arrives quand même à expliquer ? »,

l.85 - **Mme A :** « Oui je dis : "est-ce que tu n'es pas content, est-ce que tu es moyennement content et
l.86 - bof...". Enfin voilà, dans toutes les réglettes souvent je cible trois points. C'est un peu compliqué
l.87 - de cibler de 1 à 10 tout ça... »,

l.88 - **Romain :** « Tu leur dis : "Très content, moyennement content et pas content du tout" ? »,

l.89 - **Mme A :** « Oui, comme par exemple : "je ne sais pas du tout le faire, je sais un peu le faire, et
l.90 - je sais très bien le faire". C'est assez dur d'avoir plus de repères que ça pour les enfants. »,

l.91 - **Romain :** « Oui, et puis dans ce cas-là peut-être que la notion de graduation n'est pas évidente
l.92 - en fonction des enfants, il y a des fois des enfants qui ont du mal à se dire "bah là j'ai 3" ... »,

l.93 - **Mme A :** « Oui, alors entre 3 et 5 c'est compliqué par exemple. »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.94 - **Romain :** « Ça revient souvent ça en pédiatrie oui c'est vrai. »,

l.95 - **Mme A :** « C'est 0, 5 ou 10. »,

l.96 - **Romain :** « Est-ce que tu utilises l'OT'Hope ou pas ? »,

l.97 - **Mme A :** « Oui. »,

l.98 - **Romain :** « Plutôt avec les plus petits ? Ou avec tout le monde ? »,

l.99 - **Mme A :** « Heu, avec tous les enfants. En fait je commence avec les enfants, je leur demande :
l.100 - "A quoi tu penses, qu'est-ce qui est important pour toi ?". J'essaye d'impulser quelque chose
l.101 - sans orienter ni guider. »,

l.102 - **Romain :** « Oui. »,

l.103 - **Mme A :** « 9 fois sur 10 il n'y a rien qui vient, et 9 fois sur 10 c'est : "ah je ne sais pas". Et puis
l.104 - même en essayant de creuser : "je ne sais pas je ne sais pas je ne sais pas", et c'est là où on sort
l.105 - l'OT'Hope pour aider. »,

l.106 - **Romain :** « D'accord. »,

l.107 - **Mme A :** « Et là avec l'OT'Hope ça oriente un petit peu certes, c'est sûr qu'il y a peut-être
l.108 - d'autres choses qu'ils m'auraient dites qu'ils ne me disent pas. Mais par contre c'est là où ça
l.109 - part, les enfants utilisent super bien le support. »,

l.110 - **Romain :** « D'autant plus que tu l'avais utilisé à la formation... »,

l.111 - **Mme A :** « Voilà. Donc j'utilise l'OT'Hope et puis j'utilise les réglettes. »,

l.112 - **Romain :** « Oui, d'accord. »,

l.113 - **Mme A :** « Pour faire les cotations et la satisfaction. »,

l.114 - **Romain :** « Donc tu classes avec l'OT'Hope les activités ? »,

l.115 - **Mme A :** « Voilà, et puis après à chaque catégorie je dis : "bon bah là on en retient 3, ou 2".
l.116 - Enfin ça dépend des enfants, et après au final on a la feuille de la MCRO qu'on remplit puis on
l.117 - choisit trois objectifs en tout ou cinq, enfin ça dépend des enfants. »,

l.118 - **Romain :** « D'accord ça marche. Après, est-ce que pour expliquer les réglettes tu as des
l.119 - difficultés ? Par exemple pour expliquer la satisfaction ou d'autres cotations ? »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.120 - **Mme A :** « Après pour l'importance je ne l'utilise pas la réglette, parce que je lui demande :
l.121 - "quel est ton objectif le plus important", donc je les écris dans l'ordre de l'enfant. »,

l.122 - **Romain :** « Oui de ce qu'il dit ? »,

l.123 - **Mme A :** « Voilà. Et le rendement c'est quand même plus simple je dis : "est-ce que tu arrives
l.124 - bien à le faire, pas bien à le faire ou moyen, ou pas trop". Après il y a toujours le problème des
l.125 - enfants qui disent : "lire l'heure j'y arrive très bien", alors qu'ils n'y arrivent pas, des choses
l.126 - comme ça, c'est compliqué. »,

l.127 - **Romain :** « Il faut creuser oui. »,

l.128 - **Mme A :** « Oui faut creuser et puis des fois je demande : "ah bon mais tu sais lire l'heure, il est
l.129 - quelle heure-là ?" et je montre la pendule ... Mais après il y a toujours la notion que s'il me dit
l.130 - qu'il arrive à lire l'heure c'est que ce n'est peut-être pas important pour lui et qu'il n'a peut-
l.131 - être pas envie de creuser sur cette difficulté-là aujourd'hui. »,

l.132 - **Romain :** « Oui. »,

l.133 - **Mme A :** « Donc heu voilà, il y a ça aussi qu'il faut prendre en compte. »,

l.134 - **Romain :** « Après avec l'OT'Hope c'est vrai que pour l'importance ça permet de bien classer effectivement. ».

5. Effectuez-vous une réévaluation ? Comment ?

l.135 - **Romain :** « Pour la réévaluation est-ce que tu en a effectué ? »,

l.136 - **Mme A :** « Oui je n'en ai effectué pas beaucoup, j'en ai fait une ou deux des réévaluations. »,

l.137 - **Romain :** « D'accord et du coup ça fait quoi 6 mois depuis la formation... ? »,

l.138 - **Mme A :** « Bah ça dépend après je ne les ai pas toutes faites passées, puisque la formation c'était
l.139 - en juillet, je ne les ai pas toutes faites en septembre avec les vacances. Ça dépend un peu des
l.140 - enfants, et puis il y a des enfants où ça prend plus de temps que prévu et il y en a d'autres où ça
l.141 - roule et où on est passé à autre chose. »,

l.142 - **Romain :** « D'accord. ».

6. Quels avantages et limites trouvez-vous à la MCRO ? (Temps, adhésion difficile à l'outil...).

l.143 - **Romain :** « Quels avantages et limites tu trouves à la MCRO ? »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.144 - **Mme A :** « Les limites c'est que ça peut nous mettre en difficulté. Enfin, moi je sais que j'ai un
l.145 - quadriplégique spastique assez important alors il arrive à marcher avec un déambulateur
l.146 - difficilement, il m'a dit qu'il voulait courir comme les autres, faire de la trottinette ... Enfin
l.147 - voilà les enfants qui ont beaucoup de difficultés à accepter leur handicap ils mettent des
l.148 - objectifs qui ne sont pas faisables. »,

l.149 - **Romain :** « Qui ne sont pas atteignables ? »,

l.150 - **Mme A :** « Voilà, donc dans quelles mesures tu les laisses aller dans cette direction-là alors que
l.151 - tu sais que ce ne sera pas possible. Adapter les choses, oui mais bon jusqu'à quel point, c'est
l.152 - un peu ça les limites en fait, des objectifs qui ne sont pas atteignables. »,

l.153 - **Romain :** « Oui je vois ce que tu veux dire. »,

l.154 - **Mme A :** « Voilà ça s'est un peu compliqué. Après les bénéfices c'est sûr qu'ils sont vraiment
l.155 - motivés par ces objectifs-là. Ce sont des choses qu'eux ils posent, ça les responsabilise aussi
l.156 - par rapport à leur prise en charge et on peut les leur rappeler quand des fois ils disent : "oh j'en
l.157 - ai marre je n'ai pas envie de venir, je n'ai pas envie de faire ça". On peut les reprendre en
l.158 - disant : "Et tu te souviens tu m'as dit ça, donc du coup si on fait ça c'est pour toi", donc là ça
l.159 - permet davantage de les investir et puis qu'ils comprennent pourquoi ils sont là en fait tout
l.160 - simplement. Et aussi par rapport aux parents, c'est beaucoup plus, peut-être des objectifs plus
l.161 - fonctionnels, plus pratico-pratiques et du coup quand en réunion j'explique que l'enfant veut
l.162 - apprendre à mettre ses protections pour faire du roller ou des choses comme ça les parents ça
l.163 - leur parle de suite. Plutôt que de leur parler de la spasticité, la motricité, ... Et puis voilà que ce
l.164 - soit leur enfant qui pose des objectifs les parents ils hallucinent quoi. Des objectifs posés par
l.165 - leur enfant c'est super pour eux. »,

l.166 - **Romain :** « Oui, ça les responsabilise et puis ça les met dans une position particulière. »,

l.167 - **Mme A :** « Oui et puis il y a des choses qu'ils nous disent et qu'ils ne disent pas forcément aux
l.168 - parents. Donc c'est chouette de faire ce lien-là. Après je dis toujours aux enfants que je vais le
l.169 - dire aux parents, c'est aussi avec leur consentement à eux, je ne fais pas ça sans le dire, mais
l.170 - c'est chouette aussi pour le travail avec les parents. »,

l.171 - **Romain :** « Du coup au niveau du temps tu trouves des limites ou pas ? Tu m'as dit que des
l.172 - fois ça prenait plus de temps avec certains enfants ? »,

l.173 - **Mme A :** « C'est plus la passation de la MCRO ou l'objectif en lui-même ? »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.174 - **Romain :** « Non, la passation, le fait de faire passer la MCRO ? »,

l.175 - **Mme A :** « Alors, au niveau du temps ce que je peux dire c'est que l'OT'Hope c'est un peu long,
l.176 - ça peut être un peu long pour les enfants de montrer toutes les cartes etc... »,

l.177 - **Romain :** « Oui c'est vrai qu'il y a beaucoup de cartes. »,

l.178 - **Mme A :** « Alors des fois on trie en amont mais bon après elles sont quand même toutes assez
l.179 - intéressantes, enfin la plupart, donc c'est un peu compliqué d'en mettre de côté, mais c'est long
l.180 - pour les enfants. »,

l.181 - **Romain :** « On l'a vu de toute façon à la formation, ça a duré 45 minutes avec l'OT'Hope. »,

l.182 - **Mme A :** « Donc ce qui se passe c'est que souvent je le fais en deux fois en fait. Et quand je vois
l.183 - qu'ils décrochent on fait un jeu, on fait autre chose et puis je recommence la fois d'après. »,

l.184 - **Romain :** « D'accord. ».

7. Utilisation de la MCRO seule ou en complément d'autres bilans ? Si oui, lesquels ? Est-ce possible de ne passer que la MCRO ? Pourquoi ?

l.185 - **Romain :** « La MCRO est-ce que tu l'utilises seule ou avec d'autres bilans ? Est-ce que tu
l.186 - continues à faire des bilans fonctionnels ? »,

l.187 - **Mme A :** « Oui. »,

l.188 - **Romain :** « Tu fais les mêmes bilans ou tu as changé un petit peu ? »,

l.189 - **Mme A :** « Non je fais quand même les mêmes bilans. »,

l.190 - **Romain :** « D'accord. »,

l.191 - **Mme A :** « En fait je n'ai pas tout changé par rapport à la MCRO, c'est-à-dire que je ne mets
l.192 - pas tous mes objectifs de côté pour ne prendre que les objectifs de l'enfant. »,

l.193 - **Romain :** « Tu fais un peu un mélange des deux ? »,

l.194 - **Mme A :** « Voilà, c'est un mélange des deux et c'est un compromis avec l'enfant : "Toi tu as
l.195 - envie de travailler ça, mais moi avec les bilans que j'ai fait avec toi je pense qu'il faut travailler
l.196 - ça donc on va travailler ça mais on va aussi travailler ça". Donc je continue aussi mes bilans et
l.197 - mes axes de travail. Ça c'est un avantage aussi de la MCRO parce que ça permet de négocier
l.198 - les objectifs avec les enfants. Mais au niveau de la limite comme je disais on retrouve des
l.199 - objectifs qui ne sont pas réalisables. Ce qui est difficile c'est que tu te dis "Qu'est-ce que j'en

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.200 - fais quoi ? », qu'est-ce que j'en fais de cette MCRO là, concrètement ce n'est pas exploitable
l.201 - au niveau des objectifs. On en avait parlé aussi à Jean Michel et puis il n'y avait pas trop de
l.202 - réponses... »,

l.203 - **Romain :** « Oui ce sont des limites, ça dépend des enfants et puis de leurs capacités aussi. »,

l.204 - **Mme A :** « Oui et puis de l'acceptation du handicap, c'est ça qui est compliqué. »,

l.205 - **Romain :** « Est-ce que tu penses que c'est possible de ne passer que des MCRO ? »,

l.206 - *[... Silence]*

l.207 - **Romain :** « C'est une question qui n'est pas facile oui... »,

l.208 - **Mme A :** « Je sais qu'il y a des ergothérapeutes qui le font mais en pédiatrie ça me parait
l.209 - compliqué. Après peut-être que ça dépend aussi des enfants. Mais moi avec les enfants que j'ai
l.210 - ça me parait compliqué de ne faire que ça, je pense qu'on passerait à côté d'autre chose quand
l.211 - même, voilà. ».

Evolution dans l'approche thérapeutique : (5-10 minutes).

8. Avant / Après l'utilisation de la MCRO ? Avez-vous perçu des changements dans votre approche thérapeutique ? (Approche client-centré)

l.212 - **Romain :** « On va parler dans la deuxième partie de l'approche thérapeutique. Avant et après
l.213 - l'utilisation de la MCRO, est-ce que tu as perçu des changements dans ton approche ? »,

l.214 - **Mme A :** « Avant et après... enfin depuis que je l'utilise et avant ? »,

l.215 - **Romain :** « Oui avant que tu l'utilises et maintenant quand tu l'utilises est ce que tu as trouvé
l.216 - des changements au niveau de ton approche ? »,

l.217 - **Mme A :** « Heu, oui parce que ... Alors attends, je dis oui, c'est sûr, parce que vraiment ce fait
l.218 - là de recentrer l'enfant au centre de sa prise en charge et de vraiment prendre en compte ses
l.219 - objectifs à lui et ses envies. C'était quelque chose que je faisais mais de manière informelle et
l.220 - de manière pas très structurée. La MCRO ça permet de structurer en fait un peu mon approche,
l.221 - de mettre des mots clairement, une échelle, des cotations pour pouvoir réévaluer. Donc, oui ça
l.222 - permet vraiment je pense de recentrer l'enfant au centre de tout ça. D'ailleurs en réunion quand
l.223 - je parle de la MCRO toute l'équipe est enchantée, ils trouvent ça super. »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.224 - **Romain :** « Oui, et l'équipe ça va elle arrive à adhérer avec l'outil ? Je sais que Marie-Pierre
l.225 - me disait que c'était un peu compliqué au début d'expliquer... ? »,

l.226 - **Mme A :** « Alors le risque c'est que tout le monde veuille un peu s'emparer de cet outil-là tu
l.227 - vois, les éducateurs, ou autre. Mais après voilà quand j'explique que c'est des objectifs qui
l.228 - viennent de l'enfant, tout le monde trouve que c'est super. Mais après si tu veux maintenant
l.229 - avec le recul que j'en ai de juillet je me dis tout le monde devrait faire ça, tous les rééducateurs
l.230 - devraient faire poser des objectifs aux enfants. »,

l.231 - **Romain :** « Prendre en compte ce que veulent les enfants ? »,

l.232 - **Mme A :** « Bah oui c'est clair, et ça change lentement. Parce que quand même ça change
l.233 - beaucoup de choses avec la prise en charge de l'enfant. »,

l.234 - **Romain :** « Oui parce que l'approche client-centré est vraiment intéressante pour ça. Ça se
l.235 - tourne de toute façon de plus en plus vers ça en médecine. Même au niveau des médecins il y
l.236 - a des patients qui ont plus de pouvoir, pour décider, etc... »,

l.237 - **Mme A :** « Oui puis avec l'ETP ou les GAS ce sont des moyens où tu mets le patient décideur
l.238 - aussi. ».

9. Est-ce que le changement de pratique, se centrant davantage sur les attentes de l'enfant, a été facile à réaliser ? (Responsabilisation de l'enfant, positionnement dans une relation égalitaire, écoute du patient, mise en retrait du thérapeute).

l.239 - **Romain :** « Est-ce que le changement de pratique se centre davantage sur les attentes de
l.240 - l'enfant ? Est-ce que ça a été facile à réaliser le fait de plus prendre en compte l'enfant dans ses
l.241 - attentes, le fait du coup comme tu disais de le laisser plus décider de ce qu'il va faire en
l.242 - thérapie ? »,

l.243 - **Mme A :** « Alors, oui, au niveau de ma prise en charge oui, après il y a eu des fois où j'ai pu
l.244 - aller voir d'autres professionnels où ça a été moins bien vu et c'est ça qui est un peu compliqué.
l.245 - Je ne sais pas si c'est une limite ou pas et en tout cas je pense que c'est un changement de nos
l.246 - pratiques. Quand je suis allé voir le kiné je lui ai dit : "l'enfant il aimerait bien savoir-faire du
l.247 - tricycle", et le kiné m'a dit : "oui mais moi je ne suis pas sur ces objectifs-là". Donc tu
l.248 - expliques : "oui je sais bien mais bon là c'est lui qui les a fixés, c'est pourtant pour lui". Donc
l.249 - au niveau de l'ergothérapie comme je te dis c'est quelque chose que je faisais déjà mais pas
l.250 - assez bien je pense, mais voilà après quand il faut passer aux autres corps de profession c'est
l.251 - un peu plus compliqué parce qu'ils n'ont pas forcément eu une formation comme ça. »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.252 - **Romain :** « C'est sûr qu'aujourd'hui il nous forme vraiment à cette approche-là client-centré,
l.253 - en termes d'approches qui sont centrées sur l'occupation et l'enfant. Avant, les gens qui ont été
l.254 - formés c'est sûr qu'ils sont plus centrés sur la pathologie. »,

l.255 - **Mme A :** « Puis je ne sais pas si dans les autres professions, ce sont des jeunes aussi, mais je
l.256 - n'ai pas l'impression que ce soit trop dans ce courant-là. »,

l.257 - **Romain :** « Après kiné c'est vrai que c'est très fonctionnel. »,

l.258 - **Mme A :** « Oui voilà mais bon, dans le moteur aussi tu vois tu pourrais faire participer les
l.259 - enfants, ils en trouveraient des objectifs. Après je pense que ce sont des compromis avec les
l.260 - enfants, c'est sûr que faire des étirements ou mettre des appareillages ce sont des choses
l.261 - auxquelles tu ne peux pas échapper. »,

l.262 - **Romain :** « Oui tu es obligé de faire les deux comme tu me disais. »,

l.263 - **Mme A :** « Par contre si à coté il a envie de faire des trucs, je ne sais pas, du vélo ou autre ça
l.264 - peut être cool de le prendre en compte pour l'enfant. »,

l.265 - **Romain :** « Du coup, voilà ça a été facile pour toi en tant qu'ergothérapeute de faire ça ? »,

l.266 - **Mme A :** « Oui moi ça ne m'a pas posé de soucis en tout cas de demander à l'enfant de poser
l.267 - des objectifs. »,

l.268 - **Romain :** « Oui tu parlais de responsabilisation tout à l'heure-là... Et heu, voilà. ».

Bénéfices de la MCRO et de son approche, le ressenti de l'ergothérapeute sur la situation de l'enfant : (10-15 minutes).

10. Avez-vous observé des changements chez l'enfant et des bénéfices pour lui après la mise en place de cette approche ? Le trouvez-vous plus impliqué, mieux investi ? (Autonomisation, engagement, participation, motivation, meilleure implication, rendement, performance...).

l.269 - **Romain :** « On va passer sur la dernière partie qui porte sur les bénéfices que peut avoir la
l.270 - MCRO et son approche. Au niveau de ton ressenti qu'est-ce que tu as ressenti sur les bénéfices
l.271 - de cette approche ? Est-ce que tu as observé des changements chez l'enfant dans son
l.272 - comportement dans les séances par exemple ? »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.273 - **Mme A :** « Alors, il y a des enfants, je pense notamment à une jeune où j'ai eu beaucoup de mal
l.274 - à établir une relation thérapeutique parce qu'il y a eu beaucoup de soucis au niveau
l.275 - psychologique, c'est assez compliqué et du coup en séance c'est souvent difficile de démarrer
l.276 - la séance et de faire quelque chose et là, la MCRO m'a permis déjà de partir des objectifs qu'elle
l.277 - avait elle et de lui dire : "Et tu vois c'est toi ce que tu avais décidé là donc on va s'y mettre" et
l.278 - donc d'être plus productif en séance j'ai envie de dire, de plus travailler. Donc par ce biais-là
l.279 - que ce soit ses objectifs à elle, elle y adhère mieux. »,

l.280 - **Romain :** « Donc tu as trouvé l'enfant plus impliqué et plus investi ou non en général ? »,

l.281 - **Mme A :** « Ouais c'est ça, un peu plus impliqués qu'avant, après c'est toujours compliqué avec
l.282 - cette jeune mais voilà en tout cas elle est un peu plus impliquée que quand c'était moi qui posais
l.283 - mes objectifs à partir des bilans. »,

l.284 - **Romain :** « Et au niveau de la motivation est-ce que les enfants en général sont plus motivés
l.285 - ou pas du tout, par rapport à leurs objectifs ? »,

l.286 - **Mme A :** « Alors ça dépend pour quoi, parce que si c'est pour venir en séance d'ergothérapie
l.287 - souvent ils ont autre chose à faire, ils ne sont pas tous toujours motivés pour venir, si tu vas les
l.288 - chercher en récrée tu as beau faire ta MCRO avant il n'y a rien à faire. Après quand tu leur dis
l.289 - on va travailler les choses que tu as décidé ça leur parle et ils sont plus motivés. Ou sinon voilà
l.290 - si tu dis : "bon on fait un peu de graphisme puis après on fera ce que tu as choisi" puis je ressors
l.291 - la MCRO et ce qu'on avait dit et là ils sont un peu plus motivés oui. ».

11. Pensez-vous que l'enfant éprouve un gain de pouvoir dans les décisions concernant sa thérapie ? (Contrôle, bien-être, auteur de sa thérapie).

l.292 - **Romain :** « Est-ce que tu penses que l'enfant à travers cette approche, à travers la MCRO, il
l.293 - ressent ce gain de pouvoir dans les décisions des choses qu'il va travailler ? »,

l.294 - **Mme A :** « Alors je ne sais pas si c'est un gain de pouvoir, en tout cas au début je pense que les
l.295 - enfants ils sont hyper décontenancés quand je leur dis : "qu'est-ce que toi tu veux travailler ?".
l.296 - Ils ne savent pas quoi dire parce qu'on ne leur a jamais demandé leur avis, on a toujours décidé
l.297 - pour eux ce qu'ils allaient travailler. Donc c'est pour ça qu'au début ils disent : "Je ne sais pas",
l.298 - ils me regardent l'air de dire : "c'est toi l'adulte, c'est toi qui sais ce que je dois faire". Et c'est
l.299 - pour ça qu'après souvent je sors l'OT'Hope et là ils s'en emparent pour décider eux. Mais je ne
l.300 - sais pas si c'est du gain de pouvoir, en tout cas je pense que c'est une petite graine pour qu'ils

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.301 - commencent à poser des objectifs et à prendre leur rééducation en main. Après je ne sais pas,
l.302 - "gain de pouvoir", je ne sais pas si c'est le mot. »,

l.303 - **Romain :** « Après à part "gain de pouvoir" il y a aussi la notion de mieux contrôler les décisions
l.304 - en quelque sorte. »,

l.305- **Mme A :** « Après c'est le but, c'est de mettre du sens dans ce qu'ils font en rééducation pour ne
l.306 - pas la rejeter, parce que souvent on en voit plein qui à l'adolescence rejettent tout parce qu'ils
l.307 - en ont "ras le bol" d'avoir fait 10-15 ans de rééducation derrière eux, donc ils rejettent toutes
l.308 - les attelles, l'ergothérapie, l'orthoptie, etc... Mais voilà quand ils sont assez petits si ce sont eux
l.309 - qui posent les objectifs pour venir en séance ils savent pourquoi ils viennent, il faudra avoir du
l.310 - recul dans quelques années mais je pense que ça pourrait être bénéfique en tout cas pour quand
l.311 - ils passent à l'adolescence. ».

12. Lors des réévaluations effectuées, l'enfant voit-il son évolution ? Y-a-t-il une évolution notable dans la cotation ?

l.312 - **Romain :** « Par rapport aux réévaluations, tu m'as dit que tu en avais effectué qu'une ou deux,
l.313 - est-ce que quand tu les fais passer l'enfant voit son évolution par rapport aux cotations ou pas
l.314 - du tout ? »,

l.315 - **Mme A :** « Oui. »,

l.316 - **Romain :** « Tu insistes sur ce point ou non ? »,

l.317 - **Mme A :** « J'insiste en tout cas quand on les réévalue et oui ceux que j'ai réévalué avaient gagné
l.318 - au niveau des cotations de manière assez significative. »,

l.319 - **Romain :** « Est-ce qu'ils se souvenaient des cotations qu'ils avaient mis avant ou est-ce qu'ils
l.320 - faisaient dans le moment présent ? »,

l.321 - **Mme A :** « Ils ne se souvenaient pas je pense et ils faisaient vraiment par rapport à l'instant
l.322 - présent. A la fin je leur ai montré et je ne crois pas qu'ils se souvenaient non. »,

l.323 - **Romain :** « Oui donc tu as noté quand même une évolution entre les deux ? »,

l.324 - **Mme A :** « Les notes en tout cas oui sont meilleures, et en effet ce sont des choses qu'on avait
l.325 - travaillées. ».

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Fin de l'entretien : Merci pour votre participation à mon mémoire par cet entretien.

Auriez-vous quelque chose à ajouter sur la MCRO en pédiatrie à laquelle je n'aurais pas pensé ?

l.326 - **Romain :** « Du coup pour les questions j'ai terminé, est-ce que tu as quelque chose à rajouter
l.327 - ou pas, sur la MCRO, ou sur l'entretien ? »,

l.328 - **Mme A :** « Non je pense que c'est assez complet, comme je t'ai dit il y a les limites, et beaucoup
l.329 - d'avantages. Il y a quelques limites quand on l'applique, on se rend compte que sur le papier
l.330 - c'est super, après en pratique en pédiatrie, sûrement dans les autres secteurs aussi, il y a encore
l.331 - quelques limites. Et je pense que ne faire passer que ça, ça me parait un peu compliqué et on
l.332 - risque de passer à côté d'autres choses. »,

l.333 - **Romain :** « Oui je vois ce que tu veux dire... Merci d'avoir participé à cet entretien. ».”

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Annexe n°38 : Retranscription reformulée et synthétisée des données récoltées par **l'entretien n°1** avec Madame **A**

Retranscription reformulée et synthétisée des données récoltées par l'entretien n°1 :

Madame A
Nom et prénom de la personne interviewée

****** *E1**

Question de départ

"J'exerce en tant qu'ergothérapeute en pédiatrie depuis août 2012, donc ça fait six ans et demi. Avant cela, j'ai travaillé deux mois en centre de rééducation pour adulte, mais sinon j'ai fait surtout de la pédiatrie.

L'outil MCRO

J'utilise la MCRO depuis la formation. C'est un outil que j'utilise régulièrement maintenant. Auparavant, j'en avais entendu parler et j'avais observé rapidement le fascicule avec Marie-Pierre qui l'utilisait déjà. Mais, je l'utilise vraiment depuis la formation avec 70% de mes enfants. La formation m'a bien sensibilisé et a aussi changé ma pratique.

Quand je présente la MCRO aux enfants je leur dis qu'on va discuter ensemble pour réfléchir aux choses qui sont importantes de travailler de leur point de vue. Je leur dis que ce n'est pas forcément des choses qu'on travaille en ergothérapie mais aussi que ce sont des choses globalement qu'ils peuvent travailler avec tout le monde. Le but de la MCRO c'est de savoir où ils voudraient s'améliorer et qu'est-ce qui serait important pour eux. Je cible vraiment la MCRO sur les activités qu'ils veulent mieux faire et où ils veulent s'améliorer. C'est-à-dire ce qui est important pour eux. Je leur explique que maintenant ils sont grands et que j'ai besoin de leurs points de vue pour savoir qu'est-ce qu'il faudrait améliorer. Tous les enfants à qui je fais passer la MCRO sont scolarisés au niveau primaire, donc ce sont des enfants de 7 à 12 ans pour cibler large. Ce sont des enfants qui sont en capacité de cibler leurs problèmes. Ils sont soit du SESSAD, parce que j'ai quand même des enfants scolarisés en école ordinaire, soit des enfants qui sont sur l'IEM mais qui ont de bonnes capacités d'élaboration et de compréhension. Parce que la MCRO ce n'est pas facile à comprendre et c'est assez compliqué même avec les petites réglettes pédiatrie.

La passation de la MCRO je l'effectue sans les parents, parce que c'est difficile de voir les parents. Ils posent déjà pas mal d'heures, de jours pour les rendez-vous médicaux, ... Donc je la fais sans les parents. Et puis ce sont des enfants qui sont quand même en capacité de répondre. On a une réunion par an et par enfant et à ce moment-là je fais un retour aux parents sur les objectifs posés par les enfants. Donc il y a quand même ce lien-là avec la famille. Sur certaines prises en charge je suis amenée aussi à faire du lien. Par exemple j'ai un jeune qui voulait apprendre à utiliser le micro-ondes, au niveau moteur il en était capable, sur le plan cognitif

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

aussi, c'est juste qu'il voulait que sa maman lui apprenne, du coup j'ai appelé la maman pour lui en faire part. Dans ces cas là quand ce sont des choses qui peuvent être mises en place uniquement au domicile je fais le lien directement avec les parents. Pour ce qui est de la cotation j'utilise des réglettes pédiatrie, celles avec les smileys. Après ce n'est pas simple, surtout la réglette satisfaction. Du coup j'essaye de leur dire : "est-ce que tu es content de la manière dont tu le fais ? Est-ce que tu es content mais tu n'as pas envie de t'améliorer ou est-ce que tu n'es pas content et tu as envie de t'améliorer ?". Je le dis comme ça. Dans toutes les réglettes souvent je cible trois points. C'est souvent compliqué de cibler de 1 à 10 pour les enfants. Donc je leur demande plutôt : "Je ne sais pas du tout le faire, je sais un peu le faire, et je sais très bien le faire". C'est dur d'avoir plus de repères que ça. La notion de graduation n'est pas évidente en fonction des enfants, entre 3 et 5 c'est compliqué de voir une différence pour eux. C'est 0 ou 5 ou 10. Pour ce qui est du support pour la passation j'utilise l'OT'Hope avec tous les enfants. En fait, quand je commence avec les enfants je leur demande : "A quoi tu penses, qu'est-ce qui est important pour toi ?", j'essaye d'impulser quelque chose sans orienter. Mais neuf fois sur dix il n'y a rien qui vient en fait, et c'est là où je sors l'OT'Hope. Avec l'OT'Hope ça oriente un petit peu, c'est sûr qu'il y a peut-être d'autres choses qu'ils m'auraient dit qu'ils ne me disent pas mais ça aide beaucoup pour libérer la parole de l'enfant. Je classe les activités avec l'OT'Hope et ensuite pour chaque catégorie je demande à l'enfant d'en retenir 2 ou 3, en fonction de l'enfant. Puis ensuite j'enchaîne avec la feuille de la MCRO qu'on remplit. On choisit entre 3 et 5 objectifs. Du coup pour la cotation de l'importance je n'utilise pas la réglette, parce que je demande à l'enfant quel est son objectif le plus important, donc je les écris dans l'ordre de l'enfant. Et le rendement c'est quand même plus simple à noter, je demande : "est-ce que tu arrives bien à le faire, pas bien à le faire ou moyen, ou pas trop ?". Après il y a toujours le problème des enfants qui disent par exemple : "lire l'heure j'y arrive très bien" alors qu'ils n'y arrivent pas, des choses comme ça. Il faut y faire attention et il faut creuser et puis des fois je dis : "ah bon mais tu sais lire l'heure, il est quelle heure-là ?" et du coup je montre la pendule pour vérifier ... Mais après il y a aussi le fait que si l'enfant me dit qu'il arrive à lire l'heure c'est que ce n'est peut-être pas important pour lui et qu'il n'a peut-être pas envie de travailler ça aujourd'hui, donc il y a ça aussi qu'il faut prendre en compte.

Pour le moment de n'ai pas effectué beaucoup de réévaluations, j'en ai fait qu'une ou deux car j'ai commencé à faire passer les MCRO à partir de septembre et en fonction des enfants ça prend plus ou moins de temps.

Au niveau des avantages et limites de la MCRO, pour les limites je trouve que c'est un outil qui peut nous mettre en difficulté. Par exemple, je sais que j'ai un quadriplégique spastique assez important, il arrive tout de même à marcher avec un déambulateur difficilement, et il m'a

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

dit qu'il voulait courir comme les autres, faire de la trottinette ... Les enfants qui ont beaucoup de difficultés à accepter leur handicap ils peuvent mettre des objectifs qui ne sont pas faisables, non atteignables alors dans quelles mesures il faut les laisser aller dans cette direction-là alors qu'au fond on sait que ces objectifs ne sont pas réalisables. On est capable d'adapter les choses, oui, mais jusqu'à quel point. Après pour les avantages c'est sûr que les enfants sont vraiment motivés par ces objectifs-là. Ce sont des objectifs qu'ils choisissent eux, ça les responsabilise aussi par rapport à leur prise en charge. Donc ça permet de rappeler aux enfants quand ils ne sont pas motivés à venir en séance que ce sont leurs objectifs à eux. Par conséquent ça permet de beaucoup plus investir et motiver les enfants et ça permet qu'ils comprennent pourquoi ils sont là. Par rapport aux parents, ce sont aussi des objectifs beaucoup plus fonctionnels, plus pratico-pratiques et donc quand je suis en réunion j'explique par exemple que l'enfant veut apprendre à mettre ses protections pour faire du roller, donc ça permet aussi aux parents de mieux comprendre la prise en soins, ça leur parle, plutôt que de leur parler de la spasticité, la motricité. En plus, le fait que ce soit les enfants qui posent eux-mêmes des objectifs les parents trouvent ça super bien, ils hallucinent. La MCRO permet de responsabiliser les enfants et à travers cet outil il y a des choses qu'ils nous disent et qu'ils ne disent pas aux parents, donc c'est aussi bien de faire ce lien avec les parents. Au niveau du temps ce que je peux dire c'est que l'OT'Hope c'est un peu long, ça peut être un peu long pour les enfants de montrer toutes les cartes... etc. Du coup ils nous arrivent des fois de trier en amont les cartes. Mais bon après elles sont quand même toutes assez intéressantes, enfin la plupart, donc c'est un peu compliqué d'en mettre de côté, mais ça peut être un outil long pour les enfants. Donc ce qui se passe c'est que souvent je le fais en deux fois en fait. Quand je vois que l'enfant n'est plus concentré, on change et on fait un jeu puis on reprend la fois d'après.

Je continue à effectuer les mêmes bilans avec la MCRO, ça n'a pas changé les bilans que je fais passer d'habitude. En fait je n'ai pas tout changé par rapport à la MCRO, c'est-à-dire que je ne mets pas tous mes objectifs de côté pour ne prendre que les objectifs de l'enfant. Je fais vraiment un consensus entre les des deux et c'est un compromis avec l'enfant : "Toi tu as envie de travailler ça, mais moi avec les bilans que j'ai fait avec toi je pense qu'il faut travailler ça aussi". Ça c'est aussi un avantage de la MCRO parce que ça permet une négociation avec les enfants. Mais au niveau de la limite des fois certains objectifs ne sont pas réalisables. Ce qui est difficile c'est que tu te dis : "Qu'est-ce que j'en fais quoi ?", qu'est-ce que j'en fais de cette MCRO là, concrètement ce n'est pas exploitable au niveau des objectifs... Donc ça dépend des enfants, de leur niveau d'acceptation du handicap. Je sais qu'il y a des ergothérapeutes qui font passer uniquement la MCRO mais je pense qu'en pédiatrie ça me parait compliqué. Après ça dépend des enfants aussi, mais moi avec les enfants que je prends en charge ça me parait

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

L'outil MCRO

compliqué de ne faire passer que la MCRO, je pense qu'on passerait à côté d'autre chose quand même.

L'approche thérapeutique

Au niveau de mon approche thérapeutique j'ai perçu des changements parce que le fait de recentrer l'enfant au cœur de sa prise en charge et de vraiment prendre en compte ses objectifs à lui et ses envies c'était quelque chose que je faisais mais de manière informelle et de manière pas très structurée. La MCRO ça m'a permis de structurer mon approche, de mettre des mots clairs, une échelle, des cotations pour pouvoir réévaluer... Donc oui ça permet vraiment je pense de recentrer l'enfant dans la prise en charge. D'ailleurs quand j'en parle en réunion l'équipe est enchantée que je prenne en compte autant ce que veut l'enfant. Mais le risque c'est que tout le monde veuille s'emparer de cet outil-là, comme les éducateurs, ou autre. Après quand j'explique que ça vient de l'enfant tout le monde trouve que c'est super intéressant. Avec le recul, je me dis que tout le monde devrait faire ça, tous les rééducateurs devraient faire poser des objectifs aux enfants pour prendre en compte ce que veulent les enfants. Parce que quand même ça change beaucoup de choses avec la prise en charge de l'enfant, c'est des choses où tu places le patient en tant que décideur.

Le changement de pratique, où il s'agit de mettre l'enfant au centre, de se centrer davantage sur ses attentes, de le laisser un peu plus décider, ça a été facile à réaliser. Après il y a eu des fois où j'ai pu aller voir d'autres professionnels où ça a été moins bien accepté et c'est ça qui est un peu compliqué à gérer. Je ne sais pas si c'est une limite ou pas mais en tout cas je pense que c'est un changement de nos pratiques. Quand je suis allé voir le kinésithérapeute je lui ai dit : "l'enfant aimerait bien savoir-faire du tricycle", et le kinésithérapeute m'a dit : "oui mais moi je ne suis pas sur ces objectifs-là". Donc j'ai essayé de lui expliquer : "oui je sais bien mais bon là c'est lui qui les a énoncés, c'est important pour lui". Donc en tant qu'ergothérapeute c'est quelque chose que je faisais déjà mais pas de manière aussi structurée qu'avec la MCRO. Mais quand il faut passer aux autres corps de métiers c'est un peu plus compliqué parce qu'ils n'ont pas forcément eu la même formation et la même approche que nous. Et puis je ne sais pas si dans les autres professions, ce sont aussi des jeunes mais je n'ai pas l'impression que ce soit trop dans ce courant-là. C'est dommage parce qu'au niveau moteur tu pourrais faire participer les enfants et ils auraient leurs propres objectifs. Je pense que ce sont des compromis avec les enfants, c'est sûr que faire des étirements ou mettre des appareillages ça fait partie des choses auxquelles les enfants ne peuvent pas échapper mais par contre si à coté ils ont envies de faire d'autres choses, comme apprendre à faire du vélo ou autre, ça peut aussi être intéressant de prendre ça en compte. En tout cas pour moi, dans ma pratique, ça ne m'a pas posé de soucis de demander à l'enfant de poser ses objectifs.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Pour ce qui est de mon ressenti sur les bénéfices d'une telle approche, il y a des enfants, je pense notamment à une jeune avec qui j'ai eu beaucoup de mal à établir une relation thérapeutique, parce qu'il y a eu beaucoup de soucis au niveau psychologique c'est assez compliqué. En séance c'est souvent difficile de démarrer et de faire quelque chose avec elle et la MCRO m'a permis déjà de partir de ses objectifs et de lui dire : "Et tu vois c'est ce que tu avais décidé, donc on va s'y mettre" et donc du coup d'être plus productif en séance. Le fait que ce soit ses objectifs à elle, elle y adhère mieux. Donc sur des prises en charge difficiles comme celle-là j'ai trouvé les enfants un peu plus impliqués et investis qu'avant. Après c'est toujours compliqué avec cette jeune mais en tout cas elle est un peu plus impliquée que quand c'était moi qui posais mes objectifs à partir des bilans. En général quand tu dis aux enfants qu'on va travailler les objectifs qu'ils ont choisi ça leur parle beaucoup plus et ils sont plus motivés.

Au début je pense que les enfants sont hyper décontenancés quand je leur demande ce qu'ils veulent travailler parce qu'on ne leur a jamais demandé leur avis, on a toujours décidé pour eux ce qu'ils allaient travailler. Donc au début ils sont un peu perdus et ils me regardent du genre : "c'est toi l'adulte c'est toi qui sais ce que je dois faire". C'est pour ça que souvent je sors l'OT'Hope ils s'en emparent plus facilement. Mais je ne sais pas si c'est du gain de pouvoir à proprement parler, en tout cas je pense que c'est une petite graine pour qu'ils commencent à poser des objectifs et à prendre leur rééducation en main. Le but recherché par la MCRO c'est de mettre du sens dans ce que les enfants font en rééducation pour ne pas rejeter la rééducation. Parce que souvent on en voit beaucoup qui, à l'adolescence, rejettent tout parce qu'ils en ont « ras le bol » d'avoir 10-15 ans de rééducation derrière eux. Mais si ce sont eux qui posent les objectifs pour venir en séance ils savent pourquoi ils viennent. Il faudra avoir du recul dans quelques années mais je pense que ça pourrait être bénéfique pour le passage à l'adolescence.

Par rapport aux réévaluations j'insiste un peu sur leurs évolutions, et ceux que j'avais réévalué ils avaient gagné au niveau des cotations de manière assez significative. Je pense qu'ils ne se souvenaient pas des anciennes cotations et qu'ils faisaient vraiment par rapport à l'instant présent. À la fin je leur ai montré et je ne crois pas qu'ils se souvenaient, et j'ai noté une évolution entre les deux évaluations.

Ressenti de l'ergothérapeute

Pour finir, il y a beaucoup d'avantages. Il existe quelques limites, quand on l'applique, on se rend compte que sur le papier c'est super, mais en pratique en pédiatrie il existe certains biais, et je pense que faire passer seulement des MCRO ça me parait un peu restrictif car on pourrait passer à côté de certaines informations. ”

Fin de l'entretien

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

PREFMS Pôle régional d'enseignement et de formation aux métiers de la santé

Occitanie

Hôpitaux de Toulouse

Formulaire de consentement pour films, enregistrements sonores, magnétoscopiques et autres

Je, soussigné(e) : *Entretien n°2 : Madame B*
Prénom et nom en lettres majuscules

accepte que la rencontre soit enregistrée sur bande audio ou vidéo.

Je comprends que cette modalité est un outil de travail et de formation pour l'étudiant Romain BORNAND en formation à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse.

Je comprends que les enregistrements seront utilisés à des fins de travail et d'analyse par l'étudiant dans le cadre de son mémoire de fin d'études.

Seuls l'étudiant, sa superviseure ou son superviseur, sa référente ou son référent de mémoire, pourront avoir accès à l'enregistrement pour aider à l'analyse de ce dernier.

Le support audio, vidéo ou numérique ne doit pas sortir du cadre de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse. Je comprends que tous les enregistrements seront conservés de façon à ce qu'ils ne soient pas divulgués sur internet ou utilisés à d'autre fins que pour le travail de recherche du mémoire.

Il est entendu qu'il m'est possible de demander toutes les explications que je désire sur l'usage qui sera fait de ces enregistrements.

Signatures :

Personne consentante	Etudiant qui réalise l'enregistrement

Fait à : Toulouse
Lieu de signature

Date : 14/02/2019
Jour/Mois/Année

N. B : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.

Ce document doit être imprimé en double exemplaire et est **à conserver** par les deux personnes concernées.

Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse

Annexe n°39 : Formulaire de consentement d'enregistrement pour **l'entretien n°2** (Mme **B**)

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Annexe n°40 : Retranscription intégrale de **l'entretien n°2** avec Madame **B** (verbatim)

Verbatim – Entretien n°2 : (25-40 minutes)

Madame B
Nom et prénom de la personne interviewée

[Durée de l'entretien n°2 : *27 minutes 22 secondes*]. Date : 14/02/2019

Thème de mémoire : Influence de la MCRO sur l'implication des enfants dans la PEC.

Présentation de l'entretien : (5 minutes) « Bonjour, nous nous retrouvons aujourd'hui dans le cadre de mon mémoire de fin d'études autour du thème de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel en pédiatrie. J'effectue cet entretien dans une perspective de pré-enquête auprès de plusieurs ergothérapeutes pour prendre en compte leurs avis et leurs expériences afin d'affiner la question de recherche de mon sujet et d'élaborer ma question de recherche définitive. ».

“

l.1 - **Romain :** « Alors, est-ce que tu sais de quoi parle l'entretien ou pas du tout ? »,

l.2 - **Mme B :** « Je sais que tu fais ton mémoire sur la MCRO oui... »,

l.3 - **Romain :** « Je fais mon mémoire sur la MCRO et l'entretien que je réalise est un entretien
l.4 - exploratoire. Dans mon raisonnement j'avais une question de départ, qui était autour de
l.5 - l'influence de la MCRO sur l'implication des enfants en pédiatrie. »,

l.6 - **Mme B :** « D'accord. »,

l.7 - **Romain :** « Et, grâce à cet entretien j'essaye de voir, avec le ressenti des ergothérapeutes,
l.8 - comment la MCRO influence la pratique et puis pour les enfants est-ce que ça change leur
l.9 - implication ou non... Ensuite, comme je t'ai expliqué tout à l'heure j'essaye de voir par rapport
l.10 - aux dossiers médicaux mais je ne sais pas si j'aurais le temps ou pas de les analyser pour
l.11 - appuyer les données que j'aurais récoltées au cours de cet entretien, avec les chiffres, les
l.12 - cotations, les réévaluations, afin de voir ce qui a pu évoluer dans les comptes-rendus. »,

l.13 - **Mme B :** « Ok, d'accord. ».

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Question de départ :

1. Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'ergothérapeute en pédiatrie ?

l.14 - **Romain :** « La première question de l'entretien c'est : depuis combien de temps est-ce que tu
l.15 - exerces en pédiatrie ? »,

l.16 - **Mme B :** « 33 ans. »,

l.17 - **Romain :** « Est-ce que tu as fait autre chose avant ou pas ? »,

l.18 - **Mme B :** « Oui, j'ai fait du secrétariat, j'étais secrétaire de direction. »,

l.19 - **Romain :** « D'accord, et tu as exercé qu'en pédiatrie en tant qu'ergothérapeute ? »,

l.20 - **Mme B :** « En ergothérapie j'ai aussi travaillé dans d'autres secteurs, j'ai fait des remplacements
l.21 - avec des adultes. »,

l.22 - **Romain :** « D'accord, donc tu n'as pas commencé directement en pédiatrie ? »,

l.23 - **Mme B :** « Non, je n'ai pas commencé en pédiatrie directement, pendant un an et demi j'ai fait
l.24 - des remplacements dans des structures diverses. »,

l.25 - **Romain :** « D'accord. ».

L'outil MCRO : (5-10 minutes).

2. Utilisez-vous l'outil MCRO depuis la formation, ou avant ? Si oui, depuis combien de temps ? Avec qui ? (Population ciblée, pathologies, âge).

l.26 - **Romain :** « La MCRO est-ce que tu l'utilisais avant la formation ou est-ce que tu l'utilises
l.27 - depuis la formation ? »,

l.28 - **Mme B :** « Depuis la formation. »,

l.29 - **Romain :** « Ok, et tu l'utilises régulièrement ? »,

l.30 - **Mme B :** « Je l'ai beaucoup utilisée en début d'année parce que c'est là où l'on prend contact
l.31 - avec les enfants. »,

l.32 - **Romain :** « En septembre ? »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.33 - **Mme B :** « Oui entre septembre et octobre. Voilà, ça s'est rajouté à mon bilan de départ, ou
l.34 - même avec des enfants que je connaissais déjà mais pour lesquels on débutait une année,
l.35 - puisqu'on fonctionne sur l'année scolaire. »,

l.36 - **Romain :** « Oui, parce que de toute façon en juillet-août tu ne devais pas avoir beaucoup
l.37 - d'enfants ? »,

l.38 - **Mme B :** « Non, puis de toute façon nous nos emplois du temps se font sur la base de l'année
l.39 - scolaire il y a l'école qui est intégrée dans l'établissement. Les enfants qui viennent en externe
l.40 - sont scolarisés donc on est basé sur l'année scolaire et même s'il y a eu les vacances on repart
l.41 - avec les mêmes enfants mais on débute de nouveaux objectifs, etc... »,

l.42 - **Romain :** « Et du coup les enfants que tu as principalement ce sont des enfants de quel âge ? »,

l.43 - **Mme B :** « Entre 5 ans et 8 ans, majoritairement de 6 à 8 ans, et entre 5 et 10 ans maximum,
l.44 - enfin, j'en ai un qui a 12 ans, donc 5-12 ans. »,

l.45 - **Romain :** « D'accord. Et est-ce que tu arrives à utiliser la MCRO avec tous ces enfants ou
l.46 - pas ? »,

l.47 - **Mme B :** « Oui, ce n'est pas tellement l'âge qui est le plus important c'est plus la participation
l.48 - de l'enfant. »,

l.49 - **Romain :** « D'accord, bon ça on en reparlera dans les limites. Et donc, tu la fais passer avec
l.50 - tous les enfants et au niveau des pathologies y-a-t-il des spécificités dans les enfants que tu
l.51 - prends en charge ? »,

l.52 - **Mme B :** « Dans ceux que moi je prends en charge ? »,

l.53 - **Romain :** « Oui. »,

l.54 - **Mme B :** « Non, ce sont les enfants qui viennent au centre, c'est assez hétérogène, globalement
l.55 - il y a de tout. Principalement on a de la neurologie quand même. »,

l.56 - **Romain :** « Oui d'accord. »,

l.57 - **Mme B :** « Mais bon c'est large et hétérogène quand même. ».

3. Comment amenez-vous l'entretien ? Qu'est-ce que vous dites aux enfants ?

l.58 - **Romain :** « Quand tu amènes la MCRO, c'est-à-dire quand tu présentes aux enfants la MCRO,
l.59 - comment est-ce que ça se passe ? »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.60 - **Mme B :** « Alors d'abord j'utilise un autre outil pour l'amener, je n'amène pas directement la
l.61 - MCRO, sauf avec des vraiment grands. Il y a un grand avec qui je suis allé directement sur la
l.62 - MCRO. Mais sinon j'ai utilisé l'OT'Hope. Et du coup avec l'OT'Hope on a déjà trois domaines,
l.63 - et c'est plus ludique comme conversation... »,

l.64 - **Romain :** « Oui c'est un petit peu plus adapté. »,

l.65 - **Mme B :** « Voilà. »,

l.66 - **Romain :** « Et tu leur dis quoi exactement ? Tu leur dis à chaque fois un peu la même chose ou
l.67 - pas ? »,

l.68 - **Mme B :** « Non je m'adapte à l'enfant. Bien sûr globalement je leur dis qu'on va voir ensemble
l.69 - dans quels domaines de la vie quotidienne ils peuvent avoir des difficultés et ils peuvent avoir
l.70 - envie de progresser. »,

l.71 - **Romain :** « D'accord, donc tu leur poses un petit peu le contexte en disant : "qu'est-ce que vous
l.72 - allez faire ?" ? »,

l.73 - **Mme B :** « Oui. ».

4. Comment se passe la passation, la cotation, <u>avec ou sans</u> les parents ? (Réglettes, facilité d'utilisation, consignes d'explication, difficultés, supports utilisés comme l'OT'Hope).

l.74 - **Romain :** « Tu m'as dit que tu utilisais l'OT'Hope pour la passation. Par rapport à ça, au niveau
l.75 - de la passation comment est-ce que ça se passe ? Par exemple est-ce que tu fais la MCRO avec
l.76 - ou sans les parents ? »,

l.77 - **Mme B :** « Non jamais. Je n'ai jamais fait avec les parents moi je ne vois pas les parents.
l.78 - Exceptionnellement, très rarement. Parce que le centre n'est pas organisé pour que je rencontre
l.79 - les parents et que je ne suis qu'à mi-temps... Donc je ne peux pas tout faire... Dans mes priorités
l.80 - il y aurait évidemment de rencontrer les parents j'en serais ravie, quand je peux en voir je suis
l.81 - contente, mais je ne l'ai pas organisé pour l'OT'Hope. Ça s'est passé pour une enfant où j'ai
l.82 - pu voir la maman qui venait voir le médecin et j'en ai profité pour voir la maman. »,

l.83 - **Romain :** « Pour la cotation tu utilises des outils en plus, par exemple des réglettes ou autre ?
l.84 - Tu l'expliques comment ? »,

l.85 - **Mme B :** « Avec l'OT'Hope c'est assez facile puisqu'il y a les colonnes et puis le matériel qu'on
l.86 - place et donc je n'ai pas eu besoin d'utiliser un autre matériel. »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.87 - **Romain :** « Ni non plus les réglettes qu'il nous a présenté pendant la formation ? Tu ne les
l.88 - utilises pas ? Les réglettes pédiatriques ? »,

l.89 - **Mme B :** « Non, je n'ai pas vu l'intérêt de les utiliser. »,

l.90 - **Romain :** « D'accord, donc pour les cotations tu leur dis oralement et ils arrivent quand même
l.91 - à cerner un peu ? »,

l.92 - **Mme B :** « Oui, j'explique. »,

l.93 - **Romain :** « Oui, tu arrives à expliquer ou pas ? Parce que je sais que ce n'est pas évident... »,

l.94 - **Mme B :** « Oui mais bon voilà, j'ai un peu d'expériences quand même, donc j'arrive
l.95 - généralement à me faire comprendre. »,

l.96 - **Romain :** « Oui, et est-ce que tu as des difficultés avec une des cotations ? »,

l.97 - **Mme B :** « De la MCRO tu veux dire ? »,

l.98 - **Romain :** « Oui »,

l.99 - **Mme B :** « De la MCRO, oui, parce que ce n'est quand même pas tout à fait facile à expliquer.
l.100 - Pour des enfants, même pour des adultes je pense, ce n'est pas facile à comprendre. Les
l.101 - différentes nuances entre l'activité, en quoi c'est satisfaisant, important...etc. »,

l.102 - **Romain :** « La satisfaction tu arrives quand même à l'expliquer ? »,

l.103 - **Mme B :** « Et bien, j'ai un doute sur le niveau exact de compréhension de l'interlocuteur en
l.104 - général. Je pense qu'on n'est pas forcément certain à 100%. »,

l.105 - **Romain :** « Qu'il est bien compris, cerner ce qu'on voulait savoir tu veux dire ? »,

l.106 - **Mme B :** « Oui et je pense qu'il faut faire plein d'aller-retour, pour vérifier la compréhension. »,

l.107 - **Romain :** « Oui c'est vrai qu'on l'a vu à la formation avec la petite que Barbara a interrogé.
l.108 - Au début elle a dit dix après elle lui a reposé la question et elle a dit ah non en fait moins... »,

l.109 - **Mme B :** « Oui voilà et avec les enfants, après il y a des profils, bien sûr psychologiques, par
l.110 - exemple le plus grand de 12 ans, c'est avec lui (après peut-être que je vais un peu trop loin et
l.111 - que tu as d'autres questions par rapport à ça mais...). C'est particulier, c'est un enfant qui a
l.112 - beaucoup de douleurs et qui n'a pas un handicap moteur autre que la douleur et la fatigabilité
l.113 - et on ne sait pas quel est son diagnostic. Je te passe le contexte il est assez compliqué au niveau
l.114 - socio-familial, donc en réalité il m'a menée en bateau. Mais est ce qu'il m'a menée en bateau

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.115 - volontairement ou pas, ça l'histoire ne le dit pas, avec la MCRO je n'ai aucun moyen de
l.116 - l'évaluer. »,

l.117 - **Romain :** « Oui, c'est assez subjectif comme évaluation. »,

l.118 - **Mme B :** « Voilà, après, il faut aller creuser autrement... Effectivement il a répondu des choses
l.119 - qui n'étaient pas forcément vraies... Après le fait qu'on utilise l'OT'Hope il y a des questions,
l.120 - si on n'a pas les questions avec un enfant c'est compliqué d'avoir des réponses et avec
l.121 - l'OT'Hope ça peut nous induire en erreur. Moi je me suis trompée et je vois que mes collègues
l.122 - font aussi des erreurs parce qu'on a du mal à faire un tri, il y a beaucoup de questions, il y en a
l.123 - certaines qui ne sont pas du tout adaptées aux enfants. »,

l.124 - **Romain :** « Ce qui revient souvent c'est qu'il y a beaucoup de domaines dans l'OT'Hope. »,

l.125 - **Mme B :** « Et moi ce que j'avais dit pendant la formation à mes collègues et on ne l'a pas fait,
l.126 - parce qu'on court un peu après le temps, il faudrait faire quelque chose de spécifique à la
l.127 - pédiatrie et sous forme ludique, mais peut être que si on a un stagiaire bien un jour on va le
l.128 - mettre là-dessus. »,

l.129 - **Romain :** « Oui c'est vrai que la MCRO n'est pas très ludique. »,

l.130 - **Mme B :** « Alors la MCRO ce n'est pas très ludique, l'OT'Hope c'est un peu mieux dans la
l.131 - présentation mais ce n'est toujours pas ludique. C'est toujours une alternance questions-
l.132 - réponses, en France on n'est pas habitué à ça et ça a un côté... Enfin tu induis un petit peu les
l.133 - réponses quand tu demandes à un enfant s'il aimerait faire du roller, ça ne lui est même pas
l.134 - monté au cerveau quand il est handicapé de faire du roller par exemple. »,

l.135 - **Romain :** « Oui c'est vrai que c'est un outil qui guide quand même beaucoup. »,

l.136 - **Mme B :** « Il y a plein d'enfants qui te répondent qu'ils veulent : "grimper aux arbres" et "faire
l.137 - du roller", quand tu rencontres les parents et que tu le leurs dis, ou que tu vas voir les
l.138 - kinésithérapeutes et que tu leur dis ça, c'est assez compliqué... »,

l.139 - **Romain :** « Oui c'est le risque de l'OT'Hope... »,

l.140 - **Mme B :** « C'est pour ça qu'autant la MCRO que l'OT'Hope j'attends de connaitre l'enfant pour
l.141 - le faire. Parce que je ne veux pas m'engager dans une piste trop glissante où je l'amènerai dans
l.142 - une zone ingérable. ».

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

5. Effectuez-vous une réévaluation ? Comment ?

l.143 - **Romain :** « Est-ce que tu as effectué des réévaluations ou pas ? »,

l.144 - **Mme B :** « Non pas encore. Le temps est assez lent chez nous. »,

l.145 - **Romain :** « Oui c'est pour ça que je demande. Donc tu penses en faire au bout de combien de
l.146 - temps à peu près ? »,

l.147 - **Mme B :** « Je vais essayer d'en faire une courant de ce trimestre-là, et je n'en ferais pas une
l.148 - deuxième sûrement avant la fin de l'année. »,

l.149 - **Romain :** « Est-ce que ce sont les objectifs qui ont été fixés qui sont longs à atteindre ou c'est
l.150 - autre chose... ? »,

l.151 - **Mme B :** « C'est qu'on ne voit que très peu les enfants, puis on a toujours plusieurs axes de
l.152 - travail, je ne mise pas tout là-dessus. Le fait de ne pas avoir rencontré les parents. Si j'avais des
l.153 - appuis par exemple avec les parents je pourrais davantage gagner de temps. Et l'histoire de la
l.154 - réévaluation à date pour moi dans le contexte où on se trouve ce n'est pas judicieux, il faut
l.155 - mettre un long délai, c'est compliqué de mettre une date. »,

l.156 - **Romain :** « Oui donc tu fais en fonction de l'évolution que tu observes et comment tu le sens
l.157 - peut être ? »,

l.158 - **Mme B :** « Oui moi je m'autorise à ne pas me focaliser sur une date de réévaluation ou
l.159 - d'objectifs à atteindre, ça ne me convient pas. ».

6. Quels avantages et limites trouvez-vous à la MCRO ? (Temps, adhésion difficile à l'outil...).

l.160 - **Romain :** « Alors, ça va être une question un peu plus large : "Quels avantages et limites du
l.161 - trouves à la MCRO en général ?" »,

l.162 - **Mme B :** « À cette approche ? »,

l.163 - **Romain :** « Oui. »,

l.164 - **Mme B :** « Dans les avantages il y a le regard qui est un peu différent, qui ouvre la perspective
l.165 - sur autre chose que ce qui nous est généralement imposé par la structure où on a quand même
l.166 - beaucoup de contraintes liées aux attentes des médecins, des autres, chacun attend que l'on
l.167 - travaille dans son domaine. L'institutrice pour l'école, les éducateurs pour le repas ou
l.168 - l'autonomie, etc. Et donc ça ce sont des attentes de l'environnement et avec la MCRO on

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.169 - se recentre réellement sur les attentes de l'enfant. Et je trouve ça super intéressant parce que
l.170 - finalement les enfants, on ne leur donne pas souvent la parole, on ne leur donne pas la parole
l.171 - en général de cette façon-là, on ne leur donne pas la parole sur : "Et toi, qu'est-ce que tu as
l.172 - envie de faire ?". »,

l.173 - **Romain :** « Peut-être que ça les bouscule en quelque sorte de demander ça ? »,

l.174 - **Mme B :** « Oui, ça leur donne une place plus de "sujet", et du coup c'est chouette pour eux. En
l.175 - tout cas je vois dans les avantages, enfin pour moi ça m'aide parce que ça m'amène des objectifs
l.176 - où je ne serais pas allée et qui sont sûrement tout autant intéressants. Pour l'enfant ça lui donne
l.177 - aussi l'impression d'être concerté et donc de l'impliquer davantage. Donc il n'est pas objet en
l.178 - quelque sorte de nos projets d'adultes. »,

l.179 - **Romain :** « D'accord, et au niveau des limites tu en as trouvé ? »,

l.180 - **Mme B :** « Les limites oui, c'est le fait que l'on peut tomber sur des réponses irréalistes, soit par
l.181 - l'effet OT'Hope (les questions et les cartes), soit par le fait que l'enfant n'a pas une vision réelle
l.182 - de ses possibilités. »,

l.183 - **Romain :** « Oui au niveau de l'acceptation du handicap ? »,

l.184 - **Mme B :** « Voilà, ce sont des enfants, s'ils veulent être tous comme l'an dernier pendant la coupe
l.185 - du monde, je n'avais pas l'OT'Hope, ni la MCRO, ils voulaient tous être joueurs de foot, même
l.186 - s'ils sont en fauteuil et gagner des millions. Ce sont des enfants qui sont un peu encore dans
l.187 - leur monde d'enfant. Et là on leur demande : "est-ce que tu veux grimper aux arbres ?". »,

l.188 - **Romain :** « D'accord. Est-ce que tu trouves d'autres limites ou d'autres avantages auxquels tu
l.189 - n'aurais pas pensé ? ... Par rapport peut-être au temps, à l'adhésion à l'outil ? »,

l.190 - **Mme B :** « Oui je te dis ça donne à l'enfant des objectifs, c'est intéressant pour eux j'ai vu des
l.191 - enfants être contents de découvrir qu'ils pouvaient avoir ces objectifs et qu'on pouvait les avoir
l.192 - ensemble. ».

7. Utilisation de la MCRO seule ou en complément d'autres bilans ? Si oui, lesquels ? Est-ce possible de ne passer que la MCRO ? Pourquoi ?

l.193 - **Romain :** « Par rapport à l'utilisation de la MCRO, bon j'ai eu un petit peu eu la réponse, du
l.194 - coup tu ne l'utilise pas seule ? Tu continues à utiliser d'autres bilans que la MCRO ? »,

l.195 - **Mme B :** « Ah oui. »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.196 - **Romain :** « Tu m'as dit tout à l'heure qu'il y avait aussi les attentes des médecins etc... donc
l.197 - c'est peut être ça qui joue aussi dans tes évaluations ? »,

l.198 - **Mme B :** « Ah oui mais même s'il n'y avait pas les attentes des médecins et que je travaillais en
l.199 - libéral, j'ai déjà travaillé en libéral, et bien je n'aurais pas utilisé ce bilan seul. Ce n'est pas
l.200 - possible pour moi, j'ai été trop conditionné, en plus je suis en fin de carrière maintenant. »,

l.201 - **Romain :** « Oui, effectivement. Du coup tu utilises les mêmes bilans qu'avant ? »,

l.202 - **Mme B :** « Alors, juste, dans les avantages il y a un autre chose auquel je pensais. C'est le fait
l.203 - que la MCRO permet un travail d'équipe, ça donne de la cohérence. Ça peut donner de la
l.204 - cohérence au projet de l'enfant en transversal, en travaillant des objectifs avec les autres
l.205 - intervenants parce que ça part du désir de l'enfant. Par exemple, de faire du roller ou de la
l.206 - trottinette à ce moment-là je vais voir la kiné, puis on va chercher ensemble le matériel, et c'est
l.207 - la kiné qui va le mettre en situation, etc. »,

l.208 - **Romain :** « Et pour faire le lien ça ne pose pas trop de soucis, par rapport à l'équipe ? »,

l.209 - **Mme B :** « Non pas du tout non, les collègues étaient ravis et ça a été bien reçu. Dans les
l.210 - avantages aussi il y a le fait que ça précise la place de l'ergothérapeute dans l'activité. »,

l.211 - **Romain :** « D'accord. »,

l.212 - **Mme B :** « Pour l'entourage professionnel je trouve que ça colle bien à notre métier. »,

l.213 - **Romain :** « Ça redonne peut-être une identité au métier ... ? »,

l.214 - **Mme B :** « Bon nous ici on l'a quand même. Mais c'est vrai que oui ça consolide l'identité du
l.215 - métier en se différenciant plus par rapport à d'autres qui n'ont pas la MCRO. Par contre c'est
l.216 - vrai que les éducateurs pourraient s'en saisir aussi. Mais pour l'instant là tel que c'est fait, il
l.217 - n'y a que nous qui sommes formés mais quand même bon voilà en fait on ressence, on recueille
l.218 - les informations, les réponses et ensuite on va en parler avec les collègues. »,

l.219 - **Romain :** « D'accord, donc tu arrives à faire ce lien quand même avec l'équipe ? »,

l.220 - **Mme B :** « Oui, surtout avec les kinés d'ailleurs. »,

l.221 - **Romain :** « Du coup, tu utilises toujours les mêmes bilans ou ça a changé un petit peu tes
l.222 - bilans ? »,

l.223 - **Mme B :** « Non les mêmes bilans. »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.224 - **Romain :** « Par rapport à tout ça, est-ce que tu penses que dans un autre contexte et dans un
l.225 - autre centre ce serait possible de ne faire passer que la MCRO seule ? »,

l.226 - **Mme B :** « Oui, peut être selon la structure oui pourquoi pas. Dans certaines structures ça doit
l.227 - être possible, il ne faut pas qu'il y ait de handicap physique peut être. Après c'est tellement
l.228 - vaste l'ergothérapie, je ne peux pas te répondre non parce que ça peut sûrement s'exercer dans
l.229 - un cadre de jeune en difficultés ou autre, je n'en sais rien. Ça va être juste les mettre au centre
l.230 - et leur demander leurs projets, avancer avec eux. Il ne faut pas qu'il y ait trop d'incapacités je
l.231 - pense pour ne faire que la MCRO. »,

l.232 - **Romain :** « Même en pédiatrie, spécifiquement, tu penses que c'est possible ? »,

l.233 - **Mme B :** « Ça me parait difficile en pédiatrie. »,

l.234 - **Romain :** « Avec peut-être un autre public ? »,

l.235 - **Mme B :** « Oui si c'était un autre public où l'évaluation fonctionnelle ne concerne pas du tout
l.236 - l'ergothérapeute. Par exemple en vision, en base-vision, il y a des éducateurs de vie quotidienne
l.237 - qui font un boulot d'ergothérapeute, alors peut être que l'ergothérapeute à côté elle pourrait ne
l.238 - pas avoir besoin de faire toute l'évaluation et se concentrer que sur la MCRO. ».

Evolution dans l'approche thérapeutique : (5-10 minutes).

8. Avant / Après l'utilisation de la MCRO ? Avez-vous perçu des changements dans votre approche thérapeutique ? (Approche client-centré)

l.239 - **Romain :** « Dans la partie précédente on parlait de l'outil MCRO, maintenant on va aborder
l.240 - l'approche thérapeutique. Avant et après l'utilisation de la MCRO est-ce que tu as vu un
l.241 - changement dans ton approche ? »,

l.242 - **Mme B :** « Oui. »,

l.243 - **Romain :** « À quels niveaux ? »,

l.244 - **Mme B :** « Je suis peut-être un peu moins rigide sur les objectifs, je nous autorise, l'enfant et
l.245 - moi à aller faire des incursions sur des choses un peu plus créatives. Même pour moi ça m'a
l.246 - permis aussi d'élargir mes objectifs vers des choses plus sympathiques pour l'enfant. »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.247 - **Romain :** « Tu as perçu des changements au niveau de cette approche, je ne sais pas par rapport
l.248 - à ta position en tant que thérapeute est-ce que tu as vu que ça avait vraiment changé quelque
l.249 - chose ? »,

l.250 - **Mme B :** « Oui moi je trouve que oui. Je trouve qu'il y a plus de globalité avec cette approche,
l.251 - quand il y a de la globalité on se sent mieux. Donc ça redonne de la globalité, alors
l.252 - effectivement uniquement de la globalité ça ne va pas, mais cette globalité elle est comme une
l.253 - espèce de colle dans le fameux puzzle de l'ergothérapie, qui fut notre symbole en des temps
l.254 - lointains..., ça fait un peu ça quoi je trouve, ça fait un peu le lien avec notre corps de métier. ».

9. Est-ce que le changement de pratique, se centrant davantage sur les attentes de l'enfant, a été facile à réaliser ? (Responsabilisation de l'enfant, positionnement dans une relation égalitaire, écoute du patient, mise en retrait du thérapeute).

l.255 - **Romain :** « Ensuite, au niveau du changement de pratique est-ce que ça a été facile à réaliser
l.256 - ou non ? »,

l.257 - **Mme B :** « Oui, une fois que j'ai fait la formation oui, mais après la deuxième étape. Après la
l.258 - première session qui été pendant les vacances j'avoue que j'étais perdue, heureusement qu'il y
l.259 - a eu le rappel. J'avais vraiment besoin du rappel. »,

l.260 - **Romain :** « Les notions de se placer en écoute du patient, en écoute de l'enfant, ça a été facile
l.261 - à faire ça de laisser une part de responsabilité à l'enfant ? »,

l.262 - **Mme B :** « Alors, c'est un petit peu difficile de répondre à ça tout seul, parce que peut être que
l.263 - je ne le fais pas assez je n'en sais rien. Ça ne m'a pas mis en difficulté de le faire, maintenant
l.264 - est-ce que je le fais suffisamment, je ne peux pas le garantir. »,

l.265 - **Romain :** « Après ça je pense que tu pourras le voir au travers des évaluations si les objectifs
l.266 - ont marché ou non. »,

l.267 - **Mme B :** « Oui, parce que ça ne dépend pas que de moi. »,

l.268 - **Romain :** « Par rapport à l'approche thérapeutique t'aurais autre chose à rajouter ou non ? »,

l.269 - **Mme B :** « Oui par rapport à ça, je pense que c'est vrai que c'est quand même un bon bilan pour
l.270 - aider l'équipe à garder un projet centré sur l'enfant. ».

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Bénéfices de la MCRO et de son approche, le ressenti de l'ergothérapeute sur la situation de l'enfant : (10-15 minutes).

10. Avez-vous observé des changements chez l'enfant et des bénéfices pour lui après la mise en place de cette approche ? Le trouvez-vous plus impliqué, mieux investi ? (Autonomisation, engagement, participation, motivation, meilleure implication, rendement, performance...).

l.271 - **Romain :** « D'accord. Alors, est-ce que tu as observé des changements ? Dans cette partie on
l.272 - va se centrer un peu plus sur l'enfant, est-ce que tu as observé des changements chez
l.273 - l'enfant ? »,

l.274 - **Mme B :** « Hum... non. »,

l.275 - **Romain :** « Le fait de poser des objectifs ça n'a pas changé sa position, ou sa posture dans la
l.276 - prise en charge ? »,

l.277 - **Mme B :** « Je vois que pendant la séance où on fait ça, ça leur fait du bien et ils sont contents.
l.278 - Après ça ne va pas plus loin pour moi de la manière dont je l'utilise, peut-être qu'après je ne le
l.279 - mets pas assez en pratique par la suite. »,

l.280 - **Romain :** « D'accord. »,

l.281 - **Mme B :** « Je ne reviens pas suffisamment dessus je pense, c'est là où j'ai du mal... »,

l.282 - **Romain :** « Oui, à rappeler les objectifs de la MCRO peut-être ? »,

l.283 - **Mme B :** « Oui. »,

l.284 - **Romain :** « Est-ce que tu trouves l'enfant plus impliqué et plus investi ou pas ? »,

l.285 - **Mme B :** « Oui. »,

l.286 - **Romain :** « Donc la MCRO ça a quand même apporté ce bénéfice-là ? »,

l.287 - **Mme B :** « Oui je pense que ça enclenche quelque chose dans l'implication, qui perdure même
l.288 - si je ne suis pas sans arrêt en train de revenir sur les objectifs de la MCRO. »,

l.289 - **Romain :** « L'enfant peut-être qu'il se rappelle de ses objectifs ? »,

l.290 - **Mme B :** « Oui et puis c'est un investissement global, je pense que quand il vient voir
l.291 - l'ergothérapeute il a déjà en tête cette notion qu'on s'intéresse à ce qu'il a envi, etc. Il est plus
l.292 - content de venir, et plus présent dans la prise en charge. »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.293 - **Romain :** « D'accord. Et, ce fait là est-ce que ça enclenche un meilleur engagement et une plus
l.294 - grande motivation de l'enfant ? »,

l.295 - **Mme B :** « Oui, en règle générale oui. Après ça dépend quand même des enfants, je ne peux pas
l.296 - le dire pour tous. Il y a quand même des enfants pour lesquels c'est plus flagrant que d'autres...
l.297 - Après j'ai remarqué qu'il fallait mieux le faire en individuel. Il y a deux enfants pour lesquels
l.298 - je l'ai fait dans le cadre d'un groupe kiné-ergo, et les deux étaient ensemble, ça a perturbé les
l.299 - réponses parce qu'ils se tiraient la bourre entre eux. Nous ça nous a permis de mieux cerner les
l.300 - enfants, en particulier on les a découvert parce qu'ils parlaient beaucoup de ce qu'ils vivaient à
l.301 - la maison et c'était des enfants qui avaient plus de capacités que ce qu'on pensait. Parce que
l.302 - c'était aussi des familles qui les sollicitaient beaucoup, ça on ne l'aurait pas vu si on n'avait pas
l.303 - fait la MCRO. Par contre, ce ne sont pas des enfants que je revois en individuel donc on a
l.304 - construit les objectifs de groupe en fonction de ce qu'ils avaient dit au départ après on l'a un
l.305 - peu perdu, il faudrait qu'on ré-évalue. »,

l.306 - **Romain :** « Donc tu penses que c'est peut-être une limite le fait de faire à deux ? »,

l.307 - **Mme B :** « Oui, il y a une limite sur laquelle il faut être vigilant avec les enfants c'est qu'il y a
l.308 - un effet de groupe. Il y a un effet selon les profils des enfants qui sont là et ils peuvent
l.309 - s'influencer dans les réponses. »,

l.310 - **Romain :** « Après ça peut avoir des avantages aussi ? »,

l.311 - **Mme B :** « Oui mais comme un enfant ça peut mentir assez facilement... ».

11. Pensez-vous que l'enfant éprouve un gain de pouvoir dans les décisions concernant sa thérapie ? (Contrôle, bien-être, auteur de sa thérapie).

l.312 - **Romain :** « Est-ce que tu penses que l'enfant il éprouve, enfin il ressent ce gain de pouvoir
l.313 - dans ses décisions ? À travers la MCRO et du fait qu'il s'implique plus ? »,

l.314 - **Mme B :** « Oui, je pense oui. Si on le fait bien oui. Ce qui n'est pas toujours mon cas... »,

l.315 - **Romain :** « Oui après c'est un outil qui n'est pas facile à utiliser. Donc tu penses qu'il ressent
l.316 - cette notion de meilleur contrôle sur ses objectifs et sur sa prise en charge ? »,

l.317 - **Mme B :** « Oui, la plupart des enfants oui. »,

l.318 - **Romain :** « Tu as un exemple en tête d'un enfant que tu as pris en charge ? »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.319 - **Mme B :** « Oui. Par exemple, j'ai une petite fille qui est en externe et que je suis depuis l'an
l.320 - dernier qui a une pathologie évolutive. Elle était un peu présente. Chez elle en particulier je
l.321 - sens que depuis elle est plus impliquée... comme si ça lui avait fait prendre conscience qu'il y
l.322 - a vraiment quelque chose qui la concerne dans ce qui se passe ici. Dans sa vie d'à côté, surtout
l.323 - les externes, ils viennent passer une heure, deux heures ici et ils repartent. Donc là ça fait du
l.324 - lien avec sa vie de la maison, de l'école, qui elle, est en dehors de la structure. ».

12. Lors des réévaluations effectuées, l'enfant voit-il son évolution ? Y-a-t-il une évolution notable dans la cotation ?

l.325 - **Romain :** « Tu n'as pas effectué de réévaluation tu m'as dit ? »,

l.326 - **Mme B :** « Non. »,

l.327 - **Romain :** « Ok, bon ça c'était une question sur les réévaluations pour savoir si tu voyais une
l.328 - évolution dans la cotation... Peut-être que tu vois déjà cette évolution sans avoir réévalué ? »,

l.329 - **Mme B :** « Non, là comme ça non, il faut que je reprenne carrément les MCRO. Il y a des enfants
l.330 - avec qui je n'ai pas fait la MCRO, j'en suis restée à l'OT'Hope, parce que la MCRO
l.331 - honnêtement la forme je le trouve assez rébarbative, le papier lui-même est assez rébarbatif et
l.332 - moi ce genre de choses c'est important pour moi. Et alors pour l'enfant la formulation est
l.333 - compliquée, ce qu'on lui demande c'est précis et compliqué pour un enfant donc je ne peux pas
l.334 - le faire avec tous. ».

Fin de l'entretien : Merci pour votre participation à mon mémoire par cet entretien.

Auriez-vous quelque chose à ajouter sur la MCRO en pédiatrie à laquelle je n'aurais pas pensé ?

l.335 - **Romain :** « Alors, l'entretien est terminé mais est-ce que tu aurais quelque chose à rajouter sur
l.336 - la MCRO, la pédiatrie ? »,

l.337 - **Mme B :** « Oui, juste une chose, c'est que je continue à penser qu'il faut quand même connaitre
l.338 - la personne avant de se lancer dans la MCRO, parce qu'on peut la mettre en difficulté et se
l.339 - retrouver en difficulté avec des réponses inadaptées... Parce qu'une fois qu'on a demandé à
l.340 - quelqu'un des objectifs qui sont totalement irréaliste qu'est-ce qu'on fait quoi... ? Est-ce qu'on
l.341 - lui dit : "ne compte pas sur moi et va te débrouiller" ou bien : "oui oui on va y aller" mais on
l.342 - sait très bien qu'on ne va jamais y arriver. »,

l.343 - **Romain :** « Il y a ce biais-là oui quand les objectifs ne sont pas réalisables... »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.344 - **Mme B :** « Alors, effectivement en psychiatrie tu ne vas pas forcément aller vers ça, c'est
l.345 - compliqué avec des troubles psychiatriques. Mais un enfant, même sans troubles, ça reste un
l.346 - enfant, donc c'est plus fragile sur le plan de la construction de la personnalité et on ne sait pas
l.347 - exactement toujours dans quoi on se risque... »,

l.348 - **Romain :** « Merci d'avoir pu te libérer pour participer à cet entretien, et à bientôt. ». ”

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Annexe n°41 : Retranscription reformulée et synthétisée des données récoltées par **l'entretien n°2** avec Madame **B**

Retranscription reformulée et synthétisée des données récoltées par l'entretien n°2 :

Madame B
Nom et prénom de la personne interviewée

****** *E2**

Question de départ

"J'exerce depuis 33 ans en tant qu'ergothérapeute en pédiatrie, avant j'ai fait des remplacements avec des adultes pendant un an et demi, puis j'ai fait des remplacements dans des structures diverses.

L'outil MCRO

J'utilise la MCRO depuis la formation. Je l'ai beaucoup utilisée en début d'année en septembre et octobre, parce que c'est là où on prend contact avec les enfants. Donc la MCRO s'est rajoutée à mon bilan de départ. Je l'ai faite passer aussi avec des enfants que je connaissais déjà mais pour lesquels on débutait une nouvelle année. Ici on fonctionne sur l'année scolaire car il y a l'école qui est intégrée dans l'établissement. Les enfants qui viennent en externe sont scolarisés aussi donc on est basé sur l'année scolaire et même s'il y a eu les vacances d'été on recommence l'année avec les mêmes enfants mais on débute de nouveaux objectifs. Je prends en charge des enfants entre 5 ans et 12 ans, majoritairement ils ont entre 6 et 8 ans. J'utilise la MCRO avec tous les enfants que j'ai en séance, ce n'est pas tellement l'âge qui est le plus important mais c'est plus la participation de l'enfant pour réussir à faire passer la MCRO. Au niveau des pathologies qu'ils ont, ce sont des enfants qui viennent au centre, donc c'est assez hétérogène, globalement il y a de tout, avec principalement de la neurologie.

Pour présenter la MCRO j'utilise un autre outil, je ne l'amène pas directement, sauf avec les plus grands. Il y a un grand avec qui je suis allée directement sur la MCRO, celui qui a 12 ans. Mais sinon, j'ai utilisé l'OT'Hope. Avec l'OT'Hope on a déjà trois domaines, c'est plus ludique comme conversation donc c'est plus adapté aux enfants. Pour leur expliquer l'outil je m'adapte à l'enfant. Bien sûr globalement je leur dis qu'on va voir ensemble dans quels domaines de la vie quotidienne ils peuvent avoir des difficultés et où ils peuvent avoir envie de progresser. Donc je leur pose le contexte en leur disant ce qu'on va faire avec la MCRO.

Au niveau de la passation je ne fais jamais passer la MCRO avec les parents car je ne vois pas les parents. Tout simplement parce que le centre n'est pas organisé pour que je rencontre les parents et que je suis à mi-temps... Donc je ne peux pas tous faire... Dans mes priorités il y aurait évidemment de voir les parents, j'en serais ravie et quand je peux en voir je suis contente, mais je ne l'ai pas organisé pour l'OT'Hope. Ça s'est trouvé pour une enfant dont j'ai pu voir

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

la maman qui venait voir le médecin donc j'en ai profité pour la voir. Je n'utilise pas de réglettes de cotations ou d'autre matériel que l'OT'Hope, c'est assez facile comme outil puisqu'il y a les colonnes et puis le matériel qu'on met en place et du coup je n'ai pas eu besoin d'utiliser un autre matériel, je n'en voyais pas l'intérêt. Pour les cotations je leur demande oralement et j'explique. J'ai un peu d'expérience donc j'arrive généralement à me faire comprendre. J'ai pu avoir des difficultés pour expliquer certaines fois les cotations dans la MCRO parce que ce n'est pas facile à expliquer. Pour des enfants, même pour des adultes je pense, ce n'est pas facile à comprendre. Les différentes nuances entre l'activité, en quoi c'est satisfaisant, important... etc. J'ai un doute sur le niveau exact de compréhension de l'interlocuteur en général par rapport aux cotations de la MCRO. Je pense qu'on n'est pas forcément certain à 100% que la personne en face ait bien compris. Il faut faire plein d'aller-retours pour vérifier la compréhension de l'enfant. Après il y a des profils avec qui c'est particulier. Mon plus grand de 12 ans, c'est un enfant qui a beaucoup de douleurs et qui n'a pas un handicap moteur autre que la douleur et la fatigabilité et on ne sait pas quel est son diagnostic, et en réalité il m'a menée en bateau sur les réponses de la MCRO. Mais est-ce qu'il m'a menée en bateau volontairement ou non, ça l'histoire ne le dit pas, et avec la MCRO je n'ai aucun moyen de l'évaluer, c'est trop subjectif comme évaluation. Il faut ensuite aller creuser autrement pour recueillir les informations. Effectivement il a répondu des choses qui n'étaient pas adaptées. Le fait qu'on utilise l'OT'Hope biaise aussi les réponses. Il y a des cartes, si les cartes ne sont pas comprises par l'enfant c'est compliqué d'avoir des réponses et avec l'OT'Hope ça peut aussi nous induire en erreur. Moi je me suis trompée et je vois que mes collègues font aussi des erreurs parce qu'on a du mal à faire un tri, il y a beaucoup de cartes, il y en a certaines qui ne sont pas du tout adaptées aux enfants, il faudrait faire quelque chose de spécifique à la pédiatrie et sous forme plus ludique. La MCRO ce n'est pas très ludique, l'OT'Hope c'est un peu mieux dans la présentation mais ce n'est toujours pas assez ludique. C'est toujours au niveau des questions-réponses, en France on n'est pas habitué à ça. Donc le fait de présenter des cartes et de poser des questions induit forcément les réponses. Quand tu demandes à un enfant s'il aimerait faire du roller, ça ne lui est même pas monté au cerveau de faire du roller car il est handicapé. Il y a plein d'enfants qui te répondent qu'ils veulent "grimper aux arbres" et "faire du roller", alors quand tu rencontres les parents et que tu leur dis ça, ou que tu vas voir les kinés et que tu leur dis ça c'est une des limites de la MCRO... C'est pour ça qu'autant pour la MCRO que pour l'OT'Hope j'attends de connaitre l'enfant pour le faire. Parce que je ne veux pas m'engager dans une piste trop glissante où je l'amènerais dans une zone un peu ingérable, avec des objectifs qui ne seraient pas réalisables, pas atteignables pour l'enfant.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Je n'ai pas encore eu le temps de faire des réévaluations. Le temps est assez lent chez nous. Je vais essayer d'en faire une durant ce trimestre, et je n'en ferais sûrement pas une deuxième avant la fin de l'année. Parce qu'en fait on ne voit que très peu les enfants, puis on a toujours plusieurs axes de travail avec eux, je ne mise pas tout sur la MCRO. Le fait de ne pas avoir rencontré les parents aussi ça nous limite dans le sens où si j'avais des appuis avec les parents je pourrais davantage gagner de temps. Puis, pour ce qui est de la réévaluation à date pour moi dans le contexte où on est, ce n'est pas judicieux, enfin il faut mettre un long délai, c'est assez compliqué de mettre une date à proprement parlé. Donc je m'autorise à ne pas me focaliser sur une date de réévaluation ou d'objectifs à atteindre et je vois en fonction des enfants et de leur évolution.

Dans les avantages il y a le regard qui est un peu différent, qui ouvre la perspective sur autre chose que ce qui nous est généralement imposé par la structure où on a quand même beaucoup de contraintes liées aux attentes des médecins, des autres professionnels, enfin voilà, chacun attend que l'on travaille dans son domaine. L'institutrice pour l'école, les éducateurs pour le repas ou l'autonomie, etc. Et donc ça ce sont des attentes de l'environnement et là en fait on recentre vraiment sur les attentes de l'enfant. Je trouve ça super intéressant parce que finalement les enfants on ne leur donne pas souvent la parole, on ne leur donne pas la parole en général de cette façon-là, on ne leur donne pas la parole sur : « Et toi, qu'est-ce que tu as envie de faire ? ». Donc cette approche ça les bouscule, ça leur donne une place un peu plus de sujet, et du coup c'est mieux pour eux. En tout cas je vois dans les avantages que ça m'aide parce que ça m'amène des objectifs vers lesquels je ne serais pas allée et qui sont sûrement intéressant. Cette approche avec la MCRO ça donne à l'enfant l'impression d'être concerté et donc de l'impliquer davantage dans sa thérapie. Il n'est pas objet en quelque sorte de nos projets d'adulte. Pour les limites de la MCRO c'est surtout le fait que l'on peut tomber sur des réponses irréalistes, soit par l'effet OT'Hope (les questions et les cartes), soit par le fait que l'enfant n'a pas une vision réelle de ses possibilités, avec des problèmes dans l'acceptation du handicap. Et ce sont des enfants, par exemple s'ils veulent être tous comme l'an dernier (je n'avais pas l'OT'Hope, ni la MCRO), ils voulaient tous être joueurs de foot avec la coupe du monde, même s'ils sont en fauteuil. Ce sont des enfants qui sont un peu encore dans leur monde d'enfant. Et donc leurs objectifs ne sont parfois ni réalistes et ni atteignables. Donc cette approche permet de donner à l'enfant des objectifs, c'est intéressant pour eux. J'ai vu des enfants être contents de découvrir qu'ils pouvaient avoir ces objectifs et qu'on pouvait les avoir ensemble.

Je continue à utiliser des bilans à côté de la MCRO, je ne l'utilise pas seule car il y a aussi les attentes de la structure. Au-delà des attentes des médecins, j'ai déjà travaillé en libéral par exemple, et je n'aurais pas utilisé ce bilan seul. Ce n'est pas possible pour moi, j'ai été trop

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

conditionnée, je suis en fin de carrière en plus. Dans les avantages je pensais aussi au fait que la MCRO permet un travail d'équipe, ça donne de la cohérence au projet de l'enfant en transversal, en travaillant des objectifs avec les autres intervenants parce que ça part du désir de l'enfant. Par exemple, avec la MCRO si l'enfant souhaite faire du roller ou de la trottinette je vais voir le kinésithérapeute, on va chercher ensemble le matériel, mais sinon c'est elle qui va le mettre en situation, etc. Je n'ai pas eu de difficultés avec l'équipe, les collègues étaient ravis, ça a été bien reçu donc j'ai pu faire le lien avec les autres professions. Dans les avantages aussi il y a le fait que ça précise la place de l'ergothérapeute dans l'activité. Par rapport à l'entourage professionnel, les autres intervenants comprennent mieux notre place, ça colle bien à notre métier et ça consolide l'identité du métier en se différenciant plus par rapport à d'autres qui n'ont pas la MCRO. Par contre c'est vrai que les éducateurs pourraient s'en saisir aussi. Mais pour l'instant là tel que c'est fait, il y a que nous qui sommes formés à la MCRO. Donc je fais surtout du lien avec les kinésithérapeutes. Par rapport à la passation des bilans, dans un autre contexte et dans un autre centre, je pense que c'est possible de faire passer la MCRO seule. Selon la structure ça doit être possible, mais il ne faut pas qu'il y ait de handicap physique peut être. Après c'est tellement vaste l'ergothérapie que je ne peux pas dire que c'est impossible. Parce que ça peut sûrement s'exercer dans un cadre de jeunes en difficultés je n'en sais rien. Il ne faut pas qu'il y ait trop d'incapacités je pense. Et sur l'idée de ne faire passer que ce bilan MCRO en pédiatrie ça me parait difficile. Si c'était un autre public où l'évaluation fonctionnelle ne concerne pas du tout l'ergothérapeute sûrement que ce serait possible. Par exemple en vision, en base vision, il y a des éducateurs de vie quotidienne qui font un boulot d'ergothérapeute en fait mais c'est un autre métier, alors peut être que l'ergothérapeute à côté pourrait ne pas avoir besoin de faire toute l'évaluation.

L'outil MCRO

J'ai perçu quelques changements dans mon approche thérapeutique depuis que j'utilise la MCRO. Je suis peut-être un peu moins rigide sur les objectifs, je nous autorise l'enfant et moi à aller faire des incursions sur des choses un peu plus créatives. Moi ça m'a permis aussi d'élargir mes objectifs vers des choses plus sympathiques pour l'enfant. Je trouve qu'il y a plus de globalité, donc quand il y a de la globalité on se sent mieux. C'est une évaluation qui permet de redonner de la globalité, mais cette globalité elle est comme une espèce de colle dans le fameux puzzle de l'ergothérapie, qui fut notre symbole en des temps lointains, ça fait un peu ça quoi je trouve, ça fait un peu le lien avec notre corps de métier.

Une fois que j'ai fait la formation j'ai eu plus de facilités à réaliser ce changement de pratique, surtout après la deuxième étape de la formation. Après la première session qui était pendant les vacances j'avoue que j'étais perdue, heureusement qu'il y a eu le rappel. Le

L'approche thérapeutique

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

L'approche thérapeutique

changement de posture et de place face à l'enfant c'est un petit peu difficile de répondre à ça toute seule, parce que peut être que je ne le fais pas assez. Ça ne m'a pas mis en difficulté de le faire, maintenant est-ce que je le fais suffisamment, je ne peux pas le garantir. Je pense que la MCRO est un bon bilan pour aider l'équipe quelque part à garder un projet centré sur l'enfant et adapté à l'enfant.

Ressenti de l'ergothérapeute

Pour ce qui est de mon ressenti sur les bénéfices à propos de cette approche je vois que pendant la séance où on fait ça, ça fait du bien aux enfants et ils sont contents. Après ça ne va pas plus loin pour moi de la manière dont je l'utilise, peut-être qu'après je ne la mets pas assez en pratique. Je pense que je ne reviens pas suffisamment dessus, c'est là où j'ai du mal, à propos de rappeler les objectifs. Au-delà de ça, je trouve qu'avec l'utilisation de la MCRO l'enfant est plus impliqué et plus investi dans sa prise en soin. Je pense que ça enclenche quelque chose dans l'implication de l'enfant, quelque chose qui perdure même si je ne suis pas sans arrêt entrain de revenir sur les objectifs de la MCRO. C'est un investissement global, je pense que quand l'enfant vient voir l'ergothérapeute il a cette notion en tête qu'on s'intéresse à ce dont il a envie, donc forcément il est plus content de venir, et plus présent je dirais. En règle générale le fait de se recentrer sur l'enfant ça enclenche aussi un meilleur engagement et une motivation plus importante chez lui. Après ça dépend quand même des enfants, je ne peux pas le dire pour tous. Il y a des enfants pour lesquels c'est plus flagrant que d'autres... J'ai remarqué qu'il fallait mieux le faire en individuel, il y a deux enfants pour lesquels je l'ai fait dans le cadre d'un groupe kinésithérapeute-ergothérapeute, les deux étaient ensembles et ça a perturbé les réponses parce qu'ils se « tiraient la bourre » entre eux. Nous ça nous a permis de mieux cerner les enfants aussi, en particulier on les a un peu découvert parce qu'ils ont beaucoup parlé de ce qu'ils vivaient à la maison et c'étaient des enfants qui avaient plus de capacités que ce qu'on pensait. Parce que c'était aussi des familles qui les sollicitent beaucoup, et ça on ne l'aurait pas vu si on n'avait pas fait passer la MCRO. Par contre, ce ne sont pas des enfants non-plus que je revois en individuel donc on a construit les objectifs de groupe en fonction de ce qu'ils avaient dit au départ qu'on a perdu de vue, il faudrait qu'on réévalue. Donc il y a une limite sur laquelle il faut être vigilant avec les enfants c'est qu'il y a un effet de groupe, il y a un effet selon les profils des enfants qui sont là, ils peuvent s'influencer dans les réponses.

Je pense que l'enfant ressent ce gain de pouvoir dans les décisions. Si on mène bien l'approche et qu'on fait passer la MCRO correctement je pense qu'ils ressentent ça. Pour la plupart je pense que cette notion de contrôle sur les objectifs ils le ressentent. Par exemple j'ai une petite fille qui est en externe et que je suis depuis l'an dernier. Elle a une pathologie évolutive. Elle était peu présente. Chez elle en particulier je sens que depuis l'utilisation de la

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

MCRO elle est plus impliquée... comme si ça lui avait fait prendre conscience qu'il y a vraiment quelque chose qui la concerne dans ce qui se passe en séance. Dans sa vie extérieure, elle vient passer une heure, deux heures ici et elle repart. Donc là ça fait du lien avec sa vie de la maison, de l'école, qui est en dehors de la structure.

Pour finir, la MCRO je trouve que c'est assez rébarbatif, le papier lui-même est assez rébarbatif. Du coup pour l'enfant la formulation est compliquée, ce qu'on lui demande c'est précis et difficile à comprendre pour un enfant donc je ne peux pas le faire avec tous. Enfin, je continue à penser qu'il faut quand même connaitre la personne, parce qu'on peut la mettre en difficulté et se retrouver en difficulté avec des réponses pas toujours adaptées... Parce qu'une fois qu'on a demandé à quelqu'un des objectifs qui sont totalement irréalistes qu'est-ce qu'on fait... ? Est-ce qu'on lui dit : « ne comptes pas sur moi tu vas te débrouiller » ou bien : « oui oui on va y aller » en sachant très bien qu'on ne va jamais y arriver. Il y a ce biais-là. Effectivement en psychiatrie tu ne vas pas forcément aller vers ça, c'est compliqué avec des troubles psychiatriques. Mais un enfant, même sans troubles, ça reste un enfant, donc c'est plus fragile sur le plan de la construction de la personnalité et on ne sait pas exactement à quel risque on s'expose. ”

Fin de l'entretien

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

PREFMS Pôle régional d'enseignement et de formation aux métiers de la santé

Occitanie

Hôpitaux de Toulouse

Formulaire de consentement pour films, enregistrements sonores, magnétoscopiques et autres

Je, soussigné(e) : *Entretien n°3 : Madame C*
Prénom et nom en lettres majuscules

accepte que la rencontre soit enregistrée sur bande audio ou vidéo.

Je comprends que cette modalité est un outil de travail et de formation pour l'étudiant Romain BORNAND en formation à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse.

Je comprends que les enregistrements seront utilisés à des fins de travail et d'analyse par l'étudiant dans le cadre de son mémoire de fin d'études.

Seuls l'étudiant, sa superviseure ou son superviseur, sa référente ou son référent de mémoire, pourront avoir accès à l'enregistrement pour aider à l'analyse de ce dernier.

Le support audio, vidéo ou numérique ne doit pas sortir du cadre de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse. Je comprends que tous les enregistrements seront conservés de façon à ce qu'ils ne soient pas divulgués sur internet ou utilisés à d'autre fins que pour le travail de recherche du mémoire.

Il est entendu qu'il m'est possible de demander toutes les explications que je désire sur l'usage qui sera fait de ces enregistrements.

Signatures :

Personne consentante

Etudiant qui réalise l'enregistrement

Fait à : Toulouse
Lieu de signature

Date : 14/02/2019
Jour/Mois/Année

N. B : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.

Ce document doit être imprimé en double exemplaire et est **à conserver** par les deux personnes concernées.

Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse

Annexe n°42 : Formulaire de consentement d'enregistrement pour **l'entretien n°3** (Mme **C**)

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Annexe n°43 : Retranscription intégrale de **l'entretien n°3** avec Madame **C** (verbatim)

Verbatim – Entretien n°3 : (25-40 minutes) Madame C
Nom et prénom de la personne interviewée

[Durée de l'entretien n°3 : *29 minutes 32 secondes*]. Date : 14/02/2019

Thème de mémoire : Influence de la MCRO sur l'implication des enfants dans la PEC.

Présentation de l'entretien : (5 minutes) « Bonjour, nous nous retrouvons aujourd'hui dans le cadre de mon mémoire de fin d'études autour du thème de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel en pédiatrie. J'effectue cet entretien dans une perspective de pré-enquête auprès de plusieurs ergothérapeutes pour prendre en compte leurs avis et leurs expériences afin d'affiner la question de recherche de mon sujet et d'élaborer ma question de recherche définitive. ».

“

l.1 - **Romain :** « Cet entretien est réalisé dans le cadre de mon mémoire. C'est un entretien qui est
l.2 - dit "exploratoire". J'ai eu une question de départ sur mon sujet, autour de l'influence de la
l.3 - MCRO en pédiatrie. Cet entretien va me servir à affiner cette question et voir quels sont les
l.4 - leviers de la MCRO par rapport à l'enfant et à comment cela fait changer l'enfant ou non dans
l.5 - sa prise en soin. J'effectue cet entretien auprès de plusieurs ergothérapeutes. Ensuite, je vais
l.6 - voir aussi si j'ai le temps de faire une analyse de dossiers médicaux. Ces entretiens que je fais
l.7 - passer aux ergothérapeutes permettent de recueillir leur ressenti sur l'utilisation de la MCRO.
l.8 - J'aimerais, à l'aide des dossiers médicaux appuyer les données récoltées au cours des entretiens
l.9 - par les chiffres, les cotations, l'évolution, et les données présentes dans les dossiers. »,

Question de départ :

1. Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'ergothérapeute en pédiatrie ?

l.10 - **Romain :** « La question de départ c'est : Depuis combien de temps est-ce que tu exerces en tant
l.11 - qu'ergothérapeute en pédiatrie ? »,

l.12 - **Mme C :** « Ça va faire 10 ans le 1er avril. »,

l.13 - **Romain :** « D'accord. »,

l.14 - **Mme C :** « Je pense qu'on peut dire 10 ans quand même. Je fête mes 10 ans à Paul Dottin le 1er
l.15 - avril. »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.16 - **Romain :** « D'accord. Avant as-tu exercé en pédiatrie ou autre part ? »,

l.17 - **Mme C :** « Avant j'ai exercé surtout en neurologie adulte et gériatrie. »,

l.18 - **Romain :** « D'accord. ».

L'outil MCRO : (5-10 minutes).

2. Utilisez-vous l'outil MCRO depuis la formation, ou avant ? Si oui, depuis combien de temps ? Avec qui ? (Population ciblée, pathologies, âge).

l.19 - **Romain :** « Par rapport à la MCRO, est-ce que tu l'utilises depuis la formation, ou est-ce que
l.20 - tu l'utilisais avant ? »,

l.21 - **Mme C :** « Je ne l'utilise que depuis la formation, je ne l'utilisais pas du tout avant. »,

l.22 - **Romain :** « Tu ne connaissais pas du tout ? »,

l.23 - **Mme C :** « Je connaissais. Je suis de formation belge et en Belgique on en parlait beaucoup,
l.24 - mais je ne l'avais jamais vraiment mise en pratique avant la formation. »,

l.25 - **Romain :** « D'accord, donc tu en as quand même entendu parler durant ta formation. Je sais
l.26 - qu'il y a des ergothérapeutes qui n'en entendent pas parler du tout. »,

l.27 - **Mme C :** « Non j'en avais entendu parler pendant ma formation mais je ne l'avais jamais
l.28 - réutilisé dans mon intervention. »,

l.29 - **Romain :** « Si tu l'utilises depuis la formation ça fait combien de temps maintenant ? »,

l.30 - **Mme C :** « J'ai commencé depuis septembre. »,

l.31 - **Romain :** « Et tu l'utilises avec qui principalement ? »,

l.32 - **Mme C :** « Alors j'ai réalisé deux vraies MCRO que j'ai faites dans deux cadres différents. Une
l.33 - des deux c'est avec un enfant, que je suivais depuis 3-4 ans et qui en avait un peu "ras le bol"
l.34 - de la rééducation. J'ai fait passer la MCRO avec vraiment pour objectif de le recentrer sur sa
l.35 - rééducation. Et le deuxième avec un enfant que je ne connaissais pas du tout, mais je trouvais
l.36 - que ça s'y prêtait, je ne sais pas pourquoi. Sinon je ne l'ai pas fait avec d'autres enfants. En
l.37 - plus, il m'a fait une MCRO idyllique, avec des objectifs qui étaient tout à fait cohérents et une
l.38 - prise en charge qui a suivi derrière qui était tout à fait en lien avec cette MCRO. »,

l.39 - **Romain :** « Tu m'a dit avec deux enfants principalement ? »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.40 - **Mme C :** « Oui, voilà. Après ce sont plutôt des enfants qui sont âgés, qui ont une dizaine
l.41 - d'années à peu près. »,

l.42 - **Romain :** « Oui j'allais te demander pour l'âge. »,

l.43 - **Mme C :** « Voilà, c'est plutôt des grands, Quentin a 10 ans et Antoine est en CM1 donc c'est ça
l.44 - à peu près 9-10 ans. »,

l.45 - **Romain :** « Oui donc ils comprennent assez bien quand même ? »,

l.46 - **Mme C :** « Oui, voilà. »,

l.47 - **Romain :** « Et au niveau des pathologies il y a des choses particulières chez eux ? »,

l.48 - **Mme C :** « Il y en a un qui a des troubles des apprentissages et l'autre je crois que c'est une
l.49 - fibromyalgie, enfin c'est quelque chose d'un peu particulier, c'est une paralysie cérébrale un
l.50 - peu atypique, avec une hémiplégie légère. »,

l.51 - **Romain :** « Et du coup avec les autres enfants tu ne l'utilises pas du tout ? »,

l.52 - **Mme C :** « Alors j'ai utilisé l'OT'Hope mais je n'ai pas été jusqu'à la cotation parce que les
l.53 - trois enfants avec qui je l'ai fait n'ont pas donné d'objectifs particuliers qu'ils avaient envie de
l.54 - travailler. Donc on a un peu "ramé" et du coup je n'ai pas pu faire les cotations MCRO. Je ne
l.55 - suis même pas sûre qu'on soit allé jusqu'au questions sur leurs capacités et leur satisfaction de
l.56 - le faire sur des choses qui étaient difficile pour eux. Parce que vraiment, ça n'a pas accroché. »,

l.57 - **Romain :** « Après ça dépend des enfants. »,

l.58 - **Mme C :** « C'est ça voilà. »,

3. Comment amenez-vous l'entretien ? Qu'est-ce que vous dites aux enfants ?

l.59 - **Romain :** « Et quand tu as fait tes MCRO tu amènes comment l'entretien ? C'est-à-dire
l.60 - comment tu leur présentes ? »,

l.61 - **Mme C :** « Alors, c'était en tout début d'année donc c'était dans la continuité des bilans de début
l.62 - d'année. »,

l.63 - **Romain :** « Du coup ils savent, ils étaient dans le contexte. »,

l.64 - **Mme C :** « Voilà c'est ça. Quentin, c'est la 4ème année que je l'ai, donc je n'ai pas refait la
l.65 - batterie d'examens complète, je lui ai dit : "cette année on va retravailler ensemble et on va
l.66 - vraiment définir ensemble les objectifs que toi tu veux travailler. J'ai la grille et on va suivre

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

ça. Je me suis servie des photos du PACS pour l'orienter et le guider sur certaines activités mais pour Quentin c'était assez facile et assez fluide. À l'époque on n'avait pas encore l'OT'Hope donc c'était comme ça qu'on l'utilisait, avec les cartes du PACS. »,

Romain : « Tu lui a dis quoi quand tu lui as présenté l'entretien ? »,

Mme C : « Je lui ai dit : "on va définir ensemble vraiment les objectifs que tu as envie de travailler en thérapie. Moi je sais ce que j'ai envie de te faire travailler mais ce n'est pas forcément ce que toi tu veux et j'ai besoin de discuter avec toi des difficultés que tu ressens dans ton quotidien pour savoir ce qu'on va travailler ensemble". »,

Romain : « D'accord, et avec l'autre enfant tu as fait pareil ? »,

Mme C : « J'ai fait à peu près la même chose oui. Voilà vraiment je l'ai présentée en disant : "tu vas définir toi ce que tu as envi de travailler". Donc avec l'autre enfant il était passé par l'unité bilan donc j'avais une idée précise de ce pourquoi il devait venir mais ce que je voulais savoir c'est ce que lui ressentait comme difficultés et comment il voulait les aborder. Parce qu'il avait conscience de ses difficultés. ».

4. Comment se passe la passation, la cotation, <u>avec ou sans</u> les parents ? (Réglettes, facilité d'utilisation, consignes d'explication, difficultés, supports utilisés comme l'OT'Hope).

Romain : « Tu m'as dit que tu utilisais l'OT'Hope c'est ça ? Qu'est-ce que tu utilises pour la passation ? »,

Mme C : « Moi j'aime bien le tableau de l'OT'Hope : "rouge je ne sais pas faire, jaune j'y arrive un peu et moyen et vert je sais le faire". Donc ça je pense que c'est assez visuel pour eux, ça leur permet vraiment de classer et de savoir s'ils savent faire, ou ne pas faire. Du coup avant de creuser ça permet de savoir comment ils le font et s'ils le font bien. Ce que j'aime bien c'est ce support tableau où l'on classe par catégories les choses. »,

Romain : « Et pour les cotations avec les deux enfants avec lesquels tu as fait la MCRO, est-ce que les cotations ça a été compliqué à expliquer ? »,

Mme C : « Alors, j'ai utilisé les petites réglettes. »,

Romain : « Les réglettes pédiatriques ? »,

Mme C : « Oui. Il y en a un des enfants pour qui c'est assez cohérent le système de notation il a bien compris, la différence entre je mets une note forte pour l'importance, une note plus basse

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.94 - pour la satisfaction. Enfin ça c'est pas mal. Et l'autre, un peu moins mais dans l'ensemble c'était
l.95 - quand même pas mal. Et ils se saisissaient vraiment bien de cet outil pour mettre une note. »,

l.96 - **Romain :** « Ils arrivaient quand même à faire cette notion de graduation ? Parce que des fois
l.97 - les enfants je sais que ça peut être 0, 5, 10 ? »,

l.98 - **Mme C :** « Oui, j'ai quand même des graduations différentes, donc c'est pas mal. »,

l.99 - **Romain :** « D'accord, et pour expliquer tu n'as pas eu trop de difficultés ? Pour expliquer la
l.100 - satisfaction ou le rendement par exemple, pour expliquer la différence entre les deux ? »,

l.101 - **Mme C :** « Non ça va. »,

l.102 - **Romain :** « Est-ce que tu fais la MCRO avec les parents ou sans les parents ? »,

l.103 - **Mme C :** « Sans les parents, nous on les voit très peu ici les parents, donc voilà sans les
l.104 - parents. »,

l.105 - **Romain :** « D'accord, et tu as quand même fait du lien avec les parents ou pas du tout ? »,

l.106 - **Mme C :** « Pas du tout. »,

l.107 - **Romain :** « Et au niveau de l'équipe est-ce que tu en a parlé ? »,

l.108 - **Mme C :** « En fait j'ai vraiment eu des objectifs qui étaient purement du champ de
l.109 - l'ergothérapie. L'équipe sait qu'on fait passer la MCRO on leur en a vaguement parlé mais en
l.110 - l'occurrence il n'y avait rien qui était ressorti de la MCRO pour les autres professions. Donc,
l.111 - je n'ai pas fait plus de lien que ça. Après avec le médecin j'en ai parlé en réunion d'équipe,
l.112 - mais je l'ai fait comme j'ai cité les autres bilans que j'ai pu faire. »,

l.113 - **Romain :** « Et ça a été facile avec l'équipe, ils ont adhéré facilement avec cet outil ? »,

l.114 - **Mme C :** « Oui. ».

5. Effectuez-vous une réévaluation ? Comment ?

l.115 - **Romain :** « Pour les réévaluations est-ce que tu en as effectuées ou non ? »,

l.116 - **Mme C :** « Oui, alors on avait programmé la date de réévaluation. Ça tombait bien parce qu'on
l.117 - l'avait fait en septembre et donc 3 mois après c'était décembre donc c'était juste avant les
l.118 - vacances donc c'était pile une période scolaire entre les vacances. Voilà, c'était vraiment une
l.119 - bonne période donc on avait fixé la date ensemble. »,

l.120 - **Romain :** « Donc tu leur a dit le jour de l'évaluation : "on va faire la réévaluation tel jour" ? »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.121 - **Mme C :** « Oui, voilà. On a choisi ensemble le délai, je les ai orientés un peu quand même sur
l.122 - la période. Je leur ai dit : "on voit un peu avant les vacances de noël pour fixer la date". Après
l.123 - on a regardé sur le calendrier et on a marqué la date sur le calendrier. »,

l.124 - **Romain :** « Tu as vu une évolution ou pas ? »,

l.125 - **Mme C :** « Il faudrait que je regarde au niveau des scores, mais oui il y a des petites évolutions. »,

l.126 - **Romain :** « Ça n'a pas régressé quoi ? »,

l.127 - **Mme C :** « Non ça n'a pas régressé et puis ça permet aussi de refixer d'autres objectifs. Donc
l.128 - on a remis deux/trois objectifs en place. »,

l.129 - **Romain :** « Et dans la cotation comment ça s'est passé ? Est-ce qu'ils ont essayé de demander
l.130 - quelles notes ils avaient mis avant par exemple ? »,

l.131 - **Mme C :** « Alors je leur avais dit : "j'ai les notes, on n'en parle pas, on s'en fiche complètement,
l.132 - moi j'ai besoin d'avoir votre avis à vous aujourd'hui...". »,

l.133 - **Romain :** « Ils ont assez compris le principe ? »,

l.134 - **Mme C :** « Un oui, l'autre un peu moins... Mais si, ils ont quand même compris, on a envisagé
l.135 - du coup de voir s'il fallait qu'on garde des objectifs, s'il y en avait à rajouter, etc... »,

l.136 - **Romain :** « Donc ça a permis de réajuster quand même ? »,

l.137 - **Mme C :** « Un petit peu oui. »,

l.138 - **Romain :** « Du coup tu as reprogrammé une autre réévaluation ou pas ? »,

l.139 - **Mme C :** « Non pas cette fois-là, je n'y ai même pas pensé. »,

l.140 - **Romain :** « D'accord, donc ça a quand même bien marché sur les 3 mois. »,

l.141 - **Mme C :** « Oui. »

6. Quels avantages et limites trouvez-vous à la MCRO ? (Temps, adhésion difficile à l'outil...).

l.142 - **Romain :** « Pour la suite, ça va être une question qui est un peu plus large : "quels avantages et
l.143 - limites tu trouves à la MCRO ?" »,

l.144 - **Mme C :** « Pour les avantages j'aime bien l'idée de la faire en 2ème intention. Notamment tu vois
l.145 - là pour le garçon que je suis depuis 4 ans au bout d'un moment, on se connait tellement bien

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.146 - que c'est difficile de se fixer des objectifs et c'est bien d'avoir des petites choses comme ça,
l.147 - plus précises et plus cadrées où il sait qu'à chaque séance on aura ce temps-là pour ça et que
l.148 - s'il râle c'est parce que ce sera parce qu'il l'avait décidé. On a cette partie un peu de notre
l.149 - contrat de travail, cette négociation. Donc ça j'aime bien ce côté-là. Et j'aime bien aussi quand
l.150 - on a des prises en charge où on sait que la prise en charge va être relativement courte, ça arrive
l.151 - de temps en temps, c'est bien aussi d'avoir leurs accords et de recueillir ça avec la MCRO.
l.152 - J'aime bien l'idée de me dire qu'ils sont en accord sur ce qu'on fait en séance. »,

l.153 - **Romain :** « La notion de consensus tu veux dire entre le thérapeute et l'enfant ? »,

l.154 - **Mme C :** « Voilà c'est ça. Entre ce que moi je propose et ce qu'eux veulent faire. Donc ça j'aime
l.155 - bien cette idée-là. Après les limites je pense qu'on a tous un peu les mêmes c'est qu'ils sont
l.156 - très jeunes donc c'est difficile pour eux, en tout cas spontanément, de pointer leurs difficultés.
l.157 - Ceux à qui j'ai fait l'OT'Hope et où il n'y a pas eu tellement de suite selon eux ils savaient tous
l.158 - faire... Même avec la multitude de cartes, on pose des questions et on a l'impression un peu
l.159 - d'être en acquisition avec ça en disant : "t'es sûr que ...". Donc c'est un peu ce côté-là qui n'est
l.160 - pas très agréable dans la MCRO. Parce que peut être qu'ils savent faire. Il faut aussi savoir se
l.161 - replacer en tant que thérapeute et savoir qu'il y a peut-être des priorités qui n'en sont pas pour
l.162 - ces enfants et savoir les accepter. Mais voilà il y a ce côté un peu "pointer les difficultés" qui
l.163 - n'est pas très agréable pour l'enfant. Après je n'ai pas fait beaucoup de MCRO mais celles que
l.164 - j'ai faites m'ont bien plu donc je pense que ça insiste à prendre le temps de le refaire. »,

l.165 - **Romain :** « Après au niveau du temps justement tu as trouvé des limites ou pas ? Est-ce que ça
l.166 - t'a pris beaucoup plus de temps que d'habitude ? »,

l.167 - **Mme C :** « Pour la MCRO on y passe la séance, on ne fait que ça. Donc ils le savent, c'est une
l.168 - séance où on pose des questions et où on ne travaille pas trop. Donc la difficulté c'est que nous
l.169 - on ne les as qu'une fois par semaine... Alors autant te dire que sur les 15 séances qu'il y avait
l.170 - entre septembre et décembre il y en a quand même deux qui sont passées à faire des évaluations.
l.171 - Mais bon, les évaluations ça fait partie du jeu aussi. On sait que les premières séances ne sont
l.172 - que des évaluations. Après par rapport aux avantages, je trouve que c'est intéressant le fait de
l.173 - valoriser les occupations qu'aime l'enfant, le fait de ne pas toujours se centrer sur la déficience
l.174 - mais davantage sur la capacité à faire de l'enfant et sur ce qu'il veut vraiment. ».

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

7. Utilisation de la MCRO seule ou en complément d'autres bilans ? Si oui, lesquels ? Est-ce possible de ne passer que la MCRO ? Pourquoi ?

l.175 - **Romain :** « Est-ce que tu utilises la MCRO seule ou tu utilises encore des bilans à côté ? »,

l.176 - **Mme C :** « J'utilise encore les bilans à côté. »,

l.177 - **Romain :** « Et tu fais passer toujours les mêmes bilans ? »,

l.178 - **Mme C :** « Oui. Ça n'a pas changé mes bilans. Ça pourrait changer mes bilans dans la mesure *l.179* - ou par exemple avec Quentin je ne refais pas tous les ans les bilans. Alors pour avoir des petits *l.180* - chiffres, pour les comptes-rendus tu refais des choses mais en l'occurrence lui c'est une petite *l.181* - hémiplégie légère avec une bonne utilisation de son bras, mais avec un niveau scolaire qui est *l.182* - un peu faible. Donc il faut continuer à soutenir le graphisme. Mais je ne peux pas m'amuser à *l.183* - faire des BHK tous les 4 matins. Donc oui on va faire le BHK, oui on va faire le 9 chevilles et *l.184* - le box and blocks pour avoir une idée de l'évolution motrice, pour avoir quelque chose en regard *l.185* - avec ce qu'on a fait. Mais lui je n'ai pas refait une batterie d'examens comme je ferais *l.186* - d'habitude. Donc oui quand même j'en fait moins dans ces conditions là mais après je ne ferais *l.187* - pas uniquement la MCRO. »,

l.188 - **Romain :** « Oui, d'accord. J'allais te poser cette question, et est-ce que tu penses que c'est *l.189* - possible de ne faire passer que ça en bilan ? »,

l.190 - **Mme C :** « Je pense que ça peut être possible de ne faire que ça si tu as une prise en charge *l.191* - spécifique. On a des prises en charge de très courte durée pour des personnes qui ont des *l.192* - syndromes d'Ehler-Danlos. Et on pourrait proposer de faire la MCRO et de s'arrêter là. Sauf *l.193* - qu'en l'occurrence on va évaluer quand même le graphisme, si on doit mettre en place des *l.194* - adaptations, si je dois dire à la MDPH : "j'ai fait juste la MCRO elle me dit qu'elle a du mal" *l.195* - voilà, je ne suis pas sûre que ce soit possible. Mais c'est vrai que pour appuyer les demandes *l.196* - on a quand même besoin de choses plus concrètes. On pourrait la faire en première intention. *l.197* - Pour vraiment après ça cibler sur les demandes qu'ils ont et pas systématiquement tout faire. Si *l.198* - par exemple il me dit : "moi j'ai un problème de graphisme je n'arrive pas à écrire je voudrais *l.199* - écrire mieux", on pourrait se servir de ça pour cibler sur des bilans moteurs plus précis... »,

l.200 - **Romain :** « Oui, donc tu penses quand même qu'il faut continuer à faire des bilans à côté ? »,

l.201 - **Mme C :** « Oui. Même là dans les syndromes d'Ehler-Danlos c'est de l'hyperlaxité donc on va *l.202* - quand même évaluer au niveau articulaire etc... Tu ne peux pas faire que ça. »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.203 - **Romain :** « D'accord. ».

Evolution dans l'approche thérapeutique : (5-10 minutes).

8. Avant / Après l'utilisation de la MCRO ? Avez-vous perçu des changements dans votre approche thérapeutique ? (Approche client-centré)

l.204 - **Romain :** « Alors, maintenant par rapport à ton approche thérapeutique est-ce que ça a changé
l.205 - quelque chose ou pas ? Dans le sens où avant l'utilisation de la MCRO et après est-ce que tu
l.206 - vois des différences dans comment tu es avec les enfants ? »,

l.207 - **Mme C :** « Je ne pense pas que c'est fondamentalement des différences. Je pense que c'est juste
l.208 - que c'est écrit. C'est juste que ... Parce que de toute façon avec les enfants tu ne peux pas faire
l.209 - tout ce que tu veux, tu es quand même obligé de faire ce que l'enfant veut. Tu es dépendant de
l.210 - la volonté de l'enfant et de l'implication qu'il a dans sa rééducation. Si un enfant n'est pas du
l.211 - tout impliqué il ne fera rien. Donc si tu ne te bases pas un minimum sur ce qu'il aime, ce qu'il
l.212 - fait ou ce qu'il voudrait faire de toute façon tu ne peux pas avancer avec lui. La différence c'est
l.213 - que maintenant il y a évaluation, il y a une cotation, il y a une réévaluation il y a quelque chose
l.214 - de chiffré derrière cette approche que j'avais déjà de base. »,

l.215 - **Romain :** « Il y a quelque chose d'un peu plus structuré ? »,

l.216 - **Mme C :** « Voilà. Je pense que ça a plus de valeur par rapport à ce qu'on peut apporter au reste
l.217 - de l'équipe par rapport à ma propre pratique. »,

l.218 - **Romain :** « Oui ça légitimise un peu la pratique ? »,

l.219 - **Mme C :** « Oui voilà c'est ça, ça veut dire que si on explique qu'en ce moment on ne travaille
l.220 - pas du tout l'écriture, on peut l'expliquer en disant pourquoi est-ce qu'on ne fait pas ça et
l.221 - pourquoi ça n'a pas de sens, et que peut-être que ce n'est pas le moment pour l'enfant. »,

l.222 - **Romain :** « Donc cette approche c'est quelque chose que tu faisais déjà mais là ça te permet de
l.223 - le légitimer, de la poser davantage ? »,

l.224 - **Mme C :** « Ça me permet de le légitimer voilà. Ça me permet de l'écrire dans un dossier en
l.225 - mettant : "les objectifs de l'enfant sont..., le désir de l'enfant est..., le ressenti qu'il a de ses
l.226 - capacités c'est ça aussi...". »,

l.227 - **Romain :** « Donc c'est une approche que tu avais déjà de base ? »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.228 - **Mme C :** « Je pense que c'est l'approche de base des ergothérapeutes. »,

l.229 - **Romain :** « Bon après ça dépend des formations, il y a en a aussi qui sont formatés fonctionnels
l.230 - et biomédical... »,

l.231 - **Mme C :** « Oui mais normalement c'est l'enfant, c'est le patient d'abord et nous qui gravitons
l.232 - autour et ça c'est hyper important. Après moi j'ai fait 3 mois en Martinique et ça t'apprend très
l.233 - vite à comprendre que ce n'est pas toi qui décides, ce n'est pas toi qui as le savoir et que quand
l.234 - la petite dame de 40 ans t'explique qu'elle est hémiplégique mais que ce n'est pas grave sa fille
l.235 - va s'en occuper et que toi tu sais qu'il y a des capacités de récupérations et bien voilà, ce n'est
l.236 - pas toi qui décides. Je pense que cette expérience et les expériences professionnelles font que
l.237 - tu sais que de toute façon tu es obligé de te replacer avec l'enfant, avec la personne. Et avec
l.238 - l'enfant tu sais que c'est lui qui décide aussi... Le nombre de fois où ils sont arrivés et où ils
l.239 - disent : "non non je ne ferais pas ça". »,

l.240 - **Romain :** « Oui c'est cette notion de consensus dont tu me parlais tout à l'heure ? »,

l.241 - **Mme C :** « C'est ça, on est quand même centré sur la personne et on doit se décider à faire des
l.242 - choses qui ont du sens pour l'enfant. On peut très bien leur apprendre bêtement à faire des
l.243 - choses, mais ça peut ne pas fonctionner du tout. Et puis la preuve est que parfois ce qu'ils font
l.244 - en rééducation ce n'est pas la même chose que ce qu'ils font ailleurs. Moi j'ai des enfants avec
l.245 - qui je travaille le graphisme mais c'est laborieux, c'est difficile, puis quand tu regardes leurs
l.246 - cahiers tu te dis : "ah mais en fait ils n'écrivent pas si mal que ça à l'école". Le truc c'est que là
l.247 - en ergo tu les soules à travailler l'écriture. Donc si tu ne fais pas un peu la part des choses entre
l.248 - ce que toi tu vois et ce qui peut se faire ailleurs ça ne marche pas. »,

l.249 - **Romain :** « De toute façon je l'ai vu quand j'étais en stage ici, il faut un peu négocier, si tu ne
l.250 - négocies pas en général ça ne fonctionne pas longtemps. »,

l.251 - **Mme C :** « C'est ça, si tu dis : "tu fais ça et point" en général ça ne passe pas. »,

l.252 - **Romain :** « Oui, c'est plutôt : "tu fais ça et puis après on fera quelque chose de sympa". »,

l.253 - **Mme C :** « C'est ça. ».

9. Est-ce que le changement de pratique, se centrant davantage sur les attentes de l'enfant, a été facile à réaliser ? (Responsabilisation de l'enfant, positionnement dans une relation égalitaire, écoute du patient, mise en retrait du thérapeute).

l.254 - **Romain :** « Est-ce que ça a été facile à faire pour la MCRO de te recentrer sur l'enfant ? »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.255 - **Mme C :** « Oui, ça n'a pas été difficile. »,

l.256 - **Romain :** « C'est vrai que tu le faisais déjà. »,

l.257 - **Mme C :** « Oui et puis j'ai un avantage aussi... J'ai 10 ans de pratique professionnelle mais j'ai
l.258 - aussi 8 ans de mère de famille. Donc voilà je suis plus efficace depuis 8 ans. Tu apprends qu'en
l.259 - pédiatrie tu travailles avec un enfant, tu travailles avec une famille et voilà. Et je pense que la
l.260 - MCRO est importante aussi en effet par rapport aux comptes-rendus aux familles, par exemple
l.261 - de dire : "vous savez, ça votre enfant il le vit bien, ça pour lui ça lui va, ce n'est pas important
l.262 - pour lui". »,

l.263 - **Romain :** « Ça recueille son avis en quelque sorte ? »,

l.264 - **Mme C :** « Voilà c'est ça. Je pense que c'est ça qui est important, c'est que ça ne se passe pas
l.265 - qu'en ergothérapie. En recentrant nos objectifs sur l'enfant ça fait du bien à tout le monde, à
l.266 - l'enfant, sa famille et aux autres rééducateurs. ».

Bénéfices de la MCRO et de son approche, le ressenti de l'ergothérapeute sur la situation de l'enfant : (10-15 minutes).

10. Avez-vous observé des changements chez l'enfant et des bénéfices pour lui après la mise en place de cette approche ? Le trouvez-vous plus impliqué, mieux investi ? (Autonomisation, engagement, participation, motivation, meilleure implication, rendement, performance...).

l.267 - **Romain :** « Par rapport à l'enfant est-ce que tu as senti que l'utilisation de la MCRO (avec ces
l.268 - deux enfants) leur a apporté des bénéfices ? »,

l.269 - **Mme C :** « Heu... »,

l.270 - **Romain :** « Par rapport à l'implication, l'engagement, la participation... ? »,

l.271 - **Mme C :** « Oui, oui. Surtout qu'il y en a un pour qui l'objectif c'était d'apprendre à lire l'heure,
l.272 - donc on a d'abord travaillé sur créer une horloge, qui lui permettrait d'apprendre à lire l'heure
l.273 - et en faire une pour la maison, une pour le centre pour justement que ça ne reste pas que là et
l.274 - qu'il transpose ça ailleurs. Et donc il y a eu aussi toute la façon de travailler qui était différente
l.275 - parce qu'on a fait en sorte de se donner les outils pour y arriver. Et c'est ça qui est intéressant
l.276 - c'est que lui ça l'obligeait à chercher, à aller fouiller un peu plus loin... Et moi à mettre d'autres
l.277 - moyens en place que ce qu'on peut faire travailler classiquement. »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.278 - **Romain :** « D'accord, donc est-ce que tu l'as senti plus investi, plus motivé ? »,

l.279 - **Mme C :** « Je dirais beaucoup plus motivé. D'autant plus que celui en question en kiné il se
l.280 - plaint de venir à Paul Dottin et en ergo maintenant c'est plutôt : "non non c'est bien". »,

l.281 - **Romain :** « Et par rapport à ce qu'il fait en séance est-ce que tu as senti qu'il prenait plus de
l.282 - plaisir à ce qu'il faisait par rapport à avant ? »,

l.283 - **Mme C :** « En tout cas je pense que ça lui a bien plu comme système. Oui je pense qu'ils
l.284 - prennent plus de plaisir parce que déjà on leur a demandé leurs avis. Il y a quand même
l.285 - beaucoup d'enfants qui viennent ici mais ils ne savent pas trop pourquoi. Donc oui je pense que
l.286 - oui. ».

11. Pensez-vous que l'enfant éprouve un gain de pouvoir dans les décisions concernant sa thérapie ? (Contrôle, bien-être, auteur de sa thérapie).

l.287 - **Romain :** « Est-ce que tu penses que l'enfant il éprouve, il ressent, le fait d'avoir plus de
l.288 - pouvoir sur sa prise en charge ? »,

l.289 - **Mme C :** « Je pense que oui. Je pense que vraiment ils ressentent tout ça... Enfin, nos enfants là
l.290 - ça fait parfois des années et des années qu'ils sont suivis au centre, qu'on leur dit de venir,
l.291 - qu'on leur dit de faire ça, qu'on leur dit de faire ci, puis qu'ils aillent là. On leur impose des
l.292 - choses et en fin de compte ils sont baladés, ils n'ont rien à faire, on les balade de rééducations
l.293 - en rééducations, d'emploi du temps en emploi du temps. Donc là cette approche elle permet de
l.294 - leur dire : "stop, voilà tu es là, pourquoi on est là, pourquoi tu es là ?". Et ça par contre à mon
l.295 - avis c'est quelque chose d'assez nouveau ces dernières années. Même avec les programmes
l.296 - d'éducation thérapeutique où on leur réexplique pourquoi ils sont là. »,

l.297 - **Romain :** « Oui les nouveaux programmes ils sont centrés là-dessus. »,

l.298 - **Mme C :** « C'est ça, et à partir de là, la base c'est réellement l'enfant. »,

l.299 - **Romain :** « Oui. Et du coup au niveau du fait qu'il contrôle un peu plus tout ça tu penses qu'il
l.300 - ressent ça ? »,

l.301 - **Mme C :** « En tout cas les fois où ils ne sont pas motivés on leur rappelle, on est capable de leur
l.302 - rappeler en disant : "c'est quand même toi qui as décidé ça". Et ça marche pas mal. ».

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

12. Lors des réévaluations effectuées, l'enfant voit-il son évolution ? Y-a-t-il une évolution notable dans la cotation ?

l.303 - **Romain :** « Les réévaluations donc tu m'as dit que tu en avais effectué, est-ce que dans ces
l.304 - réévaluations tu te souviens s'ils ont vu leurs évolutions dans les cotations ? »,

l.305 - **Mme C :** « On a fait les comparaisons oui. Et surtout sur certains items quand ils n'ont pas très
l.306 - bien coté je leur réexplique en disant : "voilà on a travaillé pendant 3 mois est-ce que tu penses
l.307 - que ça a évolué ?". Après parfois l'évolution est dite mais la note n'est pas forcément
l.308 - significative. Les cotations je trouve que c'est un peu difficile et je pense que c'est quand même
l.309 - assez compliqué, en fonction de l'humeur, du moment pour les enfants... Puis entre 5 et 6 c'est
l.310 - quoi la différence... Parfois 5 ça leur semble bien puis la fois d'après c'était peut-être 6. Mais
l.311 - en tout cas ils ont été conscients des progrès qu'ils avaient fait et ils ont été conscients des
l.312 - moyens qu'ils avaient mis en place. »,

l.313 - **Romain :** « D'accord, donc ils ont quand même vu cette notion d'évolution ? »,

l.314 - **Mme C :** « Voilà, et puis après ça je dis : "et maintenant qu'est-ce qu'on fait ? Est-ce que c'est
l.315 - quelque chose qu'on continue, est-ce que c'est quelque chose qu'on arrête..." En l'occurrence
l.316 - Quentin par exemple, apprendre à lire l'heure c'était bon. »,

l.317 - **Romain :** « D'accord et il n'a pas vu d'autres objectifs ? »,

l.318 - **Mme C :** « En tout cas ça il ne voulait pas le garder. Donc après ça voilà, on est resté sur le
l.319 - graphisme. Mais là il voulait apprendre à dessiner. »,

Fin de l'entretien : Merci pour votre participation à mon mémoire par cet entretien.

Auriez-vous quelque chose à ajouter sur la MCRO en pédiatrie à laquelle je n'aurais pas pensé ?

l.320 - **Romain :** « Du coup pour les questions j'ai terminé, est-ce que tu aurais quelque chose à
l.321 - rajouter sur la MCRO ou sur la pédiatrie ? »,

l.322 - **Mme C :** « Je pense que j'ai tout dit. ».

l.323 - **Romain :** « D'accord, et bien merci d'avoir accepté de participer à ce mémoire. ». ”

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Annexe n°44 : Retranscription reformulée et synthétisée des données récoltées par **l'entretien n°3** avec Madame **C**

Retranscription reformulée et synthétisée des données récoltées par l'entretien n°3 :

Madame C
Nom et prénom de la personne interviewée

****** *E3**

Question de départ

"J'exerce en tant qu'ergothérapeute depuis presque 10 ans, ça fera 10 ans le 1er avril. Avant j'ai exercé surtout en neurologie adulte et gériatrie.

L'outil MCRO

Je n'utilise la MCRO que depuis la formation, je ne l'utilisais pas du tout avant. Je connaissais, parce que je suis de formation belge et en Belgique on en parlait beaucoup, mais je ne l'avais jamais vraiment utilisée avant la formation dans ma pratique. Donc ça va faire quelques mois que je l'utilise maintenant, j'ai commencé en septembre. J'ai effectué réellement que deux vraies MCRO que j'ai utilisées dans deux cadres différents. La première MCRO c'était avec un enfant que je suivais depuis 3-4 ans et qui en avait un peu « ras le bol » de la rééducation avec pour objectif de le recadrer et de le recentrer sur sa rééducation. La deuxième MCRO, c'était avec un enfant que je ne connaissais pas du tout, mais je trouvais que ça s'y prêtait, je ne sais pas pourquoi, et en plus de ça il m'a fait une MCRO idyllique, avec des objectifs qui étaient tout à fait cohérents et du coup une prise en charge qui a suivi derrière qui était tout à fait en lien avec cette MCRO. Sinon je ne l'ai pas faite avec d'autres enfants. Les deux enfants à qui je l'ai faite passer étaient des enfants plutôt âgés. Quentin a 10 ans et Antoine est en CM1 donc il a à peu près 9-10 ans. Donc ce sont quand même des enfants qui comprennent assez bien. Il y en a un qui est atteint de troubles des apprentissages et l'autre je crois d'une fibromyalgie, enfin c'est un quelque chose d'un peu particulier mais c'est une paralysie cérébrale atypique, avec une hémiplégie légère. Après j'ai utilisé l'OT'Hope mais je n'ai pas été jusqu'à la cotation de la MCRO. Les trois enfants avec qui j'ai fait l'OT'Hope n'ont pas sorti d'objectifs particuliers qu'ils avaient envie de travailler. Donc on a un peu « ramé » et je n'ai pas fait les cotations et la suite avec la MCRO. Je ne suis même pas sûre qu'on ait été jusqu'à définir leur capacités et leur satisfaction à le faire. Car ça n'a pas marché, ils n'ont pas accroché avec cet outil. Ça dépend des enfants.

Pour expliquer la MCRO aux enfants c'était assez facile puisque c'était dans le contexte du début de l'année dans la continuité des bilans en début d'année scolaire. Quentin, c'est la quatrième année que je le suis, donc je n'ai pas refait la batterie d'examens complète. Alors je lui ai dit que cette année on allait retravailler ensemble et qu'on allait vraiment définir ensemble

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

les objectifs qu'il voulait réellement travailler. Je me suis servie des photos du PACS pour orienter et guider sur certaines activités mais avec Quentin c'était assez facile et assez fluide. A l'époque on n'avait pas encore l'OT'Hope donc c'était comme ça qu'on l'utilisait. Donc je lui ai dit : « on va définir ensemble vraiment les objectifs que tu as envie de travailler en thérapie. Moi je sais ce que j'ai envie de te faire travailler mais ce n'est pas forcément ce que toi tu veux et j'ai besoin de discuter avec toi des difficultés que tu ressens dans ton quotidien". J'ai fait à peu près la même chose avec l'autre enfant à qui je l'ai faite passer. J'ai présenté la MCRO en disant : « tu vas définir toi ce que tu as envie de travailler ». L'autre enfant était passé par l'unité bilan donc j'avais une idée précise de ce pourquoi il devait venir mais ce que je voulais savoir c'est ce que lui ressentait comme difficultés et comment il voulait les aborder. Parce qu'il avait conscience de ses difficultés.

Pour la passation j'aime bien le tableau de l'OT'Hope, avec : « rouge je ne sais pas faire, jaune j'y arrive un peu et moyen et vert j'y arrive bien ». Je pense que c'est assez visuel pour eux, ça leur permet vraiment de classer et de savoir s'ils savent faire, ou ne pas faire avant de creuser pour savoir comment ils le font et s'ils le font bien. Ce que j'aime bien c'est ce support tableau et cet aspect où on classe par catégories les activités. Pour ce qui est de la cotation j'ai utilisé les petites réglettes pédiatriques. Il y en a un des enfants pour lequel le système de notation était assez cohérent. Il a bien compris la différence entre je mets une note forte pour l'importance, une note plus basse pour la satisfaction. L'autre enfant, un peu moins mais dans l'ensemble c'était quand même bien. Ils se saisissaient vraiment bien de cet outil et de la notation. J'ai quand même des graduations différentes avec des notations bien élaborées, donc c'est assez satisfaisant. Pour ce qui est de l'explication des différentes notions je n'ai pas eu trop de difficultés pour expliquer tout ça. Sinon au niveau de la passation je la fais sans les parents, parce qu'on ne les voit que très rarement, donc je n'ai pas fait beaucoup de lien avec les parents, voire pas du tout. Par rapport à l'équipe soignante, j'ai eu des objectifs qui étaient purement ergothérapiques donc je n'ai pas fait de lien avec l'équipe. L'équipe était au courant qu'on faisait passer la MCRO, on leur en avait vaguement parlé, mais en l'occurrence il n'y avait rien pour moi qui ressortait qui était particulièrement autre que du domaine de l'ergothérapie donc je n'ai pas fait plus de lien que ça avec les autres professionnels. Avec le médecin j'en ai parlé à la réunion d'équipe, mais je l'ai fait comme j'ai pu citer les autres bilans que j'ai effectué. Donc au niveau de l'équipe ça a été facile pour eux d'adhérer avec la MCRO.

Pour les réévaluations j'en ai effectué, on avait programmé la date de réévaluation avec l'enfant. Ça tombait bien parce qu'on avait fait la première MCRO en septembre et donc trois mois après c'était le mois de décembre, donc juste avant les vacances donc c'était parfait pour la période de réévaluation. Le jour de l'évaluation on a choisi ensemble le délai, je les ai orientés

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

sur la durée mais on a fixé la date ensemble. Ensuite on a regardé sur le calendrier et on a noté la date. Au niveau des scores il me semble que pour les deux MCRO il y a eu une évolution, ça n'a pas régressé et ça permet aussi de refixer d'autres objectifs avec les enfants. Du coup, on a remis 2, 3 objectifs en place pour la suite de la réévaluation. Pour la réévaluation je leur avais dit : « j'ai les notes, on n'en parle pas, on s'en fiche complètement, moi j'ai besoin d'avoir votre avis à vous maintenant, aujourd'hui ». Donc ils ont compris le principe et on a envisagé de voir s'il fallait qu'on garde des objectifs, s'il y en avait à rajouter... etc, ça a permis de réajuster l'intervention.

Dans les avantages de la MCRO j'aime bien l'idée de la faire en deuxième intention. Notamment pour le garçon que je suis depuis 4 ans, il arrive un moment où on se connait tellement bien que c'est difficile de se fixer des objectifs et c'est bien d'avoir des outils plus précis et cadrée où il sait qu'à chaque séance on aura ce temps-là pour qu'il soit motivé. J'aime bien quand on a des prises en charge relativement courte, ça arrive de temps en temps, c'est bien aussi d'avoir leur accord, et j'aime bien l'idée de me dire qu'ils sont d'accord sur ce qu'on fait avec la MCRO. Cette notion de consensus entre le thérapeute et l'enfant, entre ce que moi je propose et ce qu'eux veulent faire. Ensuite, pour les limites de la MCRO : les enfants sont très jeunes, donc c'est difficile pour eux de pointer spontanément leurs difficultés. Ceux à qui j'ai fait l'OT'Hope et où il n'y a pas eu tellement de suite selon eux ils savaient tout faire. Même avec la multitude de cartes, on pose des questions et on a l'impression d'être en acquisition avec l'enfant. C'est un peu ce côté-là qui n'est pas très agréable. Parce que peut-être qu'ils savent faire. Il faut aussi savoir se replacer en tant que thérapeute et savoir qu'il y a des priorités qui n'en sont pas pour l'enfant et savoir les accepter. Donc, au niveau des limites de la MCRO, il y a ce côté « pointer les difficultés » qui n'est pas toujours très agréable pour l'enfant. Après je n'en ai pas effectué beaucoup mais celles que j'ai faites m'ont bien plu donc je pense que ça incite à prendre le temps de le refaire. Au niveau du temps ça peut constituer une limite parce qu'on y passe la séance, pendant une séance entière on ne fait que ça. Donc ils le savent avant, je leur annonce que c'est une séance où on pose des questions et où on ne travaille pas trop. La difficulté c'est qu'on ne les voit qu'une fois par semaine alors sur les 15 séances entre septembre et décembre, deux sont consacrées à faire passer des évaluations. Par rapport aux avantages, je trouve que c'est intéressant le fait de valoriser les occupations que l'enfant aime, et donc de ne pas toujours se centrer sur la déficience mais davantage sur la capacité à faire de l'enfant et sur ses activités.

Je continue à utiliser les mêmes bilans, l'utilisation de la MCRO n'a pas changé mes bilans. Dans certains cas, ça pourrait changer mes bilans dans la mesure où je connais déjà l'enfant. Par exemple avec Quentin je ne refais pas tous les ans les mêmes bilans. Pour avoir des chiffres,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

des cotations pour les comptes rendus je refais des choses et la MCRO pourrait changer cela en faisant moins de bilans. Dans ces conditions je fais moins de bilans mais je ne ferai pas passer que la MCRO. Dans certains cas, je pense que ça peut être possible de ne faire que la MCRO. Pour des prises en charge de très courte durée, par exemple pour des personnes qui ont des syndromes d'Ehler-Danlos. Et donc on pourrait proposer de faire uniquement la MCRO et de s'arrêter là. Sauf qu'en l'occurrence on doit aussi évaluer le graphisme, si on doit mettre en place des adaptations, je ne pourrais pas dire à la MDPH « j'ai fait juste la MCRO elle me dit qu'elle a du mal écrire », je ne suis pas sûre que ce soit possible. Mais c'est vrai que pour appuyer les demandes on a quand même besoin d'évaluations plus concrètes et moins subjectives. Pour réellement cibler les difficultés de l'enfant, on pourrait réaliser la MCRO en première intention. Ensuite, on s'appuierait sur cette évaluation pour évaluations spécifiquement les difficultés de l'enfant. Par conséquent on ne ferait pas passer que la MCRO.

L'outil MCRO

Par rapport à mon approche thérapeutique je ne pense pas voir de différence fondamentale entre avant et après la mise en place de la MCRO. Je pense que c'est juste que c'est écrit donc cela formalise davantage l'approche thérapeutique. De toute manière avec les enfants on ne peut pas faire tous ce que l'on veut quand on veut. On est obligé de suivre ce que veut l'enfant à certains moments. Si un enfant n'est pas impliqué et volontaire pour sa rééducation il ne fera rien en séance. Par conséquent il faut se baser un minimum sur ce qu'aime faire l'enfant, ce qu'il fait ou ce qu'il voudrait faire pour avancer dans la rééducation. La différence c'est que maintenant il y a évaluation, une cotation, une réévaluation avec quelque chose de validé derrière cette approche avec la MCRO. Je pense que cela a plus de valeur par rapport à ce qu'on peut apporter au reste de l'équipe que par rapport à ma propre pratique. Ça légitimise en quelque sorte notre action d'ergothérapeute. Si on explique qu'en ce moment on ne travaille pas du tout l'écriture, on peut l'expliquer en disant pourquoi avec la MCRO. Elle permet de légitimer mes actions mais aussi de préciser dans le dossier : « les objectifs de l'enfant sont..., le désir de l'enfant est..., le ressenti qu'il a de ses capacités est... ». Je pense que c'est l'approche de base que nous avons en tant qu'ergothérapeute. Normalement, c'est l'enfant, c'est le patient et nous qui gravitons autour avec une approche centrée sur le patient. Au cours de mes expériences professionnelles j'ai appris qu'on est souvent obligé de replacer l'enfant ou la personne au centre de notre processus de soins. Avec l'enfant c'est d'autant important. La notion de consensus et de négociation est vraiment importante car il faut prendre en compte des choses ayant du sens pour l'enfant. On peut très bien apprendre bêtement à faire des choses, mais ça peut ne pas fonctionner du tout. Par exemple, j'ai des enfants avec qui je travaille le graphisme mais c'est laborieux, c'est difficile, alors que quand je regarde leurs cahiers je me rends compte

L'approche thérapeutique

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

qu'ils n'écrivent pas si mal que ça à l'école. Le problème c'est qu'en ergothérapie tu les embête à travailler l'écriture.

Le fait de recentrer sur l'enfant ça n'a pas été quelque chose de difficile. Je le faisais déjà et puis j'ai un avantage c'est que j'ai 10 ans de pratique professionnelle mais j'ai aussi 8 ans de mère de famille. Donc je suis plus efficace depuis 8 ans. Tu apprends qu'en pédiatrie tu travailles avec un enfant, tu travailles avec une famille. Et je pense que la MCRO est importante par rapport aux comptes-rendus aux familles, de dire : « vous savez, ça votre enfant il le vit bien, ça pour lui ça lui va, ce n'est pas important pour lui ». Je pense que ce qui est important c'est de recueillir l'avis de l'enfant. En recentrant nos objectifs sur l'enfant ça fait du bien à tout le monde, à l'enfant, sa famille et aux rééducateurs.

L'approche thérapeutique

Par rapport à mon ressenti sur les bénéfices de la MCRO j'ai senti les enfants plus motivés qu'avant. Par exemple, avec un enfant l'objectif était d'apprendre à lire l'heure. On a d'abord travaillé sur créer une horloge, qui lui permettrait d'apprendre à lire l'heure et en faire une pour la maison, une pour le centre. Et donc il y a eu toute la façon de travailler qui était différente parce qu'on a fait en sorte de se donner les outils pour y arriver. Et c'est ça qui est intéressant c'est que ça l'obligeait à chercher, à aller fouiller un peu plus loin... Et moi à mettre d'autres moyens en place que ce qu'on peut faire travailler classiquement. Donc j'ai senti cet enfant plus motivé qu'avant. En tout cas je pense que ça lui a bien plu comme système. En règle générale, je pense que les enfants prennent plus de plaisir parce qu'on leur a demandé leurs avis. Il y a quand même beaucoup d'enfants qui viennent ici mais ils ne savent pas trop pourquoi. Nos enfants qu'on suit sont parfois là depuis des années. Qu'on leur dit de venir, qu'on leur dit de faire ça, de faire ci, puis qu'ils aillent là, on leur impose des activités. Ils sont « baladés » de rééducations en rééducations, d'emploi du temps en emploi du temps. Donc cette approche avec la MCRO permet réellement de tenir compte de ce qu'ils veulent vraiment en leur expliquant : « voilà tu es là, pourquoi on est là, pourquoi tu es là ? ». Je pense que toute cette vision est assez nouvelles ces dernières années. On a pu le voir avec les programmes d'éducation thérapeutique où on réexplique aux enfants pourquoi ils sont là. Et à ce moment-là la base de l'intervention viens d'eux. Donc les fois où ils ne sont pas motivés on est capable de leur rappeler en disant : « c'est quand même toi qui as décidé et qui a choisi ça ».

Pour les réévaluations on a effectué les comparaisons entre les cotations initiale et finale. Sur certains items quand ils n'ont pas très bien coté je leur réexplique en disant : « on a travaillé pendant 3 mois est-ce que tu penses que ça a évolué depuis ? ». Après parfois l'évolution est dite mais la note n'est pas forcément significative. Les cotations je trouve que c'est un peu difficile et je pense que ça change beaucoup en fonction de l'humeur, du moment... etc. Entre

Ressenti de l'ergothérapeute

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

5 et 6 c'est quoi la différence pour eux... Parfois 5 ça leur semble bien puis la fois d'après c'était peut-être 6. Mais en tout cas ils ont été conscients des progrès qu'ils avaient fait et ils ont été conscients des moyens qu'ils avaient mis en place. Donc les enfants ont été capables de voir cette évolution."

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

PREFMS Pôle régional d'enseignement et de formation aux métiers de la santé

Occitanie

Hôpitaux de Toulouse

Formulaire de consentement pour films, enregistrements sonores, magnétoscopiques et autres

Je, soussigné(e) : *Entretien n°4 : Mme D*
Prénom et nom en lettres majuscules

accepte que la rencontre soit enregistrée sur bande audio ou vidéo.

Je comprends que cette modalité est un outil de travail et de formation pour l'étudiant Romain BORNAND en formation à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse.

Je comprends que les enregistrements seront utilisés à des fins de travail et d'analyse par l'étudiant dans le cadre de son mémoire de fin d'études.

Seuls l'étudiant, sa superviseure ou son superviseur, sa référente ou son référent de mémoire, pourront avoir accès à l'enregistrement pour aider à l'analyse de ce dernier.

Le support audio, vidéo ou numérique ne doit pas sortir du cadre de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse. Je comprends que tous les enregistrements seront conservés de façon à ce qu'ils ne soient pas divulgués sur internet ou utilisés à d'autre fins que pour le travail de recherche du mémoire.

Il est entendu qu'il m'est possible de demander toutes les explications que je désire sur l'usage qui sera fait de ces enregistrements.

Signatures :

Personne consentante

Etudiant qui réalise l'enregistrement

Fait à : Toulouse
Lieu de signature

Date : 14/02/2019
Jour/Mois/Année

N. B : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.

Ce document doit être imprimé en double exemplaire et est **à conserver** par les deux personnes concernées.

Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse

Annexe n°45 : Formulaire de consentement d'enregistrement pour **l'entretien n°4** (Mme **D**)

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Annexe n°46 : Retranscription intégrale de **l'entretien n°4** avec Madame **D** (verbatim)

Verbatim – Entretien n°4 : (25-40 minutes)

Madame D
Nom et prénom de la personne interviewée

[Durée de l'entretien n°4 : *24 minutes 43 secondes*]. Date : 14/02/2019

Thème de mémoire : Influence de la MCRO sur l'implication des enfants dans la PEC.

Présentation de l'entretien : (5 minutes) « Bonjour, nous nous retrouvons aujourd'hui dans le cadre de mon mémoire de fin d'études autour du thème de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel en pédiatrie. J'effectue cet entretien dans une perspective de pré-enquête auprès de plusieurs ergothérapeutes pour prendre en compte leurs avis et leurs expériences afin d'affiner la question de recherche de mon sujet et d'élaborer ma question de recherche définitive. ».

“

l.1 - **Romain :** « Bonjour, merci d'être là pour participer à un entretien de mon mémoire. Mon
l.2 - mémoire porte sur la MCRO en pédiatrie. Les entretiens sont réalisés dans le but d'une pré-
l.3 - enquête et sont exploratoires. Je fais passer cet entretien auprès de plusieurs ergothérapeutes
l.4 - afin de recueillir leurs avis et leurs expériences sur la MCRO pour affiner ma question de départ.
l.5 - Ma question de départ est orientée sur l'influence de la MCRO en pédiatrie. J'essaye au travers
l.6 - de ces entretiens de mieux cibler la place de la MCRO afin de voir quelle influence elle peut
l.7 - avoir sur la prise en charge des enfants. Ensuite, si j'ai le temps et si tu es d'accord, j'aimerai
l.8 - pouvoir faire une analyse de dossiers médicaux pour soutenir les données que j'aurais récoltés
l.9 - avec les entretiens. »,

l.10 - **Mme D :** « D'accord. »,

l.11 - **Romain :** « Donc c'est pour utiliser les dossiers et les comptes-rendus pour appuyer ce que
l.12 - j'aurais récolté avec les entretiens. »,

l.13 - **Mme D :** « Oui, c'est pour ça que je t'ai donné des dossiers, il n'y a pas de problème. »,

Question de départ :

1. Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'ergothérapeute en pédiatrie ?

l.14 - **Romain :** « Alors, la première question c'est : depuis combien de temps est-ce que tu exerces
l.15 - en tant qu'ergothérapeute en pédiatrie ? »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.16 - **Mme D :** « Depuis 6 ans. »,

l.17 - **Romain :** « À Paul Dottin ? »,

l.18 - **Mme D :** « Non, j'ai travaillé avant au CHU de Rennes, en rééducation pour enfant. Et j'ai fait
l.19 - un an de libéral. »,

l.20 - **Romain :** « Ok. Mais tu n'as fait que de la pédiatrie depuis que tu es diplômée ou tu as fait
l.21 - autre chose avant ? »,

l.22 - **Mme D :** « Non, je n'ai pas fait que de la pédiatrie j'ai toujours eu un temps de travail en
l.23 - pédiatrie, mais j'ai aussi travaillé en maison de retraite, et j'ai fait 3 mois à Verdaich. »,

l.24 - **Romain :** « Donc ça fait 6 ans au total que tu as fait de la pédiatrie, et plus précisément dans
l.25 - quels domaines ? »,

l.26 - **Mme D :** « C'est beaucoup de la neurologie quand même, et après on est amené à voir d'autre
l.27 - choses mais c'est quand même beaucoup de neurologie. »,

l.28 - **Romain :** « Et à Paul Dottin ça fait combien de temps que tu y es ? »,

l.29 - **Mme D :** « Ça va faire 3 ans à peu près. ».

L'outil MCRO : (5-10 minutes).

2. Utilisez-vous l'outil MCRO depuis la formation, ou avant ? Si oui, depuis combien de temps ? Avec qui ? (Population ciblée, pathologies, âge).

l.30 - **Romain :** « Concernant à la MCRO est-ce que tu l'utilisais avant la formation ou depuis la
l.31 - formation ? »,

l.32 - **Mme D :** « On avait commencé à l'utiliser avant avec Barbara. Donc on avait acheté le bouquin,
l.33 - et on avait les fiches. On commençait à s'y pencher mais on ne l'utilisait pas complètement de
l.34 - manière adaptée, on commençait à s'y pencher, on tâtonnait. Donc on utilisait aussi les cartes
l.35 - PACS, et ce qu'on avait pu trouver pour adapter l'outil. Mais on ne l'utilisait pas de manière
l.36 - standardisée comme il fallait. »,

l.37 - **Romain :** « Du coup vous l'utilisiez par rapport à quoi ? Il y a quelque chose qui a déclenché
l.38 - ça ? »,

l.39 - **Mme D :** « C'est Barbara je crois qui a commencé à s'intéresser à ça et du coup c'est elle qui
l.40 - m'a lancé là-dedans. »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.41 - **Romain :** « D'accord, et dans ta formation d'étudiante est-ce que tu avais vu la MCRO ? »,

l.42 - **Mme D :** « Non je ne l'avais pas vue. Je l'avais vue une fois en stage mais au cours d'un des
l.43 - premiers stages. »,

l.44 - **Romain :** « D'accord, alors c'est quelque chose que tu as découvert il n'y a pas longtemps ? »,

l.45 - **Mme D :** « Oui j'ai appris ce que c'était et comment l'utiliser récemment. »,

l.46 - **Romain :** « D'accord, et est-ce que tu l'utilises avec tous tes enfants ou spécifiquement avec
l.47 - certains ? »,

l.48 - **Mme D :** « Non je ne l'utilise pas systématiquement, parce qu'avec les tous petits je ne peux pas
l.49 - le faire. »,

l.50 - **Romain :** « Tu as des enfants de quel âge ? »,

l.51 - **Mme D :** « J'ai des enfants de 2-3 ans jusqu'à 18 ans globalement. »,

l.52 - **Romain :** « Ah oui donc tu as des tout petits ? »,

l.53 - **Mme D :** « Oui donc du coup avec les tous petits je ne l'utilise pas, donc à 3 ans je ne l'utilise
l.54 - pas. Quand ils commencent à être un peu plus grands je vais utiliser l'OT'Hope. Et après la
l.55 - MCRO pour quand ils sont plus âgés ou quand ils n'ont pas de troubles cognitifs. Parce que le
l.56 - fait de donner une note c'est plus compliqué, avec certains enfants trop petits ce n'est pas
l.57 - accessible. »,

l.58 - **Romain :** « La population que tu prends en charge a-t-elle des pathologies spécifiques ou bien
l.59 - c'est hétérogène ? »,

l.60 - **Mme D :** « C'est un peu hétérogène. La MCRO je peux l'utiliser en tant qu'MCRO pure ou je
l.61 - l'utilise des fois en post-op. Parce que des fois en hospitalisation complète on a des enfants qui
l.62 - viennent se faire hospitaliser après une chirurgie et je peux être amenée à effectuer un suivi de
l.63 - courte durée, et dans ces cas-là je fais passer une MCRO pour avoir des objectifs spécifique en
l.64 - temps limité. »,

l.65 - **Romain :** « D'accord. Donc c'est à partir de quel âge du coup que tu utilises la MCRO ? »,

l.66 - **Mme D :** « C'est difficile à dire, ça dépend surtout du niveau cognitif de l'enfant. »,

l.67 - **Romain :** « Le plus petit que tu es eu par exemple c'est quel âge ? »,

l.68 - **Mme D :** « 7-8 ans, 7 ans à peu près. »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.69 - **Romain :** « D'accord, et après tu l'utilises jusqu'à 18 ans ? »,

l.70 - **Mme D :** « Oui. ».

3. Comment amenez-vous l'entretien ? Qu'est-ce que vous dites aux enfants ?

l.71 - **Romain :** « L'entretien quand tu l'amènes aux enfants tu le présentes comment ? Qu'est-ce que
l.72 - tu dis aux enfants avant de faire passer la MCRO ? »,

l.73 - **Mme D :** « Je leur dit qu'on va parler de leur autonomie, de ce qu'ils font au quotidien et je leur
l.74 - présente la grille de la MCRO. Je leurs explique que c'est des mots canadiens donc que c'est
l.75 - un peu compliqué et que je vais leur expliquer. Ensuite je leur demande de noter leurs prénoms,
l.76 - s'ils peuvent ils remplissent la feuille avec moi. Majoritairement ils le font. Et après je leur
l.77 - explique qu'on va parler de leurs difficultés, que c'est à eux de dire ce qu'ils arrivent à faire, ce
l.78 - qu'ils n'arrivent pas à faire et qu'il y a des catégories pour les aider à penser à tout. Et du coup
l.79 - on prend les catégories dans l'ordre et à chaque fois ils me disent s'ils rencontrent des problèmes
l.80 - et des difficultés ou non. »,

l.81 - **Romain :** « Fais-tu passer l'OT'Hope à chaque fois ? »,

l.82 - **Mme D :** « Non, alors soit je fais l'OT'Hope, soit je fais la MCRO. »,

l.83 - **Romain :** « D'accord, donc tu ne fais jamais les deux ? »,

l.84 - **Mme D :** « Non je ne mélange pas les deux. L'OT'Hope je vais l'utiliser s'il y a un problème de
l.85 - communication, s'il y a une barrière de la langue puisque j'ai beaucoup d'enfants qui ne parlent
l.86 - pas français, donc c'est vrai que ça aide avec les images, ou pour les plus petits. C'est plus
l.87 - visuel pour les petits, à manipuler c'est plus simple quand ils n'ont pas l'accès aux notes. ».

4. Comment se passe la passation, la cotation, <u>avec ou sans</u> les parents ? (Réglettes, facilité d'utilisation, consignes d'explication, difficultés, supports utilisés comme l'OT'Hope).

l.88 - **Romain :** « Pour la passation, on commençait déjà à en parler, tu utilises des réglettes ou
l.89 - pas ? »,

l.90 - **Mme D :** « Oui. Alors pour les ados qui n'ont pas de troubles cognitifs je n'en utilise pas. Mais
l.91 - pour les moins de 10 ans j'utilise les réglettes, ou quand il y a des troubles cognitifs. Souvent
l.92 - j'ai des ados dans le cadre de programme douleur et des SED qui n'ont pas de troubles cognitifs
l.93 - donc je n'utilise pas les réglettes. Ils remplissent la feuille eux-mêmes. »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.94 - **Romain :** « Et ils comprennent assez facilement la notion de chiffres ou pas ? »,

l.95 - **Mme D :** « Oui. »,

l.96 - **Romain :** « Pour les réglettes tu utilises les réglettes pédiatriques ou les réglettes classiques ? »,

l.97 - **Mme D :** « Pédiatrique. »,

l.98 - **Romain :** « D'accord. Est-ce que tu arrives facilement à expliquer les cotations ? La différence
l.99 - entre satisfaction, rendement etc ? »,

l.100 - **Mme D :** « Ça va, mais je n'utilise pas le mot rendement, c'est un mot canadien, donc je parle
l.101 - plus de "capacité", "comment ils arrivent à le faire", parce que rendement ça ne leur parle pas
l.102 - du tout, j'ai des enfants qui ne le comprennent pas. »,

l.103 - **Romain :** « Donc tu n'as pas eu trop de difficultés pour expliquer ? »,

l.104 - **Mme D :** « Non parce que je cible déjà sur la MCRO et l'OT'Hope, donc généralement dans la
l.105 - MCRO je sais que ceux à qui je le fais passer vont mieux comprendre. Généralement on ne fait
l.106 - pas la MCRO en première intention tant qu'on n'a pas vu l'enfant. »,

l.107 - **Romain :** « Tu attends de connaître l'enfant est et ses capacités pour te diriger vers un des deux
l.108 - outils ? »,

l.109 - **Mme D :** « Oui, je les vois minimum une séance avant. Si c'est dans l'évaluation initiale je
l.110 - regarde ce qui convient le mieux. ».

5. Effectuez-vous une réévaluation ? Comment ?

l.111 - **Romain :** « Est-ce que tu as effectué des réévaluations ? »,

l.112 - **Mme D :** « Oui. Alors ce n'est pas la majorité du temps. Parce que je l'utilise souvent sur des
l.113 - prises en charge courtes sur l'hospitalisation complète donc réévaluer au bout de 3 semaines
l.114 - c'est un peu court puis ça prend du temps. Donc du coup je ne les vois pas énormément si je
l.115 - fais deux MCRO ça me prend quasiment deux séances donc on n'a pas forcément le temps.
l.116 - Mais j'ai fait quelques réévaluations sur des prises en charge plus longues. »,

l.117 - **Romain :** « Et comment tu amènes les réévaluations tu leurs dis quoi ? »,

l.118 - **Mme D :** « Et bah je leur dis qu'on va refaire le point là-dessus et je leur redonne la feuille en
l.119 - cachant les notes qu'ils ont déjà mises avant et du coup on reprend chaque point qu'ils ont mis

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.120 - en disant : "alors aujourd'hui..." et après je leurs enlève quand même pour qu'ils voient
l.121 - l'évolution. »,

l.122 - **Romain :** « Oui tu leur montre quand même l'évolution ? »,

l.123 - **Mme D :** « Oui. Pour qu'ils se rendent compte. Pour l'instant il y a toujours eu une évolution
l.124 - positive, donc peut être que si les notes étaient moins bien je ne le ferais pas. »,

l.125 - **Romain :** « Et du coup avant de faire les réévaluations tu les avais prévenus que tu allais faire
l.126 - cela ou pas ? »,

l.127 - **Mme D :** « Oui on fixe une date. Souvent quand je ne connais pas la durée de leur séjour je fixe
l.128 - une date de réévaluation avec eux. »,

l.129 - **Romain :** « D'accord donc tu leur dis à tel moment on fera ça ? »,

l.130 - **Mme D :** « Oui je vois avec eux en disant : "tu sortiras après ces dates-là, on refera le point
l.131 - ensemble avant", puis on regarde ensemble à quelle date on fait la réévaluation. Si les objectifs
l.132 - sont sur une plus longue durée, par exemple sur l'HDJ je ne mets pas de date parce que c'est
l.133 - un peu plus compliqué de savoir quand on va le réévaluer mais souvent sur l'HDJ après la
l.134 - MCRO je fais une GAS avec le petit escalier et quand ils sont arrivés en haut souvent on
l.135 - réévalue avec la MCRO. »,

l.136 - **Romain :** « D'accord, donc ça les situe un peu. »,

l.137 - **Mme D :** « Oui quand ils arrivent en haut de l'escalier ils savent qu'on va fixer d'autres
l.138 - objectifs. ».

6. Quels avantages et limites trouvez-vous à la MCRO ? (Temps, adhésion difficile à l'outil...).

l.139 - **Romain :** « La prochaine question va être un peu plus large : quels sont les avantages et limites
l.140 - que tu trouverais à la MCRO ? »,

l.141 - **Mme D :** « Les avantages c'est que l'enfant peut pour une fois s'exprimer, parce que souvent
l.142 - c'est nous qui les guidons. Au-delà de ça, en rééducation ils ont peu de prises sur leurs soins et
l.143 - on leur laisse peu de place à l'expression. Ça permet aussi d'avoir un meilleur investissement
l.144 - de l'enfant parce que ce sont des difficultés qu'ils retrouvent dans leurs quotidiens. Quand on
l.145 - va le retravailler ensemble ils vont être plus investis, parce qu'ils auront l'envie de progresser
l.146 - dans ce domaine-là. Donc ça c'est chouette. Je trouve que la passation est assez rapide donc
l.147 - pour des enfants avec de bonnes capacités cognitives c'est assez rapide à faire, j'aime bien.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.148 - Ensuite, au niveau des limites de la MCRO, c'est qu'on ne peut pas faire que ça. Déjà ça ne
l.149 - peut pas convenir à tous les enfants parce qu'il y a des enfants qui ne vont pas y avoir accès.
l.150 - En effet, comprendre la satisfaction, le rendement, la notation, ça va être trop compliqué pour
l.151 - eux. Il y a aussi des enfants qui ne vont pas réussir à s'exprimer sur leurs activités de la vie
l.152 - quotidienne, c'est très dur pour eux de parler de leurs difficultés. J'avais un enfant avec qui j'ai
l.153 - essayé, que ce soit OT'Hope ou la MCRO c'était trop dur pour lui de parler de ses difficultés.
l.154 - Il y en a certains qui ne vont pas exprimer grand-chose. »,

l.155 - **Romain :** « C'est par rapport à l'acceptation du handicap, ou par rapport à autre chose ? »,

l.156 - **Mme D :** « Oui l'acceptation de leurs difficultés. Soit, ils vont te dire : "tout va bien", soit ils
l.157 - vont se renfermer et ils ne vont rien dire du tout, il y en a plusieurs qui ont fait ça. Ils n'ont tout
l.158 - simplement pas envie de parler de leurs difficultés, c'est trop dur pour eux. Après pour les
l.159 - limites on ne peut pas faire que la MCRO mais comme pour tous les bilans. La plus grosse
l.160 - limite pour moi c'est l'accessibilité au bilan, tout le monde ne peut pas le faire. Après comme
l.161 - on a l'OT'Hope à côté, les cartes PACS on arrive des fois à le faire autrement, et à obtenir les
l.162 - mêmes résultats avec d'autres outils. Mais c'est plus accessible pour un adulte plutôt que pour
l.163 - des enfants en pédiatrie. ».

7. Utilisation de la MCRO seule ou en complément d'autres bilans ? Si oui, lesquels ? Est-ce possible de ne passer que la MCRO ? Pourquoi ?

l.164 - **Romain :** « Tu m'as dit que tu ne l'utilisais pas la MCRO seule ? »,

l.165 - **Mme D :** « Non. »,

l.166 - **Romain :** « Tu continues à utiliser les mêmes bilans ou pas ? »,

l.167 - **Mme D :** « Oui. Pour moi ce n'est pas envisageable de ne faire que la MCRO. Parce qu'avec la
l.168 - MCRO l'enfant va te dire par exemple : "je ne sais pas faire mes lacets, ça m'embête", mais tu
l.169 - ne sais pas si c'est dû à un trouble praxique ou un trouble moteur, alors ça peut être compliqué
l.170 - d'avoir un bon axe de travail derrière pour une rééducation adaptée. En fait, il faut savoir
l.171 - pourquoi il n'arrive pas à le faire pour travailler correctement, ce qui nécessite forcément des
l.172 - bilans. Ils doivent se faire avant ou après la MCRO. Et en plus en pédiatrie je trouve que si tu
l.173 - ne fais que la MCRO, l'enfant va pointer des difficultés mais il en a surement plein d'autres au
l.174 - quotidien qu'il ne peut pas t'évoquer et qui vont être très importante quand même à travailler.
l.175 - Typiquement l'enfant ne va pas forcément te dire que l'écriture c'est difficile, sauf que
l.176 - l'écriture c'est quand même très important pour enfant pour sa scolarité. Pour que tu travailles

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.177 - l'écriture ou que tu mettes en place d'autres outils. Il va falloir quand même s'y pencher. S'il
l.178 - ne te le dit pas, tu ne vas pas le travailler, tu pars du principe que tu ne l'évalues pas et que tu
l.179 - ne le travailles pas. Du coup, l'enfant pour lui ça ne le dérangera pas mais rapidement tu vas
l.180 - avoir l'école qui va t'appeler et tu vas avoir des soucis. Et voilà, l'enfant je pense qu'il ne se
l.181 - rend pas forcément compte de toutes ses difficultés et de tout ce que ça impliquera pour lui
l.182 - quand il va grandir. »,

l.183 - **Romain :** « Donc tu penses que faire passer uniquement des MCRO, en tout cas en pédiatrie,
l.184 - ce n'est pas possible ? »,

l.185 - **Mme D :** « Moi je ne le ferais pas. Après il y a peut-être des gens qui travaillent comme ça. Moi
l.186 - je pourrais le faire à la rigueur pour certains enfants qui sont là pour des prises en charges
l.187 - courtes dédiées comme les programmes douleurs ou en post-op où ils sont là pour 3 semaines,
l.188 - 1 mois et donc là c'est bien d'avoir des choses très fonctionnelles à travailler. Mais dans le cas
l.189 - où on ne sait pas d'où provient le problème c'est un peu plus compliqué. »,

l.190 - **Romain :** « Ok. Par rapport aux bilans que tu fais passer, est-ce que ça a changé ou non ? Tu
l.191 - utilises toujours les mêmes ? »,

l.192 - **Mme D :** « J'utilise toujours les mêmes. ».

Evolution dans l'approche thérapeutique : (5-10 minutes).

8. Avant / Après l'utilisation de la MCRO ? Avez-vous perçu des changements dans votre approche thérapeutique ? (Approche client-centré)

l.193 - **Romain :** « Pour l'approche thérapeutique, avant et après l'utilisation de la MCRO tu as perçu
l.194 - des changements ? Sur ton approche, ta position par rapport à l'enfant ? »,

l.195 - **Mme D :** « L'approche a changé mais elle avait déjà commencé à changer avant quand on s'y
l.196 - est penché dessus avec Barbara, dans le sens où avant c'était nous qui mettions les objectifs,
l.197 - c'était vraiment une approche à l'ancienne où c'est le rééducateur qui met en place les objectifs
l.198 - et c'est lui qui fait ses choix. Alors que maintenant on place plus l'enfant au centre pour qu'il
l.199 - ait une meilleure implication. Après c'est un plus comme avec les échelles GAS où l'enfant est
l.200 - plus acteur de ce qu'il va faire. Après voilà on avait commencé avant la formation à avoir cette
l.201 - approche. ».

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

9. Est-ce que le changement de pratique, se centrant davantage sur les attentes de l'enfant, a été facile à réaliser ? (Responsabilisation de l'enfant, positionnement dans une relation égalitaire, écoute du patient, mise en retrait du thérapeute).

l.202 - **Romain :** « Et est-ce que ce changement de pratique a été facile à réaliser ou pas ? »,

l.203 - **Mme D :** « Oui, c'est assez simple à mettre en place. Ce qui est plus compliqué parfois c'est
l.204 - avec les autres professionnels. »,

l.205 - **Romain :** « Oui, par rapport à quoi ? »,

l.206 - **Mme D :** « Parfois, ils ne comprennent pas le sens et certains vont continuer à penser qu'il faut
l.207 - faire travailler absolument certaines choses même si l'enfant ne veut pas et qui seront assez
l.208 - réticent avec cette approche. »,

l.209 - **Romain :** « C'est assez facile à expliquer aux autres professionnels ? »,

l.210 - **Mme D :** « Alors, ça dépend des gens. Il y en a qui sont très ouverts, et il y a des gens plus "à
l.211 - l'ancienne" pour qui c'est plus compliqué. Dans mon service ça se passe bien mais il y aura
l.212 - toujours des réticences de certaines personnes. Changer les choses c'est compliqué des fois. »,

l.213 - **Romain :** « Est-ce que le fait de te centrer sur les attentes de l'enfant et lui laisser un peu plus
l.214 - de place a été dur à réaliser ou pas ? »,

l.215 - **Mme D :** « Non, ce n'était pas dur. La seule difficulté que je n'ai pas évoquée c'est que dans la
l.216 - MCRO l'enfant peut s'exprimer sur des choses qui ne sont pas ergo dans leurs difficultés et
l.217 - c'est là où c'est difficile, parce que quand ils te disent : "je veux faire de la trottinette", tu as
l.218 - l'air bête, parce que nous on ne va pas forcément travailler cet objectif. Ce serait plutôt les
l.219 - kinés, et d'aller voir les kinés en disant qu'il faut travailler cet objectif parce que l'enfant l'a
l.220 - choisi ça ne passe pas toujours bien. C'est un peu compliqué au niveau du travail d'équipe.
l.221 - Sachant que ce n'est pas forcément des objectifs qui sont adaptés à sa progression à l'heure
l.222 - actuelle. Donc ça touche aussi à des versants éducatifs, des fois l'éducateur peut être contrarié
l.223 - par ça et qu'on arrive et leur dire quoi faire. Cela peut paraître un peu directif, on n'est pas
l.224 - forcément bien vu, il faut bien l'amener et bien l'expliquer ce qui n'est pas forcément évident. »,

l.225 - **Romain :** « Et dans l'équipe vous avez fait quelque chose pour dire que vous avez été formées
l.226 - ou pas ? »,

l.227 - **Mme D :** « Moi je l'ai présenté en HC. »,

l.228 - **Romain :** « D'accord. »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.229 - **Mme D :** « J'avais vu avec le médecin, c'était une de ses demandes donc j'ai présenté la MCRO
l.230 - et l'OT'Hope à tout le personnel du service (soignants, rééducatif, éducateurs). »,

l.231 - **Romain :** « Ok. ».

Bénéfices de la MCRO et de son approche, le ressenti de l'ergothérapeute sur la situation de l'enfant : (10-15 minutes).

10. Avez-vous observé des changements chez l'enfant et des bénéfices pour lui après la mise en place de cette approche ? Le trouvez-vous plus impliqué, mieux investi ? (Autonomisation, engagement, participation, motivation, meilleure implication, rendement, performance...).

l.232 - **Romain :** « Par rapport aux bénéfices que l'enfant peut ressentir par rapport à cette approche,
l.233 - est-ce que tu as observé des changements chez l'enfant avec l'utilisation de la MCRO ? »,

l.234 - **Mme D :** « Alors, sur les séjours courts je ne les connaissais pas avant donc je ne peux pas te
l.235 - dire. Mais sur l'hôpital de jour avec les enfants que je suivais depuis un moment, oui. Il y a
l.236 - certains des enfants qui étaient déjà très impliqués dans leurs rééducations donc ça n'a pas
l.237 - beaucoup changé. Après il y a des enfants effectivement avec lesquels je travaille le graphisme
l.238 - pour qui ça n'a pas vraiment de sens. Et d'avoir fait la MCRO c'est vrai qu'ils sont plus partie
l.239 - prenante de la rééducation, ils sont un peu plus motivés. Ce qui ne m'empêche pas de travailler
l.240 - le graphisme pendant une partie de la séance. Mais du coup il y a une partie de la séance où ils
l.241 - font des choses qui leur parlent et où ils voient vraiment l'objectif qu'il y a derrière. Tout ça
l.242 - permet qu'ils soient plus motivés à venir en séance et ils sont plus acteurs, plus content de venir
l.243 - en rééducation. Ils sont plus impliqués. Après le revers de ça c'est qu'ils sont plus impliqués
l.244 - mais s'ils n'atteignent pas l'objectif on peut avoir des soucis. Par exemple, j'ai une enfant en
l.245 - HC qui s'était fixée des objectifs sur un séjour court, des objectifs qui étaient très bien, très
l.246 - fonctionnels, sauf que les premières séances elle s'est rendue compte que ça allait être difficile
l.247 - de les atteindre. Elle s'est mise à pleurer en séance parce qu'elle s'est dit si je ne remplis pas
l.248 - mes objectifs... Cela lui avait mis la pression et une responsabilité importante. Donc ça dépend
l.249 - voilà des enfants. Au final elle a réussi mais si elle n'avait pas réussi ça aurait pu être compliquer
l.250 - à rattraper derrière. »,

l.251 - **Romain :** « Oui il y aurait eu un impact. »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.252 - **Mme D :** « Oui il y a des enfants qui peuvent se mettre une pression derrière ça en disant : "oula
l.253 - ça c'est ma difficulté on a dit du coup qu'on allait travailler il faut que je réussisse absolument"
l.254 - surtout s'il y a une date de réévaluation ça peut être plus difficile. Mais du coup c'est le même
l.255 - principe que l'échelle GAS. Si on ne va pas en haut de l'escalier, ils vont avoir l'impression
l.256 - qu'ils ont échoué. Il y en a certains qui s'en fichent complètement mais d'autres pour qui ça va
l.257 - être difficile. ».

11. Pensez-vous que l'enfant éprouve un gain de pouvoir dans les décisions concernant sa thérapie ? (Contrôle, bien-être, auteur de sa thérapie).

l.258 - **Romain :** « Est-ce que tu penses que l'enfant éprouve, ressent, ce gain de pouvoir, ce gain de
l.259 - contrôle sur sa thérapie ? Le fait qu'il puisse participer aux décisions, en se fixant des objectifs.
l.260 - Est-ce que tu penses qu'il ressent tout ça ? »,

l.261 - **Mme D :** « Je vais dire oui, j'espère. »,

l.262 - **Romain :** « Est-ce qu'il y a des situations où tu t'es dit : "là ça se voit que l'enfant est plus
l.263 - acteur de sa thérapie" ? »,

l.264 - **Mme D :** « Oui. Pas sur tous. Mais il y en a certains arrivent en disant : "on va travailler ça, on
l.265 - va faire ça", enfin ils ont repéré leurs objectifs et ils arrivent en séance en disant : "bon
l.266 - aujourd'hui on va travailler ça et ça, ce sont mes objectifs et c'est moi qui ai décidé de faire
l.267 - ça". Mais ce n'est pas vrai pour la majorité des enfants. Les autres on leur rappelle si besoin. »,

l.268 - **Romain :** « Donc ils se souviennent quand même de leurs objectifs assez facilement ? »,

l.269 - **Mme D :** « Oui tous. Vu que ce sont eux qui les ont trouvés oui. ».

12. Lors des réévaluations effectuées, l'enfant voit-il son évolution ? Y-a-t-il une évolution notable dans la cotation ?

l.270 - **Romain :** « Pour les évaluations que tu as effectuées est-ce que l'enfant comprend son
l.271 - évolution et voit son évolution par rapport aux cotations ? »,

l.272 - **Mme D :** « Oui. Après les réévaluations je les ai faites surtout sur les ados. Donc ils comprennent
l.273 - bien. La majorité du temps, ils ne s'étaient pas forcément rendus compte qu'ils avaient
l.274 - progressés dans ce domaine-là. Et du coup, le fait de voir qu'ils avaient à la base 2/10 et qu'ils
l.275 - sont arrivé à 6, même si ce n'est pas 10/10 ils réalisent leur progrès. Donc ça leur permet de se
l.276 - rendre compte que justement dans les deux derniers mois ils ont fait quand même pas mal de
l.277 - progrès. »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.278 - **Romain :** « Ça leur apporte du plaisir tu penses de savoir ça ? »,

l.279 - **Mme D :** « Oui, ils étaient contents de se réévaluer, de se rendre compte qu'ils avaient mis eux
l.280 - même des meilleures notes sur leurs capacités. Chaque fois c'est un bon moment, ils sont
l.281 - contents, ils se rendent compte de leur évolution. C'est vrai que souvent on fait des bilans et on
l.282 - ne montre pas forcément toujours les résultats parce que parfois ils restent déficitaires donc
l.283 - avec la MCRO ça permet vraiment qu'ils s'en rendent compte et que ce soit eux qui aient mis
l.284 - les notes c'est aussi important. ».

Fin de l'entretien : Merci pour votre participation à mon mémoire par cet entretien.

Auriez-vous quelque chose à ajouter sur la MCRO en pédiatrie à laquelle je n'aurais pas pensé ?

l.285 - **Romain :** « Est-ce que tu as des choses à rajouter auxquelles je n'aurais pas pensé ou que je
l.286 - n'aurais pas abordé ? Par rapport à la MCRO ? »,

l.287 - **Mme D :** « Non, c'est complet, c'est assez clair. Il est bien fait ton questionnaire. »,

l.288 - **Romain :** « D'accord, merci beaucoup, pour ta participation. ». ”

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Annexe n°47 : Retranscription reformulée et synthétisée des données récoltées par **l'entretien n°4** avec Madame **D**

Retranscription reformulée et synthétisée des données récoltées par l'entretien n°4 :

Madame D
Nom et prénom de la personne interviewée

****** *E4**

Question de départ

"J'exerce en tant qu'ergothérapeute en pédiatrie depuis maintenant 6 ans. J'ai travaillé avant au CHU de Rennes, en rééducation pour enfants. Et j'ai fait un an de libéral. J'ai travaillé aussi en maison de retraite, et j'ai fait 3 mois à la clinique Verdaich. Ça va faire trois ans que je travaille au centre Paul Dottin. On a beaucoup de neurologie.

L'outil MCRO

La MCRO on avait commencé à l'utiliser avant la formation avec Barbara. Donc on avait acheté le livre et les feuilles d'explications. On a commencé à s'y pencher mais on ne l'utilisait pas de manière standardisée. On utilisait aussi les cartes du PACS, et d'autres moyens pour adapter la MCRO. C'est Barbara qui a commencé à utiliser cet outil et j'ai regardé ça avec elle. Sinon dans ma formation initiale je n'en avais pas entendu parler, je l'avais vu une fois en stage mais c'était un de mes premiers stages donc je ne m'en souviens pas. Je ne l'utilise pas en systématique, parce qu'avec les tous petits c'est compliqué. Je prends en charge des enfants de 2-3 ans jusqu'à 18 ans globalement. Du coup avec les tous petits je ne l'utilise pas avant 3 ans et quand ils commencent à être un peu plus grands je vais utiliser l'OT'Hope. Après j'utilise la MCRO pour quand ils sont plus âgés ou quand ils n'ont pas de troubles cognitifs associés. Parce que le fait de devoir donner les notes c'est un plus compliqué et avec certains ce n'est pas accessible. Pour la population à qui je fais passer la MCRO c'est hétérogène, il n'y a pas de pathologies particulières. La MCRO je peux l'utiliser soit en MCRO pure ou alors parfois en post-opératoire. Quelques des fois en hospitalisation complète on a des enfants qui viennent se faire hospitaliser après une chirurgie et donc je peux être amenée à effectuer un suivi court et dans ces cas-là je leur fais passer une MCRO pour avoir des objectifs dans un temps limité. J'utilise la MCRO dès que je sens que l'enfant est en capacité de pouvoir faire ce bilan. C'est assez difficile de fixer un âge auquel je fais passer la MCRO car les enfants ont tous des capacités différentes et ça dépend surtout de leur niveau cognitif. Par exemple, le plus petit à qui j'ai fait passer une MCRO avait 7 ans. Puis après je l'utilise jusqu'à 18 ans.

Quand je présente la MCRO aux enfants je leur dis qu'on va parler de l'autonomie, de ce qu'ils font au quotidien et je leur présente la feuille de la MCRO directement. Donc je leur donne la feuille et je leur explique que ce sont des mots canadiens donc que c'est un peu

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

compliqué. Je leur demande déjà de noter leur prénom, s'ils peuvent ils remplissent la feuille. Majoritairement ils le font. Et après je leur explique qu'on va parler de leurs difficultés, que c'est à eux de dire ce qu'ils arrivent à faire, ce qu'ils n'arrivent pas à faire et qu'il y a des catégories pour les aider à penser à tous. On prend les catégories dans l'ordre et à chaque fois ils me disent s'il y a des problèmes ou non. Pour la passation soit je fais l'OT'Hope, soit je fais la MCRO. Je ne mélange pas les deux. L'OT'Hope je vais l'utiliser s'il y a un problème de communication, s'il y a une barrière de la langue puisque j'ai beaucoup d'enfants qui ne parlent pas français, donc c'est vrai que ça aide avec les images, ou pour les petits. C'est plus visuel pour les petits et à manipuler c'est plus simple quand ils n'ont pas l'accès aux cotations et aux notes.

Pour la passation, j'utilise généralement des réglettes. Pour les adolescents qui n'ont pas de troubles cognitifs je n'en utilise pas. Mais pour les enfants de moins de dix ans j'utilise les réglettes, ou quand il y a des troubles cognitifs. Souvent j'ai des adolescents dans le cadre de programme douleur et des SED qui n'ont pas de troubles cognitifs donc je n'utilise pas les réglettes. Ils remplissent la feuille eux-mêmes. Ils comprennent assez facilement la cotation de 1 à 10 donnée pour chaque activité. J'arrive assez facilement à expliquer les réglettes. Je n'utilise pas le mot rendement, c'est un mot canadien, donc je parle plus de "capacité", "comment ils arrivent à le faire", parce que le mot rendement ça ne leur parle pas du tout. Généralement les enfants arrivent quand même à bien comprendre les cotations. J'oriente en amont sur la MCRO ou sur l'OT'Hope, donc si je pars sur la MCRO je sais que les enfants seront en capacité de répondre. Généralement on ne fait pas la MCRO en première intention tant qu'on n'a pas vu l'enfant. Je les vois minimum une séance avant.

J'ai effectué des réévaluations. Pas dans la majorité des cas, parce que je l'utilise souvent sur des prises en charge courtes sur l'hospitalisation complète, donc réévaluer au bout de trois semaines c'est un peu court et ça prend du temps. Du coup je ne les vois pas énormément si je fais deux MCRO ça me prend quasiment deux séances donc on n'a pas forcément le temps. Mais j'en ai faite quelques-unes sur des prises en charge plus longues. Donc je leur dis qu'on va refaire le point là-dessus et je leur donne la feuille en cachant les notes qu'ils ont déjà mises avant et du coup on reprend chaque problème en disant alors aujourd'hui tu te situes comment par rapport au rendement et à la satisfaction. Ensuite je leur montre les notes de la dernière fois pour qu'ils voient leur évolution. Pour l'instant il y a toujours eu une évolution positive, donc peut être que si les notes étaient moins bonnes je ne le ferai pas. Normalement pour prévoir les réévaluations on fixe une date au moment de l'évaluation initiale. Quand je connais la durée de leur séjour l'enfant et moi fixons ensemble une date de réévaluation. Si les objectifs sont sur une plus longue durée, par exemple sur l'HDJ je ne mets pas de date parce que c'est un peu

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

plus compliqué de savoir quand on va le réévaluer. Mais souvent sur l'HDJ après la MCRO je fais une GAS avec le petit escalier et quand ils sont arrivés en haut souvent on réévalue avec la MCRO.

Les avantages de la MCRO selon moi sont que l'enfant peut pour une fois s'exprimer, parce que souvent c'est nous qui guidons la prise en charge. Au-delà de cela, en rééducation ils ont peu de prises sur leurs soins et on leur laisse peu de place à l'expression. Ça permet aussi d'avoir un plus fort investissement de l'enfant parce que ce sont des difficultés qu'ils retrouvent dans leurs quotidiens. Donc, quand on va le retravailler en séance, ils seront plus investis, parce qu'ils auront l'envie de progresser dans ce domaine-là. Je trouve que la passation est assez rapide donc pour des enfants avec de bonnes capacités cognitives c'est assez rapide à faire. Une des limites de la MCRO c'est qu'on ne peut pas faire que ça. De plus, cet outil peut ne pas convenir à tous les enfants. Comprendre la satisfaction, le rendement, la notation va être trop compliqué pour eux. Il y a des enfants qui ne vont pas réussir à s'exprimer sur leurs activités de la vie quotidienne tout simplement car leurs difficultés sont trop difficiles à exprimer. Il y en a certains qui ne vont pas exprimer grand-chose par rapport à l'acceptation de leur handicap et de leurs difficultés. Soit, ils vont te dire « tout va bien », soit ils vont se renfermer et ils ne vont rien dire, il y en a plusieurs qui ont fait ça. Ils n'ont tous simplement pas envie de parler de leurs difficultés, c'est trop dur. La plus grosse limite pour moi c'est l'accessibilité au bilan, tout le monde ne peut pas le faire. Après comme on a l'OT'Hope à côté, les cartes PACS on arrive des fois à le faire autrement. Mais c'est quand même plus accessible avec les adultes qu'en pédiatrie.

Je continue à utiliser les mêmes bilans qu'avant. Pour moi ce n'est pas envisageable de ne faire que la MCRO. Parce qu'avec la MCRO l'enfant va dire par exemple : « je ne sais pas faire mes lacets, ça m'embête », mais tu ne sais pas si c'est dû à un trouble praxique ou un trouble moteur, alors tu ne sais pas quelles fonctions rééduquer. Il faut savoir pourquoi il n'arrive pas à le faire pour le travailler correctement donc il faut forcément des bilans en plus. D'autant plus qu'en pédiatrie je trouve que si tu fais uniquement la MCRO, l'enfant va énoncer certaines difficultés mais il en a surement d'autres au quotidien qu'il ne peut pas évoquer et qui vont être très importantes quand même à travailler. Typiquement l'enfant ne va pas forcément te dire que l'écriture c'est difficile, sauf que l'écriture c'est quand même très important pour un enfant scolarisé. S'il ne te le dit pas, tu ne vas pas le travailler, tu pars du principe que tu ne l'évalues pas et que tu ne le travailles pas. Cela ne dérangera pas l'enfant mais l'école va rapidement te recontacter pour te demander pourquoi l'écriture n'est pas travaillée. De plus, je pense que l'enfant ne se rend pas forcément compte de toutes ses difficultés et de tout ce que cela implique.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Je pourrais éventuellement ne faire passer que la MCRO pour certains enfants qui sont là pour des prises en charges courtes où c'est bien d'avoir des choses très fonctionnelles à travailler.

L'approche thérapeutique

Par rapport à mon approche thérapeutique elle a changé mais elle avait déjà commencé à changer avant la formation. Avant c'était nous qui fixions les objectifs et c'était vraiment une approche à l'ancienne où c'est le rééducateur qui met en place les objectifs. Alors que maintenant on met davantage l'enfant au centre pour qu'il ait une meilleure implication et donc ça va avec les échelles GAS où l'enfant est plus acteur de ce qu'il va faire.

Ce changement de pratique est assez simple à mettre en place après ce qui est plus compliqué c'est des fois avec les autres professionnels. Afin qu'ils comprennent le sens de ce bilan et de cette approche thérapeutique. Dans mon service ça passe bien mais il y aura toujours des réticences de certaines personnes. Le fait de me centrer sur les attentes de l'enfant et lui laisser un peu plus de place ça n'a pas était dur à faire. La seule difficulté que je n'ai pas énoncée peut-être c'est que dans la MCRO l'enfant peut s'exprimer sur des choses qui ne sont pas spécifiques à l'ergothérapie dans leurs difficultés et c'est là où c'est difficile, parce que quand ils te disent : « je veux faire de la trottinette », tu as l'air bête, parce qu'on ne va pas forcément le travailler, ce sont les kinésithérapeutes. Et aller voir les kinésithérapeutes en disant il faut travailler la trottinette parce qu'il veut faire de la trottinette ça ne passe pas toujours bien. C'est un peu compliqué au niveau du travail d'équipe. Sachant que ce n'est pas forcément des difficultés qui sont adaptées dans la progression de l'enfant à l'heure actuelle. Cette approche avec la MCRO peut parfois toucher d'autres professions comme les éducateurs. Cela nécessite des explications pour ne pas que l'ergothérapeute soit considéré comme trop directif. J'ai présenté la MCRO et l'OT'Hope à tout le personnel du service en hospitalisation complète (soignants, rééducatif, éducateurs) car c'était une demande du médecin.

Ressenti de l'ergothérapeute

Par rapport aux bénéfices que l'enfant peut retirer de cette approche. Sur les séjours courts je ne les connaissais pas avant donc je n'ai pas d'éléments de comparaison. Mais sur l'hôpital de jour sur les enfants que je suivais depuis un moment, oui il y a eu des bénéfices. Il y a certains des enfants qui étaient déjà très impliqués dans leurs rééducations donc ça n'a pas changé. Sinon il y a certains enfants pour qui les objectifs travaillés prennent plus de sens avec cet outil. La MCRO permet aux enfants d'être plus partie prenante de la rééducation, et plus motivés. Ce qui ne m'empêche pas de travailler d'autres objectifs comme le graphisme sur une partie de la séance. Il y a une partie de la séance où ils font des choses qui leur parlent où ils voient vraiment l'objectif qu'il y a derrière et donc ils sont plus motivés à venir, plus acteurs, et plus content de venir en rééducation, ils sont plus impliqués. Une des limites de la MCRO c'est que comme ils sont plus impliqués, s'ils n'atteignent pas l'objectif on peut avoir des soucis. Je suivais une

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

enfant en hospitalisation complète qui s'était mis des objectifs sur un séjour court, des objectifs qui étaient très bien, très fonctionnels, sauf que sur les premières séances elle s'est rendue compte que ça allait être difficile et elle s'est mise à pleurer en séance parce qu'elle s'est dit si je ne remplis pas mes objectifs. Elle s'est mis une pression derrière, une responsabilité. Donc ça dépend des enfants. Il y a des enfants qui peuvent se mettre une pression derrière ça en disant « oula ça c'est ma difficulté on a dit du coup qu'on allait travailler il faut que je réussisse absolument » surtout s'il y a une date de réévaluation ça peut être plus difficile. Mais c'est le même principe avec l'échelle GAS. Si on ne va pas en haut de l'escalier, ils vont avoir l'impression qu'ils ont échoué.

Je pense et j'espère que l'enfant éprouve et ressent ce gain de pouvoir, ce gain de contrôle sur sa thérapie permis grâce à la MCRO. Donc en majorité les enfants arrivent tout de même à se souvenir de leurs objectifs puisque ce sont eux qui les ont fixés.

J'ai fait surtout des réévaluations avec les adolescents, donc ils comprennent bien et ils repèrent bien leurs évolutions. La majorité du temps ils ne s'étaient pas forcément rendu-compte qu'ils avaient progressé dans ce domaine-là. Et le fait de voir qu'ils avaient quand même mis 2/10 et là 6/10 c'est quand même et ils voient leur progression. Donc ça leur permet de se rendre compte que justement dans les deux derniers mois ils ont fait pas mal de progrès. Ils étaient contents de réévaluer et de se rendre compte qu'ils avaient mis eux-mêmes des meilleures notes sur leurs capacités, j'ai l'impression que ça leur apportait du plaisir. Chaque fois c'est un bon moment, ils sont contents et ils se rendent compte de leur évolution. C'est vrai que souvent on fait des bilans et on ne montre pas forcément toujours les résultats parce que parfois ils restent déficitaires donc ce n'est pas valorisant pour eux. Là avec la MCRO ça permet vraiment une prise en compte de leur investissement.”

Ressenti de l'ergothérapeute

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

PREFMS Pôle régional d'enseignement et de formation aux métiers de la santé

Occitanie

Hôpitaux de Toulouse

Formulaire de consentement pour films, enregistrements sonores, magnétoscopiques et autres

Je, soussigné(e) : *Entretien n°5 : Mme E*
Prénom et nom en lettres majuscules

accepte que la rencontre soit enregistrée sur bande audio ou vidéo.

Je comprends que cette modalité est un outil de travail et de formation pour l'étudiant Romain BORNAND en formation à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse.

Je comprends que les enregistrements seront utilisés à des fins de travail et d'analyse par l'étudiant dans le cadre de son mémoire de fin d'études.

Seuls l'étudiant, sa superviseure ou son superviseur, sa référente ou son référent de mémoire, pourront avoir accès à l'enregistrement pour aider à l'analyse de ce dernier.

Le support audio, vidéo ou numérique ne doit pas sortir du cadre de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse. Je comprends que tous les enregistrements seront conservés de façon à ce qu'ils ne soient pas divulgués sur internet ou utilisés à d'autre fins que pour le travail de recherche du mémoire.

Il est entendu qu'il m'est possible de demander toutes les explications que je désire sur l'usage qui sera fait de ces enregistrements.

Signatures :

Personne consentante	Etudiant qui réalise l'enregistrement

Fait à : Toulouse
Lieu de signature

Date : 21/02/2019
Jour/Mois/Année

N. B : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.

Ce document doit être imprimé en double exemplaire et est **à conserver** par les deux personnes concernées.

Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse

Annexe n°48 : Formulaire de consentement d'enregistrement pour **l'entretien n°5** (Mme **E**)

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Annexe n°49 : Retranscription intégrale de **l'entretien n°5** avec Madame **E** (verbatim)

Verbatim – Entretien n°5 : (25-40 minutes)

Madame E
Nom et prénom de la personne interviewée

[Durée de l'entretien n°5 : *27 minutes 36 secondes*]. Date : 21/02/2019

Thème de mémoire : Influence de la MCRO sur l'implication des enfants dans la PEC.

Présentation de l'entretien : (5 minutes) « Bonjour, nous nous retrouvons aujourd'hui dans le cadre de mon mémoire de fin d'études autour du thème de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel en pédiatrie. J'effectue cet entretien dans une perspective de pré-enquête auprès de plusieurs ergothérapeutes pour prendre en compte leurs avis et leurs expériences afin d'affiner la question de recherche de mon sujet et d'élaborer ma question de recherche définitive. ».

“

l.1 - **Romain :** « Je vais te faire une introduction sur le contexte de l'entretien. Mon mémoire,
l.2 - comme tu as dû le voir dans les mails que je t'ai envoyés, porte sur l'influence de la MCRO sur
l.3 - l'implication des enfants en pédiatrie. L'entretien que je fais passer c'est un entretien
l.4 - exploratoire pour affiner ma question de départ. L'idée du mémoire m'est venue pendant le
l.5 - stage à Paul Dottin avec Marie-Pierre et Barbara. J'effectue ces entretiens auprès de plusieurs
l.6 - ergothérapeutes pour essayer de prendre en compte leurs avis et leurs expériences pour aboutir
l.7 - à une question de recherche définitive. Ensuite, j'ai une seconde partie où j'essayerai d'analyser
l.8 - des dossiers médicaux pour voir l'évolution des cotations et l'évolution de la pratique avant et
l.9 - après l'utilisation de la MCRO. »,

l.10 - **Mme E :** « D'accord, donc ça implique d'avoir fait deux points ? »,

l.11 - **Romain :** « Oui. »,

l.12 - **Mme E :** « Parce que moi je les ai faites en septembre mais je n'ai pas encore faire de bilan en
l.13 - fait, de réévaluation, je ne les vois pas assez. »,

l.14 - **Romain :** « D'accord. Après cette partie-là c'est vraiment une partie qui va me prendre du
l.15 - temps. Les entretiens me prennent déjà du temps donc je vais voir si j'ai le temps ou pas de le
l.16 - faire. Hier on a eu un oral sur l'avancée du mémoire et ils m'ont dit que ce n'était pas une partie
l.17 - essentielle, enfin qu'il fallait vraiment se concentrer sur les entretiens. »,

l.18 - **Mme E :** « Ça tu peux le traiter entre ton mémoire et ta soutenance peut-être ? »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.19 - **Romain :** « C'est ce qu'ils m'ont dit oui. »,

l.20 - **Mme E :** « C'est ce que j'avais fait aussi. »,

l.21 - **Romain :** « Oui comme ça à l'oral t'as quelque chose en plus. »,

l.22 - **Mme E :** « Oui, c'est pas mal oui. Garde ça sous le coude. »,

l.23 - **Romain :** « Je vais me garder ça oui. ».

Question de départ :

1. Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'ergothérapeute en pédiatrie ?

l.24 - **Romain :** « Alors pour la première question, je vais te poser une douzaine de question. La
l.25 - première question c'est : depuis combien de temps est-ce que tu exerces en tant
l.26 - qu'ergothérapeute en pédiatrie ? »,

l.27 - **Mme E :** « En pédiatrie ? »,

l.28 - **Romain :** « Oui. »,

l.29 - **Mme E :** « Moi je suis ergothérapeute depuis septembre 2013 mais j'ai commencé en pédiatrie
l.30 - depuis janvier 2016. »,

l.31 - **Romain :** « D'accord. »,

l.32 - **Mme E :** « Plus ou moins, enfin depuis 2016 j'ai eu 6 mois où je n'étais pas en pédiatrie. »,

l.33 - **Romain :** « D'accord. Et, à Paul Dottin ? »,

l.34 - **Mme E :** « Non j'ai fait Jean Lagarde, j'ai fait Lestrade. Donc ça reste ici, pendant 6 mois. Après
l.35 - j'ai fait un peu de SESSAD à Montauban. Et ça fait 1 an et 3 mois que je suis ici, donc sur
l.36 - Pierre Froment et sur l'IME de Dottin anciennement, Philiaé maintenant. »,

l.37 - **Romain :** « Oui ça a changé de nom. »,

l.38 - **Mme E :** « Ici aussi c'est Philiaé maintenant, toute la partie médico-sociale. »,

l.39 - **Romain :** « Et du coup avant pendant 3 ans tu as exercé dans quoi ? »,

l.40 - **Mme E :** « En structure adulte, médico-social, c'était un foyer de vie et une MAS. »,

l.41 - **Romain :** « D'accord. »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.42 - **Mme E :** « Avec des enfants polyhandicap et déficience intellectuelle. En gros les jeunes d'ici
l.43 - ils vont souvent soit en foyer, soit en MAS. En IME c'est pareil, c'est la suite d'ici. ».

L'outil MCRO : (5-10 minutes).

2. Utilisez-vous l'outil MCRO depuis la formation, ou avant ? Si oui, depuis combien de temps ? Avec qui ? (Population ciblée, pathologies, âge).

l.44 - **Romain :** « La MCRO est-ce que tu l'utilisais avant la formation ou pas ? »,

l.45 - **Mme E :** « Non. »,

l.46 - **Romain :** « Tu l'utilises depuis la formation ? »,

l.47 - **Mme E :** « Je l'utilise depuis la formation, j'avais déjà eu des cours à l'école, et je m'étais un
l.48 - peu penché dessus, j'ai pas mal de copines ergothérapeutes qui l'utilisaient. »,

l.49 - **Romain :** « Donc tu as été quand même formée dans ta formation initiale ? »,

l.50 - **Mme E :** « Oui, c'est Jean-Michel qui nous avait fait les cours à l'école, donc on avait eu une
l.51 - grosse initiation quand même et je pense que je l'utilisais peut-être implicitement mais sans
l.52 - savoir. Parce que des fois dans certains bilans qui étaient déjà sur place là où j'ai travaillé, elles
l.53 - étaient parties du MOHO, du MCREO, des modèles comme ça. Ce n'était pas la MCRO pure
l.54 - comme là. »,

l.55 - **Romain :** « D'accord, donc tu l'utilises depuis la formation ? »,

l.56 - **Mme E :** « Oui, depuis juillet 2018. En fait j'ai commencé mes séances ici à l'IEM, je n'y suis
l.57 - que depuis l'année dernière, mais avant moi il n'y avait personne, pas d'ergothérapeute. Donc
l.58 - j'ai passé un temps d'observation. Puis, j'ai commencé mes séances en septembre, tous les
l.59 - jeunes que j'ai en séance quasiment je leur ai fait passer la MCRO pour mettre au point les
l.60 - objectifs. »,

l.61 - **Romain :** « Et c'est des jeunes d'environ quels âges ? »,

l.62 - **Mme E :** « Moi c'est des adolescents ici, donc ils ont entre 13 et jusqu'à 22-23 ans. »,

l.63 - **Romain :** « D'accord. »,

l.64 - **Mme E :** « C'est des grands adolescents. »,

l.65 - **Romain :** « Et au niveau des pathologies c'est des pathologies spécifiques ? »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.66 - **Mme E :** « Il y a beaucoup de paralysies cérébrales, quelques traumatismes crâniens, c'est
l.67 - beaucoup des handicaps de naissance. »,

l.68 - **Romain :** « D'accord, donc avant ils étaient surement sur Paul Dottin ? »,

l.69 - **Mme E :** « Oui à Paul Dottin ou à Jean Lagarde souvent, dans des structures pédiatriques. Après
l.70 - il y a aussi tous ce qui va être quadriplégie, hémiplégie, ce sont des enfants avec une atteinte
l.71 - motrice mais des troubles associés, avec souvent une déficience intellectuelle. ».

3. Comment amenez-vous l'entretien ? Qu'est-ce que vous dites aux enfants ?

l.72 - **Romain :** « D'accord. Au niveau de la MCRO quand tu le présentes aux enfants qu'est-ce que
l.73 - tu leur dis ? »,

l.74 - **Mme E :** « Alors, certains c'était la première fois qu'on travaillait ensemble donc je leur disais
l.75 - qu'on allait travailler ensemble cette année, qu'il fallait qu'on trouve des objectifs qu'on
l.76 - pourrait travailler tous les deux. J'ai beaucoup d'enfants qui sont non-verbales, mais qui
l.77 - comprennent bien. Donc ce qu'on a fait c'est qu'on a utilisé des pictogrammes, des photos, de
l.78 - toutes les activités de vie quotidienne. »,

l.79 - **Romain :** « Tu as réussie quand même à utiliser la MCRO avec ces patients ? »,

l.80 - **Mme E :** « Oui. Par contre je pense que je n'avais pas toutes les activités en image et donc ça a
l.81 - pu induire. Par exemple il y a une enfant qui veut faire du ski car elle a vu le ski en image... »,

l.82 - **Romain :** « Oui ça a peut-être trop guidé ? »,

l.83 - **Mme E :** « Voilà, ça guide un peu, après ça a peut-être trop guidé pour certains enfants mais
l.84 - pour d'autres c'était bien que ça aide. Donc voilà je leur ai dit qu'on allait utiliser ça, cet outil,
l.85 - et qu'on allait regarder comment il faisait cette activité maintenant, comment ça les rendait
l.86 - content à l'heure actuelle. Et à la fin de l'année je leur ai dit qu'on refera un point pour voir si
l.87 - on a réussi à bien travailler dessus ou non. »,

l.88 - **Romain :** « D'accord. »,

l.89 - **Mme E :** « Mais ils ont bien compris dans l'ensemble même pour l'importance, le rendement. »,

l.90 - **Romain :** « D'accord, on en reparlera par la suite. ».

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

4. Comment se passe la passation, la cotation, avec ou sans les parents ? (Réglettes, facilité d'utilisation, consignes d'explication, difficultés, supports utilisés comme l'OT'Hope).

l.91 - **Romain :** « Pour la passation tu utilises des réglettes ou pas ? Vu qu'ils sont assez âgés. »,

l.92 - **Mme E :** « Alors, pour certains si. C'était une réglette toute simple, j'avais fait une flèche sur
l.93 - une feuille. »,

l.94 - **Romain :** « Oui, tu n'utilises pas les réglettes pédiatriques avec les smileys ? »,

l.95 - **Mme E :** « Non. Mais j'utilise une réglette faite à la main parce que c'est vrai qu'il y a des
l.96 - enfants pour qui dire le chiffre c'est compliqué, j'essaye de leur dire : "là c'est pas du tout
l.97 - important, là c'est très important". Et de dire : "tu es où sur la flèche ?" Et pour ceux qui peuvent
l.98 - je leur demandais : "est-ce que tu es plutôt entre les deux", pour ceux qui arrivent à graduer. »,

l.99 - **Romain :** « Et tu me parlais des cotations, est-ce que tu arrives bien à expliquer la différence
l.100 - entre l'importance, la satisfaction et le rendement ? »,

l.101 - **Mme E :** « C'était un compliqué des fois. Après quand je vois qu'ils ne comprennent pas on le
l.102 - reprend ensemble et je dis : "en ce moment tu fais cette activité et c'est difficile, est-ce que ça
l.103 - te rend très content que ce soit difficile ou est-ce que pas du tout". C'était plutôt la satisfaction
l.104 - qui était difficile à expliquer. Après pour le reste on a un peu pataugé mais on quand même
l.105 - réussi. »,

l.106 - **Romain :** « Tu as eu des difficultés avec la satisfaction ? Ça revient assez souvent la notion de
l.107 - satisfaction qui est assez compliqué à expliquer. Est-ce que tu as utilisé l'OT'Hope pour les
l.108 - passations ? »,

l.109 - **Mme E :** « En fait les images qu'on utilise ce sont des images basées sur l'OT'Hope. C'était une
l.110 - stagiaire de Paul Dottin qui avait fait ça, c'est plein de photos pour illustrer chaque activité de
l.111 - la vie quotidienne. Mais je n'ai pas utilisé l'OT'Hope. On l'a commandé, elles ont dû le recevoir
l.112 - les filles. J'avais eu une présentation de cet outil à l'assemblée générale de l'ANFE et il est bien
l.113 - fait cet outil. Si j'avais pu je l'aurais acheté et utilisé. »,

l.114 - **Romain :** « Du coup tu l'aurais utilisé quand même avec la MCRO ? »,

l.115 - **Mme E :** « Oui je pense oui. »,

l.116 - **Romain :** « Et tu utilises quand même des images, des pictogrammes à la place ? »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.117 - **Mme E :** « C'est des images. C'était pour faciliter pour certains qui sont soit non-verbaux, soit
l.118 - pour qui c'est difficile de s'organiser. Et donc pour certains on l'a utilisé, c'est surtout en termes
l.119 - d'organisation, des fois on essaye de faire aussi avec les activités de vie quotidienne de manière
l.120 - générale. On demande à l'enfant : "quand tu te lèves qu'est-ce qui se passe ?". On essaye de
l.121 - découper la journée, pour faire une journée type. Parce que ce qui était bien c'est que je ne les
l.122 - connaissais pas tous et donc je n'ai pas trop induit les réponses. Peut-être que pour certain je
l.123 - savais où étaient leurs difficultés, mais pour d'autres je ne savais pas du tout comment ça se
l.124 - passait à la maison par exemple ou à l'internat, donc je n'ai pas forcément induit et biaisé les
l.125 - réponses. Après pour certains enfants les images ont pu induire. »,

l.126 - **Romain :** « Oui vu que tu ne les connaissais pas tu n'as pas guidé. »,

l.127 - **Mme E :** « Oui. Puis au niveau de ce qui est important pour eux les soignants ils vont te dire :
l.128 - "lui il faut qu'il sache faire ça", mais moi de mon côté je peux justifier avec la MCRO en disant
l.129 - que pour le moment ce n'est pas dans les objectifs de l'enfant, et que si on a fini dans les
l.130 - semaines à venir on verrait si les choses demandées sont dans ses priorités ou non. »,

l.131 - **Romain :** « D'accord, donc tu restes vraiment dans les choses qui sont réellement importantes
l.132 - pour eux ? »,

l.133 - **Mme E :** « Dans l'immédiat oui. Après si vraiment c'est quelque chose qui est totalement
l.134 - compliqué... Par exemple l'enfant qui veut aller au ski j'ai dit que ça pouvait être un projet sur
l.135 - du long terme, qu'on pourra voir avec l'assistante sociale si ça peut rentrer dans un séjour adapté
l.136 - et partir avec le centre quand ils y vont si c'est juste une journée. Enfin je veux dire ce n'est pas
l.137 - avec moi qu'elle va aller au ski à la fin de l'année. ».

5. Effectuez-vous une réévaluation ? Comment ?

l.138 - **Romain :** « Tu m'as dit que tu n'avais pas effectué de réévaluation du coup ? »,

l.139 - **Mme E :** « Non pas encore. Parce que le temps de faire passer les MCRO comme je ne vois les
l.140 - enfants qu'une fois par semaine et que les plannings ça met du temps à se mettre en place j'ai
l.141 - dû commencer les séances qu'en octobre, donc ça a pris déjà pour certains 2 à 3 séances pour
l.142 - tout voir avec la MCRO. »,

l.143 - **Romain :** « Pour regarder tous les domaines. Donc pour la passation ça durait longtemps avec
l.144 - la MCRO ? »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.145 - **Mme E :** « Ça dépend des enfants. Il y en a pour qui ça a été quand même assez long. Je les
l.146 - perdais au bout d'un moment donc on faisait autre chose et on scinder la passation sur plusieurs
l.147 - séances. »,

l.148 - **Romain :** « D'accord, et pour les réévaluations tu en as déjà parlé aux enfants ? »,

l.149 - **Mme E :** « Oui. Là j'en ai reparlé ce matin avec une des jeunes, parce qu'on a fait un peu le
l.150 - point. »,

l.151 - **Romain :** « Est-ce que le jour de l'évaluation initiale tu leur a dit on réévaluera et tel jour on
l.152 - fera le point ? »,

l.153 - **Mme E :** « Oui, parce qu'il y en a qui m'ont demandé pourquoi je ne remplissais pas les tableaux
l.154 - en entier. Donc je leur disais que là ce sera la prochaine fois, à la fin de l'année quand on aura
l.155 - bien avancé sur les objectifs. ».

6. Quels avantages et limites trouvez-vous à la MCRO ? (Temps, adhésion difficile à l'outil...).

l.156 - **Romain :** « Pour la suite ça va être une question qui est un peu plus large : quels avantages et
l.157 - limites tu trouves à la MCRO ? »,

l.158 - **Mme E :** « Pour les avantages je trouve que ça permet de guider l'entretien et de trouver des
l.159 - objectifs plus fascinants pour les enfants. Ça permet aussi d'organiser l'entretien je trouve.
l.160 - Après la limite comme on disait à la formation comme j'ai beaucoup d'enfants qui sont non-
l.161 - verbaux et c'est un petit compliqué pour certains. Après je m'en suis sorti parce que j'ai adapté.
l.162 - Mais il y en a qui ont une déficience intellectuelle associée et avec la déficience à l'IME par
l.163 - exemple et bien je ne l'ai pas utilisé. »,

l.164 - **Romain :** « Parce qu'ils n'étaient pas assez en capacités pour passer la MCRO ? »,

l.165 - **Mme E :** « Oui, ils n'étaient pas assez en capacités en termes de temps, et en termes d'attention,
l.166 - il y en a qui font de l'écholalie donc tu as beau faire les questions à l'envers après c'est
l.167 - compliqué et puis ils sont plus petits à l'IME... Mais à l'IEM ça fonctionne bien. Après je trouve
l.168 - que c'est un outil intéressant. Parce qu'on est tout le temps dans le "feu", "sur la course", et par
l.169 - exemple tu oublies qu'est-ce que tu dois travailler avec les jeunes, etc. Mais là tu reprends ton
l.170 - tableau, et ton bilan, tout est écrit et donc ça te permet de savoir où tu en es. Je trouve que ça
l.171 - structure l'intervention. Et puis ça reste très humain comme évaluation, ce n'est pas trop
l.172 - médical, je trouve qu'il est pas mal cet outil. »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.173 - **Romain :** « Si tu penses à d'autres avantages et limites tu me diras. »,

l.174 - **Mme E :** « Ça marche. ».

7. Utilisation de la MCRO seule ou en complément d'autres bilans ? Si oui, lesquels ? Est-ce possible de ne passer que la MCRO ? Pourquoi ?

l.175 - **Romain :** « Est-ce que tu utilises la MCRO seule ou tu continues à utiliser des bilans comme
l.176 - avant ? »,

l.177 - **Mme E :** « J'utilise des MCRO avec quelques bilans, notamment des bilans moteurs. Après on
l.178 - n'a pas beaucoup de bilans ici, on a que le box & block pour le moment. Avec Pascaline on
l.179 - n'avait rien donc on a du tout créer, et on n'a pas tout, donc je fais quand même quelques bilans
l.180 - moteurs et les bilans d'écriture, des choses comme ça. »,

l.181 - **Romain :** « C'est des bilans que tu faisais avant d'utiliser la MCRO ? Est-ce que l'utilisation
l.182 - de la MCRO a changé tes bilans ou pas ? »,

l.183 - **Mme E :** « Non c'est quand même des bilans que je faisais avant. En plus on en a besoin pour
l.184 - les dossiers MDPH, pour les médecins, pour les bilans annuels, aussi pour faire des toxines il
l.185 - faut qu'on ait fait un bilan avant... Donc c'est des bilans du quotidien qu'on utilise pour évaluer
l.186 - la fonction motrice ou autre chose, mais voilà c'est en plus la MCRO. Je la prends vraiment
l.187 - plus comme un outil d'entretien pour faciliter l'enfant à verbaliser et mettre en place les
l.188 - objectifs et le suivi. »,

l.189 - **Romain :** « D'accord. Est-ce que tu penses que c'est possible de faire passer uniquement la
l.190 - MCRO ? »,

l.191 - **Mme E :** « Non je ne pense pas. Parce que la MDPH il vont nous dire : "vous êtes bien mignons
l.192 - avec votre MCRO" mais si on n'a pas un bilan d'écriture qui justifie qu'il faut un ordinateur ça
l.193 - ne va pas passer. Même pour les médecins. Après nous la médecin est très contente qu'on fasse
l.194 - passer la MCRO parce qu'elle connait ce bilan et sait que c'est un bon outil, mais on a quand
l.195 - même besoin des autres bilans. »,

l.196 - **Romain :** « Et du coup, par rapport à l'équipe, tu me disais que la médecin avait assez adhéré
l.197 - avec cet outil, est-ce que le reste de l'équipe ça allait ou non ? »,

l.198 - **Mme E :** « Non pour le moment je n'ai pas eu de soucis. Pour les autres professionnels je
l.199 - travaille beaucoup avec des éducateurs dans le médico-social, et j'ai eu des jeunes qui ont un
l.200 - désir d'autonomie donc ça rentre aussi dans les projets des éducateurs. Et j'aurais pu avoir des

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.201 - soucis par exemple si ça avait été des jeunes qui me cite des objectifs non-ergo. Je n'ai pas été
l.202 - confronté à des gens qui avait déjà monté leurs objectifs en devant leur dire : "bah non l'enfant
l.203 - m'a parlé de ça ce serait bien que tu puisses le travailler", j'ai pas du tout eu ça pour le moment.
l.204 - Pour l'instant ça s'est bien passé et les équipes ont été vraiment réceptives. »,

l.205 - **Romain :** « Alors du coup pour l'équipe c'est bien passé ? »,

l.206 - **Mme E :** « Pour le moment c'est bien passé. Après voilà comme je dis on était en accord par
l.207 - rapport aux jeunes. Et je n'ai pas toujours eu de lien avec les familles par rapport à ça, comme
l.208 - c'est des adolescents avec qui on travaille des choses dont ils ont besoin ici, je n'ai pas eu le
l.209 - temps en fait de le faire passer aux familles. »,

l.210 - **Romain :** « Et tu as quand même fait du lien avec les familles ? »,

l.211 - **Mme E :** « J'ai retransmis aux familles pour certains enfants en fonction des projets. Après les
l.212 - personnes à qui j'ai retransmis ils étaient d'accord avec ça puisque c'était aussi leurs demandes
l.213 - à eux, mais sinon c'est vrai que je n'ai pas eu le temps de le faire passer tout le monde. Donc
l.214 - pour certains j'ai fait du lien. En fait on a des projets personnels pour les jeunes une fois par an.
l.215 - C'est des réunions avec les familles où chacun discute de ce qu'on travaille avec le jeune et eux
l.216 - nous disent ce qu'ils attendent de nous aussi... »,

l.217 - **Romain :** « Un peu comme des P3I ? »,

l.218 - **Mme E :** « C'est le même principe oui. Juste des noms différents. Et c'est là où j'ai fait le lien
l.219 - aux familles, qu'est-ce que nous on a travaillé, qu'on avait mis en place des objectifs, mais c'est
l.220 - vrai que je n'ai pas pu envoyer à chaque famille un bilan finalisé de tout ça. Je n'ai pas du tout
l.221 - le temps, déjà si j'ai le temps de faire mes écrits je suis contente. ».

Evolution dans l'approche thérapeutique : (5-10 minutes).

8. Avant / Après l'utilisation de la MCRO ? Avez-vous perçu des changements dans votre approche thérapeutique ? (Approche client-centré)

l.222 - **Romain :** « Cette première partie sur la MCRO est terminée. A propos de ton approche
l.223 - thérapeutique, est-ce que ça a changé quelque chose avant et après l'utilisation de la MCRO ? »,

l.224 - **Mme E :** « Je ne pense pas, enfin je n'en sais rien. Après je n'ai jamais été vraiment biomédical,
l.225 - j'ai toujours bossé dans le médico-social donc ça a toujours été la relation la plus adaptée, si tu
l.226 - n'es pas en relation avec la personne ça ne passera pas et si tu arrives en force ça ne fonctionnera

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.227 - pas non plus. Je trouve que ça me manquait, c'est déjà ce que je faisais implicitement mais ça
l.228 - me manquait un bilan pour structurer mon approche. »,

l.229 - **Romain :** « Tu avais déjà cette approche de base ? »,

l.230 - **Mme E :** « Oui je pense. Parce que c'est le problème dans le médico-social, on est souvent en
l.231 - sous-effectif et tout le monde fait de tout et c'est un peu difficile d'avoir sa place je trouve.
l.232 - Mais du coup-là cette approche avec la MCRO ça permettait de retrouver notre place et de
l.233 - structurer vraiment les choses parce qu'on part vraiment dans tous les sens des fois, on est à
l.234 - moitié éducateur, à moitié kiné... ».

9. Est-ce que le changement de pratique, se centrant davantage sur les attentes de l'enfant, a été facile à réaliser ? (Responsabilisation de l'enfant, positionnement dans une relation égalitaire, écoute du patient, mise en retrait du thérapeute).

l.235 - **Romain :** « Tu me dis que tu n'as pas eu trop de changement de pratique mais est-ce que ça a
l.236 - été facile d'écouter l'enfant et de se centrer sur ses attentes ? »,

l.237 - **Mme E :** « Oui, dans l'ensemble ça va. Après voilà c'est pour certains jeunes où tu ne sais pas
l.238 - trop, pour les enfants qui sont non-verbaux c'est difficile de ne pas indicer et guider. Certains
l.239 - jeunes vont te dire juste "oui" ou "non", donc tu reposes la question en essayant que ce soit plus
l.240 - ouvert mais il faut quand même que ce soit fermé pour qu'ils puissent répondre oui ou non
l.241 - sinon ça ne marche pas. Et du coup j'essaye de pas indicer, après ils arrivent à m'emmener où
l.242 - ils veulent mais tu as quand même le petit questionnement qui indice le raisonnement de
l.243 - l'enfant. »,

l.244 - **Romain :** « Du coup le fait de se centrer sur l'enfant et sur ses attentes ça a été facile à faire ou
l.245 - pas ? »,

l.246 - **Mme E :** « Oui après ils ne m'ont pas donné des objectifs irréalistes, ça restait des choses
l.247 - cohérentes avec eux même. Je ne l'ai pas faite passer à des jeunes traumatisés crâniens où tu
l.248 - peux te retrouver avec des demandes complètement à côté. Après c'est sûr que des fois tu sens
l.249 - que ça vient et tu as envie d'indicer mais j'ai quand même essayé d'être vigilante par rapport à
l.250 - ça mais après je pense que des fois il y a quand même de la subjectivité qui va se mettre dedans
l.251 - mais bon. Puis comme là je commençais vraiment les séances avec eux j'avais vraiment envie
l.252 - que ce soit quelque chose qui soit selon une pratique qui me convienne. »,

l.253 - **Romain :** « Oui vu que c'est toi qui débuter sur ce service tu as préféré faire comme tu le
l.254 - souhaitais ? »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.255 - **Mme E :** « Oui, après ce n'est pas forcément hyper organisé mais au moins c'est client-centré. ».

Bénéfices de la MCRO et de son approche, le ressenti de l'ergothérapeute sur la situation de l'enfant : (10-15 minutes).

10. Avez-vous observé des changements chez l'enfant et des bénéfices pour lui après la mise en place de cette approche ? Le trouvez-vous plus impliqué, mieux investi ? (Autonomisation, engagement, participation, motivation, meilleure implication, rendement, performance...).

l.256 - **Romain :** « Cette dernière partie est plus centrée sur les bénéfices et ce que la MCRO peut
l.257 - apporter à l'enfant. Est-ce que tu as observé des changements chez l'enfant après l'utilisation
l.258 - de la MCRO ? »,

l.259 - **Mme E :** « Sachant que je ne l'utilisais pas avant je ne sais pas. Après je pense que, on va faire
l.260 - en fonction de leur ressenti, dans l'ensemble ils ont quand même envie de venir en séance. Et
l.261 - il y en a qui sont contents qu'on ait pris en compte leur demande. Par exemple tous ceux qui
l.262 - voudraient utiliser leur salle de bain en sécurité ou la baignoire à la maison on a mis en place
l.263 - des visites à domicile et ça là-dessus ils sont contents. Après ils savent qu'on va le travailler,
l.264 - pour certains c'est un peu difficile d'attendre le temps que je puisse venir à la maison, qu'on
l.265 - puisse faire des choses. Mais sinon dans l'ensemble je pense qu'ils étaient vraiment contents
l.266 - qu'on leur demande leurs avis. »,

l.267 - **Romain :** « Donc tu penses que ça aide au niveau implication et motivation ? »,

l.268 - **Mme E :** « Oui je pense. Il y en a juste un-là qui commence un peu à "faire le mou" mais après
l.269 - ça reste des adolescents donc voilà... Après je trouve que dans l'ensemble ça va. ».

11. Pensez-vous que l'enfant éprouve un gain de pouvoir dans les décisions concernant sa thérapie ? (Contrôle, bien-être, auteur de sa thérapie).

l.270 - **Romain :** « Par rapport à l'enfant est-ce que tu penses qu'il ressent le fait d'avoir un peu plus
l.271 - de contrôle sur sa prise en charge ? »,

l.272 - **Mme E :** « Je ne sais pas. Il y en a quand même qui sont un peu attentistes... Je ne sais pas s'ils
l.273 - ont l'impression d'avoir plus de contrôle ou non, je ne pourrais pas te dire. »,

l.274 - **Romain :** « L'approche client-centré à propos de ça c'est le fait de laisser un petit peu plus de
l.275 - place est-ce que là-dessus ils ressentent ça tu penses ? »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.276 - **Mme E :** « Oui après oui quand on a mis en place les objectifs, par exemple il y en a qui vont
l.277 - me demander où on en est, ils savent qu'ils peuvent venir m'en parler mais ils sont quand même
l.278 - dépendants aussi de moi sur certaines choses. On est dépendant aussi de l'institution pour avoir
l.279 - un dossier pour avoir un véhicule ou d'avoir un ordinateur potable et des logiciels potable pour
l.280 - pouvoir travailler à l'ordinateur... Enfin tu vois c'est des choses où on peut être un peu en
l.281 - latence mais c'est des fois aussi par des causes institutionnelles. »,

l.282 - **Romain :** « Oui il y a des contraintes. »,

l.283 - **Mme E :** « Mais bon ils sont un peu habitués quand même. Non sinon je ne sais pas trop
l.284 - comment te répondre à celle-là. ».

12. Lors des réévaluations effectuées, l'enfant voit-il son évolution ? Y-a-t-il une évolution notable dans la cotation ?

l.285 - **Romain :** « La dernière question c'est pour les réévaluations donc comme tu n'en as pas encore
l.286 - fait... C'était savoir s'ils voyaient leur évolution, est-ce que là sans cotation tu penses que
l.287 - certains voient leur évolution ? »,

l.288 - **Mme E :** « Il y en a une oui, pour qui on travaille le maquillage elle le voit oui. Il y a deux choses
l.289 - qu'elle ne faisait pas avant et qu'elle peut faire maintenant, et il nous reste une dernière chose
l.290 - dans le maquillage qu'il faut travailler. Là si je lui avais demandé ce matin de coter je pense
l.291 - qu'elle aurait pu me dire que ça a évolué. »,

l.292 - **Romain :** « Et dans l'ensemble tu penses qu'ils voient cette évolution ou pas ? »,

l.293 - **Mme E :** « Pas tous je pense, parce qu'ils n'ont pas tous le même degré de conscience et si tu
l.294 - n'es pas derrière eux à leur rappeler cette évolution ils le voient moins. Là il y a une enfant je
l.295 - sais qu'elle le voit mais parce qu'elle est non-verbale et qu'elle comprend tout, et elle arrive
l.296 - vraiment à se faire comprendre. Il y a un autre enfant aussi où on commence à le voir. Il y en a
l.297 - deux pour qui ça a été plus significatif. »,

l.298 - **Romain :** « Après ça ne fait pas très longtemps non plus. »,

l.299 - **Mme E :** « Oui puis il y a les séances entre les vacances et quand ils sont absents où nous ça
l.300 - saute assez facilement, comme je ne les vois qu'une fois par semaine c'est un peu compliqué
l.301 - oui. ».

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Fin de l'entretien : Merci pour votre participation à mon mémoire par cet entretien.

Auriez-vous quelque chose à ajouter sur la MCRO en pédiatrie à laquelle je n'aurais pas pensé ?

l.302 - **Romain :** « Est-ce que tu as des choses à ajouter sur la MCRO, la pédiatrie ? »,

l.303 - **Mme E :** « Je trouve que c'est un outil qui est assez intéressant quand même. Associé comme
l.304 - on disait à l'OT'Hope ou un autre outil ça fonctionne bien, il faut que ce soit adapté avec
l.305 - l'utilisation d'images ou autres... »,

l.306 - **Romain :** « Tu penses aux jeunes que tu as non-verbaux ? »,

l.307 - **Mme E :** « Oui mais je pense aussi aux enfants plus petits. Par exemple si je dois aller le faire
l.308 - passer à l'IME je pense que je prendrais plus l'OT'Hope. »,

l.309 - **Romain :** « Pour adapter l'outil oui. »,

l.310 - **Mme E :** « Oui puis on doit aussi adapter les consignes aussi en fonction des enfants, si c'est
l.311 - des troubles attentionnels, ou que la déficience est sévère ou profonde au niveau intellectuel. »,

l.312 - **Romain :** « Est-ce que ça constitue une limite que ça ne puisse pas être appliqué à tout le monde
l.313 - comme ça ? »,

l.314 - **Mme E :** « Oui, c'est ça. Après c'est bien aussi que ça prenne en compte la famille et les aidants.
l.315 - C'est vrai que pour le moment je ne l'ai pas fait passer je n'ai pas eu le temps. »,

l.316 - **Romain :** « Ça prend du temps oui. »,

l.317 - **Mme E :** « Après les aidants j'aurais pu demander ici mais les familles c'est vrai qu'elles sont
l.318 - loin, nous il y en a qui sont internes donc ils habitent à 1h30 voir 2h de route et donc soit faut
l.319 - les avoir au téléphone ou autre, enfin c'est compliqué à expliquer sans les voir en direct. »,

l.320 - **Romain :** « Bon bah merci pour avoir participé à cet entretien. »,

l.321 - **Mme E :** « Avec plaisir. ». ”

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Annexe n°50 : Retranscription reformulée et synthétisée des données récoltées par **l'entretien n°5** avec Madame **E**

Retranscription reformulée et synthétisée des données récoltées par l'entretien n°5 :

Madame E
Nom et prénom de la personne interviewée

****** *E5**

"Je suis ergothérapeute depuis septembre 2013. J'ai exercé 3 ans en structure adulte, dans le secteur médico-social, c'était un foyer de vie et une MAS. Les patients étaient atteints de polyhandicap et de déficience intellectuelle. Les jeunes d'ici vont souvent soit en foyer, soit en MAS par la suite. Pour l'IME c'est le même fonctionnement, c'est la suite d'ici. Ensuite j'ai commencé la pédiatrie en janvier 2016. J'ai débuté à Jean Lagarde, puis j'ai travaillé à Lestrade pendant 6 mois. Ensuite j'ai travaillé en SESSAD à Montauban. Et ça fait un an et trois mois que je suis ici sur Pierre Froment et sur Philiaé (l'IME de Dottin anciennement).

Question de départ

J'utilise la MCRO depuis la formation, après j'avais eu des cours à l'école, et je m'étais un peu penché dessus car j'ai pas mal de copines ergothérapeutes qui l'utilisaient. C'est Jean-Michel qui avait fait le cours à l'école, donc on avait eu une grosse initiation et je pense que je l'utilisais peut-être implicitement mais sans le savoir. Parfois dans certains bilans utilisés sur place les ergothérapeutes étaient partis du MOHO, du MCREO, des modèles de ce type donc c'était basé sur l'approche de la MCRO. J'utilise réellement la MCRO depuis la formation de juillet 2018. En fait j'ai commencé mes séances ici à l'IEM car je n'y suis que depuis l'année dernière, mais avant moi il n'y avait pas d'ergothérapeute. Donc j'ai passé un temps d'observation et quand j'ai commencé mes séances en septembre j'ai fait passer une MCRO à quasiment à tous les jeunes que je suivais pour mettre au point les objectifs avec eux. Les jeunes que je suis sont des adolescents entre 13 et 22-23 ans pour les « grands adolescents ». Pour ce qui est de leurs pathologies, ce sont des jeunes souvent qui sont victimes de paralysies cérébrales, quelques traumatismes crâniens, mais ce sont beaucoup de pathologies à la naissance. Donc ce sont des enfants qui étaient à Paul Dottin ou à Jean Lagarde, dans des structures spécialisées pour enfants. Il y a également des enfants atteints de quadriplégie, d'hémiplégie, ce sont des enfants avec une atteinte motrice avec des troubles associés et souvent une déficience intellectuelle.

Pour leur présenter la MCRO, pour certains c'était la première fois qu'on travaillait ensemble donc je leur disais qu'on allait travailler ensemble cette année, et qu'il fallait qu'on trouve des objectifs à travailler tous les deux. J'ai beaucoup de personnes qui sont non-verbales,

L'outil MCRO

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

mais qui comprennent bien. Ce qu'on fait c'est qu'on utilise des pictogrammes, photos, de toutes les activités de la vie quotidienne. J'ai réussi à utiliser la MCRO malgré les problèmes de communication. Par contre je pense que je n'avais pas tout en image et donc ça a pu induire les réponses. Par exemple, il y a une enfant qui veut faire du ski parce qu'elle a vu le ski en image. Donc ça guide et ça peut biaiser les réponses. Je leur ai dit qu'on allait utiliser cet outil, et qu'on allait expliquer ensemble comment ils font les activités aujourd'hui et à quel point ça les satisfaisait à l'heure actuelle. À la fin de l'année on refera un point avec l'enfant pour voir on a réussi à bien travailler sur cet objectif ou non. Mais ils ont dans l'ensemble bien compris le principe de la MCRO.

Pour la passation de la MCRO j'utilise des réglettes simples pour certains, pas les réglettes pédiatriques mais des réglettes faites à la main. J'utilise cela parce qu'il y a certains enfants pour qui les chiffres c'est compliqué. Donc j'essaye de leur dire : « là c'est pas du tout important, là c'est très important » en leur montrant la flèche. Puis pour ceux qui étaient capables de graduer je leur demandais de me montrer sur la réglette. Pour expliquer les cotations (importance, rendement et satisfaction), c'était un peu brouillon des fois je pense. Après quand je voyais qu'ils ne comprenaient pas on le reprenait ensemble. C'était plus la satisfaction qui était difficile à expliquer. Les images qu'on a utilisées sont des images basées sur l'OT'Hope, c'était une des stagiaires de Paul Dottin qui avait fait ça. Il s'agissait de photos pour illustrer chaque activité de la vie quotidienne. Je n'ai pas utilisé l'OT'Hope standard réellement. J'avais eu une présentation de cet outil à l'assemblée générale de l'ANFE. Si j'avais pu je l'aurais pris. Pour la passation ce ne sont pas des pictogrammes mais des images, c'était pour faciliter pour certains qui sont soit non-verbaux, et pour ceux pour qui c'est difficile de s'organiser. Pour certains on l'a utilisé après, c'est surtout en termes d'organisation donc des fois on essaye de faire aussi avec les activités de vie quotidienne, alors « quand tu te lèves... » et on essaye de découper la journée pour faire une journée type. C'était intéressant pour certains enfants car je ne les connaissais pas encore donc je n'ai pas induit les réponses. La MCRO me permet de me justifier auprès des autres soignants sur les objectifs que je travaille avec les enfants. Dans l'immédiat je reste sur des choses qui sont importantes pour l'enfant puis je vois ensuite si je peux intégrer les demandes des autres professionnels.

Je n'ai pas encore eu le temps de faire de réévaluations. Parce que le temps de faire passer les MCRO comme je ne vois les enfants qu'une fois par semaine et que les plannings mettent du temps à se mettre en place je n'ai pu commencer les séances qu'en octobre, donc ça a pris déjà pour certains 2, 3 séances pour tout voir. La passation dure plus ou moins longtemps en fonction des enfants. Il y en a pour qui ça a été quand même long, je les perdais au bout d'un moment. On faisait autre chose et on scindait la passation sur plusieurs séances. Pour ce qui est

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

des réévaluations j'en parle aux enfants. Par exemple j'en ai reparlé ce matin avec une des jeunes parce qu'on a fait un peu le point. Le jour de l'évaluation initiale je leur en ai parlé parce qu'il y en a qui m'ont demandé pourquoi je ne remplissais pas les tableaux entièrement. Donc je leur disais que ce serait la prochaine fois, à la fin de l'année quand on aura bien avancé.

Dans les avantages de la MCRO je trouve que ça permet de guider l'entretien et de trouver les objectifs peut-être un peu plus intéressants pour l'enfant. La MCRO permet d'organiser et de structurer l'entretien. Ensuite la limite, comme on disait à la formation, avec des enfants non-verbaux c'est un petit compliqué, mais je m'en suis sortie. Et pour ceux qui ont une déficience intellectuelle, c'est le cas à l'IME, je n'ai pas utilisé la MCRO parce que c'était trop compliqué pour eux. Ils n'étaient pas en capacité en termes de temps, en termes d'attention, et il y en a qui font de l'écholalie donc tu as beau faire les questions à l'envers après c'est compliqué, de plus ils sont plus petits donc c'est moins accessible pour eux. Mais à l'IEM ça fonctionne bien. Je trouve cet outil intéressant et quand on travaille dans l'urgence cela permet de reprendre le tableau de la MCRO et de retrouver facilement les objectifs choisis par l'enfant. Je trouve que ça structure l'intervention. Et puis ça reste très humain, ce n'est pas trop médical.

J'utilise des MCRO avec quelques bilans, notamment des bilans moteurs. On n'a pas beaucoup de bilans ici, on a que le box & block pour le moment. Avec Pascaline on n'avait rien avant donc on a du tout créer, donc je fais quand même quelques bilans moteurs et les bilans d'écriture. La MCRO n'a pas changé mes bilans de base, c'est quand même des bilans que je faisais avant. En plus on en a besoin pour les dossiers MDPH, pour les médecins, pour les bilans. Ce sont des bilans du quotidien qu'on utilise pour évaluer la fonction motrice, et la MCRO s'est ajoutée, c'est en plus. Et la MCRO je le prends vraiment plus comme un outil d'entretien pour verbaliser et mettre en place les objectifs et le suivi. Je pense que ce n'est pas possible de ne faire que la MCRO. La médecin est très contente qu'on fasse passer la MCRO parce qu'elle connait cet outil et l'apprécie, mais on a quand même besoin des autres bilans. Par rapport à l'équipe je n'ai pas eu de soucis pour le moment. Je travaille beaucoup avec des éducateurs dans le médico-social, et j'ai eu des jeunes qui ont un désir d'autonomie donc ça rentre aussi dans les projets des éducateurs. Et j'aurais pu avoir des problèmes par exemple si ça avait été des jeunes qui me citent des objectifs non spécifiques à l'ergothérapie. Pour l'instant ça s'est bien passé et les équipes ont été vraiment réceptives. Et je n'ai pas toujours eu de liens avec les familles. Car il s'agit d'adolescents. J'ai retransmis aux familles certains bilans en fonction des projets. Durant les réunions avec les familles j'ai pu faire le lien avec la MCRO. C'est le même principe que les P3I. J'ai pu dire à l'équipe et à la famille quels étaient les objectifs travaillés.

L'outil MCRO

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

L'approche thérapeutique

Mon approche thérapeutique n'a pas tellement changé. Je n'ai jamais eu une approche biomédicale, j'ai toujours travaillé dans le médico-social donc j'ai été centrée sur le patient depuis le début. Ça a toujours été la relation la plus adaptée. Je trouve plutôt que ça me manquait, c'est déjà ce que je faisais implicitement mais je manquais d'un outil comme la MCRO pour structurer mon approche centrée sur la personne. Je pense que j'avais déjà cette approche de base. Parce que c'est le problème dans le médico-social c'est qu'on est souvent en sous-effectif et donc il est difficile de trouver sa place. Mais du coup-là cette approche permet de retrouver notre place et de structurer vraiment les choses.

Je n'ai pas eu de changement de pratique, mais le fait de me centrer sur l'enfant et sur ses attentes c'est quelque chose de facile à réaliser. Pour certains jeunes qui sont non-verbaux c'est difficile de ne pas indicer et j'ai essayé d'être vigilante à cela en restant objective. Ils ne m'ont pas donné des objectifs irréalistes, ça restait des choses cohérentes avec eux même.

Ressenti de l'ergothérapeute

Pour ce qui est des bénéfices de la MCRO, et de l'approche c'est un peu compliqué à cerner cela sachant que je ne l'utilisais pas avant... Après je pense qu'on va faire en fonction de leur ressenti, dans l'ensemble ils ont quand même envie de venir en séance. Et il y en a qui sont contents qu'on ait pris en compte leur demande. Il arrive que les objectifs nécessitent des visites à domicile pour respecter leurs attentes. Dans l'ensemble je pense qu'ils étaient vraiment contents qu'on leur demande leur avis. Je pense que ça les aide au niveau de leur motivation et leur implication en séance.

L'enfant je ne sais pas s'il a l'impression d'avoir plus de contrôle sur sa thérapie. Il y en a quand même qui sont un peu « attentistes ». Mais ce sont des adolescents donc il faut leur rappeler les objectifs et souvent ça les remotive.

Je n'ai pas encore effectué de réévaluations mais je pense que certains voient leurs évolutions avec différents degrés de conscience.

Fin de l'entretien

Je trouve que la MCRO est un outil est assez intéressant. Associé à un outil comme l'OT'Hope, ça permet d'adapter avec l'utilisation d'images ou autres... Par exemple si je dois aller le faire passer à l'IME je pense que je prendrais plus l'OT'Hope que la MCRO car c'est plus adapté au public. Et puis on doit aussi adapter les consignes aussi en fonction des enfants et de leurs pathologies. Le fait de ne pas pouvoir l'appliquer à tout le monde constitue également une limite. C'est un outil qui permet aussi de prendre en compte la famille et les aidants mais pour l'instant je n'ai pas eu le temps de faire le lien avec eux.”

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

PREFMS Pôle régional d'enseignement et de formation aux métiers de la santé

Occitanie

Hôpitaux de Toulouse

Formulaire de consentement pour films, enregistrements sonores, magnétoscopiques et autres

Je, soussigné(e) : *Entretien n°6 : Mme F*
Prénom et nom en lettres majuscules

accepte que la rencontre soit enregistrée sur bande audio ou vidéo.

Je comprends que cette modalité est un outil de travail et de formation pour l'étudiant Romain BORNAND en formation à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse.

Je comprends que les enregistrements seront utilisés à des fins de travail et d'analyse par l'étudiant dans le cadre de son mémoire de fin d'études.

Seuls l'étudiant, sa superviseure ou son superviseur, sa référente ou son référent de mémoire, pourront avoir accès à l'enregistrement pour aider à l'analyse de ce dernier.

Le support audio, vidéo ou numérique ne doit pas sortir du cadre de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse. Je comprends que tous les enregistrements seront conservés de façon à ce qu'ils ne soient pas divulgués sur internet ou utilisés à d'autre fins que pour le travail de recherche du mémoire.

Il est entendu qu'il m'est possible de demander toutes les explications que je désire sur l'usage qui sera fait de ces enregistrements.

Signatures :

Personne consentante	Etudiant qui réalise l'enregistrement

Fait à : Toulouse
Lieu de signature

Date : 21/02/2019
Jour/Mois/Année

N. B : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.

Ce document doit être imprimé en double exemplaire et est **à conserver** par les deux personnes concernées.

Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse

Annexe n°51 : Formulaire de consentement d'enregistrement pour **l'entretien n°6** (Mme **F**)

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Annexe n°52 : Retranscription intégrale de **l'entretien n°6** avec Madame **F** (verbatim)

Verbatim – Entretien n°6 : (25-40 minutes)

Madame F
Nom et prénom de la personne interviewée

[Durée de l'entretien n°6 : *33 minutes 42 secondes*]. Date : 21/02/2019

Thème de mémoire : Influence de la MCRO sur l'implication des enfants dans la PEC.

Présentation de l'entretien : (5 minutes) « Bonjour, nous nous retrouvons aujourd'hui dans le cadre de mon mémoire de fin d'études autour du thème de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel en pédiatrie. J'effectue cet entretien dans une perspective de pré-enquête auprès de plusieurs ergothérapeutes pour prendre en compte leurs avis et leurs expériences afin d'affiner la question de recherche de mon sujet et d'élaborer ma question de recherche définitive. ».

“ ...

l.1 - **Mme F :** « C'était normal pour moi d'utiliser la MCRO dès le début de ma pratique, même si
l.2 - effectivement je n'ai pas 15 ans d'expérience, mais j'ai été obligé dans mon dernier stage de
l.3 - faire la MCRO donc j'ai été formé pour l'utiliser. »,

l.4 - **Romain :** « Ça marche. Je vais te reposer le contexte du mémoire. Mon mémoire de fin d'études
l.5 - porte sur la MCRO en pédiatrie. L'idée m'est venue lors du stage que j'ai fait à Paul Dottin
l.6 - avec Marie-Pierre et Barbara. Les entretiens que j'effectue c'est parce que j'ai eu une question
l.7 - de départ dans mon sujet qui est de savoir l'influence que la MCRO pourrait avoir sur
l.8 - l'implication des enfants dans la prise en charge. Cet entretien me permet d'affiner d'avantage
l.9 - cette question. Ce sont des entretiens exploratoires ayant pour objectifs d'analyser et de
l.10 - comprendre les leviers qu'il peut y avoir sur l'implication de l'enfant dans la prise en charge en
l.11 - utilisant la MCRO. »,

l.12 - **Mme F :** « Ok. »,

l.13 - **Romain :** « Ensuite j'ai une deuxième partie sur l'analyse des dossiers médicaux que
l.14 - j'effectuerais si j'en ai le temps. Je voulais voir l'évolution des cotations. Observer comment
l.15 - cela peut évoluer entre les réévaluations. C'est quelque chose que j'aimerai faire mais je ne sais
l.16 - pas si j'aurais le temps, donc je me le garde sous le coude, sinon je le ferai entre mon rendu de
l.17 - mémoire et mon oral. »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.18 - **Mme F :** « Ah oui pour l'oral. »,

l.19 - **Romain :** « Voilà donc je vais voir si j'ai le temps de le faire ou pas. ».

Question de départ :

1. Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'ergothérapeute en pédiatrie ?

l.20 - **Romain :** « La question de départ : depuis combien de temps est-ce que tu exerces en
l.21 - pédiatrie en tant qu'ergothérapeute ? »,

l.22 - **Mme F :** « Depuis le début que j'ai été diplômée donc ça va faire 3 ans et demi. »,

l.23 - **Romain :** « Donc dès que tu es sortie du diplôme tu as été embauchée ici ? »,

l.24 - **Mme F :** « Oui. »,

l.25 - **Romain :** « D'accord. Tu as été embauchée ici à Pierre Froment ? »,

l.26 - **Mme F :** « Non, j'ai été embauchée au service Ocsyhtan et là ça va faire un an et demi que je
l.27 - suis au service Philiaé pôle enfant, mais tu vois nos problèmes de locaux qui m'ont fait atterrir
l.28 - ici... »,

l.29 - **Romain :** « Oui c'est vrai qu'avant tu étais au service Ocsyhtan ? »,

l.30 - **Mme F :** « J'ai toujours mon bureau à l'Ocsyhtan mais avant j'utilisais l'Ocsyhtan pour tout. Et
l.31 - comme maintenant c'est bien séparé entre le sanitaire et le médico-social je n'ai plus le droit
l.32 - d'utiliser mon bureau sanitaire pour le médico-social. »,

l.33 - **Romain :** « D'accord, donc tu as quand même un temps encore sur l'Ocsyhtan ou pas ? »,

l.34 - **Mme F :** « Oui j'y suis à mi-temps. »,

l.35 - **Romain :** « D'accord. »,

L'outil MCRO : (5-10 minutes).

2. Utilisez-vous l'outil MCRO depuis la formation, ou avant ? Si oui, depuis combien de temps ? Avec qui ? (Population ciblée, pathologies, âge).

l.36 - **Romain :** « Alors cette question j'ai déjà eu un petit peu la réponse, mais la MCRO est-ce que
l.37 - tu l'utilisais avant la formation ? »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.38 - **Mme F :** « Oui donc moi c'était obligatoire sur mon dernier stage. J'ai eu la formation avec mon
l.39 - école, j'ai été formée en Belgique donc j'ai eu la formation en troisième année et j'ai dû l'utiliser
l.40 - dès le début de ma pratique. »,

l.41 - **Romain :** « Pendant tes stages ? »,

l.42 - **Mme F :** « Oui c'était obligatoire. »,

l.43 - **Romain :** « D'accord donc vous pratiquiez beaucoup la MCRO ? »,

l.44 - **Mme F :** « Oui. »,

l.45 - **Romain :** « Tu l'utilises depuis un peu plus de 3 ans du coup ? Et est-ce que tu l'utilise avec
l.46 - tous les enfants que tu prends en charge ou pas ? »,

l.47 - **Mme F :** « Je ne peux pas te dire non parce que théoriquement avec tous les jeunes que je suis
l.48 - en séance sur le médico-social oui. Mais à l'Ocsyhtan, avec des syndromes de Prader-Willi
l.49 - c'est pas du tout le même fonctionnement. Il y a des jeunes qui ne viennent que pour une
l.50 - semaine d'autres qui viennent pour deux mois. En fonction du temps qu'ils restent et des
l.51 - objectifs ce n'est pas sûr que je l'utilise. »,

l.52 - **Romain :** « Donc tu l'utilises vraiment dans le médico-social systématiquement ? »,

l.53 - **Mme F :** « Oui par contre dans le médico-social avec les enfants déficients moteurs. Pas les
l.54 - enfants polyhandicapés parce que je ne les ai pas en séance, et dans tous les cas avec eux ce
l.55 - bilan ne serait pas très adapté. »,

l.56 - **Romain :** « Est-ce que c'est des enfants qui sont âgés ? Quelle est la tranche d'âge avec laquelle
l.57 - tu utilises la MCRO ? »,

l.58 - **Mme F :** « Au médico-social, à Philiaé j'ai des petits, donc ils ont entre 7 et 10 ans. »,

l.59 - **Romain :** « Et tu arrives à l'utiliser avec tous les enfants ? Il n'y a pas de limite au niveau de
l.60 - l'âge ? »,

l.61 - **Mme F :** « Non. Après à l'Ocsyhtan je l'ai utilisé, je crois que le plus âgé, on a des dérogations
l.62 - jusqu'à 20 ans, donc j'ai dû l'utiliser jusqu'à 20 ans. »,

l.63 - **Romain :** « D'accord. Et les pathologies c'est des pathologies hétérogènes ou c'est à peu près
l.64 - les mêmes pathologies ? »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.65 - **Mme F :** « Moi à l'Ocsyhtan c'est la même pathologie après les profils sont hétérogènes selon
l.66 - la déficience intellectuelle, après à Philiaé je n'ai qu'un petit groupe d'enfants déficients
l.67 - moteurs donc j'ai 5 séances par semaine, et là oui. Mais je réfléchis parce que dans le groupe
l.68 - j'en ai une avec qui ça n'a pas du tout marché la MCRO donc c'est pour ça que c'est à celle
l.69 - que je pense donc c'est à peu près le même type de pathologie. ».

3. Comment amenez-vous l'entretien ? Qu'est-ce que vous dites aux enfants ?

l.70 - **Romain :** « D'accord. Quand tu amènes l'entretien aux enfants qu'est-ce que tu leur dis quand
l.71 - tu leur présentes la MCRO ? »,

l.72 - **Mme F :** « Alors moi cette année j'ai choisi de le faire à la fin. C'est-à-dire que j'ai fait l'inverse
l.73 - de ce que Jean-Michel à dis mais bon... J'ai fait tous les bilans, gestuels et autres, pour bien
l.74 - connaître les enfants et j'ai emmené la MCRO à la fin. Après je leur ai qu'on allait parler de
l.75 - leurs objectifs à eux et que cette fois ci c'était différent de tous les bilans que j'avais pu faire
l.76 - passer et qu'il n'y avait pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Je leur ai dit qu'on allait
l.77 - recueillir leurs impressions pour voir ce qu'ils voulaient. »,

l.78 - **Romain :** « D'accord donc tu l'as vraiment différencié des autres bilans ? »,

l.79 - **Mme F :** « Oui. Moi j'ai fait le choix de finir par ça parce que ça me permettait d'être au clair
l.80 - avec l'enfant pour savoir si on allait pouvoir réaliser leurs objectifs ou pas. »,

l.81 - **Romain :** « À la fin de tes évaluations du coup tu faisais passer ça ? »,

l.82 - **Mme F :** « Oui, parce que j'avais les autres bilans validés, moi j'avais une idée des objectifs et
l.83 - ça me permettait de savoir si on était en harmonie avec ce que veut l'enfant. »,

l.84 - **Romain :** « Oui c'est une bonne idée. ».

4. Comment se passe la passation, la cotation, <u>avec ou sans</u> les parents ? (Réglettes, facilité d'utilisation, consignes d'explication, difficultés, supports utilisés comme l'OT'Hope).

l.85 - **Romain :** « Par rapport à la passation est-ce que tu la passes avec ou sans les parents ? »,

l.86 - **Mme F :** « Là je l'ai fait sans eux. »,

l.87 - **Romain :** « D'accord. Par manque de disponibilités des parents ou par manque de temps ? »,

l.88 - **Mme F :** « Oui, en fait les cas où j'ai fait passer la MCRO, il y en a pour certains les parents ne
l.89 - sont même pas en France, il y en a où les parents habitent loin donc ils sont peu impliqués dans

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.90 - la prise en charge. On va dire que je ne l'ai pas proposé aux parents parce qu'ils n'étaient pas
l.91 - forcément impliqués et que j'ai pris cette décision. Puis à l'Ocsyhtan les parents ne participent
l.92 - pas puisqu'en même temps je n'ai pas de contact avec eux puisqu'ils ne me voient pas à l'entrée
l.93 - et parce que vu mon petit temps sur l'Ocsyhtan et vu le temps où l'enfant reste si je fais ça je
l.94 - ne fais rien. »,

l.95 - **Romain :** « Pour la passation est-ce que tu as des outils que tu utilises pour faciliter la
l.96 - passation ? »,

l.97 - **Mme F :** « Oui moi je me suis créée un outil, je ne l'ai pas là puisque je l'ai dans ma salle
l.98 - Ocsyhtan, mais je dessine l'échelle sous forme d'escalier. »,

l.99 - **Romain :** « D'accord, c'est un peu basé sur la GAS non ? »,

l.100 - **Mme F :** « Oui en quelque sorte mais là l'escalier il a 10 marches. Mais effectivement, je n'ai
l.101 - pas fait de GAS cette année, mais j'en ai eu un petit qui avait fait une GAS avec Cécile et qui
l.102 - lui confondais parce qu'il avait en tête l'escalier des progrès mais moi c'était un autre escalier,
l.103 - ça l'a trop perturbé. Mais en fait je dessine l'escalier, soit je mets les chiffres, soit je ne les mets
l.104 - pas, en fonction du profil. Et je leur demande sur quelle marche ils se situent, s'ils sont plutôt
l.105 - vers le haut de l'escalier, vers le bas ou vers le milieu. »,

l.106 - **Romain :** « C'est assez représentatif comme outil ? »,

l.107 - **Mme F :** « Oui, écoute à l'Ocsyhtan ça marche très bien, avec des enfants atteints de Prader-
l.108 - Willi ça marche très bien. »,

l.109 - **Romain :** « C'est peut-être plus facile que la flèche où il y a moins cette notion de graduation. »,

l.110 - **Mme F :** « Oui, et à chaque fois je dessine trois escaliers d'une couleur différente pour voilà dès
l.111 - qu'on change de notion, selon l'importance, le rendement et la satisfaction, je change d'escalier
l.112 - et de couleur parce que sinon ils ont tendance à me donner la même note. »,

l.113 - **Romain :** « Oui. Et ils arrivent bien à faire la différence entre les trois notions ? »,

l.114 - **Mme F :** « Oui, alors moi je ne fais passer la MCRO que à des enfants ayant une déficience
l.115 - intellectuelle qui reste légère. »,

l.116 - **Romain :** « Pour les expliquer tu as eu des difficultés ? »,

l.117 - **Mme F :** « Non, ça va, franchement ça va. »,

l.118 - **Romain :** « Est-ce que tu utilises l'OT'Hope ou pas ? »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.119 - **Mme F :** « Non. Il n'est pas dans la salle en plus. Mais vu que moi ça fonctionne bien et comme
l.120 - je n'ai pas été formée à cet outil-là, j'ai été formée à la MCRO dès le début donc je n'ai pas
l.121 - forcément l'utilité de tels bilans. ».

5. Effectuez-vous une réévaluation ? Comment ?

l.122 - **Romain :** « Des réévaluations est-ce que tu en a faite ou pas, tu as eu le temps d'en faire ? »,

l.123 - **Mme F :** « J'en ai fait certaines, alors pour l'instant je n'en ai pas fait avec mon groupe de
l.124 - déficients moteurs parce qu'on ne trouverait pas grand-chose là, mais à l'Ocsyhtan oui. »,

l.125 - **Romain :** « D'accord. »,

l.126 - **Mme F :** « Quand ils reviennent on réévalue. »,

l.127 - **Romain :** « Ok, donc sur l'Ocsyhtan est-ce que tu leurs avait dit on réévaluera la prochaine fois
l.128 - ou tu leur avais fixé une date ? »,

l.129 - **Mme F :** « Oui, après je ne fixe pas de date dans le sens que je ne sais pas quand sera lors
l.130 - prochain séjour mais oui je leur avais dit oui. »,

l.131 - **Romain :** « Et pour ceux qui sont sur Philiaé est-ce que tu leurs a dit on réévaluera vers telle
l.132 - période ou est-ce que tu vois en fonction de leurs évolutions ? »,

l.133 - **Mme F :** « Non on va dire que pour ça je me le suis gardé sous le coude, parce qu'en plus comme
l.134 - j'en ai qui retiennent bien et qui serait capable de me ressortir à telle date on doit réévaluer. J'ai
l.135 - envie de me garder cette liberté de pouvoir réévaluer quand j'estimerai qu'il a fait des progrès
l.136 - ou alors qu'il n'a plus de motivation pour cet objectif. »,

l.137 - **Romain :** « D'accord. Est-ce que tu leur as dit on réévaluera un jour ? »,

l.138 - **Mme F :** « Oui. »,

l.139 - **Romain :** « D'accord, donc tu les a quand même informé de ça ? »,

l.140 - **Mme F :** « Oui, ça j'ai annoncé qu'on allait refaire ça, mais voilà je n'ai pas annoncé d'échéance
l.141 - et j'ai dit que ça se trouve ce ne serait pas avec moi ce serait avec un prochain ergothérapeute
l.142 - s'il changeait de groupe l'année prochaine. »,

l.143 - **Romain :** « Oui, d'accord. ».

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

6. Quels avantages et limites trouvez-vous à la MCRO ? (Temps, adhésion difficile à l'outil...).

l.144 - **Romain :** « Je vais te poser une question un peu plus large : quels avantages et limites trouves-
l.145 - tu à la MCRO ? »,

l.146 - **Mme F :** « Les avantages c'est effectivement que sans ce test on a tendance à ne pas forcément
l.147 - demander l'avis, et d'autant plus parce que ce sont des enfants. Je veux dire quand on est en
l.148 - neurologie ou dans des services avec des adultes tu as plus cette mentalité de dire : "est-ce que
l.149 - vous êtes d'accord avec les objectifs ?". Les enfants et bien c'est tellement plus facile d'aller
l.150 - imposer quelque chose. Donc la MCRO te permet vraiment de t'obliger à demander et de
l.151 - remettre au centre le fait que les enfants sont capables de faire des choix et de proposer des
l.152 - objectifs qui sont tout à fait cohérent. Et puis effectivement ça permet de savoir vraiment leur
l.153 - motivation. »,

l.154 - **Romain :** « D'accord. »,

l.155 - **Mme F :** « Après les inconvénients c'est par rapport à la déficience intellectuelle. »,

l.156 - **Romain :** « Oui, c'est une limite importante ? »,

l.157 - **Mme F :** « Et oui. J'ai une enfant pour qui la déficience aujourd'hui elle n'est pas actée, donc je
l.158 - n'ai pas un quotient intellectuel mais c'est sûr qu'elle est là et en même temps elle est aussi très
l.159 - timide, la famille ne parle pas français donc ça limite sa compréhension certes mais avec elle la
l.160 - MCRO n'a pas du tout fonctionné. »,

l.161 - **Romain :** « Elle ne comprenait pas le but du bilan ? »,

l.162 - **Mme F :** « Non elle ne comprenait pas et à ce moment-là elle voulait à peine me parler, enfin il
l.163 - n'y a rien qui est sorti appart qu'a un moment elle m'a dit : "je vais aux toilettes toute seule"
l.164 - alors que s'il y a bien un truc qu'elle ne fait pas seule c'est bien ça. »,

l.165 - **Romain :** « Elle n'a pas compris le sens du bilan ? »,

l.166 - **Mme F :** « Oui et pourtant je l'attendais comme avec l'Ocsyhtan mais là ça ne marchait pas du
l.167 - tout. Alors qu'à l'Ocsyhtan avec les Prader-Willi sur une déficience légère à modérée j'y arrive.
l.168 - Après on se doute quand même que pour l'instant il n'y a pas de support qui est vraiment
l.169 - réfléchis pour ce public-là. Moi j'ai un support que j'ai bricolé mais dans les explications, dans
l.170 - les termes il n'y a rien qui est validé au niveau de la déficience intellectuelle et puis c'est vrai
l.171 - que l'échelle est grande, de 1 à 10 ça fait beaucoup. »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.172 - **Romain :** « Oui c'est vrai que pour certain ça fait une grande marge cette échelle. »,

l.173 - **Mme F :** « On va avoir 1, 5 ou 10. Parce que nous on va montrer le début de l'escalier donc
l.174 - forcément je vais montrer la première marche, le milieu et la fin. Donc c'est la limite. »,

l.175 - **Romain :** « Oui, au niveau des chiffres ce n'est peut-être parfois pas toujours représentatif ? »,

l.176 - **Mme F :** « Oui et je trouve qu'on influence forcément quand on explique les cotations, parce
l.177 - que tu montres le début de l'escalier, le milieu...etc. »,

l.178 - **Romain :** « Parce qu'ils n'ont pas cette notion d'évolution, de graduation ? »,

l.179 - **Mme F :** « En fait pour eux, ils vont soit se positionner vers le milieu, vers le bas comme tu leur
l.180 - as montrer ou vers la fin. Ils ne vont pas se dire que pour eux ce n'est pas vraiment en bas, ce
l.181 - n'est pas vraiment au milieu donc ça va être 3, ça non... ».

7. Utilisation de la MCRO seule ou en complément d'autres bilans ? Si oui, lesquels ? Est-ce possible de ne passer que la MCRO ? Pourquoi ?

l.182 - **Romain :** « La MCRO est-ce que tu l'utilises seule ou avec d'autres bilans ? »,

l.183 - **Mme F :** « Alors à l'Ocsyhtan je ne fais pas de bilans validés, parce que tout simplement il n'en
l.184 - existe pas qui me servirait réellement pour ma prise en charge à ce moment-là, et qui serait
l.185 - normé pour cette population-là. »,

l.186 - **Romain :** « Il n'y a pas de bilans adaptés ? »,

l.187 - **Mme F :** « Non en fait rien qu'un bilan gestuel au final si tu leur fais passer le Purdue Pegboard
l.188 - ou le M-ABC dans tous les cas ils seront toujours déficitaires de par la morphologie de leurs
l.189 - mains. Donc à part sortir qu'ils sont déficitaires ça je le sais en voyant qu'ils n'arrivent pas à
l.190 - manger avec les couverts ou autre. Je n'ai pas besoin de ce bilan pour savoir qu'ils sont
l.191 - déficitaires et ça ne m'aide pas trop à voir les progrès qu'ils feraient dans la vie quotidienne. Et
l.192 - puis pour une question aussi de temps souvent je n'ai pas le temps de faire tous ces bilans et
l.193 - c'est des enfants qui sont suivi à l'extérieur donc ils voient une psychomotricienne par exemple
l.194 - à l'extérieur. Donc effectivement à l'Ocsyhtan je ne fais passer que la MCRO. Et après ce sont
l.195 - des observations. »,

l.196 - **Romain :** « Oui c'est basé sur des observations. »,

l.197 - **Mme F :** « Par contre sur Philiaé pour moi ce n'est pas possible. Après pour faire une remarque
l.198 - un peu plus haute, dans notre pratique actuelle le problème c'est que le médecin s'attend à avoir

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.199 - un bilan qui est normé et vu qu'on est un métier qui fait de la recherche etc, aujourd'hui quand
l.200 - on fait de la recherche il faut utiliser des évaluations validées et tout donc ce serait dommage
l.201 - de perdre ça. Parce qu'il y aurait des choses où on ne pourrait pas mesurer les progrès avec la
l.202 - MCRO donc ce serait dommage de perdre toutes nos compétences de passation dans les bilans
l.203 - normés pendant nos séances. »,

l.204 - **Romain :** « D'accord. Donc tu penses que, en tout cas ici, ce ne serait pas possible de faire
l.205 - passer qu'une MCRO ? »,

l.206 - **Mme F :** « Non. Et dans mes stages je suis en train de réfléchir mais je n'ai jamais fait passer
l.207 - que la MCRO. Quand j'ai été formée on m'a bien dit que c'était obligatoire mais on ne pouvait
l.208 - pas se limiter qu'à ça. Et même en psychiatrie. Parce que moi j'ai fait un stage en
l.209 - pédopsychiatrie et là j'avais également fait passer d'autres évaluations. »,

l.210 - **Romain :** « D'accord, donc pour avoir tout cet aspect normé et validé qui n'est pas trop apporté
l.211 - par la MCRO. »,

l.212 - **Mme F :** « Oui. ».

Evolution dans l'approche thérapeutique : (5-10 minutes).

8. Avant / Après l'utilisation de la MCRO ? Avez-vous perçu des changements dans votre approche thérapeutique ? (Approche client-centré)

l.213 - **Romain :** « Pour l'approche thérapeutique, tu étais déjà formée de base à l'utilisation de la
l.214 - MCRO, mais est-ce que tu perçois la différence entre cette approche là et l'approche
l.215 - biomédicale ? »,

l.216 - **Mme F :** « Oui, justement j'ai été formée pour qu'on prenne le patient dans sa globalité avec
l.217 - tout notre vocabulaire ergothérapique sur l'occupation et c'est ce qui permet d'avoir notre
l.218 - spécificité. Moi dans mes bilans je parle de performance occupationnelle, j'utilise quand même
l.219 - nos termes d'ergothérapeute. Après c'est vrai que maintenant pour moi s'est ancré. »,

l.220 - **Romain :** « Oui vu que tu as était formée de base. »,

l.221 - **Mme F :** « Oui et puis je ne sais pas si vous avez des rapports de stages vous en France mais
l.222 - nous en Belgique on en avait... Des trucs de 80 pages à rendre... Et j'avais tout le dossier que je
l.223 - devais faire selon le modèle de la MCRO. »,

l.224 - **Romain :** « Oui, donc tu es vraiment sensibilisée à cette approche-là. »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.225 - **Mme F :** « Oui bon après c'était très répétitif aujourd'hui je ne vais pas reprendre ce genre de
l.226 - dossier mais c'était pour que la démarche elle soit encrée quoi, vraiment passer par chaque
l.227 - étape et on utilisait que ce modèle centré sur la personne. »,

l.228 - **Romain :** « D'accord. ».

9. Est-ce que le changement de pratique, se centrant davantage sur les attentes de l'enfant, a été facile à réaliser ? (Responsabilisation de l'enfant, positionnement dans une relation égalitaire, écoute du patient, mise en retrait du thérapeute).

l.229 - **Romain :** « Le fait de se centrer sur l'enfant c'est quelque chose qui a été facile à faire ou
l.230 - pas ? »,

l.231 - **Mme F :** « Oui. Puisque je te dis j'ai été formée à ça et c'était obligatoire. Et puis maintenant je
l.232 - pense que même sans utiliser la MCRO on est quand même formé à être centré sur le patient.
l.233 - Mais la MCRO reste un excellent outil pour mettre en œuvre ça. »,

l.234 - **Romain :** « Oui. Et du coup en fonction de tes prises en charge ça a été facile à faire ça de
l.235 - laisser la place à l'enfant dans la thérapie ? Est-ce que tu as eu des difficultés par rapport à ça
l.236 - ou non ? »,

l.237 - **Mme F :** « Je te dis j'ai eu le problème de cette jeune pour laquelle il n'y a rien qui sortais. »,

l.238 - **Romain :** « Oui, du coup tu as dû partir sur autre chose ? »,

l.239 - **Mme F :** « D'ailleurs c'est peut-être dommage parce que là je me dis que j'aurais peut-être du
l.240 - mieux investir les parents pour essayer de faire quelque chose. »,

l.241 - **Romain :** « Oui. »,

l.242 - **Mme F :** « Mais j'ai le problème que les parents ne parlent pas très bien français. Mais
l.243 - effectivement j'aurais pu comparer. Mais sinon globalement ça a été facile, mais parce que c'est
l.244 - possible, j'aurais des enfants polyhandicapés en séances ce ne serait pas possible. ».

Bénéfices de la MCRO et de son approche, le ressenti de l'ergothérapeute sur la situation de l'enfant : (10-15 minutes).

10. Avez-vous observé des changements chez l'enfant et des bénéfices pour lui après la mise en place de cette approche ? Le trouvez-vous plus impliqué, mieux investi ? (Autonomisation, engagement, participation, motivation, meilleure implication, rendement, performance...).

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.245 - **Romain :** « Chez l'enfant est-ce que tu ressens les bénéfices qu'il peut y avoir avec cette
l.246 - approche ? »,

l.247 - **Mme F :** « Alors moi je n'ai jamais eu le "sans" et le après, mais je pense que oui. Les enfants
l.248 - sont toujours très contents d'avoir cette parole et de se donner une note. Oui je pense que c'est
l.249 - bénéfique mais comme je te dis je n'ai pas d'éléments de comparaison en disant oui avant ça
l.250 - se passait comme ça et depuis que je fais ça c'est largement mieux parce qu'effectivement je
l.251 - l'ai toujours fait, sauf peut-être l'an dernier sur mes déficients moteurs, il y en a certains où je
l.252 - n'ai peut-être pas dû le faire passer. L'an dernier c'était compliqué je suis arrivé en cours
l.253 - d'année donc mes bilans n'ont pas été très réussis... »,

l.254 - **Romain :** « Le fait de donner le pouvoir à l'enfant, cette autonomie à l'enfant ? »,

l.255 - **Mme F :** « Tu te rends compte qu'après ils t'en reparlent, dans les séances il y a un enfant pour
l.256 - qui l'objectif était d'utiliser les couverts et de se servir de l'eau tout seul à la maison. Il a des
l.257 - couverts adaptés à domicile qu'il n'utilise pas, et il me les a ramenés et je suis allé le voir au
l.258 - repas de midi et il n'avait pas son couteau adapté et c'était horrible pour lui, il me disait : "il
l.259 - faut vraiment que tu ailles me le chercher parce que sinon on ne va pas pouvoir valider cet
l.260 - objectif". »,

l.261 - **Romain :** « D'accord donc ils ont quand même en tête cette notion d'objectif et de sens pour
l.262 - eux qui reste assez forte ? »,

l.263 - **Mme F :** « Oui et puis il me le répète souvent, parce qu'il aimerait pouvoir les utiliser de façon
l.264 - efficace et qu'après on puisse le montrer à sa maman, et qu'elle voit que ça se passe très bien
l.265 - au centre. Ensuite je fais le lien à chaque séance, quel que soit l'exercice je rappelle le lien avec
l.266 - leurs objectifs. Dès qu'on fait des mises en situations, des exercices je fais ce lien avec les
l.267 - objectifs de l'enfant pour qu'il comprenne tout cela. ».

11. Pensez-vous que l'enfant éprouve un gain de pouvoir dans les décisions concernant sa thérapie ? (Contrôle, bien-être, auteur de sa thérapie).

l.268 - **Romain :** « Par rapport aux décisions que prend l'enfant est-ce que tu penses qu'il ressent ce
l.269 - contrôle sur sa thérapie ? Pour cette question bien que tu n'aies pas trop d'éléments de
l.270 - comparaison, penses-tu que l'enfant ressent ce gain de pouvoir, par rapport au médecin, ou à
l.271 - d'autres professionnels qui lui laisserait moins de place, est-ce que tu penses que dans ta prise
l.272 - en charge il ressent le fait qu'il ait plus de place ? »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.273 - **Mme F :** « À Philiaé, je ne sais pas, puisqu'en même temps je ne sais pas trop comment
l.274 - fonctionne le bilan kiné, si le kiné demande exactement quels objectifs ils voudraient travailler
l.275 - ou pas. Mais à l'Ocsyhtan c'est sûr que ça leur plait beaucoup parce qu'effectivement je suis la
l.276 - seule à me poser avec eux et vraiment discuter avec eux sur certaines activités en disant : est-
l.277 - ce que toi tu voudrais vraiment le travailler ou pas, parce que si tu ne veux pas le travailler et
l.278 - bien on ne va pas le faire. Après c'est technique aussi parce que je les amène à prendre
l.279 - conscience qu'ils sont "incompétents" sinon la rigidité fait que tout va bien, c'est quand même
l.280 - un entretien où on aborde les limites due au handicap. C'est là où ils ressentent qu'ils ont du
l.281 - pouvoir. Il y en a certains qui m'ont dit : "non ça je ne veux pas le travailler", donc je leur dis
l.282 - que je ne vais pas les obliger. Si par exemple ils ne veulent pas d'aides cognitives, et bien ce
l.283 - n'est pas grave. »,

l.284 - **Romain :** « Ils ressentent peut-être qu'ils ont leurs mots à dire ? »,

l.285 - **Mme F :** « Oui je vois la différence à l'Ocsyhtan, si à un moment je ne fais pas passer la MCRO
l.286 - et que je crée avec l'enfant une aide cognitive, ou si je la fais passer et que je fais ressortir le
l.287 - besoin, je pointe les notes comme quoi effectivement il n'est pas content de la situation et il
l.288 - aimerait progresser, donc on va faire une aide cognitive donc là, la motivation et l'implication
l.289 - est vraiment différente. Dans ce cas ils ont plus envie de personnaliser leurs aides cognitives et
l.290 - c'est vraiment un indicateur de personnalisation, et il y en a beaucoup qui en parlent aux parents
l.291 - par exemple. »,

l.292 - **Romain :** « Oui ils vont faire le lien avec eux. »,

l.293 - **Mme F :** « Oui tout ça parce qu'il y a eu cette démarche de leur part de leur demander ce qu'ils
l.294 - pensaient eux, de mettre des notes etc. Après quand on mettra l'aide cognitive en place on va
l.295 - réévaluer pour voir comment ils se sentent. Je pense à une enfant qui aujourd'hui malgré qu'elle
l.296 - n'en ait plus besoin elle continue à ramener son aide cognitive toutes les semaines. Je vois
l.297 - qu'elle me dit encore qu'elle demande à l'institutrice pour que papa et maman la laissent alors
l.298 - qu'elle ne la regarde même plus. C'est une enfant avec qui j'ai fait la MCRO à chaque fois
l.299 - qu'elle revient et effectivement les notes ont grimpé en fonction de ses progrès, et elle a
l.300 - vraiment intégré tout cela. Je n'ai même plus besoin d'appeler les parents pour leur dire de
l.301 - ramener l'aide cognitive là elle la ramène, il faut qu'elle soit scotchée le jour ou elle arrive, ça
l.302 - c'est vraiment bien. ».

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

12. Lors des réévaluations effectuées, l'enfant voit-il son évolution ? Y-a-t-il une évolution notable dans la cotation ?

l.303 - **Romain :** « Pour les réévaluations, tu en as effectué sur l'Ocsyhtan surtout, est-ce que l'enfant
l.304 - tu lui fais la comparaison entre l'évaluation initiale et finale ? »,

l.305- **Mme F :** « Oui, à la fin je lui montre par rapport à ce qu'il avait mis la dernière fois. »,

l.306 - **Romain :** « D'accord, et ils comprennent assez bien cette évolution ou pas du tout ? »,

l.307 - **Mme F :** « Oui, mais ça m'est arrivé une fois de lui redonner les notes de la dernière fois parce
l.308 - que l'enfant était bloqué au moment de la réévaluation. Je pense que ça l'a influencé parce qu'il
l.309 - s'est donné des notes plus hautes. »,

l.310 - **Romain :** « Tu leurs redonnes les escaliers ? »,

l.311 - **Mme F :** « Oui, avec le même support. »,

l.312 - **Romain :** « Et dans les cotations tu m'as dit qu'il y avait une évolution à chaque fois ? »,

l.313 - **Mme F :** « Oui. Des fois j'ai des résultats bizarres au niveau de l'importance. Mais sinon oui,
l.314 - parce que sur le rendement je le présente comme le "besoin d'aide", donc effectivement au
l.315 - rapport ils ont moins besoin d'aide, donc ils se donnent une note plus importante. Ça marche
l.316 - bien, je pense qu'il n'y en a aucun avec qui ça ne va pas. Bon après il y en a des fois qui vont
l.317 - me mettre 10 en disant qu'ils n'ont plus du tout besoin d'aide alors que ce n'est pas forcément
l.318 - très efficace encore. Mais au moins eux ils ont quand même l'impression d'avoir fait des
l.319 - progrès. »,

l.320 - **Romain :** « D'accord, donc ça tu le mets en avant quand même ? »,

l.321 - **Mme F :** « Oui. Et puis ils sont souvent très valorisés puisque moi je fais ça aussi pour la douche,
l.322 - ils sont souvent très valorisés déjà à la maison et puis nous à l'entrée à l'Ocsyhtan il y a une
l.323 - évaluation de la douche mais ce n'est pas quelque de standardisé, c'est quelque chose qu'on a
l.324 - créé avec l'équipe. Souvent déjà les soignants pointent les capacités en disant : "ah je me
l.325 - souviens j'avais fait ton évaluation de la douche, au dernier séjour c'était pas du tout ça". Donc
l.326 - rien que quand ils entrent dans le service pour un séjour ils ont cette impression d'avoir fait des
l.327 - progrès. »,

l.328 - **Romain :** « Oui ça les valorise. ».

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Fin de l'entretien : Merci pour votre participation à mon mémoire par cet entretien.

Auriez-vous quelque chose à ajouter sur la MCRO en pédiatrie à laquelle je n'aurais pas pensé ?

l.329 - **Romain :** « Est-ce que tu aurais des choses à rajouter sur la MCRO ? »,

l.330 - **Mme F :** « Une fois que c'est ancré dans la pratique tu ne peux plus t'en passer. »,

l.331 - **Romain :** « Oui, donc aujourd'hui tu ne pourrais pas ne pas l'utiliser ? »,

l.332 - **Mme F :** « Non, j'en ai trop besoin. Parce que j'en ai besoin pour savoir ce que l'enfant pense
l.333 - mais j'en ai aussi besoin moi comme outil pour pointer s'il y a des difficultés, s'il y a un besoin
l.334 - d'aide particulier pour lequel on peut faire quelque chose. Notre rôle c'est d'aider les enfants.
l.335 - Après moi j'ai le défaut de cibler surtout sur les activités de la vie quotidienne, parce qu'à
l.336 - l'Ocsyhtan s'ils me disent : "je veux apprendre à faire du vélo" et bien je ne sais absolument
l.337 - pas comment faire, est-ce que je vais aller le dire à la psychomotricienne, à l'APA... ? C'est un
l.338 - objectif qui va se rajouter en plus qui ne sera pas forcément réalisable sur le séjour et ça ne
l.339 - pourra que frustrer et bloquer l'enfant. Pour ma part je ne l'oriente que sur ce qu'on peut faire
l.340 - en ergothérapie. »,

l.341 - **Romain :** « Pour éviter que l'entretien parte sur d'autres champs de compétences ? »,

l.342 - **Mme F :** « Oui parce que sinon je peux avoir tout et n'importe quoi. Effectivement s'il me dit
l.343 - qu'il veut sauter en parachute je ne pourrais pas lui enlever de cette idée de la tête. Donc on
l.344 - parle au début de la journée et on cible les activités donc je cible aussi forcément celles où je
l.345 - sais qu'il y aura des difficultés. »,

l.346 - **Romain :** « Oui et tu cibles avec lui ? »,

l.347 - **Mme F :** « Parce que si pour la douche il me dit que tout va bien, j'insiste quand même un peu.
l.348 - Alors qu'avec les enfants de Philiaé j'essaye de ne pas cibler, j'essaye parce que je suis quand
l.349 - même conditionnée depuis mes 3 ans et demi à l'Ocsyhtan. Mais là ce qui en est ressorti ce sont
l.350 - surtout des activités de la vie quotidienne. Donc je me dis que j'ai quand même forcément en
l.351 - moi le fait d'insister sur certaines activités. »,

l.352 - **Romain :** « Du coup le fait de cibler les activités tu le fais avec lui ou pas ? »,

l.353 - **Mme F :** « Oui. »,

l.354 - **Romain :** « Tu ne le fais pas avant en te disant : "je vais partir sur telle ou telle activité" ? »,

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l.355 - **Mme F :** « Non mais j'ai une idée quand même parce que je l'ai vu à la douche, au repas, se
l.356 - brosser les dents. Mais après on part du début de la journée et puis des fois je vais parler de
l.357 - l'habillage et ils me disent qu'à la maison ce n'est pas lui qui s'habille alors qu'en fait je l'ai
l.358 - vu à la douche, je l'ai vu mettre son pyjama mais effectivement le pyjama il n'avait pas de
l.359 - bouton ni de fermeture éclair et j'avais oublié cette partie-là et c'est lui qui m'y a emmené en
l.360 - disant qu'en fait il ne pouvait pas s'attacher le manteau tout seul ou des choses comme ça dans
l.361 - son quotidien. »,

l.362 - **Romain :** « D'accord donc ils t'emmènent quand même vers leurs difficultés ? »,

l.363 - **Mme F :** « Oui. Après comme je te dis je vais cibler la douche, l'habillage, le lavage des mains
l.364 - puisque j'essaye aussi de faire le lien avec l'hygiène si je peux. Avant j'arrivais à ne pas trop
l.365 - guider. Quand j'étais en stage je ne ciblais rien. »,

l.366 - **Romain :** « Après c'est l'expérience aussi qui fait ça. »,

l.367 - **Mme F :** « Oui tu te conditionnes, à force d'utiliser un bilan après tu l'utilises vraiment à ta
l.368 - façon. Et puis avec la MCRO tu es quand même très libre. Si tu suis exactement ce qui est
l.369 - marqué dans le protocole l'enfant ne va pas comprendre, ils parlent du rendement, de la
l.370 - satisfaction. Donc ce n'est pas possible, il faut s'adapter et adapter le vocabulaire, adapter le
l.371 - discours, la présentation. On est libre d'adapter l'échelle, ça laisse de la liberté. Moi je trouve
l.372 - que c'est bien qu'on puisse prendre cette liberté puisque pour que ça prenne vraiment toute sa
l.373 - place dans la prise en charge il faut que l'enfant puisse dire les choses et puis en l'adaptant tu
l.374 - as surement influencé mais si tu ne fais rien il n'y aurait rien qui ne sortirait de la MCRO. »,

l.375 - **Romain :** « Tu n'as rien d'autre à rajouter ? »,

l.376 - **Mme F :** « Non. »,

l.377 - **Romain :** « Bon et bien merci pour ta participation. ». ”

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Annexe n°53 : Retranscription reformulée et synthétisée des données récoltées par **l'entretien n°6** avec Madame **F**

Retranscription reformulée et synthétisée des données récoltées par l'entretien n°6 :

Madame F
Nom et prénom de la personne interviewée

****** *E6**

Question de départ

"J'exerce en tant qu'ergothérapeute en pédiatrie depuis que j'ai été diplômée, donc ça va faire trois ans et demi. J'ai été embauchée au service Ocsyhtan et actuellement ça va faire un an et demi que je suis au service Philiaé pôle enfant à mi-temps ainsi qu'à mi-temps sur l'Ocsyhtan.

L'outil MCRO

J'utilise la MCRO depuis que j'ai commencé à exercer. Effectivement c'était obligatoire sur mon dernier stage. J'ai eu la formation avec mon école, j'ai été formée en Belgique donc j'ai eu la formation en troisième année et j'ai dû l'utiliser dès le début. Je l'utilise avec quasiment tous les enfants que je prends en charge. Je l'utilise avec tous les jeunes que j'ai en séance sur le médico-social, à Philiaé. Mais à l'Ocsyhtan, avec des syndromes de Prader-Willi ce n'est pas du tout le même fonctionnement. Il y a des jeunes qui ne viennent que pour une semaine d'autres qui viennent pour deux mois. Et donc en fonction du temps qu'ils restent et des objectifs ce n'est pas sûr que je l'utilise. Mais par contre sur le médico-social avec les enfants déficients moteurs j'utilise systématiquement la MCRO. Avec ceux polyhandicapés je ne peux pas l'utiliser parce qu'eux je ne les ai pas en séance, et que dans tous les cas avec eux ce ne serait pas très adapté. Au médico-social, à Philiaé j'ai les petits, ils ont entre 7 et 10 ans. Et après à l'Ocsyhtan je l'ai utilisée jusqu'à 20 ans pour des grands adolescents. À l'Ocsyhtan c'est la même pathologie avec des profils hétérogènes selon la déficience intellectuelle. Puis sur Philiaé je n'ai qu'un petit groupe d'enfants déficients moteurs donc j'ai 5 séances par semaine.

Cette année j'ai choisi de le faire à la fin de mes bilans. J'ai fait tous les bilans, gestuels, moteurs, etc, pour les connaître et j'ai fait passer la MCRO à la fin. Je leur ai dit que c'était pour parler de leurs objectifs à eux et que ce bilan était différent de tous les bilans que j'avais pu faire passer et qu'il n'y avait pas de bonnes ou de mauvaises réponses qu'il fallait vraiment recueillir leurs impressions pour voir ce qu'ils voulaient. J'ai vraiment différencié ce bilan des autres et j'ai fait le choix de finir par ça parce que ça me permettait d'être assez clair avec l'enfant pour fixer tel ou tel objectif. J'avais les autres bilans validés, j'avais une idée des objectifs et ça me permettait de savoir si on était en harmonie ou non.

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

Par rapport à la passation je l'effectue sans les parents. Pour la plupart des enfants à qui j'ai fait passer la MCRO certains des parents étaient loin donc ils sont peu impliqués dans la prise en charge. Puis à l'Ocsyhtan les parents ne participent pas puisque je n'ai pas de contact direct avec eux. Pour la passation je me suis créée un outil, en fait je dessine l'échelle sous forme d'escalier à dix marches. Soit, je mets les chiffres, soit je ne les mets pas, en fonction du profil. Et je leur demande sur quelle marche ils se situent, s'ils sont plutôt vers le haut de l'escalier, vers le bas ou vers le milieu. C'est assez représentatif et à l'Ocsyhtan ça marche très bien, avec des Prader-Willi. À chaque fois je dessine trois escaliers d'une couleur différente pour que dès qu'on change de notion, selon l'importance, le rendement et la satisfaction, je change d'escalier et de couleur parce que sinon ils ont tendance à me donner la même note. Et ils arrivent bien à faire la différence entre les trois notions car je ne fais la MCRO qu'avec des enfants ayant une déficience intellectuelle qui reste légère. Et je n'utilise pas l'OT'Hope car ça fonctionne assez bien comme ça et je n'ai pas été formée à cet outil-là.

J'ai fait certaines réévaluations, alors pour l'instant je n'en ai pas fait avec mon groupe de déficients moteurs parce qu'on ne trouverait pas grand-chose aujourd'hui, mais à l'Ocsyhtan oui, quand ils reviennent on réévalue. Je leur dis qu'on réévaluera, après je ne fixe pas de date dans le sens où je ne sais pas quand sera leur prochain séjour. Par contre pour les enfants de Philiaé je ne leur dis pas qu'il y aura une réévaluation. On va dire que pour ça je me suis gardé ça sous le coude, parce qu'en plus comme j'en ai qui retiennent bien et qui seraient capables de me ressortir à telle date on doit réévaluer, donc non j'ai envie de me garder cette liberté de pouvoir réévaluer quand j'estimerai que l'enfant a fait des progrès ou alors qu'il n'a plus de motivation pour cet objectif. Donc je leur ai dit qu'on réévaluera un jour, j'ai annoncé qu'on allait refaire ça, mais je n'ai pas annoncé d'échéance et j'ai dit que ce ne serait pas forcément avec moi qu'ils réévalueraient, que ce serait peut-être avec un prochain ergothérapeute s'il changeait de groupe l'année prochaine.

Dans les avantages de la MCRO c'est effectivement que sans ce test on a tendance à ne pas forcément demander l'avis à l'enfant, et d'autant plus parce que ce sont des enfants. Tu vois forcément je veux dire quand on est en neurologie ou des trucs comme ça avec des adultes tu as plus cette mentalité de dire mais est-ce que vous êtes d'accord avec les objectifs. Avec les enfants c'est tellement plus facile d'aller imposer quelque chose. Donc la MCRO permet vraiment d'obliger à demander et de remettre au centre le fait que les enfants sont capables de faire des choix et de proposer des objectifs qui sont tout à fait cohérents. Et puis effectivement ça permet de connaître vraiment leur motivation. Après les inconvénients c'est par rapport à la déficience intellectuelle. À l'Ocsyhtan avec les enfants atteints du syndrome de Prader-Willi avec une déficience légère et modérée j'y arrive. Après on se doute quand même que pour

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

l'instant il n'y a pas de support qui est vraiment réfléchi pour ces enfants déficients intellectuels. Moi j'ai un support que j'ai bricolé mais dans les explications, dans les termes il n'y a rien qui est validé au niveau de la déficience intellectuelle et puis c'est vrai que l'échelle est grande, de 1 à 10 ça fait une marge énorme. On va avoir 1, 5 ou 10. Parce que nous on va montrer le début de l'escalier donc forcément je vais montrer la première marche, le milieu et la fin. Du coup au niveau des chiffres ce n'est peut-être parfois pas trop représentatif et on influence forcément quand on explique je trouve. Parce que tu montres le début de l'escalier, le milieu... Ils n'ont pas tous cette notion d'évolution et de graduation dans la cotation. En fait pour eux, ils vont soit se positionner vers le milieu, vers le bas comme tu leur as montré ou vers la fin.

À l'Ocsyhtan je ne fais pas de bilans autre que la MCRO, parce que tout simplement il n'en existe pas qui me servirait réellement pour ma prise en charge, et qui serait normé et adapté à cette population-là. Par exemple, si tu leur fais passer le Purdue ou le M-ABC dans tous les cas ils seront toujours déficitaires de par la morphologie de leurs mains. Donc à part sortir qu'ils sont déficitaires ça je le sais en voyant qu'ils n'arrivent pas à manger avec les couverts ou autre. Je n'ai pas besoin de ce bilan pour savoir qu'ils sont déficitaires et ça ne m'aide pas trop à voir les progrès qu'ils feraient dans la vie quotidienne. Et puis pour une question aussi de temps et certains des enfants sont suivi aussi à l'extérieur. Donc effectivement à l'Ocsyhtan je ne fais passer que la MCRO. Et après ce sont principalement des observations. Par contre sur Philiaé pour moi ce n'est pas possible de ne faire que la MCRO. Dans notre pratique actuelle le problème c'est que le médecin s'attend à avoir un bilan qui est normé, chiffré et objectif. En utilisant uniquement la MCRO on passerait à côté de certaines informations objectives. Donc je pense que ce n'est pas possible de ne faire que la MCRO. Et dans mes stages je suis en train de réfléchir mais je n'ai jamais fait passer que la MCRO. Quand j'ai été formée on m'a bien dit que c'était obligatoire mais qu'on ne pouvait pas se limiter qu'à ça.

L'outil MCRO

Mon approche thérapeutique n'a pas changé dans le sens où justement j'ai été formée pour prendre vraiment le patient dans sa globalité avec tout notre vocabulaire ergothérapique sur l'occupation et c'est ce qui permet d'avoir notre spécificité. Dans mes bilans je parle de performance occupationnelle et j'utilise quand même nos termes. Après c'est vrai que maintenant la MCRO est ancré dans ma pratique, j'ai été formée dès ma formation initiale, et dans mes stages j'avais des dossiers à faire selon le modèle de la MCRO.

Le fait de se centrer sur l'enfant c'est quelque chose qui a été facile à réaliser puisque j'ai été formée à ça et c'était obligatoire dans ma formation. Et puis maintenant je pense que même sans utiliser la MCRO on est quand même formé à être centré sur le patient. Mais la MCRO

L'approche thérapeutique

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

reste un excellent outil pour vraiment mettre en œuvre cette approche. Si j'avais uniquement des enfants polyhandicapés en séances ce ne serait pas possible.

Mon ressenti sur les bénéfices de la MCRO c'est assez compliqué à dire car je n'ai jamais eu l'avant et l'après. Mais je pense que les enfants sont toujours très contents d'avoir cette parole, de se donner une note. Je pense que c'est bénéfique mais je n'ai pas d'éléments de comparaison parce qu'effectivement je l'ai toujours fait. Je me rends compte que les enfants reparlent de la MCRO pendant les séances. Donc il y a quand même cette notion d'objectif et de sens, puis il me le répète souvent et veulent faire le lien avec leurs activités à la maison. Ensuite, en séance je rappelle les objectifs quel que soit l'exercice.

A propos de savoir si l'enfant ressent ce gain de pouvoir je pense que ça dépend des enfants. A Philiaé, je ne sais pas, puisqu'en même temps je ne sais pas comment fonctionne le bilan kiné, si le kiné demande exactement quels objectifs ils voudraient travailler ou pas. Mais à l'Ocsyhtan c'est sûr que ça leur plait beaucoup parce qu'effectivement je suis la seule à me poser avec eux et vraiment discuter avec eux sur certaines activités en disant : est-ce que toi tu voudrais vraiment le travailler ou pas, parce que si tu ne veux pas le travailler et bien on ne va pas le faire. Après c'est technique aussi parce que je les amène à prendre conscience qu'ils sont « incompétents », c'est quand même un entretien où on aborde les limites dues au handicap. Mais c'est là où les enfants ressentent qu'ils ont du pouvoir. Ils ressentent peut-être qu'ils ont leurs mots à dire et qu'ils peuvent parfois dire quand ils ne sont pas en accord avec ce qu'on travaille. Et puis je vois la différence à l'Ocsyhtan, si à un moment je ne la fais pas passer la MCRO les enfants comprennent moins le sens de ce que l'on met en place, la motivation et l'implication est vraiment différente quand l'enfant prend conscience de ce dont il a besoin.

Pour les réévaluations à la fin je montre aux enfants les notes de la dernière fois pour qu'ils voient cette évolution. Pour les réévaluations j'utilise le même support avec les escaliers et dans les cotations il y a eu une évolution chez les enfants et ils ont l'impression d'avoir fait des progrès. Je mets en avant cette évolution pour valoriser les enfants et leurs progrès. C'est souvent le cas à l'Ocsyhtan, toute l'équipe soignante travaille dans cette démarche de valorisation.

Ressenti de l'ergothérapeute

Une fois que la MCRO est ancré dans la pratique tu ne peux plus t'en passer, j'en ai trop besoin. Parce que j'en ai besoin pour savoir ce que l'enfant pense mais j'en ai aussi besoin moi comme outil pour pointer s'il y a des difficultés, s'il y a un besoin d'aide afin de l'aider. Après moi j'ai le défaut de cibler beaucoup sur la vie quotidienne, parce qu'à l'Ocsyhtan il faut rester sur des choses réalisables sur les séjours courts. J'oriente sur ce qu'on peut faire en ergothérapie pour éviter que l'entretien parte sur d'autres champs de compétences. J'ai une idée quand même

Fin de l'entretien

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

de quelles activités posent problèmes à l'enfant parce que je l'ai vu à la douche, au repas, se brosser les dents... etc. Mais on part du début de la journée et puis des fois je vais parler de l'habillage et des gestes quotidiens. Les enfants m'amènent quand même vers leurs difficultés. Avant j'arrivais à ne pas trop guider, quand j'étais en stage je ne cibler pas beaucoup. C'est vrai que tu te conditionne, à force d'utiliser un bilan tu l'utilise vraiment à ta façon. Et puis la MCRO laisse beaucoup de liberté. Il faut prendre le temps d'adapter le bilan pour que les enfants comprennent le vocabulaire, le discours et la présentation. Moi je trouve que c'est bien qu'on puisse prendre cette liberté pour que ça prenne vraiment toute sa place dans la prise en charge il faut que l'enfant puisse dire les choses et puis en l'adaptant tu as surement influencé mais si tu ne fais rien il n'y aurait rien qui serait sorti.»

Fin de l'entretien

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.

« La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel, un outil favorisant l'engagement occupationnel et l'*empowerment* de l'enfant en pédiatrie »

RÉSUMÉ

Les sciences de l'occupation explicitées par Elizabeth Yerxa à la fin des années 80, ainsi que l'approche centrée sur la personne décrite par Carl Rogers orientent l'ergothérapie vers une nouvelle perspective : promouvoir l'occupation (ACE, 1997, 2002). Le patient est replacé au centre de la prise en soins, avec comme objectif principal qu'il participe davantage aux décisions concernant sa santé. De nouveaux outils sont apparus, comme la MCRO, Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel, afin de mettre en pratique ces nouveaux concepts. Malgré cela, il existe peu d'études sur la mise en pratique de cet outil en France avec les enfants. L'objectif de ce mémoire est de montrer l'impact de l'utilisation de la MCRO en pédiatrie. Les résultats de cette étude se baseront sur six entretiens d'ergothérapeutes utilisant cet outil avec les enfants.

Mots-clefs : MCRO, pédiatrie, *empowerment* (autonomisation), engagement occupationnel.

ABSTRACT

Occupational sciences articulated by Elizabeth Yerxa at the end of the 1980s, as well as the person-centered approach described by Carl Rogers, led occupational therapy to a new perspective which is promoting occupation (ACE, 1997, 2002). The patient is relocated to the center of the taking care, with a main objective for the patient to be more involved in his health decisions. New tools have appeared, such as the Canadian Occupational Performance Measure (COPM), to put these new concepts into practice. Despite this, there are few studies on the implementation of this tool in France with children. The purpose of this dissertation is to show the impact of using COPM in pediatrics. The results of this study will be based on six interviews of occupational therapists using this tool with children.

Keywords: COPM, pediatrics, empowerment, occupational engagement.

Romain Bornand

Promotion 2016/2019

IFE

Ce document est protégé par des droits d'auteurs. Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle.