



INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat en Ergothérapie

2016

**La Mesure Canadienne du Rendement
Occupationnel
au profit des personnes atteintes d'un
syndrome coronaire aigu**

L'ergothérapeute, un interlocuteur privilégié dans un programme
d'Education Thérapeutique

Soutenu par : DARET Elise

11308653

Maître de mémoire : JACQUEMOT Denis

*« Tu me dis, j'oublie.
Tu m'enseignes, je me souviens.
Tu m'impliques, j'apprends. »
Benjamin Franklin*

Remerciements

Un grand merci à toutes les personnes qui m'ont accompagné dans la réalisation de ce travail.

Monsieur Denis JACQUEMOT, maître de mémoire, pour son accompagnement, ses relectures et la pertinence de ses conseils.

Monsieur Bernard DEVIN et l'ensemble de l'équipe pédagogique, pour leur suivi et les précieux conseils qu'ils ont pu transmettre durant ces trois années de formation.

Les ergothérapeutes qui m'ont accueilli en stage, pour la place qu'ils m'ont accordé à leur côté ainsi que pour le partage de leurs connaissances.

Tous les participants de cette étude, sans qui ce travail n'aurait pu s'écrire.

L'ensemble de ma promotion pour le partage de ces trois années de formation et pour les souvenirs qui les accompagnent.

Ma famille et mes amies pour leur bonne humeur et leur soutien au quotidien.

Table des matières

Préambule	1
Introduction.....	2
Partie théorique	4
1. Le syndrome coronaire aigu	4
1.1. Une enjeu de santé publique	4
1.2. Le phénomène d'athérosclérose	4
1.3. Le syndrome coronaire aigu : une complication grave de l'athérosclérose	5
1.4. Traitement mis en œuvre	6
1.4.1. Revascularisation myocardique	6
1.4.2. Traitements adjuvants	7
2. La réadaptation cardiovasculaire	7
2.1. Une prévention bénéfique.....	7
2.2. Contenu d'un programme	9
2.3. Un vécu difficile pour chacun	9
2.3.1. Des répercussions psychologiques majeures	10
2.3.2. Des habitudes de vie difficiles à modifier	10
3. L'éducation thérapeutique du patient	11
3.1. Un défi majeur en réadaptation cardiaque	11
3.2. Importance du diagnostic éducatif.....	12
3.2.1. La première rencontre.....	12
3.2.2. Un recueil d'informations spécifiques.....	14
3.3. L'éducation thérapeutique : passerelle entre soin et éducation ?	15
4. La mesure Canadienne du Rendement Occupationnel	16
4.1. Le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de la Participation	16
4.2. Définition d'un outil centré sur la personne	18
4.3. La MCRO comme outil de l'Education Thérapeutique du Patient ?.....	20
Problématique et hypothèses.....	22

Méthodologie	23
1. Rappel des objectifs	23
2. Population ciblée et lieu d'investigation	23
3. Choix de la méthode d'investigation : le questionnaire	23
4. Respect des règles éthiques	24
5. Déroulement de l'investigation	25
6. Recueil et analyse des données.....	25
Résultats	27
1. Présentation des professionnels	27
1.1. Lieu d'exercice	27
1.2. Formation des ergothérapeutes.....	27
2. Organisation du programme d'Education Thérapeutique du patient.....	28
2.1. Diversité dans la réalisation du diagnostic éducatif	28
2.2. Consensus dans la recherche d'informations.....	29
2.3. Importance du diagnostic éducatif.....	29
2.4. Mise en place des ateliers	30
3. L'évaluation en ergothérapie	31
3.1. Une étape importante pour les ergothérapeutes.....	31
3.2. Les occupations : une évaluation quotidienne.....	32
3.3. Subjectivité dans l'évaluation de la motivation.....	32
4. La personne au cœur de son soin.....	33
4.1. Une place centrale en ergothérapie.....	33
4.2. Un rôle d'expert dans le programme d'ETP.....	33
5. La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel.....	34
5.1. Un outil peu utilisé	34
5.2. Des avantages certains.....	34
6. Et si les ergothérapeutes réalisaient le diagnostic éducatif ?.....	35
7. Contraintes institutionnelles et approche pluri disciplinaire	36

Discussion	37
1. Interprétation des résultats.....	37
1.1. Une démarche d'évaluation commune	37
1.1.1. Similitudes dans la recherche d'informations	37
1.1.2. Utilisation implicite des éléments de la MCRO	38
1.2. La motivation : un concept recherché.....	39
1.2.1. Importance de l'outil utilisé.....	39
1.2.2. Avantages de la MCRO	39
1.3. Une étape essentielle : la construction d'objectifs.....	39
2. Retour sur la problématique et les hypothèses	40
3. Intérêts et limites de l'investigation.....	41
4. Vers une poursuite de l'étude	42
Conclusion	43
Bibliographie.....	45
Annexes.....	49

Table des illustrations

Figure 1 : Modèle canadien du rendement occupationnel et de la participation (Townsend et Polatajko, 2008).....	17
Figure 2 : Echelle de pondération des problèmes (Margot-Cattin et Margot-Cattin, 2009)	19
Figure 3 : Echelle de cotation du rendement (Margot-Cattin et Margot-Cattin, 2009).....	19
Figure 4 : Echelle de cotation de la satisfaction (Margot-Cattin et Margot-Cattin, 2009)	19
Figure 5 : Formulaire de consentement du questionnaire.....	24
Figure 6 : Grille d'analyse questionnaire	26
Figure 7 : Première étape du programme d'Education Thérapeutique du Patient	28
Figure 8 : Pluralité des intervenants	28
Figure 9 : Informations recherchées dans un programme d'Education Thérapeutique du Patient	29
Figure 10 : Répartition en cinq dimensions des informations recherchées lors du diagnostic éducatif.....	29
Figure 11 : Rôle du diagnostic éducatif.....	30
Figure 12 : Organisation des ateliers du programme d'Education Thérapeutique du Patient	30
Figure 13 : Rôles de l'évaluation	31
Figure 14 : Définition d'un objectif	31
Figure 15 : Informations recherchées dans l'évaluation des occupations en ergothérapie	32
Figure 16 : Critères d'évaluation des occupations	32
Figure 17 : Place de la personne dans son soin	33
Figure 18 : Considération du patient au sein du programme d'Education Thérapeutique du Patient	33
Figure 19 : Rôle du patient dans le programme d'Education Thérapeutique du Patient ...	34
Figure 20 : Difficultés de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel	34
Figure 21 : Avantages de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel.....	35

Préambule

Lors de la deuxième année de formation en ergothérapie, le mémoire et le choix du sujet commencent à s'immiscer dans les esprits de chaque étudiant. Il faut alors être attentif à tous les apports de notre formation qui peuvent nous questionner, que ce soit en stage, pendant les cours magistraux ou lors des travaux dirigés.

C'est dans ce contexte qu'un cours magistral sur les dysfonctionnements cardiovasculaires a particulièrement retenu mon attention. En effet, je n'avais encore que peu entendu parler de ces pathologies au cours de ma formation ou pendant mes stages. Cependant, ces dysfonctionnements fréquents dans la société, et présents notamment dans mon entourage, m'ont permis de m'interroger sur la façon dont, en tant que futur ergothérapeute, je pourrais accompagner les personnes atteintes de ces pathologies.

Mes observations personnelles, couplées aux apports théoriques apportés par ce cours, ont permis d'affirmer certains constats et ont centré ma réflexion sur une atteinte particulière : le syndrome coronaire aigu. En effet, ce syndrome touche des individus soudainement. Une fois l'urgence passée, la personne se voit subir certains changements dans son quotidien, imposés par sa maladie. Elle ne peut plus faire les choses qu'elle aimait, qu'elle pouvait ou qu'elle devait faire de la même façon qu'avant. Elle doit le plus souvent prendre un traitement à vie. La peur de la récurrence est très présente et l'atteinte psychologique importante. De plus, ce type de pathologie a aussi des répercussions sur l'entourage de la personne.

Ainsi, par ces constats, la place de l'ergothérapeute dans l'accompagnement de ces personnes me paraissait évidente. Mais plusieurs questions ont suivi ce raisonnement. Comment l'ergothérapeute peut-il être utile dans le suivi de ces personnes ? A quel stade de l'accompagnement peut-il intervenir ? Comment peut-il apporter son aide et son soutien après ce type de traumatisme ?

Introduction

Le syndrome coronaire aigu (SCA) est une atteinte « qui porte en elle une forte composante fantasmatique et symbolique par l'atteinte de l'organe « noble » du corps, sans lequel toute vie s'arrête » (Menu et Moutet, 2013).

En 2013, l'Organisation Mondiale de la Santé a présenté un plan d'action mondial à visée des maladies non transmissibles et notamment concernant les maladies cardiovasculaires puisque deux cibles d'action leur sont consacrées (OMS, 2015). Le SCA, conséquence du phénomène d'athérosclérose, est une pathologie cardiovasculaire qui touche une proportion importante de la population. En France, elle est la première cause de mortalité chez les hommes et la seconde chez les femmes (Menu et Moutet, 2013).

Une fois la première phase du traitement réalisée, il peut être proposé aux personnes après un SCA, une orientation vers une structure qui présente un programme de réadaptation cardiaque et de façon plus spécifique un programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP). En effet, cette prévention secondaire a prouvé son efficacité, et son importance peut être définie comme cruciale pour le suivi de ces individus (Steg et Marouene, 2012). Plusieurs professionnels, médicaux comme paramédicaux, réalisent ce type de programme. Cependant, la littérature ne présente que très peu l'intervention de l'ergothérapeute dans cette phase de prévention secondaire.

Il peut alors être pertinent de se questionner sur ces programmes de réadaptation cardiaque proposés aux personnes après un SCA et sur l'apport que pourrait avoir l'ergothérapeute. Il est intéressant de se demander comment se composent ces programmes, quelle place l'ergothérapeute pourrait avoir, et quels sont ses spécificités et ses outils qui pourraient justifier son accompagnement auprès des personnes après un SCA ?

Dans un premier temps, une présentation du SCA est effectuée. Elle permet de citer les données épidémiologiques qui précisent l'importance de cette pathologie dans la

société. Puis, le phénomène d'athérosclérose est présenté comme la cause directe de ce trouble. Ainsi, le SCA peut être défini plus en détails et des axes de traitements peuvent être proposés.

Pour continuer, la réadaptation cardiovasculaire, programme de prévention secondaire, est abordée, pour comprendre ses objectifs, sa composition et sa mise en place. De plus, le vécu d'un tel programme et le retentissement de la pathologie sur la personne sont évoqués. Puis, afin d'aller plus loin dans cette démarche préventive, ce travail s'intéresse à l'ETP comme nouvelle composante des programmes de réadaptation cardiaque. La mise en place de ces programmes et l'étape du diagnostic éducatif sont décrits. Il s'agit de la phase d'évaluation essentielle qui induit la première rencontre avec la personne et conditionne la suite du programme.

Pour terminer, ce travail tente d'identifier un outil spécifique à l'ergothérapeute, qui pourrait faire le lien avec l'évaluation proposée au sein d'un programme d'ETP. Il s'agit de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO). Cet outil, issu du Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de la Participation (MCRO-P), est centré sur la personne et propose une autoévaluation. Il permet d'identifier les problèmes rencontrés par la personne du point de vue de ses occupations et donc de définir un processus de soins en rapport avec sa motivation et ses attentes.

Les données de la littérature scientifique permettent de proposer un cadre théorique sur lequel ce travail peut s'appuyer. Elles ont permis de définir une question de recherche : En quoi l'ergothérapeute est-il un interlocuteur privilégié pour accompagner la personne atteinte de syndrome coronaire aigu à adopter les recommandations abordées lors d'un programme d'Education Thérapeutique du Patient ? Ainsi, l'utilisation par l'ergothérapeute de la Mesure canadienne du rendement occupationnel, comme outil de l'éducation thérapeutique du patient lors du diagnostic éducatif, serait un moyen de favoriser l'implication et l'engagement de la personne dans le programme d'ETP.

Une méthodologie se mettra en place pour interroger des ergothérapeutes sur des thématiques en lien avec la problématique. Enfin, la présentation des résultats et la discussion permettront d'apporter des éléments de réponse à ce questionnement.

Partie théorique

1. Le syndrome coronaire aigu

1.1. Une enjeu de santé publique

Le syndrome coronaire aigu (SCA) est une pathologie grave dans nos sociétés actuelles. Malgré une diminution depuis vingt ans, l'incidence s'élève à hauteur de quatre-vingt mille à cent mille cas par an en France (Danchin, Puymirat, Aissaoui, Adavane, et Durand, 2010).

Bien qu'ayant suivi les traitements recommandés après leur SCA, ces personnes présentent toujours un risque vasculaire. La morbidité reste élevée dans les années suivant l'accident initial (Cambou, 2011). En effet, cinq ans après un SCA, la mortalité s'élève à vingt pourcents. Les personnes sont victimes d'une nouvelle atteinte dans neuf pourcents des cas, d'un accident vasculaire cérébral pour huit pourcents d'entre elles et enfin, dix-sept pourcents doivent être hospitalisées de nouveau pour la réalisation d'une revascularisation myocardique (Tuppin et al., 2010)

Le SCA représente un enjeu majeur en cardiologie et il est indispensable de s'intéresser à ses conséquences. Les recommandations thérapeutiques apparaissent ainsi comme capitales dans le traitement de ce syndrome. Ce travail s'intéresse donc à l'accompagnement au long cours de la personne après un SCA.

1.2. Le phénomène d'athérosclérose

L'athérosclérose est un phénomène pathologique qui désigne l'obstruction des artères de l'organisme. Des dépôts adipeux se déposent sur la paroi des artères ce qui entraîne une perte de leur élasticité. La plaque d'athérome, responsable de ce phénomène d'athérosclérose, est composée de corps gras. Elle se caractérise par une composition jaunâtre et collante qui s'accroche de façon tenace à la paroi des artères. L'accumulation de dépôt nuit au bon écoulement du sang dans les artères. Les plaques entraînent un rétrécissement progressif des vaisseaux sanguins, la lumière de l'artère se voit alors

rétrécie et la circulation sanguine ne peut plus se faire de façon optimale (Fondation des maladies du cœur et de l'accident vasculaire cérébral, 2013). L'athérosclérose est un phénomène lent et progressif qui peut débuter dès l'enfance. Le dépôt de ces plaques peut se faire dans tout l'organisme, mais il concerne en priorité les artères de dimension moyenne à grande.

Les artères coronaires peuvent être touchées, de la même façon que les autres artères de l'organisme, par le phénomène d'athérosclérose. La formation de plaque d'athérome dans la paroi des artères provoque une obstruction et donc une diminution de la lumière du vaisseau qui entraîne une gêne circulatoire et une mauvaise irrigation du cœur. L'athérosclérose coronaire est une « affection chronique inflammatoire caractérisée par une progression lente des lésions, émaillée par la survenue d'épisodes aigus liés à la rupture de la plaque athéroscléreuse ou l'érosion de l'endothélium coronaire. » (Khallouki et Samkaoui, 2012). Ce phénomène entraîne une obstruction de l'artère coronaire et donc une réduction du débit sanguin.

1.3. Le syndrome coronaire aigu : une complication grave de l'athérosclérose

Le SCA est une « complication aigüe et grave de l'athérosclérose » (Menu et Moutet, 2013). Ce terme récent regroupe plusieurs troubles, tous issus d'une ischémie myocardique aigüe qui est due au rétrécissement plus ou moins important, ou à la sténose, des artères coronaires. L'atteinte peut être unique ou multiple. On parle alors d'atteinte mono ou pluri tronculaire. Le SCA peut être de différents stades. Il comprend l'angor instable ou angine de poitrine, une douleur croissante dans la poitrine et imprévisible, ainsi que l'infarctus du myocarde, la nécrose d'une zone plus ou moins importante du muscle cardiaque (Torpy, Burke et Glass, 2008). La douleur du SCA est caractéristique. Elle survient au repos et perdure plus de vingt minutes. Il s'agit d'une douleur « intense, constrictive, angoissante, rétro sternale, médio thoracique irradiant dans la mâchoire ou l'un des deux bras » (Khallouki et Samkaoui, 2012).

Dans les nouvelles terminologies du SCA, on distingue deux entités. Elles font référence au segment ST, portion brève observable sur le tracé de l'électrocardiogramme.

On parle du SCA avec sus décalage du segment ST ou « SCA ST+ », lorsque l'obstruction de l'artère coronaire est complète et durable. Ce terme se rapporte à la dénomination de l'infarctus du myocarde. Sinon, lorsque le tracé n'est pas modifié, on parle du SCA sans sus décalage du segment ST ou « SCA ST- ». Le diagnostic du SCA peut se faire en se basant sur plusieurs éléments. Dans un premier temps, la symptomatologie douloureuse est à prendre en compte. Puis, l'observation de l'électrocardiogramme permet d'établir une première hypothèse. Enfin, la mesure de la troponine, marqueur biologique de référence pour ce type d'atteinte, permet d'affiner le diagnostic. Le SCA est donc une urgence, tant d'un point de vue diagnostic que thérapeutique. Les soins proposés vont dépendre du type de l'atteinte et donc du diagnostic établi. La rapidité d'accès aux soins est un aspect vital pour la personne atteinte de ce syndrome (Khallouki et Samkaoui, 2012).

1.4. Traitement mis en œuvre

L'urgence médicale que représente le SCA explique la préconisation faite pour la mise en place rapide d'un traitement. Une stratégie de reperfusion doit être systématiquement envisagée et un traitement médical initial est mis en place en pré-hospitalier (Bassand, Bertrand, Vahanian et Farah, 2007).

1.4.1. Revascularisation myocardique

La revascularisation myocardique correspond au traitement de la phase aigüe et dépend du type de syndrome coronaire. Elle n'est pas systématique, le choix doit s'effectuer par l'évaluation du bénéfice attendu par rapport au risque de l'intervention (Khallouki et Samkaoui, 2012). Plusieurs techniques sont employées pour permettre la revascularisation du myocarde. Celle utilisée doit assurer une revascularisation la plus complète et la plus durable possible. Pour permettre ce choix, une coronarographie est réalisée. Il s'agit de l'examen de référence qui permet d'observer et d'évaluer le rétrécissement des artères coronaires. L'angioplastie est la première option retenue. Il s'agit de la méthode la moins invasive. Elle permet de dilater le rétrécissement coronarien grâce à un ballonnet gonflable. La pose d'un stent complète l'angioplastie dans quatre-vingt-dix pourcents des cas. Si le rétrécissement concerne plusieurs artères coronaires,

une méthode chirurgicale sera privilégiée. Il s'agit du pontage coronaire, il permet de réaliser une « déviation » des artères obstruées. Il est réalisé principalement à partir des artères mammaires ainsi que de la veine saphène. Le pontage coronaire s'effectue dans la plupart des cas sous circulation extra corporelle (Fédération française de cardiologie, (s.d.)).

1.4.2. Traitements adjuvants

Un traitement médicamenteux est prescrit après un SCA. Tout d'abord, un traitement anti ischémique permet de diminuer la consommation en oxygène du cœur (Wallentin et al., 2009, cité par Khallouki et Samkaoui, 2012). Il comprend la prise de bêtabloquants, de statines, de dérivés nitrés et d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion. Pour compléter, un traitement antiplaquettaire associé à un anticoagulant est mis en place. Ils sont recommandés chez tout individu afin de prévenir les risques de thrombose (Khallouki et Samkaoui, 2012). Une fois la phase aigüe traitée et le traitement médicamenteux mis en place, les personnes peuvent être orientées vers un centre de réadaptation cardiaque. Elles entrent alors dans un processus de prévention secondaire, reconnu comme efficace après un SCA. Ce volet préventif est bien codifié et il tente d'éviter la survenue d'un nouvel événement cardiaque majeur (Steg et Marouene, 2012).

2. La réadaptation cardiovasculaire

2.1. Une prévention bénéfique

Après un SCA, la durée d'hospitalisation se fait de plus en plus courte. Une fois la phase aigüe traitée et la revascularisation myocardique effectuée, la personne atteinte de pathologie coronarienne est rapidement amenée à retourner à domicile. Cette courte période d'hospitalisation ne laisse pas suffisamment de temps aux soignants pour apporter les conseils nécessaires et éduquer la personne pour un meilleur contrôle de ses facteurs de risque. De plus, ce temps est également nécessaire à l'individu pour prendre conscience de la gravité de son syndrome et pour comprendre l'importance des mesures préventives (Ghannem, 2010). C'est dans ce contexte que des programmes de réadaptation cardiaque ont vu le jour. Ils sont proposés aux personnes après le traitement

de la phase aigüe et permettent d'aborder les aspects essentiels d'un traitement efficace au long cours après un SCA.

En 1993, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la réadaptation cardiovasculaire comme « l'ensemble des activités nécessaires pour influencer favorablement le processus évolutif de la maladie, ainsi que pour assurer aux patients la meilleure condition physique, mentale et sociale possible, afin qu'ils puissent par leurs propres efforts, préserver ou reprendre une place aussi normale que possible dans la vie de leur communauté » (Pavy, Iliou, Vergès, Brion et Monpère, 2011, p3). La finalité de cette réadaptation est de permettre aux individus de devenir acteurs responsables de leur état de santé, afin qu'ils adaptent au mieux leur vie à leur pathologie (Pavy et al., 2011). En 2004, une méta analyse a été réalisée par Taylor et al, afin d'évaluer les programmes de réadaptation cardiaque qui se composent d'activité physique. Les bénéfices de ce type de programme ont été prouvés. Une diminution de vingt à vingt-six pourcents de la mortalité globale ainsi que de la mortalité cardiovasculaire a été démontrée, pour les personnes ayant suivi un programme de réadaptation cardiovasculaire par rapport à celles n'en ayant pas suivi (Taylor et al., 2004, cité par Ghannem, 2010).

La réadaptation cardiovasculaire peut avoir lieu sur plusieurs étapes. La première phase est la plus précoce. Elle se déroule dès les premiers instants après le traitement de la phase aigüe et l'intervention se fait donc au lit de la personne. La deuxième, un peu plus à distance, se déroule dans un centre de réhabilitation ou centre de soins de suite et de réadaptation spécialisé en réadaptation cardiaque. Cette phase peut se réaliser en ambulatoire ou en stationnaire. Elle dure entre trois et six semaines. Enfin, la dernière phase de réadaptation est la plus longue. Elle se réalise sur le long cours et consiste au maintien des apprentissages qui ont été acquis lors des phases précédentes (Welker et al., 2014). Le but de la réadaptation cardiovasculaire est de « réduire les facteurs de risque cardiovasculaires en promouvant et en maintenant des habitudes de vie saines et une vie active, ainsi que de diminuer le handicap et les comorbidités associées à la maladie coronarienne » (Welker et al., 2014). Pour ce faire, il est nécessaire que la réadaptation cardiaque soit réalisée par une équipe pluridisciplinaire, où les compétences et les spécificités de chacun servent à la personne dans son processus de réadaptation (Welker

et al., 2014).

2.2. Contenu d'un programme

Un programme de réadaptation cardiovasculaire se compose d'après un modèle d'approche systémique. La personne est prise en compte dans sa globalité (Welker et al., 2014). L'association américaine du cœur (American Heart Association) et l'association américaine de réadaptation cardiovasculaire et pulmonaire (American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation) définissent dix constituants majeurs d'un programme de réadaptation cardiaque. Ces composants centraux comportent l'évaluation de la personne, le sevrage tabagique, l'apport de conseils diététiques et sur l'activité physique, les prises en charge du diabète, de la surcharge pondérale, de la tension artérielle, de la dyslipidémie et l'accompagnement psychosocial. Enfin, l'entraînement physique est un élément majeur des programmes de réadaptation cardiaque selon ces deux associations américaines (Balady et al., 2007, cité par Welker et al., 2014).

Ghannem (2010) aborde l'importance du suivi médical dans un programme de réadaptation cardiaque. Ce contrôle régulier, tout au long de la participation de la personne soignée au programme, permet de dépister et de traiter d'éventuelles complications liées aux pathologies cardiovasculaires. De plus, ce suivi permet une adaptation constante des traitements médicamenteux. Aussi, l'aide à la réorientation professionnelle et/ou l'aide à la réinsertion sociale sont proposées dans certains programmes. Le travail d'équipe, en concertation avec le médecin du travail mais aussi avec l'assistance sociale, est alors primordial (Ghannem, 2010).

2.3. Un vécu difficile pour chacun

Les sociétés européennes de cardiologie ont réalisé plusieurs études, nommées Euroaspire (Kotseva, Wood, De Bacquer, De Backer et Keil, 2008, cité par Ghannem, 2010). Dans le cadre de la prévention secondaire de la maladie coronarienne, ces études ont pour but d'évaluer l'impact des recommandations apportées aux individus, notamment lors des programmes de réadaptation cardiovasculaire. Selon les études Euroaspire I, II et III, six mois après un accident coronaire, seulement la moitié des

personnes agissent sur leurs facteurs de risque pour tenter de les supprimer (Kotseva, Wood, De Bacquer, De Backer et Keil, 2008, cité par Ghannem, 2010). Il n'est pas évident pour chacun de lutter contre les répercussions qui ont pu apparaître à la suite du traumatisme et d'intégrer dans le même temps des conseils relatifs aux facteurs de risque et à l'hygiène de vie.

2.3.1. Des répercussions psychologiques majeures

Plusieurs éléments influencent la maîtrise des facteurs de risque cardiovasculaires. Leur contrôle représente donc un défi de taille qui tient compte de l'état psychique de la personne. Elle doit établir une relation avec l'équipe médicale afin d'avoir les meilleurs éléments en sa possession pour comprendre sa maladie et avoir confiance en ses capacités de changement. La complexité du plan de traitement peut être un frein dans le cheminement de chaque individu. Il doit pouvoir être motivé, accompagné et soutenu socialement pour que les objectifs du programme de réadaptation cardiovasculaire soient atteints (Miller, Hill, Kottke, Ockene, et Compliance, 1997).

Le SCA est une « atteinte qui porte en elle une forte composante fantasmatique et symbolique par l'atteinte de l'organe « noble » du corps, sans lequel toute vie s'arrête » (Menu et Moutet, 2013). De nombreuses répercussions psychologiques sont à prendre en compte. Les personnes atteintes de ce syndrome évoquent une expérience traumatique, la mort s'est introduite dans le psychisme de chacun. Le sentiment de sécurité se voit être rompu, et elles évoquent la peur de la récurrence. Les difficultés d'adhésion au traitement peuvent être provoquées par ces facteurs psychologiques. En effet, ils ont un impact majeur sur la capacité qu'ont ces personnes à modifier leurs facteurs de risques cardiovasculaires (Lehoux, 2004).

2.3.2. Des habitudes de vie difficiles à modifier

Les programmes de réadaptation cardiovasculaire apportent des informations et des conseils afin de lutter contre les facteurs de risque. Ce contrôle permanent n'est pas évident à mettre en place et nécessite pour chacun de s'engager dans un processus de changement. Bien que primordiale dans le traitement du SCA, la modification des

habitudes de vie est difficile pour les personnes, certaines manifestent un manque de motivation voire même une résistance. Les professionnels qui entourent ces individus expriment la difficulté à les accompagner, afin qu'ils ne restent pas figés dans leurs anciennes habitudes, néfastes d'un point de vue cardiaque (Lehoux, 2004).

Lorsqu'on s'intéresse aux habitudes de vie d'une personne, plusieurs facteurs, tels que la culture, les attitudes, les habitudes acquises, le niveau socioéconomiques, les croyances et les émotions, entrent en jeu. Le travail en collaboration avec la personne, autour de ces facteurs, est essentiel, afin d'évaluer au mieux leur impact sur sa motivation. Les résistances qu'elle peut avoir doivent être intégrées, il ne faut pas aller à l'encontre de celles-ci. Afin que les recommandations soient acceptées et assimilées, il est nécessaire d'évaluer à quel stade de changement la personne se situe. Un plan d'intervention individualisé doit être mis en place par une collaboration interdisciplinaire, afin d'aider au mieux l'individu à identifier les raisons qui le motivent pour affronter la difficile modification de ses habitudes de vie (Lehoux, 2004). Cette mission est complexe pour les soignants, elle nécessite de s'impliquer dans un accompagnement global de la personne (Ghannem, 2010).

Ainsi, les programmes de réadaptation cardiaque se composent d'éléments bien précis et doivent comprendre un réseau multidisciplinaire de professionnels (Welker et al., 2014). Ils ne se limitent plus au reconditionnement à l'effort. Ils s'intéressent également à tout le versant psychologique bien présent dans ce type de pathologie. Depuis quelques années, une autre composante fait son apparition dans les programmes de réadaptation cardiaque : l'éducation thérapeutique du patient (Ghannem, 2010).

3. L'éducation thérapeutique du patient

3.1. Un défi majeur en réadaptation cardiaque

En 1998, l'OMS définit l'éducation thérapeutique du patient (ETP) comme un moyen pour les personnes « d'acquérir et de conserver les compétences les aidant à vivre de manière optimale avec leur maladie. Il s'agit d'un processus permanent, intégré dans les soins, et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de

sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique (...). L'éducation thérapeutique vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie » (Keller, Golay, Lerch et Mach, 2008).

L'ETP apparait en France, depuis 2007, comme une nécessité fondamentale dans le suivi de la personne après un SCA (Monassier et Monassier, 2007). Elle est reconnue législativement en cardiologie depuis le mois d'août 2010. Elle s'appuie sur une approche motivationnelle de l'individu. Après un SCA, l'ETP a pour objectifs de connaître et d'approfondir les causes et les conséquences de la maladie coronarienne, de clarifier les recommandations concernant l'activité physique et l'alimentation, ainsi que d'assurer un suivi au long cours du traitement. Elle permet également d'anticiper les difficultés de la vie quotidienne qui peuvent apparaître à la suite de la pathologie coronarienne et d'accompagner la personne, avec la prise en compte de ses choix, pour la mise en place de son projet personnel de changement (Pavy, 2012).

Malgré les recommandations des sociétés de cardiologie et la reconnaissance législative, l'ETP après un SCA n'est pas toujours utilisée. En effet, pour certains auteurs, elle représente le chaînon manquant dans le suivi thérapeutique de l'athérosclérose et du SCA (Keller, Golay, Lerch et Mach, 2008). Les personnes suivies pour ce syndrome relatent une difficulté à préserver et à ancrer les conseils et les changements sur du long terme (Pavy, 2012). L'observance thérapeutique au long cours, recherchée par le biais de l'ETP, est présentée dans la prévention de l'athérosclérose et de ses complications aiguës, comme un défi majeur (Keller, Golay, Lerch, et Mach, 2008).

3.2. Importance du diagnostic éducatif

3.2.1. La première rencontre

Afin d'induire au mieux des changements comportementaux à long terme, il est indispensable que les stratégies thérapeutiques développées soient centrées sur la personne (Ferrières et al., 2006). L'éducation thérapeutique place l'individu au cœur de son soin et fait partie intégrante de son accompagnement (HAS, 2007). La personne est

considérée comme un partenaire compétent, expert de sa maladie, et la mise en œuvre du programme d'éducation thérapeutique doit se faire avec son accord (D'Ivernois et Gagnayre, 2007). Les prises de décisions doivent être partagées et la définition des priorités se fait en collaboration soignants-soigné (HAS, 2007). L'ETP est un moyen de lutter contre la passivité, puisqu'elle introduit l'action dans les apprentissages. Il s'agit d'une pédagogie basée sur des objectifs, où la motivation de la personne est un vecteur important (Lacroix, 2007). Pour respecter ces fondements théoriques, la construction du programme d'ETP doit respecter quatre étapes. Tout d'abord, le programme d'ETP commence par la réalisation du diagnostic éducatif, puis les intervenants définissent, en collaboration avec la personne, un programme personnalisé à partir des objectifs d'apprentissage qui ont pu être établis. Ensuite viennent la planification et la mise en place des séances individuelles et/ou collectives. Pour terminer, une évaluation est réalisée autour du déroulement du programme mais aussi des compétences qui ont pu être acquises (HAS, 2007).

Le diagnostic éducatif est effectué en première instance dans un programme d'ETP, il permet la rencontre avec la personne soignée. Il a pour objectif le recueil d'informations relatives à son vécu ainsi qu'à son point de vue. Pour cela, l'individu est placé au centre du dispositif d'évaluation. Le soignant doit en permanence le solliciter pour l'inviter à avoir une démarche réflexive afin qu'il puisse exprimer ses émotions (Iguenane et Gagnayre, 2004). La participation de la personne soignée est donc essentielle pour comprendre ses difficultés et pour l'aider à les résoudre (Traynard, 2010). L'entretien motivationnel permet une approche adaptée afin de guider l'individu vers un changement de comportement (Miller, Rollnick, 2002, cité par Lacroix, 2007). Dans le contexte de l'ETP, l'évaluation consiste en la collecte d'informations pertinentes, fiables et valides, afin qu'elles puissent être analysées. La personne est actrice de son programme et participe donc à l'analyse des résultats de son évaluation et aux décisions thérapeutiques et éducatives qui peuvent être prises (D'Ivernois et Gagnayre, 2007). L'ETP propose une approche centrée sur la personne et tente de créer un climat propice afin qu'elle puisse parler de son vécu face à sa pathologie. Un climat de confiance doit s'établir pour permettre à chacun de se livrer (Lacroix, 2007).

3.2.2. Un recueil d'informations spécifiques

Les informations recherchées lors du diagnostic éducatif peuvent être regroupées en plusieurs dimensions (Traynard, 2010). Elles permettent un questionnement qui s'articule autour des différentes sphères de la personne. L'aspect bioclinique est évalué, le retentissement fonctionnel de la maladie et des traitements sur le quotidien de la personne est important à prendre en compte. De même, il est primordial de s'intéresser à la vie socio-professionnelle. La maladie peut avoir un impact sur le mode de vie, à la fois social, familial et professionnel (Iguenane et Gagnayre, 2004). Le diagnostic éducatif doit pouvoir considérer comment la pathologie ou le handicap peut interférer dans la vie quotidienne de l'individu. Il faut également l'interroger sur ce qu'il sait par rapport à sa pathologie, c'est la dimension cognitive. Chaque individu met en place des stratégies et acquiert des compétences au quotidien pour faire face à sa situation. Ces éléments sont donc à rechercher lors du diagnostic éducatif (Traynard, 2010). L'aspect psychoaffectif entre également en jeu et s'intéresse aux caractéristiques psychologiques de la personne (Iguenane et Gagnayre, 2004). Il faut savoir comment elle s'adapte à sa pathologie d'un point de vue psychique, motivationnel, mais aussi en prenant en compte ses croyances et le soutien qu'elle peut avoir. Enfin, tout diagnostic éducatif doit avoir une dimension projective ou motivationnelle. Il est important de connaître les projets de la personne, que ce soit à court, moyen ou long terme. Chacun doit pouvoir s'exprimer sur ses envies et ses attentes, c'est ce qui renforcera sa motivation à apprendre et à s'impliquer dans un processus d'auto-soin que propose un programme d'ETP (Traynard, 2010).

De par la diversité des informations investiguées, il serait utopique de vouloir obtenir un diagnostic éducatif exhaustif. C'est ce qui confère toute la difficulté à cette évaluation et son lien avec la complexité humaine. Il est impossible de tout comprendre face au fonctionnement et aux ressentis d'un individu, mais il est tout de même indispensable d'essayer (Traynard, 2010). Le diagnostic éducatif est une évaluation qui vise à mettre en avant, aussi bien de façon objective que subjective, les transformations personnelles de chacun. Ces changements peuvent se manifester sous plusieurs dimensions, et concernent la personne mais aussi son entourage. Toute transformation, aussi minime qu'elle puisse être, témoigne de l'engagement que l'individu peut avoir face

à la préservation ou à l'amélioration de sa santé. Il n'existe pas d'outil précis pour réaliser ce diagnostic éducatif. Les moyens d'évaluation actuellement utilisés dans les pratiques sont le plus souvent créés et validés dans un contexte particulier. Ils ne peuvent alors pas être aussi pertinents dans un cadre différent (D'Ivernois et Gagnayre, 2007). Pour réaliser un diagnostic éducatif, le choix des outils et des techniques utilisés pour le questionnement doit donc se faire en se concentrant sur un seul but : favoriser la participation active de la personne dans son évaluation (Traynard, 2010).

3.3. L'éducation thérapeutique : passerelle entre soin et éducation ?

Selon Gagnayre et D'Ivernois (2003), l'ETP utilise une démarche et des stratégies qui lui sont propres. La relation thérapeutique est influencée par la rencontre soignant-soigné, où le respect des temps biocliniques, psychologiques, sociaux et pédagogiques est primordial. Une collaboration s'installe entre la personne et les professionnels de santé qui l'entourent. Ce principe de l'ETP, de "travailler en commun", permet de créer un nouvel espace d'échange, ouvert à la négociation, pour proposer de façon encore plus pertinente des soins en adéquation avec les besoins de la personne et de son entourage (Arnholz et Sureau, 2008). L'éducation thérapeutique se base de plus en plus sur une approche holistique, ainsi que sur la recherche permanente d'un équilibre, concentré sur le quotidien de la personne, et où le devenir biomédical n'est pas la seule priorité (Gagnayre et D'Ivernois, 2003). L'ETP est une forme de pratique du soin et ne consiste pas seulement en la délivrance d'informations (Arnholz et Sureau, 2008).

La relation dans le cadre de l'ETP n'est plus seulement éducative, elle ne reste pas uniforme et figée. Elle se construit sur un mode participatif qui reste toutefois, à certains moments, prescriptif. Le contexte de vie de la personne permet à cette relation de s'inscrire à sa juste mesure, dans un accompagnement et un apport éducatif personnalisé. En effet, dans un contexte d'accompagnement, la personne est située au centre, avec autour ses besoins et ses relations, mais aussi ses préoccupations. Les besoins psycho émotionnels doivent être entendus et accueillis (Lievin, 2015). L'ETP ne considère pas uniquement le rapport à la maladie ou au handicap. Elle s'intéresse aussi aux autres dimensions de l'individu. L'intérêt porté à ces différents aspects permet d'entrer dans une

relation d'aide et d'accompagnement, afin de relancer une démarche de réflexion autour du processus de changement et du projet de vie (Gagnayre et D'Ivernois, 2003).

Pour une éducation et un soin satisfaisant, la façon dont est dispensée l'ETP est dépendante des modèles de référence, utilisés par les différents professionnels qui gravitent autour de la personne. Les pratiques doivent être pensées et organisées de manière à permettre le développement de véritables compétences par l'individu (Gagnayre et D'Ivernois, 2003). L'accompagnement proposé met alors en place des méthodes participatives, la démarche doit être volontaire et interactive. L'objectif d'un tel procédé est d'améliorer voire de transformer la situation de la personne ainsi que ses rapports avec l'environnement. C'est aussi un moyen de l'encourager vers une autonomie quant à l'analyse et aux choix de son parcours de vie (Lievin, 2015). La maladie ou le handicap chamboulent tous les projets et les attentes. La relation d'accompagnement qui se crée dans le contexte de l'ETP, doit permettre à la personne de cheminer vers la reconstruction d'une « norme de santé » et son appropriation. C'est la perspective de recherche d'une nouvelle norme, qui s'inscrit dans un projet de vie, qui donne sa place à l'ETP dans l'accompagnement d'une personne (Gagnayre et D'Ivernois, 2003).

4. La mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

4.1. Le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de la Participation

Le modèle canadien du rendement occupationnel et de la participation (MCRO-P) date de 1997. Il a été élaboré par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes dans un souci de clarification du rôle des ergothérapeutes. Il s'agit d'un modèle centré sur la personne, qui permet d'avoir une vue globale sur l'individu. Il inclut l'aspect spirituel de chacun. Il est issu de l'hypothèse que l'occupation, la participation et le rendement occupationnel sont les fondements de la vie de toute personne. L'occupation, dans son sens anglo-saxon, désigne « toutes les activités humaines signifiantes et significatives pour la personne » (Morel-Bracq, 2009, p79). Elle regroupe ce que chacun fait pour prendre soin de lui-même, se divertir et contribuer à la vie sociale et économique de la

société. L'occupation se rapporte donc à toutes les activités et les tâches quotidiennes auxquelles chaque personne accorde un sens et une valeur singulière (Townsend et Polatajko, 2007, cité par Zhang, McCarthy et Craik, 2008). Le MCRO-P promeut l'activité comme un élément essentiel dans le maintien de la santé, qui permet de redonner à tout individu un contrôle sur sa vie (Morel-Bracq, 2009).

D'après le MCRO-P, la personne est considérée selon quatre dimensions, affective, cognitive, physique et spirituelle. Elle réalise des activités, situées dans la sphère de l'occupation, relatives aux soins personnels, aux loisirs et à la productivité. Enfin, la personne se situe, et réalise ses occupations, dans un environnement particulier, à la fois physique, institutionnel, culturel et social (Figure 1). De ce fait, l'approche apportée par ce modèle se veut centrée sur la personne. Les désirs et les besoins propres de l'individu, ainsi que sa subjectivité sont pris en compte. L'ergothérapeute intervient sur le champ de l'occupation (Morel-Bracq, 2009). Il s'agit de son domaine central d'intervention qui lui permet de délimiter l'intérêt porté à la personne et à son environnement. L'ergothérapeute doit comprendre de quelle façon les déficits de la personne, mais aussi son contexte environnemental, qu'il soit géographique ou socioculturel, peuvent intervenir sur la participation occupationnelle de la personne qu'il accompagne (Zhang, McCarthy et Craik, 2008).

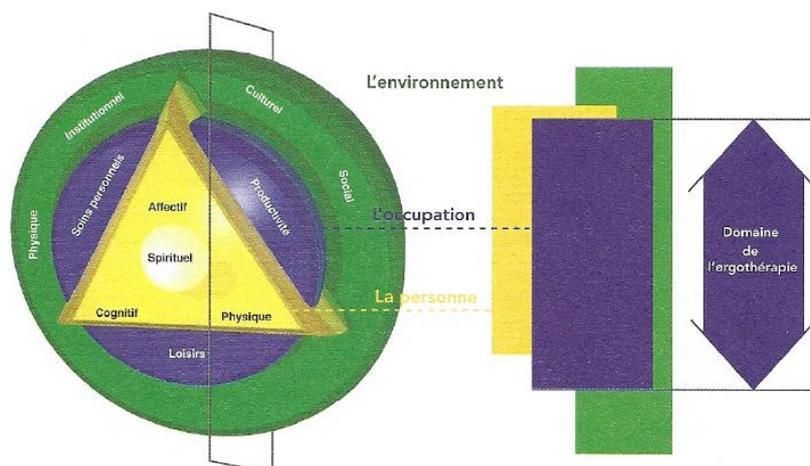


Figure 1 : Modèle canadien du rendement occupationnel et de la participation (Townsend et Polatajko, 2008)

Chaque individu évolue dans un environnement par l'intermédiaire de l'occupation, définie comme une passerelle entre la personne et l'environnement (Townsend et Polatajko, 2008). Le MCRO-P permet de proposer une approche centrée

sur l'importance que la personne accorde à ses occupations. L'intérêt de ce modèle est qu'il prend en compte et considère aussi la subjectivité, la spiritualité et l'aspect social de la personne. La relation qui se crée entre l'individu et le thérapeute est centrée sur le client et est donc humaniste. Une collaboration s'établit entre la personne et l'ergothérapeute, ce qui vise à faciliter l'occupation mais aussi l'engagement de l'individu dans toute activité. La pratique basée sur le MCRO-P peut être évaluée en termes de résultats. Pour ce faire, il existe la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (Morel-Bracq, 2009).

4.2. Définition d'un outil centré sur la personne

La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) est un outil d'évaluation qui s'intéresse à la performance ainsi qu'à la satisfaction de l'individu dans les occupations qui sont importantes pour lui (Annexe I). Il s'agit d'un recueil d'informations basé sur un aspect qualitatif et subjectif. Par l'utilisation de cet outil, l'ergothérapeute propose à la personne d'identifier les problèmes qu'elle rencontre quant à ses occupations (Morel-Bracq, 2009). Ce temps d'évaluation permet l'installation d'une collaboration. La personne doit pouvoir parler de ses valeurs, ses croyances, ses attentes mais aussi ses désirs, afin d'identifier et de prioriser ce qui est difficile pour elle au quotidien (Townsend et Polatajko, 2013, cité par Faure, Martinen et Maury, 2014). L'approche favorisée par cet outil se veut centrée sur la personne. Le programme de soins construit par la suite se base alors sur l'engagement de l'individu dans les activités à la fois signifiantes et significatives (Caire, 2013, cité par Faure, Martinen et Maury, 2014). Il s'adapte aux besoins de la personne en termes d'engagement occupationnel et peut alors suivre leurs évolutions (Faure, Martinen et Maury, 2014). La MCRO est une auto-évaluation. La personne évaluée est amenée à s'interroger sur elle-même, sur ces ressentis et sur sa perception de la situation (Caire, 2008).

La passation de la MCRO suit cinq étapes. Le premier temps est consacré à l'identification des problèmes. La personne évaluée est amenée à citer les occupations qu'elle veut faire, qu'elle a besoin de faire ou qu'elle devrait faire (Morel-Bracq, 2009). Pour cela, elle doit faire référence aux trois domaines relatifs aux occupations : les soins

personnels, la productivité et les loisirs. Puis, vient la pondération des problèmes. Il est demandé à la personne de quantifier l'importance qu'elle accorde à chacun des éléments qu'elle vient de citer, sur une échelle de un à dix (Faure, Martinen et Maury, 2014). Une échelle visuelle peut être utilisée pour guider cette étape (Figure 2).

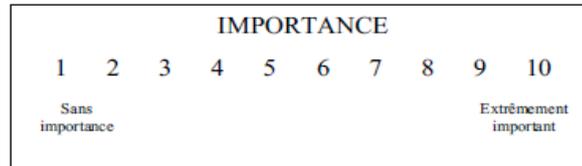


Figure 2 : Echelle de pondération des problèmes (Margot-Cattin et Margot-Cattin, 2009)

Cette phase de pondération est déterminante pour la suite de l'évaluation. Dans un troisième temps, l'individu doit mettre en évidence cinq problèmes ou situations qui sont pour lui prioritaires, parmi ceux pour lesquels il accorde le plus d'importance (Morel-Bracq, 2009). Ces cinq activités sont de nouveau cotées par la personne, cette fois ci en termes de rendement et de satisfaction. L'individu doit se questionner sur sa capacité à réaliser l'activité, ainsi que sur la satisfaction qu'il peut avoir face à cette exécution (Faure, Martinen et Maury, 2014). L'utilisation des échelles visuelles permet d'aider le patient dans sa propre évaluation (Figure 3 et figure 4).

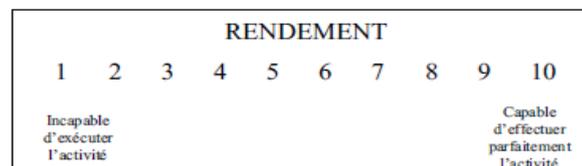


Figure 3 : Echelle de cotation du rendement (Margot-Cattin et Margot-Cattin, 2009)

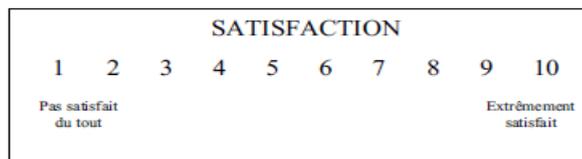


Figure 4 : Echelle de cotation de la satisfaction (Margot-Cattin et Margot-Cattin, 2009)

Les deux dernières étapes consistent en la réévaluation et le suivi. En effet, la personne peut être amenée à coter de nouveau les cinq activités auxquelles elle accordait le plus d'importance lors de la première évaluation. Elle peut alors définir un nouveau score pour le rendement et la satisfaction qu'elle accorde désormais à ces situations. Cette

étape permet d'observer les changements qui ont pu survenir grâce au traitement et aux actions mises en place. Dans le cas où des problèmes identifiés persistent, ou si les objectifs fixés n'ont pu être atteints, le suivi permet de proposer un deuxième questionnaire afin de réévaluer la situation et de proposer un nouvel axe de soin (Margot-Cattin et Margot-Cattin, 2009). L'écoute active de la personne et de ses attentes est favorisée par la MCRO. L'identification et l'analyse des priorités occupationnelles, faites en étroite collaboration avec la personne, permettent de l'inclure dans son soin et donc de favoriser son implication (Faure, Martinen et Maury, 2014).

4.3. La MCRO comme outil de l'Education Thérapeutique du Patient ?

La MCRO est un outil qui peut être utilisé pour réaliser un entretien semi directif. Elle permet d'offrir un moment d'échange et de réflexion nécessaire dans tout accompagnement. Son utilisation comme base de l'entretien, permet de proposer un temps où les questions, les appréhensions et les doutes peuvent être abordés. Ces craintes potentielles de la personne sont essentielles à analyser (Faure, Martinien et Maury, 2014). De même, dans un programme d'ETP, certains points cruciaux doivent être évoqués avec l'individu. Ainsi, il est nécessaire de pouvoir aborder, en plus de ses connaissances, tout ce qui fait référence à ses croyances, à l'estime qu'il a de lui-même ou encore à son vécu et à ses émotions (Sommer, Gache et Golay, 2005). Les dimensions personnelles de la personne ont donc une influence sur son comportement face à sa pathologie (Keller, Golay, Lerch et Mach, 2008). Elles jouent un rôle sur l'observance thérapeutique et sur les compétences que la personne va pouvoir acquérir (Golay, Lager et Giordan, 2007).

Etant issue du MCRO-P, la MCRO se base sur le processus d'intervention de ce modèle. Cette mesure permet en premier lieu d'identifier les problèmes prioritaires et donc d'évaluer la situation. Puis des objectifs peuvent être établis en collaboration ainsi qu'en accord avec le projet de la personne. Place ensuite à la mise en œuvre du plan proposé avec l'engagement de l'individu dans son soin. Ces actions sont suivies et peuvent être modifiées en collaboration, selon les besoins de la personne. Enfin, les résultats de l'intervention peuvent être évalués afin de conclure par la réalisation d'un rapport (Morel-Bracq, 2009). Les étapes de ce processus peuvent être croisées avec celles

qui permettent de planifier un programme d'ETP. En effet, la première étape consiste en l'évaluation de la personne. Ensuite, un programme personnalisé est défini en collaboration avec l'individu. Il peut alors être mis en place et réalisé. Pour terminer, une évaluation du déroulement du programme permet de faire le point et d'établir un compte rendu (HAS, 2007).

Problématique et hypothèses

L'étude théorique du suivi de la personne après un SCA, dans le cadre d'une prévention secondaire par le biais de l'ETP, permet de faire émerger une question de recherche :

En quoi l'ergothérapeute est-il un interlocuteur privilégié pour accompagner la personne atteinte de syndrome coronaire aigu, à adopter les recommandations abordées lors d'un programme d'Education Thérapeutique du Patient ?

Une première hypothèse peut s'établir pour tenter d'apporter des éléments de réponse : l'utilisation par l'ergothérapeute de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel, comme outil de l'éducation thérapeutique du patient lors du diagnostic éducatif, serait un moyen de favoriser l'implication et l'engagement de la personne dans le programme d'ETP.

Trois hypothèses secondaires se dessinent et permettent de préciser l'hypothèse principale :

- La MCRO peut être utilisée comme outil d'évaluation lors du premier entretien dans le programme d'ETP, afin d'évaluer les occupations de la personne, l'importance qu'elle y accorde ainsi que sa satisfaction.
- La MCRO, par une approche centrée sur la personne, permettrait de prendre en compte la motivation et les attentes de l'individu afin de fixer des objectifs qui lui correspondent.
- La fixation d'objectifs plus personnalisés grâce à la MCRO permettrait d'orienter spécifiquement la personne atteinte de syndrome coronaire aigu dans un programme d'ETP en fonction de ses besoins et donc de favoriser l'application des conseils à long terme.

Méthodologie

1. Rappel des objectifs

Ce travail s'intéresse aux programmes d'ETP mis en place au sein d'un programme de réadaptation cardiaque, compte tenu de la difficulté qu'ont les personnes après un SCA à adopter les conseils et les changements sur le long terme. Il permet d'étudier la place que pourrait avoir l'ergothérapeute dans ce type de programme afin d'accompagner au mieux chaque individu. Il fait également le lien avec un outil spécifique à l'ergothérapie : la MCRO.

Afin d'analyser la question de recherche et de déterminer si les hypothèses proposées peuvent être retenues, une investigation est réalisée.

2. Population ciblée et lieu d'investigation

Des ergothérapeutes qui interviennent au sein d'un programme de réadaptation cardiaque composent la population ciblée par cette enquête. La structure dans laquelle ils travaillent doit proposer un programme d'ETP. Il n'y a pas de limite géographique, des ergothérapeutes de toute la France sont concernés par cette étude.

3. Choix de la méthode d'investigation : le questionnaire

La méthode d'investigation choisie est le questionnaire auto administré. Il a été construit par le biais d'un formulaire GoogleForm, il peut ainsi être rempli en ligne. Il est présenté en Annexe III en version imprimable. Ce type de formulaire permet de proposer une diversité dans les types de réponses pour chaque question. Elles peuvent être fermées, à réponse unique ou à choix multiple, ou plus ouvertes pour laisser la libre expression à la personne interrogée. Les questions ont été organisées sous une forme conditionnelle, ce qui permet de guider le questionnaire et de présenter des questions spécifiques en fonction des réponses déjà données.

Le questionnaire se compose de six parties. Elles abordent chacune des éléments spécifiques pour tenter de répondre aux différentes hypothèses.

- La première partie concerne l'ergothérapeute interrogé et son lieu d'exercice, elle se compose de six questions.
- La seconde partie interroge sur l'organisation et la mise en place du programme d'ETP au sein de la structure, autour de treize questions.
- La troisième partie s'intéresse de façon plus spécifique à l'ergothérapeute et à l'évaluation qu'il réalise dans sa pratique quotidienne, elle comprend onze questions.
- La quatrième partie fait référence à la place que la personne peut occuper dans son processus de soins, elle se compose de trois questions.
- La cinquième partie aborde la MCRO, et la connaissance qu'en ont les ergothérapeutes interrogés, elle comprend cinq questions.
- La sixième et dernière partie est plus projective et questionne les ergothérapeutes sur la place qu'ils pourraient avoir dans un programme d'ETP, autour de deux questions.

4. Respect des règles éthiques

Afin de respecter les règles éthiques, le questionnaire débute par un formulaire de consentement qui précise que les réponses seront utilisées de façon anonyme. Les ergothérapeutes sont libres d'accepter ou non que leur réponses soient utilisées pour ce travail. S'ils répondent négativement à cette première question, la suite du questionnaire ne leur est pas proposée et ils accèdent ainsi directement à la dernière page.

1. Acceptez-vous de répondre à ce questionnaire ? *

J'accepte que mes réponses soient utilisées de façon anonyme dans un mémoire de fin d'étude en ergothérapie.

Une seule réponse possible.

Oui

Non *Arrêtez de remplir ce formulaire.*

Figure 5 : Formulaire de consentement du questionnaire

5. Déroulement de l'investigation

Avant de débiter le travail d'investigation, une première liste a été établie. Elle recense les établissements qui proposent un programme de réadaptation cardiaque au niveau national. Elle s'est construite à partir des sites internet de ces structures, recherchés par région. Puis, les établissements ont été contactés afin de savoir si un ergothérapeute intervient au sein du programme. Une seconde liste s'est alors dessinée, présentant cette fois-ci les ergothérapeutes. Ils ont été contactés, par téléphone ou par courriel, afin qu'ils aient une présentation générale du sujet et pour déterminer s'ils répondaient aux critères d'inclusion de cette étude. Une troisième liste, composée des ergothérapeutes de la population cible a donc pu être établie avec pour chacun d'entre eux le recueil d'une adresse électronique. Dans un second temps, le lien du questionnaire a été envoyé à tous les ergothérapeutes par courriel. Il était accompagné d'un message explicatif rappelant le contexte de cette enquête.

La période d'investigation s'est étendue sur six semaines, du 16 mars au 29 avril 2016. Un courriel a été envoyé trois semaines après le premier envoi pour relancer les ergothérapeutes qui n'avaient pas encore répondu. Après cette première période, dix retours de questionnaires ont été obtenus. De ce fait, une nouvelle recherche a été effectuée au bout de quatre semaines. Elle a permis de trouver de nouveaux ergothérapeutes et d'obtenir cinq réponses supplémentaires.

6. Recueil et analyse des données

Le recueil des données se fait en ligne, par la plateforme GoogleForm. Un tableur recense toutes les réponses et permet de les différencier de façon individuelle (Annexe IV). De cette manière, il est ensuite possible de les analyser en se référant à la grille d'analyse réalisée en amont du questionnaire (Figure 6). Cette grille se base sur les apports théoriques ainsi que sur les différentes hypothèses qui en découlent (Annexe II).

Indicateurs	Items	Sous items	Questions
Consentement			1
Ergothérapeute	Lieu d'exercice	Type de structure	2, 3
	Expérience en réadaptation cardiaque	Formations spécifiques suivies	5, 6, 7
		Suivi des patients après syndrome coronaire aigu	4
ETP	Première étape		8
	Evaluation (Diagnostic éducatif)	Réalisation	9, 10, 11, 12
		Informations recherchées	13, 14
		But	15
	Organisation		16
		Considération du patient	17
	Ateliers	Intervention de l'ergothérapeute	18
Organisation		19, 20	
Evaluation	Occupations (définies comme l'ensemble des activités significantes et significatives)		21, 22, 24
		Notion liées à l'occupation	23, 25, 26
	Motivation		27, 28, 29
	But		30, 31
Approche centrée sur la personne	Rôle du patient dans les pratiques actuelles	Dans le soin	32, 33
		Dans le cadre de l'ETP	34
MCRO (Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel)	Connaissance de l'outil		35
	Utilisation		36, 37
		Avantages et difficultés	38, 39
Projection	Pertinence du rôle de l'ergothérapeute dans le diagnostic éducatif		40, 41
Remarques, suggestions			42

Figure 6 : Grille d'analyse questionnaire

Les réponses obtenues sont traitées par la suite en termes de pourcentages et de comparaison de chiffres. Elles permettent de recueillir des proportions relatives à la pratique des ergothérapeutes au sein d'un programme de réadaptation cardiaque. Des graphiques peuvent alors être réalisés pour illustrer ces données.

Résultats

Le questionnaire a été rempli par quinze participants. Ils ont tous répondu positivement au consentement. De ce fait, les quinze réponses peuvent être exploitées de façon anonyme. Afin de traiter les résultats individuellement, les ergothérapeutes seront différenciés et nommés par un code composé de la lettre « E » et d'un nombre (E1, E2, ...).

1. Présentation des professionnels

1.1. Lieu d'exercice

Parmi les ergothérapeutes interrogés, 66.7% travaillent dans un centre de rééducation/réadaptation, et 33.3% exercent au sein d'un centre hospitalier. L'ensemble des établissements concernés par cette étude propose un programme de réadaptation cardiaque et un programme d'ETP. De plus, 100% des ergothérapeutes participants accompagnent dans leur pratique des personnes ayant eu un SCA.

1.2. Formation des ergothérapeutes

Pour mieux connaître les ergothérapeutes, des questions relatives aux formations qu'ils ont pu suivre leur ont été posées. Ainsi, dans la population interrogée, 60% des ergothérapeutes sont formés à l'ETP et 20% ont pu suivre des formations complémentaires depuis l'obtention de leur diplôme.

Parmi ces 20%, trois types de formations sont représentés :

- Diplôme Universitaire Management et Organisation d'unités de Soins (E3).
- Formation à la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (E5).
- Formation à l'AFDET : Association Française pour le Développement de l'Education Thérapeutique (E12).

2. Organisation du programme d'Education Thérapeutique du patient

2.1. Diversité dans la réalisation du diagnostic éducatif

Les programmes d'ETP ne débutent pas tous de la même façon au sein des structures. Ils commencent tout de même tous par un premier entretien. Majoritairement, il s'agit du diagnostic éducatif, mais certains centres parlent plutôt de consultation, de questionnaire, ou de mise en place des objectifs personnels du patient (Figure 7).

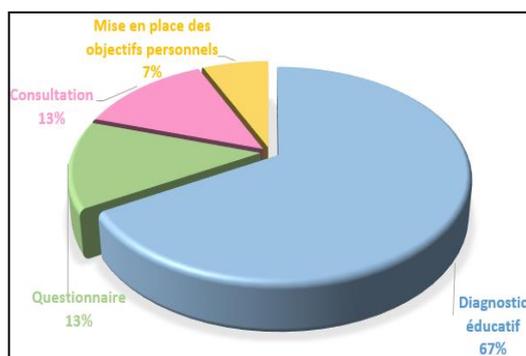


Figure 7 : Première étape du programme d'Education Thérapeutique du Patient

Le diagnostic éducatif est réalisé de façon systématique dans 86.7% des cas. De plus, on peut observer une pluralité dans les intervenants qui réalisent cette première étape du programme d'ETP.

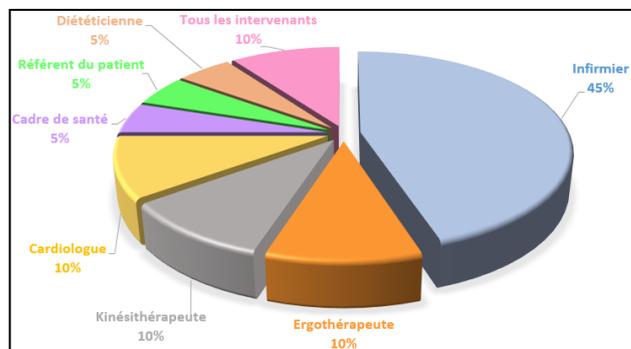


Figure 8 : Pluralité des intervenants

Les réponses sont diverses, plusieurs professionnels, médicaux comme paramédicaux effectuent ce premier entretien, et l'organisation de cette étape est propre à chaque structure (Figure 8).

En ce qui concerne les outils utilisés pour réaliser ce premier entretien, les structures interrogées se servent d'un guide d'entretien « maison » dans 73.3% des cas, 13.3% disposent d'un outil validé. Il s'agit alors de l'outil « ICARE » (programme d'ETP insuffisant cardiaque élaboré par la Société Française de Cardiologie) ou des outils de l'AFDET (E12). Pour les 13.3% restants, les structures utilisent des grilles spécifiques correspondantes à la spécialité de chaque professionnel (E9) ou des onglets spécifiques présents dans le dossier médical du patient (E13).

2.2. Consensus dans la recherche d'informations

Lorsqu'une personne est incluse dans un programme d'ETP, les informations recherchées par les équipes sont souvent semblables d'une structure à l'autre. Les ergothérapeutes interrogés ont cité « les connaissances du patient » comme la principale dimension recherchée. Ces connaissances font référence à la pathologie, à ses symptômes, aux traitements, aux soins qui sont prodigués et aussi aux facteurs de risque. D'autres informations prédominantes se rapportent plus à la situation socio-professionnelle de la personne, mais aussi à sa motivation et à ses projets (Figure 9).

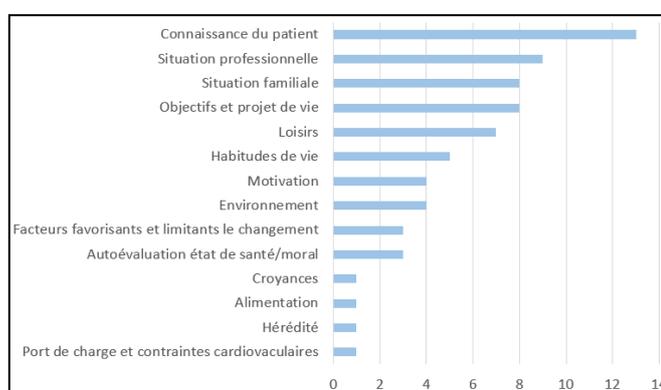


Figure 9 : Informations recherchées dans un programme d'Education Thérapeutique du Patient

Ces informations peuvent être regroupées selon les cinq dimensions recherchées lors d'un diagnostic éducatif dans un programme d'ETP : dimensions psychoaffective, biomédicale, cognitive, socio-professionnelle et projective. Il ressort donc que les informations recherchées sont réparties de façon plutôt homogène dans ces cinq dimensions (Figure 10).

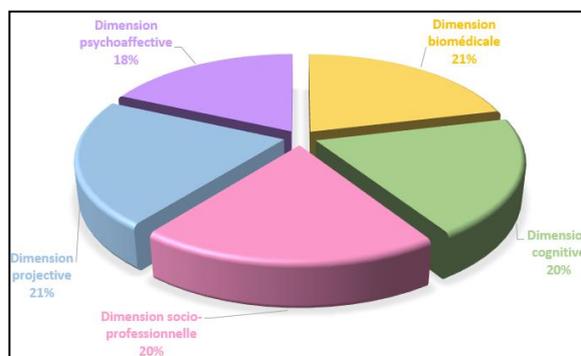


Figure 10 : Répartition en cinq dimensions des informations recherchées lors du diagnostic éducatif

2.3. Importance du diagnostic éducatif

Les ergothérapeutes interrogés sont d'accord pour dire que le diagnostic éducatif est une étape importante dans un programme d'ETP, qui permet de fixer des objectifs.

Seuls 2 ergothérapeutes sur 15 ne considèrent pas que le diagnostic éducatif soit une manière de favoriser l'engagement du patient au sein du programme (Figure 11).

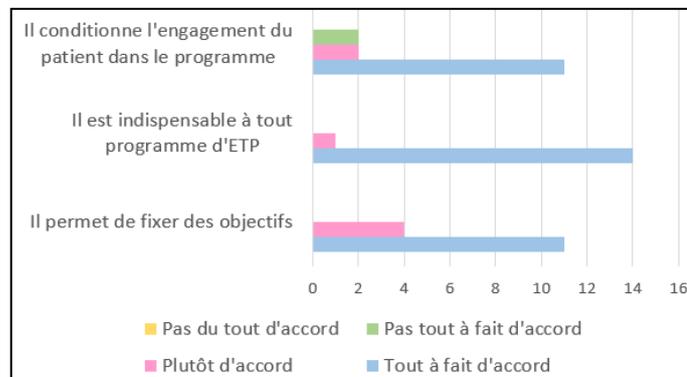


Figure 11 : Rôle du diagnostic éducatif

2.4. Mise en place des ateliers

Au sein des structures, les ateliers du programme d'ETP sont construits en fonction des connaissances que le patient doit acquérir. Ils tiennent le plus souvent compte de ses besoins. Principalement ils prennent en considération les attentes de la personne, seul un ergothérapeute a répondu que ce n'était jamais le cas au sein de la structure dans laquelle il intervient. Cependant, il est mis en évidence que les ateliers ne sont pas majoritairement construits à partir des objectifs établis lors du diagnostic éducatif (Figure 12).

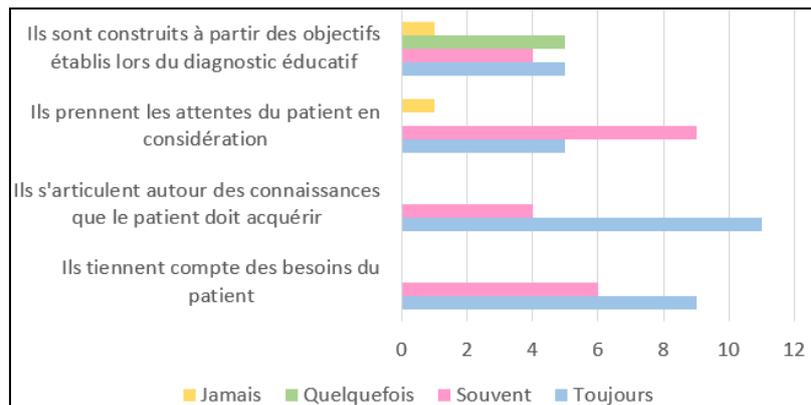


Figure 12 : Organisation des ateliers du programme d'Education Thérapeutique du Patient

La majorité des ergothérapeutes (73.3%) intervient dans un ou plusieurs ateliers du programme d'ETP. De plus, dans les établissements de réadaptation cardiaque, la totalité des personnes ayant eu un SCA participe à un programme d'ETP.

3. L'évaluation en ergothérapie

3.1. Une étape importante pour les ergothérapeutes

L'évaluation est un point de départ important dans les pratiques en ergothérapie. Les réponses des ergothérapeutes se rejoignent pour dire que l'évaluation est un moyen de mieux connaître la personne, de préciser ses points forts et aussi ses difficultés. Pour 13 ergothérapeutes, elle permet également d'établir des objectifs, 2 ergothérapeutes ne sont pas tout à fait d'accord avec cette idée. De plus, c'est un moyen de construire et de proposer un plan d'intervention pour 11 ergothérapeutes (Figure 13).

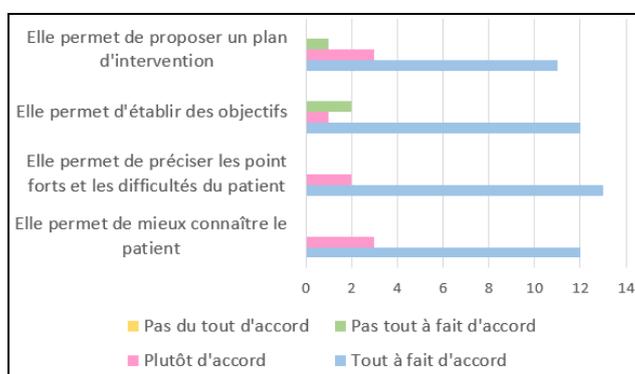


Figure 13 : Rôles de l'évaluation

Etablir un objectif est un moyen d'orienter l'individu dans son soin pour 12 des ergothérapeutes. Pour 11 d'entre eux, l'objectif peut être défini comme se rapportant au projet de vie de la personne et donc comme une façon de favoriser son engagement. Pour 7 ergothérapeutes, il peut également se définir comme un but à atteindre pour le patient, et pour 5 comme un moyen de se projeter dans l'avenir (Figure 14).

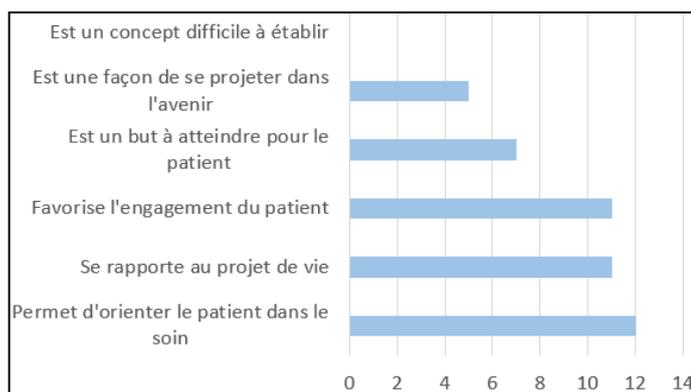


Figure 14 : Définition d'un objectif

3.2. Les occupations : une évaluation quotidienne

Les 15 ergothérapeutes évaluent les occupations dans leurs pratiques quotidiennes. Aucun n'utilise d'outil validé, ils réalisent tous cette évaluation lors d'un entretien, avec un guide « maison ». Pour évaluer les occupations, ils s'intéressent principalement aux loisirs de la personne, ainsi qu'à ses habitudes de vie. La situation familiale et professionnelle est aussi recherchée. De plus, certains ergothérapeutes prennent également en compte les tâches quotidiennes et les activités domestiques que l'individu doit réaliser, mais ils s'intéressent aussi à ses projets et à ses attentes (Figure 15).

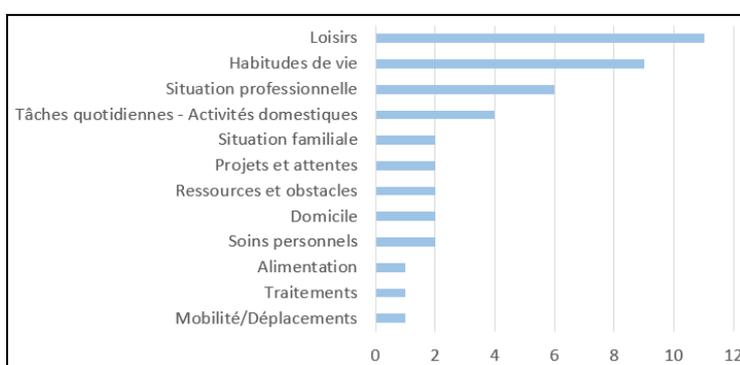


Figure 15 : Informations recherchées dans l'évaluation des occupations en ergothérapie

Pour évaluer les occupations, les ergothérapeutes utilisent plusieurs critères de référence. Les occupations sont donc évaluées en termes d'importance pour la personne par 14 ergothérapeutes. La satisfaction et le rendement, c'est-à-dire le degré de réalisation

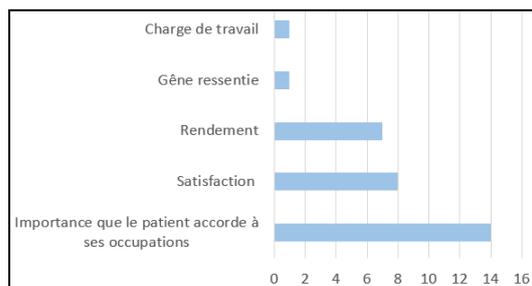


Figure 16 : Critères d'évaluation des occupations

de l'occupation par l'individu, sont également mesurés, mais par moins d'ergothérapeutes. Enfin, une minorité évalue également les occupations en termes de gêne ressentie et de charge de travail (Figure 16).

3.3. Subjectivité dans l'évaluation de la motivation

La motivation de la personne est évaluée par 73.3% des ergothérapeutes interrogés. Parmi ces ergothérapeutes qui l'évaluent, tous le font de façon subjective, aucun outil validé n'est utilisé.

4. La personne au cœur de son soin

4.1. Une place centrale en ergothérapie

Les ergothérapeutes sont unanimes pour accorder à l'individu une place centrale dans son accompagnement, il est présenté comme acteur principal de son soin. Certains évoquent la personne soignée comme un partenaire, qui « oriente et détermine les priorités » (E3). D'autre considère la place du thérapeute comme celle d'un accompagnant qui est là « pour permettre aux patients de développer ou de conforter leurs compétences et leurs connaissances » (E9).

Ainsi, la plupart des ergothérapeutes qualifient le rôle du patient dans leurs pratiques comme étant actif, qui donne son avis et qui participe lors des séances.

Pour d'autres, la personne soignée a un rôle participatif, elle est considérée comme collaborateur dans son parcours de soins. Une minorité d'ergothérapeutes décrit un rôle plus passif, la personne est présente lors des séances et fait ce qu'on lui demande (Figure 17).

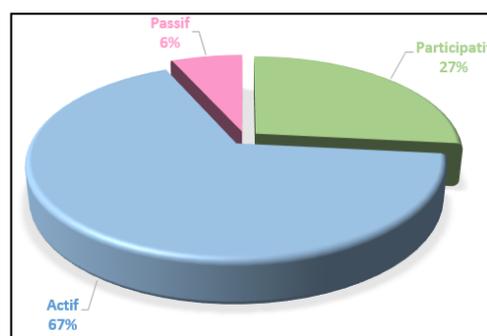


Figure 17 : Place de la personne dans son soin

4.2. Un rôle d'expert dans le programme d'ETP

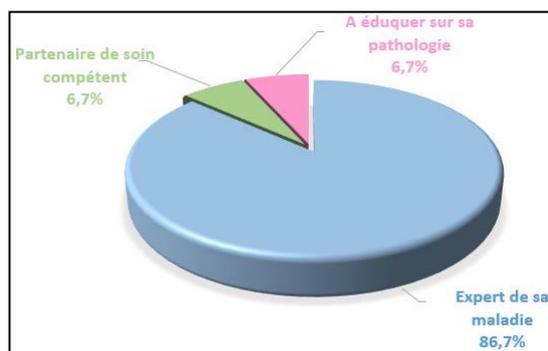


Figure 18 : Considération du patient au sein du programme d'Education Thérapeutique du Patient

Dans le cadre du programme d'ETP, l'individu est considéré principalement comme expert de sa maladie. Dans certains établissements, il est plutôt vu comme un partenaire de soin compétent ou à l'inverse, comme nécessitant une éducation sur sa pathologie (Figure 18).

Au sein du programme d'ETP, le patient assiste aux ateliers proposés, mais il intervient aussi dans l'élaboration des objectifs de soins et a un rôle dans les décisions

thérapeutiques et éducatives. Il a également un rôle plus passif par sa présence dans les ateliers, lorsqu'il écoute les recommandations et les conseils. Dans une moindre mesure, pour seulement la moitié des établissements interrogés, la personne soignée participe à l'analyse des résultats de son évaluation (Figure 19).

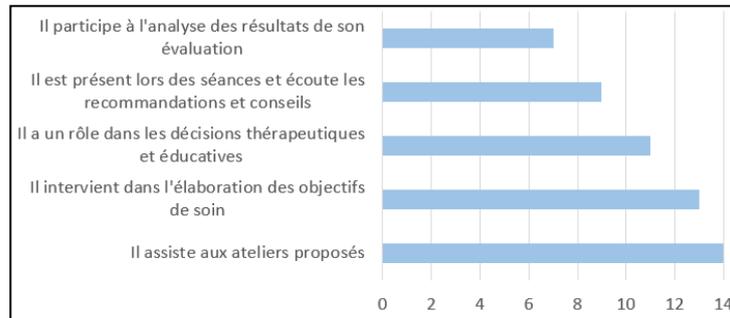


Figure 19 : Rôle du patient dans le programme d'Education Thérapeutique du Patient

5. La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

5.1. Un outil peu utilisé

La MCRO est un outil connu par les ergothérapeutes, 73.3% en ont déjà entendu parler. Cependant, parmi les 11 qui connaissent cette mesure, seulement 3 l'ont déjà utilisé (E1, E4, E5), pour 2 d'entre eux en neurologie (E1, E5), et pour le 3^{ème} avec des patientes après un cancer du sein (E4). Aucun de ces ergothérapeutes ne l'a déjà utilisé dans le cadre de sa pratique en réadaptation cardiaque.

5.2. Des avantages certains

Les trois ergothérapeutes qui ont déjà utilisé la MCRO dans leur pratique sont d'accord pour dire que la principale difficulté est que les termes sont complexes à expliquer. De plus, un des ergothérapeutes ajoute que le temps de passation est trop long et que la cotation est difficile (E4) (Figure 20).

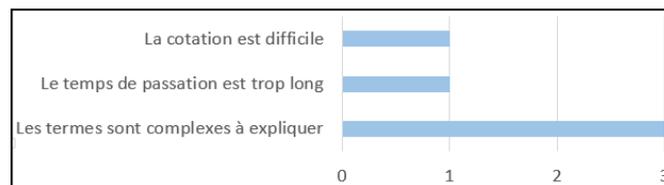


Figure 20 : Difficultés de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

Seul un ergothérapeute sur trois ne trouve aucun avantage à la MCRO. Pour ce dernier, il s'agit d'un outil qui ne présente « aucun avantage puisque difficile à faire passer » (E4). Cependant, pour deux ergothérapeutes, la MCRO présente des avantages non négligeables. Par l'utilisation de cet outil, la personne soignée occupe une place centrale dans son soin et les objectifs fixés correspondent à ses attentes. Ainsi, l'implication de la personne est favorisée. De plus, la MCRO permet une réévaluation facilement et un ergothérapeute précise qu'elle conduit à un accompagnement adapté aux besoins de la personne évaluée (Figure 21).

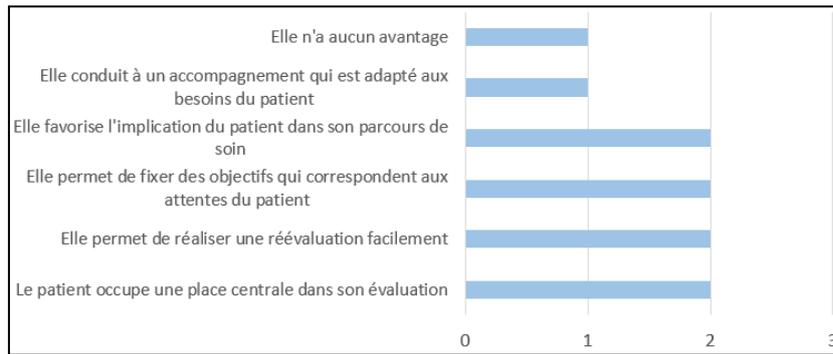


Figure 21 : Avantages de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

6. Et si les ergothérapeutes réalisaient le diagnostic éducatif ?

En tant qu'ergothérapeutes, 80% des interrogés jugeraient pertinent d'avoir un rôle dans l'évaluation lors du diagnostic éducatif au sein d'un programme d'ETP. Parmi ces 12 professionnels, 7 justifient leurs réponses par le fait que l'ergothérapeute permettrait d'obtenir un recueil plus précis dans la connaissance des activités de la vie quotidienne. De plus, 3 ergothérapeutes ajoutent que par la spécificité de leur formation, ils « apportent un regard différent et complémentaire sur la situation » (E2) et considèrent le patient dans sa globalité. Aussi, un ergothérapeute précise que sa participation pourrait apporter « d'autres alternatives en termes de moyens » (E2). Un autre aborde l'intérêt de sa participation avec le lien qu'il pourrait apporter dans la reprise de l'activité professionnelle (E12). Enfin, seul un ergothérapeute pratique déjà quotidiennement le diagnostic éducatif au sein du programme d'ETP dans lequel il intervient (E13).

A l'inverse, 3 ergothérapeutes jugent moins pertinent d'avoir un rôle dans la réalisation du diagnostic éducatif. Ils sont d'accord pour dire que cette étape du

programme d'ETP peut être réalisée par n'importe quel professionnel. Un d'entre eux remarque tout de même que l'orientation du programme d'ETP est influencée « selon la fibre et le corps professionnel des évaluateurs » (E3). Un autre ajoute que « si le guide a été construit en inter professionnalité » l'ergothérapeute n'a pas un rôle plus pertinent dans le diagnostic éducatif qu'un autre professionnel (E11).

7. Contraintes institutionnelles et approche pluri disciplinaire

Parmi les 15 ergothérapeutes interrogés, 6 décrivent dans leurs réponses l'importance d'une approche pluri disciplinaire dans l'organisation et la réalisation d'un programme d'ETP. Les différents professionnels qui interviennent dans le cadre du programme sont « complémentaires et indispensables entre eux » (E9). De plus, l'ETP est « un travail d'équipe qui doit tenir compte des disponibilités de chacun, des lieux » (E4). Ainsi, 3 ergothérapeutes se rejoignent pour dire que la « théorie est parfois impossible à appliquer » (E4). Il faut tenir compte des contraintes institutionnelles, qui ne sont parfois pas compatibles avec l'organisation idéale d'un programme d'ETP et le respect des temps de chacun. En effet, un ergothérapeute précise que « chacun va à son rythme dans l'acceptation de sa maladie » (E6). Un autre ajoute que l'ETP est un processus enrichissant mais qui prend du temps, aussi bien pour le patient que pour le thérapeute (E9). Il est alors souvent difficile de réaliser de l'ETP durant un séjour limité dans le temps et lorsque le temps institutionnel n'est pas le même que celui du patient (E6, E9).

Discussion

1. Interprétation des résultats

Afin de faire suite à cette investigation, il est intéressant d'interpréter les résultats et de les confronter aux écrits théoriques. De plus, les intérêts mais aussi les limites de cette étude peuvent être évoqués. Des axes de poursuite et des recommandations seront alors apportés.

1.1. Une démarche d'évaluation commune

1.1.1. Similitudes dans la recherche d'informations

Le recueil d'informations dans le cadre du programme d'ETP est essentiel et s'effectue lors du diagnostic éducatif. Ce questionnement peut être réalisé par différents professionnels. Il doit permettre d'évaluer plusieurs aspects relatifs à la pathologie de la personne ainsi qu'à son vécu. En théorie, cinq dimensions qui correspondent à différentes sphères de la personne doivent être explorées. En pratique, ces données sont respectées. Dans les établissements participant à cette étude, les professionnels interrogent et font réfléchir l'individu sur des éléments se rapportant aux dimensions, cognitive, socio professionnelle, projective, psychoaffective et biomédicale.

Un parallèle se crée alors entre cette démarche d'évaluation et celle effectuée par les ergothérapeutes lorsqu'ils s'intéressent aux occupations. En effet, les résultats montrent que ces professionnels évaluent principalement les loisirs, les habitudes de vie, la situation socioprofessionnelle et aussi les projets et les attentes de la personne. En faisant référence à la théorie, il est mis en avant que ces informations peuvent se rassembler et correspondre aux cinq dimensions d'un diagnostic éducatif. Cependant, ce qu'il pourrait manquer à l'évaluation des ergothérapeutes interrogés pour correspondre au plus près à celle du programme d'ETP, ce sont les informations faisant référence aux connaissances que la personne a pu acquérir face à sa pathologie et à son traitement.

Il semble donc pertinent de remarquer que les ergothérapeutes participant à cette

enquête, dans leur démarche quotidienne d'évaluation, s'intéressent aux mêmes informations que celles recherchées lors du diagnostic éducatif d'un programme d'ETP.

1.1.2. Utilisation implicite des éléments de la MCRO

Comme décrit dans les écrits théoriques, la MCRO est un outil qui permet d'évaluer les occupations d'une personne en se référant à plusieurs critères. Mais les résultats mettent en avant qu'actuellement, cette mesure est peu utilisée dans les pratiques en ergothérapie. Cependant, lorsque dans leurs réponses, les ergothérapeutes décrivent un peu plus en détails la façon dont ils évaluent les occupations, certaines similitudes avec la MCRO peuvent être mises en évidence.

En effet, les informations citées par les ergothérapeutes interrogés lorsqu'ils évaluent les occupations se placent facilement au sein des trois catégories de la MCRO qui sont définies dans la théorie pour qualifier les occupations. Ainsi, la situation professionnelle et les tâches quotidiennes peuvent être regroupées dans la catégorie « productivité ». Le domicile, les soins personnels, l'alimentation, les traitements et la mobilité et les déplacements s'unissent sous la dénomination « soins personnels ». La dernière catégorie regroupe les informations relatives aux « loisirs ». Il peut alors être remarqué que ces trois items de la MCRO, relatifs aux occupations, se retrouvent dans l'évaluation quotidienne des ergothérapeutes interrogés.

Au vu des similarités qui peuvent être observées entre les pratiques décrites dans les résultats et les concepts théoriques, il semblerait intéressant que les ergothérapeutes puissent utiliser la MCRO comme outil d'évaluation lorsqu'ils abordent les occupations d'une personne. Aussi, par la similitude des informations recherchées dans l'évaluation des occupations et lors du diagnostic éducatif, la MCRO pourrait également être un outil qui serait utilisé par l'ergothérapeute lors de l'étape d'évaluation d'un programme d'ETP. De plus, cet outil centré sur la personne permet d'identifier les occupations qui sont importantes pour elle. Il favorise donc sa motivation.

1.2. La motivation : un concept recherché

1.2.1. Importance de l'outil utilisé

Les auteurs qui abordent les principes d'un programme d'ETP sont d'accord pour dire que lorsqu'un individu est inclus dans ce type de programme, il paraît pertinent de rechercher sa motivation afin qu'il soit impliqué et qu'il puisse intégrer au mieux les conseils et recommandations qui lui seront apportés. Au vu des résultats de cette étude, il ressort que dès les premiers instants, la manière dont est réalisée l'évaluation, lors du diagnostic éducatif, semble jouer un rôle déjà essentiel pour mettre en évidence cette motivation. Ainsi, la réalisation de l'entretien d'une façon directive apparaîtrait comme trop restrictive pour la personne, elle ne permettrait pas une liberté suffisante dans l'expression de ses ressentis et de ces attentes. Il semblerait donc plus intéressant d'utiliser un outil semi directif comme guide d'entretien.

1.2.2. Avantages de la MCRO

La MCRO est un outil qui permet de proposer un entretien semi directif. Les ergothérapeutes interrogés qui ont déjà utilisés cet outil citent des avantages qui peuvent être mis en lien avec la pratique de l'ETP. En effet, dans le cadre du diagnostic éducatif, la MCRO pourrait être un moyen différent et efficace de réaliser ce processus d'évaluation. Elle permettrait de proposer un temps ouvert à la discussion, où la personne pourrait s'interroger sur son propre vécu et identifier les domaines préoccupants pour elle. De plus, son utilisation dans le cadre de l'ETP pourrait servir de support pour l'analyse des résultats qui lui font suite. L'ergothérapeute, en collaboration avec la personne, pourrait s'appuyer sur les éléments évoqués lors de cet entretien pour les reformuler et discuter de leur importance. Par l'approche centrée sur la personne que propose la MCRO, les occupations préoccupantes pour l'individu seraient mises en évidence et la démarche d'évaluation pourrait aboutir à l'élaboration d'objectifs plus précis.

1.3. Une étape essentielle : la construction d'objectifs

Que ce soit dans le cadre d'un programme d'ETP, ou dans l'évaluation en

ergothérapie, les résultats mettent en évidence que la construction des objectifs est une étape importante. En effet, les ergothérapeutes interrogés précisent que l'élaboration des objectifs permet d'orienter la personne dans son parcours de soins et de favoriser son engagement et donc son implication. Dans la théorie, les auteurs précisent que la construction des objectifs doit se faire sur une base solide d'informations. Il est vrai que pour qu'ils correspondent au mieux aux besoins de la personne, les objectifs doivent être construits en adéquation avec ses attentes pour être réellement personnalisés. Les résultats de l'enquête s'accordent avec la théorie, pour dire qu'au sein d'un programme d'ETP, le diagnostic éducatif joue un rôle important pour les étapes qui suivent et notamment pour définir des objectifs centrés sur la personne.

Il peut alors être mis en évidence que l'amélioration du diagnostic éducatif, par l'utilisation de la MCRO, serait un moyen d'obtenir des objectifs centrés encore plus sur la personne et ses attentes. La majorité des ergothérapeutes interrogés jugeraient pertinent d'intervenir dans cette étape du programme d'ETP. En effet, de par son approche spécifique et l'utilisation d'outil qui lui sont propres, l'ergothérapeute permettrait de donner une place de « partenaire de soins » à la personne. Une réelle collaboration pourrait se mettre en place et la motivation de l'individu recherchée dans un programme d'ETP n'en serait que mieux présente.

Aussi, les prises de décisions partagées et la définition des priorités en collaboration devraient permettre de construire des ateliers d'ETP au plus près des besoins de l'individu. Or, au vu des résultats, ces séances individuelles ou collectives ne s'ajustent pas assez en fonction des objectifs définis lors du diagnostic éducatif. Elles devraient pouvoir être modulables en fonction des objectifs que chacun doit atteindre. C'est ce qui fait toute la complexité d'un tel programme.

2. Retour sur la problématique et les hypothèses

La discussion des résultats, en rapport avec les écrits théoriques, permet d'effectuer un retour sur la problématique et les hypothèses proposées.

Ainsi, au sein d'un programme d'ETP, l'ergothérapeute peut être considéré

comme un interlocuteur privilégié de par sa démarche d'évaluation, son approche spécifique et l'utilisation d'outils qui lui sont propres. Les similitudes observées avec les pratiques en ETP permettent de justifier le rôle pertinent qu'il pourrait avoir et notamment lors de la première étape du programme : le diagnostic éducatif. En effet, par l'utilisation de la MCRO comme outil d'évaluation, l'ergothérapeute pourrait instaurer une réelle collaboration. Cette approche centrée sur la personne ne serait que plus riche en motivation de la part de l'individu et son implication au sein du programme ne serait que meilleure.

Dans la conjoncture actuelle, où il est difficile, pour des personnes atteintes de SCA, d'intégrer et d'adopter au long cours les recommandations abordées dans un programme d'ETP, la présence de l'ergothérapeute peut être justifiée. En effet, son intervention lors du diagnostic éducatif et son utilisation de la MCRO, serait un moyen d'établir des objectifs davantage centrés sur les attentes de chacun. La personne serait alors mieux impliquée au sein du programme et sa motivation pourrait être amplifiée. De ce fait, elle pourrait intégrer avec moins de difficultés et sur du plus long terme, les conseils et recommandations abordés.

Cependant, la complexité de cette réalisation du diagnostic éducatif par l'ergothérapeute avec la MCRO, pourrait aujourd'hui être liée à une mauvaise connaissance de l'outil. Aussi, les contraintes institutionnelles, de temps, de lieux, de disponibilité de chaque professionnel et d'organisation, sont également bien présentes. Les séjours des personnes, limités dans le temps, empêchent parfois la mise en place optimale d'un programme d'ETP. Ces contraintes ne permettent donc pas toujours d'organiser et de proposer de l'ETP dans les meilleures conditions afin de s'accorder parfaitement avec les concepts théoriques.

3. Intérêts et limites de l'investigation

Cette étude a permis de s'intéresser à la mise en place d'un programme d'ETP, et ceux sur toute la France. En effet, elle a permis d'interroger des ergothérapeutes de plusieurs horizons géographiques et donc de mieux comprendre l'organisation d'un tel

programme au niveau national. L'utilisation du questionnaire pour réaliser cette enquête a permis de proposer une formulation des questions identique pour chacun. Ainsi, il n'y a pas eu d'interférence de l'enquêteur qui aurait pu induire certaines réponses.

Cependant, cette investigation présente tout de même certaines limites. En effet, le nombre de réponses ne permet pas d'obtenir des résultats significatifs, et donc de généraliser les observations à tous les établissements qui proposent ce type de programme. De plus, le questionnaire n'a pas permis la reformulation des questions et l'apport d'explications supplémentaires si les ergothérapeutes interrogés en ressentaient la nécessité.

4. Vers une poursuite de l'étude

Pour aller plus loin dans ce travail, la recherche pourrait se poursuivre autour de différents axes.

Il serait intéressant de se questionner sur l'utilisation si peu présente de la MCRO par les ergothérapeutes dans leur pratique en réadaptation cardiaque. En effet, l'étude montre que l'évaluation des occupations est primordiale avec ces personnes. Une recherche pourrait être faite sur cet outil spécifique à l'ergothérapie, sur sa connaissance par les professionnels qui interviennent en réadaptation cardiaque et sur la vision qu'ils en ont.

De plus, un autre axe, plus centré sur l'ETP pourrait également être développé. Il serait intéressant d'essayer de comprendre pourquoi les ergothérapeutes sont peu présents actuellement dans l'étape du diagnostic éducatif d'un programme d'ETP. Aussi, les ateliers de ce type de programme pourraient être le sujet d'une investigation afin d'appréhender plus en détails la façon dont ils sont construits, réalisés, et comment ils tentent de s'ajuster pour correspondre au mieux aux objectifs établis lors du diagnostic éducatif.

Conclusion

Ce travail de recherche a permis de mieux comprendre l'organisation d'un programme d'ETP au sein d'un processus de réadaptation cardiaque. Il est mis en avant que le diagnostic éducatif est une étape importante et décisive pour proposer un programme adapté aux besoins de la personne et donc pour favoriser son implication. De plus, ce type de programme doit être pensé afin de rechercher la motivation de l'individu après un SCA, pour qu'il puisse intégrer avec moins de difficultés les conseils abordés.

La confrontation des résultats obtenus avec les apports théoriques permet de présenter des similitudes entre ce diagnostic éducatif et la démarche d'évaluation des ergothérapeutes. En effet, dans leur évaluation quotidienne en réadaptation cardiaque, les ergothérapeutes interrogés s'intéressent aux occupations de la personne. Les informations qu'ils recherchent correspondent à celles attendues dans le diagnostic éducatif d'un programme d'ETP. De plus, ces informations peuvent être regroupées dans les trois catégories de la MCRO faisant référence aux occupations. Cet outil spécifique à l'ergothérapie pourrait alors avoir son intérêt dans l'évaluation des occupations par les ergothérapeutes pour réaliser le diagnostic éducatif de l'ETP.

Afin d'accompagner la personne après un SCA, pour qu'elle adopte à long terme les conseils abordés dans un programme d'ETP, l'ergothérapeute peut être considéré comme un interlocuteur privilégié. De par l'utilisation d'un outil, la MCRO, mais aussi par son approche spécifique, il peut apporter une vision différente dans la réalisation du diagnostic éducatif. En effet, son approche centrée sur la personne et sur les occupations préoccupantes pour elle, peut être un atout pour favoriser la motivation et donc l'implication de l'individu dans le programme et ainsi l'inciter à mieux intégrer les recommandations.

L'étape du diagnostic éducatif, améliorée par l'intervention de l'ergothérapeute et l'utilisation de la MCRO, serait un moyen d'obtenir des objectifs centrés sur la personne de façon plus personnalisée. L'impact de cette élaboration d'objectifs aurait lieu sur les séances, individuelles ou collectives, proposées dans les suites du programme d'ETP. En

effet, elles doivent pouvoir s'adapter aux principaux éléments qui ressortent de l'évaluation initiale. Cependant, les résultats de ce travail montrent que ces ateliers ne sont que très peu modulés dans les pratiques actuelles. Ils ne prennent pas assez en compte les objectifs établis pour s'adapter et être plus personnalisés.

L'ETP a prouvé son efficacité en réadaptation cardiaque et elle devrait être définie comme un critère de qualité dans le suivi des personnes après un SCA (Simon, Traynard, Bourdillon, Gagnayre et Grimaldi, 2013). Cependant, il est parfois difficile, au sein des établissements, d'appliquer la mise en place d'un programme d'ETP en respectant tous les concepts théoriques. Du fait des contraintes institutionnelles, et notamment par la diminution de la durée des séjours d'hospitalisation, il apparaît difficile de proposer des programmes d'ETP qui répondent à tous ces critères.

Il pourrait alors être intéressant de se questionner et d'observer la mise en place de ces programmes d'ETP lorsque les contraintes liées à la structure sont moins présentes. Actuellement, l'offre de ces programmes est essentiellement hospitalo-centrée, mais l'ETP de proximité se développe de plus en plus. Elle est décrite par certains auteurs comme une pratique à accroître afin de proposer des programmes au plus près de la personne (Jacquat, 2011). Il serait alors pertinent de réaliser des recherches sur l'organisation de ces programmes dans les réseaux de soins de proximité, les milieux associatifs ainsi qu'au sein des maisons de santé médicales et paramédicales. Aussi, la place de l'ergothérapeute dans ce milieu de proximité pourrait être recherchée afin d'évaluer à quel niveau sa présence serait nécessaire dans ce type de programme.

Bibliographie

- Arnholz, I., Sureau, P. (2008) *L'éducation thérapeutique du patient en ergothérapie*. Dans Caire, J.-M., et Collectif. (2008). *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*. Solal.
- Bassand, J.P., Bertrand, M., Vahanian, A., Farah, B. (2007). *Les syndromes coronaires aigus*. Récupéré le 9 Octobre 2015, du site de la HAS : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/sca_synthese_biblio.pdf
- Caire, J.M. (2008) *Place de l'auto-évaluation dans le processus de soin*. Dans Caire, J.-M., et Collectif. (2008). *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*. Solal.
- Cambou. J.P. (2011). Epidémiologie cardiovasculaire : quoi de neuf ?. *Réalités cardiologiques*, 277, 16-19.
- D'Ivernois, J.-F., et Gagnayre, R. (2007). Propositions pour l'évaluation de l'éducation thérapeutique du patient. *Actualité et dossier en santé publique*, 28, 57-61.
- Danchin, N., Puymirat, E., Aissaoui, N., Adavane, S., et Durand, E. (2010). Épidémiologie des syndromes coronaires aigus en France et en Europe. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*, 59, S37S41.
- Faure, H., Martinen, A., Maury, M. (2014). *La mesure canadienne du rendement occupationnel, une étape dans l'évaluation en ergothérapie*. Récupéré le 4 Décembre 2015, du site de l'ARFEHGA : <http://www.arfehga.fr/wp-content/uploads/2014/12/ACTES-JEG-2014.pdf#page=59>
- Fédération Française de Cardiologie. (s.d.). *Traitement de la maladie coronaire*. Récupéré le 28 Décembre 2015, du site de la Fédération Française de Cardiologie : <http://www.fedecardio.org/je-suis-cardiaque/traitements/maladie-coronaire>
- Ferrières, J., Durack-Bown, I., Giral, P., Chadarevian, R., Benkrittly, A., et Bruckert, E.

(2006). Éducation thérapeutique et patient à haut risque : une nouvelle approche en cardiologie. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*, 55(1), 2731.

Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. (2013). *Athérosclérose*. Récupéré le 6 Janvier 2016, du site fmcoeur : http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3562223/k.82BC/Maladies_du_coeur_Ath233roscl233rose.htm

Gagnayre, R., D'Ivernois, J.F. (2003). L'éducation thérapeutique : passerelle vers la promotion de la santé. *Actualité et dossier en santé publique*. 43, 12 – 17.

Ghannem, M. (2010). La réadaptation cardiaque en post-infarctus du myocarde. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*, 59(6), 367379.

Golay, A., Lager, G., et Giordan, A. (2007). Une éducation thérapeutique en quatre dimensions pour diminuer la résistance au changement des patients obèses. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 1(1), 6976.

Haute Autorité de Santé. (2007). *Education thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation*. Récupéré le 8 Février 2016, du site de la HAS : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

Iguenane, J., et Gagnayre, R. (2004). L'éducation thérapeutique du patient: le diagnostic éducatif. *Les cahiers de kinésithérapie*, 2–30.

Jacquat, D. (2011). Education thérapeutique du patient. Propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne. *HEGEL*, 1(3).

Keller, P.F., Golay, A., Lerch, R., Mach, F. (2008). Le chaînon manquant dans le traitement du syndrome coronarien aigu : l'éducation thérapeutique. *Kardiovaskuläre Medizin*. 11, 5-6.

Khallouki, M., et Samkaoui, M. A. (2012). Syndromes coronaires aigus. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*, 16(3), 161166.

- Lacroix, A. (2007). Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique ? *Santé Publique, Vol. 19(4)*, 271282.
- Lehoux, P.M. (2004). La modification des habitudes de vie chez les patients coronariens. *Revue québécoise de psychologie. 39-42*
- Lievin, J.C. (2015). *L'ergothérapie en action sociale*, Editions Harmattan.
- Margot-Cattin, I., Margot-Cattin, P. (2009). *L'évaluation en gériatrie et psychogériatrie*. Dans, Trouvé, E. (2009). *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*. Groupe de Boeck.
- Menu, B., et Moutet, A. L. (2013). Se reconstruire après un syndrome coronarien aigu : un défi pour l'ETP. *Education Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education, 5(2)*, 187197.
- Miller, N. H., Hill, M., Kottke, T., Ockene, I. S., et Compliance, F. (1997). The Multilevel Compliance Challenge: Recommendations for a Call to Action A Statement for Healthcare Professionals. *Circulation, 95(4)*, 10851090.
- Monassier, J.-P., et Monassier, L. (2007). Prise en charge du post-infarctus. *La Presse Médicale, 36(6, Part 2)*.
- Morel-Bracq, M.-C. (2009). *Modèles conceptuels en ergothérapie: Introduction aux concepts fondamentaux*. Groupe de Boeck.
- OMS. (2015). *Maladies cardiovasculaires*. Récupéré le 24 Mai 2016, du site de l'OMS : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/fr/>
- Pavy, B. (2012). *L'éducation thérapeutique du patient cardiaque*. Paris: Frison Roche.
- Pavy, B., Iliou, M.C., Vergès, B., Brion, R., Monpère, C. (2011). *Référentiel des bonnes pratiques de la réadaptation cardiaque de l'adulte en 2011*. Récupéré le 13 Octobre 2015, du site de la SOFMER : http://www.sofmer.com/download/RECO_CV.pdf

- Simon, D., Traynard, P.-Y., Bourdillon, F., Gagnayre, R., et Grimaldi, A. (2013). *Education thérapeutique: Prévention et maladies chroniques*. Elsevier Health Sciences.
- Sommer J., Gache P., Golay A. (2005) *L'enseignement thérapeutique et la motivation du patient. La communication professionnelle en santé*. Chap. 26, pp. 656-691, ERPI, Québec.
- Steg, P.-G., et Marouene, S. (2012). Prévention secondaire chez le coronarien. *EMC - Traité de médecine AKOS*, 7(4), 18.
- Torpy, J. M., Burke, A. E., et Glass, R. M. (2008). Syndrome coronaire aigu. *JAMA-français*, 300(1), 132.
- Townsend, E., et Polatajko, H. J. (2008). *Faciliter L'occupation: L'avancement D'une Vision de L'ergothérapie en Matière de Santé, Bien-être et Justice à Travers L'occupation*. Association canadienne des ergothérapeutes.
- Traynard, P.-Y. (2010). Le diagnostic éducatif. Une bonne idée pour évoluer. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 4(1), 3137.
- Tuppin, P., Neumann, A., Simon, D., Weill, A., de Peretti, C., Danchin, N., ... Allemand, H. (2010). Characteristics and management of diabetic patients hospitalized for myocardial infarction in France. *Diabetes & Metabolism*, 36(2), 129136.
- Welker, J., Nacht, C. A., Savcic, M., Marques-Vidal, P., Cornuz, J., Vogt, P., ... Rodondi, N. (2014). Réadaptation cardiovasculaire, un bien sous-utilisé. *Rev Med Suisse*, 10, 545–548.
- Zhang, C., McCarthy, C., Craik, J.. (2008). *Les étudiants à titre d'interprètes du Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation*. Récupéré le 6 Janvier 2016, du site de la CAOT : <http://www.caot.ca/otnow/may08/mcrop.pdf>

Annexes

Annexe I : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel	I
Annexe II : Grille d'analyse pour la réalisation du questionnaire	V
Annexe III : Questionnaire	IX
Annexe IV : Tableau des résultats	XVIII

Annexe I : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

LA MESURE CANADIENNE DU RENDEMENT OCCUPATIONNEL

DEUXIÈME ÉDITION

Auteures :

Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell,
Mary Ann McColl, Helene Polatajko, Nancy Pollock

La mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) est une mesure individualisée conçue à l'intention des ergothérapeutes pour déceler les changements qui se produisent sur une période donnée et tels que perçus par les individus eux-mêmes concernant leurs problèmes de rendement occupationnel.

Publié par CAOT Publications ACE

© M. Law, S. Baptiste, A. Carswell, M.A. McColl, H. Polatajko, N. Pollock, 2000

Nom du client :		
Âge :	Sexe :	ID# :
Répondant (si autre que le client) :		
Date de l'évaluation :	Date prévue de la réévaluation :	Date de réévaluation :
Thérapeute :		
Établissement/organisme :		
Programme :		

**ÉTAPE 1 : IDENTIFICATION DES
PROBLÈMES DE RENDEMENT OCCUPATIONNEL**

Pour déterminer les problèmes, les préoccupations et les questions de rendement occupationnel, faites l'entrevue du client par des questions sur ses activités quotidiennes concernant ses soins personnels, sa productivité et ses loisirs. Demandez au client de décrire les activités quotidiennes qu'il veut réaliser, celles qu'il doit réaliser ou qu'il devrait réaliser en l'encourageant à penser à une journée type. Demandez ensuite au client, lesquelles de ces activités il n'arrive pas à réaliser actuellement à sa propre satisfaction. Consignez ces activités qui posent des problèmes dans les étapes 1A, 1B ou 1C.

**ÉTAPE 2 :
ÉVALUATION
DE
L'IMPORTANCE**

A l'aide des fiches de cotation fournies, demandez au client de coter, sur une échelle de 1 à 10, l'importance qu'il accorde à chaque activité. Inscrivez les cotes dans les cases correspondantes comprises dans les étapes 1A, 1B ou 1C.

ÉTAPE 1A : Soins personnels

Soins personnels
(p. ex., habillage, bain,
alimentation hygiène)

Mobilité fonctionnelle
(p. ex., transferts à
l'intérieur, à l'extérieur)

Vie communautaire
(p. ex., transport,
emplettes, finances)

IMPORTANCE

1B : Productivité

Travail rémunéré/non
rémunéré (p. ex., trouver
ou garder un emploi,
bénévolat)

Gestion domestique
(p. ex., ménage, lessive,
préparation des repas)

Jeu/travail scolaire
(p. ex., habiletés de jeu,
leçons scolaires)

1C : Loisirs		IMPORTANCE
Loisirs tranquilles (p. ex., passe-temps, artisanat, lecture)	_____	<input type="text"/>
	_____	<input type="text"/>
	_____	<input type="text"/>
Loisirs actifs (p. ex., sports, sorties, voyages)	_____	<input type="text"/>
	_____	<input type="text"/>
	_____	<input type="text"/>
Socialisation (p. ex., visites, appels téléphoniques, soirées, correspondance)	_____	<input type="text"/>
	_____	<input type="text"/>
	_____	<input type="text"/>

ÉTAPES 3 et 4 : COTATION – ÉVALUATION INITIALE ET RÉÉVALUATION

Confirmez avec le client les cinq problèmes les plus importants et inscrivez-les ci-dessous. À l'aide des fiches de cotation, demandez au client de coter chaque problème en fonction de son rendement et de sa satisfaction, et calculez ensuite les scores totaux. Les scores totaux sont calculés en additionnant les scores de tous les problèmes du rendement ou de la satisfaction, divisés ensuite par le nombre de problèmes. Au moment de la réévaluation, le client cote à nouveau chaque problème en fonction du rendement et de la satisfaction. Calculez les nouveaux scores et changez le score.

Évaluation initiale :			Réévaluation :	
PROBLÈMES DE RENDEMENT OCCUPATIONNEL :	RENDEMENT 1	SATISFACTION 1	RENDEMENT 2	SATISFACTION 2
1. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COTATION : Scores totaux du rendement ou de la satisfaction Score Total = $\frac{\text{_____}}{\text{\# de problèmes}}$	RENDEMENT SCORE 1 /	SATISFACTION SCORE 1 /	RENDEMENT SCORE 2 /	SATISFACTION SCORE 2 /
	= <input type="text"/>	= <input type="text"/>	= <input type="text"/>	= <input type="text"/>
CHANGEMENT DANS LE RENDEMENT = Cote de rendement 2	<input type="text"/>	- Cote de rendement 1	<input type="text"/>	= <input type="text"/>
CHANGEMENT DANS LA SATISFACTION = Cote satisfaction 2	<input type="text"/>	- Cote de satisfaction 1	<input type="text"/>	= <input type="text"/>

Annexe II : Grille d'analyse pour la réalisation du questionnaire

Indicateurs	Items	Sous items	Critères
Consentement			Oui/non
Ergothérapeute	Lieu d'exercice	Type de structure	<ul style="list-style-type: none"> - Centre hospitalier - Centre de rééducation/réadaptation - Autre :
	Expérience en réadaptation cardiaque	Formations spécifiques suivies	<ul style="list-style-type: none"> - A l'ETP - Aux modèles conceptuels (lesquels) - A certains outils (lesquels) - Autres
	Suivi des patients SCA		Oui/non
ETP	Première étape		Quelle est la première étape dans votre programme d'ETP ?
	Evaluation (Diagnostic éducatif)	Réalisation	Systématiquement : oui/non ? Par qui ? Outil utilisé ? : <ul style="list-style-type: none"> - Un guide d'entretien « maison » - Un questionnaire validé (lequel) - Autre : <i>réponse courte</i>
		Informations recherchées	Lorsqu'un patient est inclus dans un programme d'ETP, quelles sont les informations que vous recherchez ? <i>Question ouverte</i> Les informations recherchées concernant le patient sont relatives : <ul style="list-style-type: none"> - A sa santé (pathologie, symptômes, traitements) (<i>dimension biomédicale</i>) - A la perception qu'il a de sa maladie (<i>dimension biomédicale</i>) - Aux connaissances qu'il a concernant sa pathologie (<i>dimension cognitive</i>)

			<ul style="list-style-type: none"> - A ses croyances (<i>dimension cognitive</i>) - A sa situation familiale et professionnelle (<i>dimension socio professionnelle</i>) - A ses projets à court, moyen et long terme (<i>dimension projective</i>) - A ses loisirs (<i>dimension socio professionnelle</i>) - Au comportement qu'il a face à sa maladie (<i>dimension psycho affective</i>) - Au retentissement de sa maladie sur son entourage (<i>dimension psycho affective</i>)
		But	L'évaluation : <ul style="list-style-type: none"> - Permet de fixer des objectifs - Conditionne l'engagement du patient
	Organisation		Le programme d'ETP est : <ul style="list-style-type: none"> - Personnalisé, en tenant compte des besoins individuels de chaque patient - Généralisé, accessible à tous les patients
		Considération du patient	Le patient est considéré comme : <ul style="list-style-type: none"> - Expert de sa maladie - Partenaire de soin compétent - A éduquer sur sa pathologie
	Rôle de l'ergothérapeute	D'investigation	Oui/non
		Dans les ateliers proposés	Si oui : quels outils sont utilisés ? Comment sont construits les ateliers ? Les attentes du patient concernant l'atelier sont-elles demandées ?
	Pour les patients après un syndrome coronaire aigu		Les patients victimes d'un syndrome coronaire aigu participent-ils à un programme d'Education thérapeutique du patient ?
Evaluation	Occupations (définies comme		Evaluez-vous les occupations des patients ? : Oui/non

	l'ensemble des activités significantes et significatives)		Par quel moyen ? : <ul style="list-style-type: none"> - Par entretien ? - Par outil d'évaluation (Lequel)
		Notion liées à l'occupation	Quels sont les éléments importants à prendre en compte quand on parle d'occupation ? <i>Question ouverte</i> Quand on parle d'occupation on s'intéresse à : <ul style="list-style-type: none"> - L'importance que le patient accorde à ses occupations - La satisfaction du patient - La performance dans les occupations Quels sont les domaines auxquels vous vous intéressez quand vous évaluez les occupations ? <i>Question ouverte</i>
	Motivation		La motivation du patient est-elle évaluée ? : Oui/non De quelle façon ? : <ul style="list-style-type: none"> - Subjective, au cours des entretiens avec le patient - Objective par des outils (Lesquels)
	Objectif		Pour vous, un objectif : <ul style="list-style-type: none"> - Est un but à atteindre pour le patient - Se rapporte au projet de vie - Est un concept difficile à établir - Est une façon de se projeter dans l'avenir - Permet d'orienter le patient dans le soin - Favorise l'engagement du patient
Approche centrée sur la personne	Rôle du patient dans les pratiques actuelles	Dans le soin	Quelle place occupe le patient dans son soin ? <i>Question ouverte</i>
			Comment qualifieriez-vous le rôle du patient dans votre pratique actuelle ? <ul style="list-style-type: none"> - Participatif : collaborateur dans son parcours de soins

			<ul style="list-style-type: none"> - Actif : acteur lors des séances - Passif : présent lors des séances, qui fait ce qu'on lui demande
		Dans le cadre de l'ETP	<p>Le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervient dans l'élaboration des objectifs de soin - Assiste aux ateliers proposés - Participe à l'analyse des résultats de son évaluation - A un rôle dans les décisions thérapeutiques et éducatives - Est présent lors des séances et écoute les recommandations et conseils
MCRO (Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel)	Connaissance de l'outil		Oui/Non
	Utilisation		Oui/Non
		Contexte	Avec quelle population ?
		Difficultés rencontrées	<p>De quel ordre ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temps de passation trop long - Termes complexes à expliquer - Cotation difficile - Autres
	Avantages	<ul style="list-style-type: none"> - Le patient occupe une place centrale dans son évaluation - La MCRO permet de réaliser une réévaluation facilement - La MCRO permet de fixer des objectifs qui correspondent aux attentes du patient - La MCRO conduit à proposer un accompagnement adapté aux besoins du patient - La MCRO favorise l'implication du patient dans le parcours de soins - Autres 	
Projection			Jugeriez-vous pertinent en tant qu'ergothérapeute d'avoir un rôle d'évaluation lors du diagnostic éducatif dans un programme d'ETP ?

Annexe III : Questionnaire

L'accompagnement en ergothérapie après un syndrome coronaire aigu

Bonjour,

Vous êtes ergothérapeute et vous travaillez au sein d'un programme de réadaptation cardiaque ?

Votre avis m'intéresse !

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude en ergothérapie, je travaille sur l'accompagnement des patients après un syndrome coronaire aigu, et plus spécifiquement sur les rôles que l'ergothérapeute peut avoir dans un programme d'Éducation Thérapeutique du Patient.

Ce questionnaire prendra une vingtaine de minutes.

Les réponses recueillies seront confidentielles et retranscrites de façon anonyme.

Merci de votre participation et bonne lecture,

Elise DARET

Etudiante en 3ème année d'ergothérapie, IFE de Lyon

***Obligatoire**

1. Acceptez-vous de répondre à ce questionnaire ? *

J'accepte que mes réponses soient utilisées de façon anonyme dans un mémoire de fin d'étude en ergothérapie.

Une seule réponse possible.

Oui

Non Arrêtez de remplir ce formulaire.

A propos de vous...

2. Dans quel type de structure travaillez-vous ? *

Une seule réponse possible.

Un centre hospitalier

Un centre de rééducation/réadaptation

Autre : _____

3. La structure dans laquelle vous travaillez propose-t-elle... *

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non
Un programme de rééducation/réadaptation cardiaque ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un programme d'Éducation Thérapeutique du Patient ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Accompagnez-vous des patients ayant eu un syndrome coronaire aigu ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

5. Êtes-vous formés à l'Éducation Thérapeutique du Patient ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

6. Avez-vous suivi des formations complémentaires ? *

Formation à des modèles conceptuels, à des outils, Diplôme Universitaire, ...

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 7.*
 Non *Passez à la question 8.*

7. De quelle(s) formation(s) s'agit-il ? *

L'Éducation Thérapeutique du Patient

8. **Quelle est la première étape du programme d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) au sein de votre structure ? ***

9. **Le diagnostic éducatif est-il réalisé de façon systématique ? ***

Diagnostic éducatif : premier entretien d'évaluation du patient dans le cadre d'un programme d'ETP

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

10. **Qui réalise ce diagnostic éducatif ? ***

11. **Quel outil est utilisé ? ***

Une seule réponse possible.

- Un guide d'entretien "maison" *Passez à la question 13.*
 Un outil validé *Passez à la question 12.*
 Autre : _____ *Passez à la question 13.*

12. **De quel outil s'agit-il ? ***

13. **Quelles sont les informations recherchées par l'équipe d'ETP lorsqu'un patient est inclus dans un programme ? ***

Vous pouvez répondre de façon brève, avec des mots clés

14. Vous diriez que les informations recherchées concernant le patient sont relatives... *

Plusieurs réponses possibles.

- A sa santé (pathologie, symptômes, traitements)
- A la perception qu'il a de sa maladie
- Aux connaissances qu'il a concernant sa pathologie
- A ses croyances
- A sa situation familiale et professionnelle
- A ses projets à court, moyen et long terme
- A ses loisirs
- Au comportement qu'il a face à sa maladie
- Au retentissement de sa maladie sur son entourage

15. Selon vous, le diagnostic éducatif... *

Une seule réponse possible par ligne.

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Pas tout à fait d'accord	Pas du tout d'accord
Permet de fixer des objectifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Est indispensable à tout programme d'ETP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conditionne l'engagement du patient dans le programme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Au sein de votre structure, le programme d'ETP est organisé de façon : *

Une seule réponse possible.

- Généralisée : les patients participent tous aux mêmes ateliers
- Personnalisée : le patient est orienté dans le programme en fonction des objectifs établis

17. Dans le cadre du programme d'ETP, le patient est considéré comme : *

Une seule réponse possible.

- Expert de sa maladie
- Partenaire de soin compétent
- A éduquer sur sa pathologie

18. En tant qu'ergothérapeute, intervenez-vous dans un ou plusieurs ateliers du programme d'ETP ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

19. Les ateliers du programme d'ETP... *

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Quelquefois	Souvent	Toujours
Tiennent compte des besoins du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S'articulent autour des connaissances que le patient doit acquérir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prendent les attentes du patient en considération	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sont construits à partir des objectifs établis lors du diagnostic éducatif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Les patients qui ont eu un syndrome coronaire aigu participent-ils à un programme d'ETP ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

Quand on parle d'évaluation...

21. Évaluez-vous les occupations du patient ? *

L'occupation fait référence à l'ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus donnent un nom, une structure, une valeur et une signification (ACE, 1997)

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 22.*
 Non *Passez à la question 25.*

22. Vous évaluez les occupations du patient... *

Une seule réponse possible.

- Par un guide d'entretien "maison" *Après avoir répondu à la dernière question de cette section, passez à la question 25.*
 En utilisant un outil d'évaluation *Après avoir répondu à la dernière question de cette section, passez à la question 24.*
 Autre : _____ *Après avoir répondu à la dernière question de cette section, passez à la question 25.*

23. **Quels sont les domaines auxquels vous vous intéressez quand vous évaluez les occupations ? ***

24. **Pour évaluez les occupations, quel est l'outil que vous utilisez ? ***

25. **Quels sont les éléments évalués quand on s'intéresse aux occupations du patient ? ***
En quelques mots...

26. **L'évaluation des occupations considère...**

Plusieurs réponses possibles.

- L'importance que le patient accorde à ses occupations
- La satisfaction du patient
- Le niveau de réalisation des occupations par le patient
- Autre : _____

27. **Dans votre pratique, évaluez-vous la motivation du patient ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 28.*
- Non *Passez à la question 30.*

28. **De quelle façon évaluez-vous la motivation du patient ? ***

Une seule réponse possible.

- De façon subjective : au cours des entretiens avec le patient *Passez à la question 30.*
- De façon objective : par un outil d'évaluation *Passez à la question 29.*

29. **Quel est cet outil qui vous permet d'évaluer la motivation du patient ? ***

30. **Dans votre pratique, l'évaluation vous permet... ***

Une seule réponse possible par ligne.

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Pas tout à fait d'accord	Pas du tout d'accord
De mieux connaître le patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De préciser les points forts et les difficultés du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D'établir des objectifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De proposer un plan d'intervention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. **Pour vous, un objectif... ***

Plusieurs réponses possibles.

- Est un but à atteindre pour le patient
- Se rapporte au projet de vie
- Est un concept difficile à établir
- Est une façon de se projeter dans l'avenir
- Permet d'orienter le patient dans le soin
- Favorise l'engagement du patient

Et le patient dans tout ça...

32. **Quelle place occupe le patient dans son soin ? ***

33. **Dans votre pratique actuelle, comment qualifieriez-vous le rôle du patient ? ***

Une seule réponse possible.

- Participatif : collaborateur dans son parcours de soin
- Actif : qui donne son avis et participe lors des séances
- Passif : présent lors des séances, qui fait ce qu'on lui demande

34. Dans le cadre de l'Éducation Thérapeutique, le patient... *

Plusieurs réponses possibles.

- Intervient dans l'élaboration des objectifs de soin
- Assiste aux ateliers proposés
- Participe à l'analyse des résultats de son évaluation
- A un rôle dans les décisions thérapeutiques et éducatives
- Est présent lors des séances et écoute les recommandations et conseils

La MCRO, vous connaissez ?

35. Connaissez-vous la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel ? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 36.*
- Non *Passez à la question 40.*

36. Avez-vous déjà utilisé la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel ? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 37.*
- Non *Passez à la question 40.*

37. Avec quelle population ? *

38. De quel ordre sont les difficultés que vous avez pu rencontrer ?

Plusieurs réponses possibles.

- Le temps de passation est trop long
- Les termes sont complexes à expliquer
- La cotation est difficile
- Je n'ai rencontré aucune difficulté
- Autre : _____

39. **Quels sont pour vous les avantages de la MCRO ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Le patient occupe une place centrale dans son évaluation
- Elle permet de réaliser une réévaluation facilement
- Elle permet de fixer des objectifs qui correspondent aux attentes du patient
- Elle conduit à un accompagnement qui est adapté aux besoins du patient
- Elle favorise l'implication du patient dans son parcours de soin
- Elle n'a aucun avantage
- Autre : _____

Et pour finir...

40. **Jugeriez-vous pertinent en tant qu'ergothérapeute d'avoir un rôle dans l'évaluation du patient lors du diagnostic éducatif dans un programme d'ETP ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

41. **Pourquoi ? ***

42. **Des remarques, des suggestions, des éléments à ajouter...**

Vous avez terminé !

Merci pour le temps que vous avez consacré à ce questionnaire afin de m'aider dans mon travail de recherche.

Toutes informations ou remarques complémentaires concernant ce travail sont les bienvenues.

De même si vous êtes intéressés par les conclusions de cette étude ainsi que par la lecture de mon mémoire, n'hésitez pas à me contacter par mail : elise.daret@hotmail.fr

Bonne journée !

Elise DARET

Annexe IV : Tableau des résultats

	Consentement	Ergothérapeute	
	Acceptez-vous de répondre à ce questionnaire ?	Dans quel type de structure travaillez-vous ?	La structure dans laquelle vous travaillez propose-t-elle... Un programme de rééducation/réadaptation cardiaque ?
E1	Oui	Un centre de rééducation/réadaptation	Oui
E2	Oui	Un centre de rééducation/réadaptation	Oui
E3	Oui	Un centre de rééducation/réadaptation	Oui
E4	Oui	Un centre de rééducation/réadaptation	Oui
E5	Oui	Un centre de rééducation/réadaptation	Oui
E6	Oui	Un centre de rééducation/réadaptation	Oui
E7	Oui	Un centre hospitalier	Oui
E8	Oui	Un centre hospitalier	Oui
E9	Oui	Un centre hospitalier	Oui
E10	Oui	Un centre hospitalier	Oui
E11	Oui	Un centre hospitalier	Oui
E12	Oui	Un centre de rééducation/réadaptation	Oui
E13	Oui	Un centre de rééducation/réadaptation	Oui
E14	Oui	Un centre de rééducation/réadaptation	Oui
E15	Oui	Un centre de rééducation/réadaptation	Oui

	Ergothérapeute		
	La structure dans laquelle vous travaillez propose-t-elle... Un programme d'Éducation Thérapeutique du Patient ?	Accompagnez-vous des patients ayant eu un syndrome coronaire aigu ?	Êtes-vous formés à l'Éducation Thérapeutique du Patient ?
E1	Oui	Oui	Oui
E2	Oui	Oui	Non
E3	Oui	Oui	Non
E4	Oui	Oui	Oui
E5	Oui	Oui	Non
E6	Oui	Oui	Oui
E7	Oui	Oui	Oui
E8	Oui	Oui	Oui
E9	Oui	Oui	Oui
E10	Oui	Oui	Non
E11	Oui	Oui	Non
E12	Oui	Oui	Oui
E13	Oui	Oui	Oui
E14	Oui	Oui	Oui
E15	Oui	Oui	Non

	Ergothérapeute		Education Thérapeutique du Patient
	Avez-vous suivi des formations complémentaires ?	De quelle(s) formation(s) s'agit-il ?	Quelle est la première étape du programme d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) au sein de votre structure ?
E1	Non		le diagnostic éducatif
E2	Non		questionnaire
E3	Oui	DUMOS (diplôme de management en organisation de soins)	le diagnostic éducatif
E4	Non		établir le diagnostic éducatif
E5	Oui	formation entre collègues concernant l'éducation thérapeutique MCRO	un questionnaire rempli par l'infirmière et nous
E6	Non		Diagnostic éducatif d'environ 1h
E7	Non		Consultation avec explication du programme proposé
E8	Non		diagnostic éducatif
E9	Non		La consultation avec le cardiologue avec le test d'effort et la consultation infirmière. Le programme va être expliqué et le patient réfléchi pour nous indiquer s'il veut rentrer dans le programme.
E10	Non		Mise en place des objectifs personnels
E11	Non		le diagnostic d'éducation thérapeutique
E12	Oui	Formation de l'AFDET	Diagnostic éducatif
E13	Non		DEI
E14	Non		Diagnostic Education Thérapeutique
E15	Non		Diagnostic éducatif

	Education Thérapeutique du Patient			
	Le diagnostic éducatif est-il réalisé de façon systématique ?	Qui réalise ce diagnostic éducatif ?	Quel outil est utilisé ?	De quel outil s'agit-il ?
E1	Oui	infirmière et ergothérapeute	Un guide d'entretien "maison"	
E2	Oui	kiné, IDE,...	Un guide d'entretien "maison"	
E3	Non	le personnel formé en ETP (cardiologue /IDE/kiné le plus souvent)	Un guide d'entretien "maison"	
E4	Oui	la cadre de sante	Un guide d'entretien "maison"	
E5	Oui	l'infirmière et nous même	Un guide d'entretien "maison"	
E6	Oui	Le référent du patient au cours du stage donc Un membre de l'équipe pluri	Un guide d'entretien "maison"	
E7	Oui	Ide	Un guide d'entretien "maison"	
E8	Oui	le cardiologue	Un guide d'entretien "maison"	
E9	Oui	Chaque intervenant fait une partie du diagnostic (chacun dans sa spécialité)	On a chacun une grille correspondant à nos spécificités (infirmière, kiné ergo, APA, addictologie)	
E10	Oui	Infirmière	Un outil validé	Je ne connais pas le nom
E11	Oui	l'infirmière	Un guide d'entretien "maison"	
E12	Oui	Les IDE ou diététiciennes	Un outil validé	Icare ou les outils de l'AFDET
E13	Oui	tous les thérapeutes formés aux 40h	Onglet spécifique dans dossier médical du patient	
E14	Oui	IDE	Un guide d'entretien "maison"	
E15	Non	Médecin	Un guide d'entretien "maison"	

Education Thérapeutique du Patient		
	Quelles sont les informations recherchées par l'équipe d'ETP lorsqu'un patient est inclus dans un programme ?	Vous diriez que les informations recherchées concernant le patient sont relatives...
E1	<p>les habitudes de vie et environnement</p> <p>les ports de charge et contraintes rencontrées dans les AVQ au niveau cardiovasculaire</p> <p>les connaissances du patient sur sa maladie, son traitement</p> <p>autoévaluation de l'état de santé et de son moral</p>	<p>A sa santé (pathologie, symptômes, traitements),</p> <p>A la perception qu'il a de sa maladie,</p> <p>Aux connaissances qu'il a concernant sa pathologie,</p> <p>A sa situation familiale et professionnelle,</p> <p>A ses projets à court, moyen et long terme,</p> <p>A ses loisirs</p>
E2	<p>Définir comment le patient comprend sa pathologie et les soins qui lui sont prodigués (médicaments, activités, conseils diététiques...)</p>	<p>A sa santé (pathologie, symptômes, traitements),</p> <p>A la perception qu'il a de sa maladie,</p> <p>Aux connaissances qu'il a concernant sa pathologie,</p> <p>Au comportement qu'il a face à sa maladie,</p> <p>Au retentissement de sa maladie sur son entourage</p>
E3	<p>les freins et leviers,</p> <p>la motivation du patient;</p> <p>les axes prioritaires de la prise en soins</p>	<p>A sa santé (pathologie, symptômes, traitements),</p> <p>A la perception qu'il a de sa maladie,</p> <p>Aux connaissances qu'il a concernant sa pathologie,</p> <p>A ses croyances,</p> <p>A sa situation familiale et professionnelle,</p> <p>A ses projets à court, moyen et long terme,</p> <p>A ses loisirs,</p> <p>Au comportement qu'il a face à sa maladie,</p> <p>Au retentissement de sa maladie sur son entourage</p>

Education Thérapeutique du Patient		
	Quelles sont les informations recherchées par l'équipe d'ETP lorsqu'un patient est inclus dans un programme ?	Vous diriez que les informations recherchées concernant le patient sont relatives...
E4	savoir ce qu'il connaît de sa pathologie au sens large, des facteurs de risque	<p>A sa santé (pathologie, symptômes, traitements), A la perception qu'il a de sa maladie, Aux connaissances qu'il a concernant sa pathologie, A ses croyances, A sa situation familiale et professionnelle, A ses projets à court, moyen et long terme, A ses loisirs, Au comportement qu'il a face à sa maladie, Au retentissement de sa maladie sur son entourage</p>
E5	Données personnelles : situation familiale, professionnelle, loisirs, activités au quotidien, type de logement Alimentation Connaissance de la patho, des traitements Connaissance des facteurs de risques évaluation anxiété et dépression (HAD) Objectif de la personne	<p>A sa santé (pathologie, symptômes, traitements), A la perception qu'il a de sa maladie, Aux connaissances qu'il a concernant sa pathologie, A ses croyances, A sa situation familiale et professionnelle, A ses projets à court, moyen et long terme, A ses loisirs, Au comportement qu'il a face à sa maladie, Au retentissement de sa maladie sur son entourage</p>
E6	Vécu personnel et familial, connaissance de sa patho et de son ttt, activité pro et de loisir, objectifs du patient, facteurs favorisants et limitants	<p>A sa santé (pathologie, symptômes, traitements), A la perception qu'il a de sa maladie, Aux connaissances qu'il a concernant sa pathologie, A ses croyances, A sa situation familiale et professionnelle, A ses projets à court, moyen et long terme, A ses loisirs, Au comportement qu'il a face à sa maladie, Au retentissement de sa maladie sur son entourage</p>

Education Thérapeutique du Patient		
	Quelles sont les informations recherchées par l'équipe d'ETP lorsqu'un patient est inclus dans un programme ?	Vous diriez que les informations recherchées concernant le patient sont relatives...
E7	<p>Hérédité Ecocarte Motivation Habitude de vie Autonomie Loisirs Profession</p>	<p>A sa santé (pathologie, symptômes, traitements), A la perception qu'il a de sa maladie, Aux connaissances qu'il a concernant sa pathologie, A ses croyances, A sa situation familiale et professionnelle, A ses projets à court, moyen et long terme, A ses loisirs, Au comportement qu'il a face à sa maladie</p>
E8	<p>Retentissement de la pathologie sur le physique et le psychisme Point global sur la connaissance de la maladie Environnement familial, humain, habitat Projet de vie Activités personnelles et professionnelles</p>	<p>A la perception qu'il a de sa maladie, A ses projets à court, moyen et long terme</p>
E9	<p>On recherche les ressources des patients (connaissances, soutien avec son entourage, ses habitudes de vie....). Les connaissances du patient sur les différentes compétences d'auto soin qu'il doit acquérir pour sa pathologie chronique et ses compétences d'adaptation. Les projets et les envies du patient. S'il a envie de changer ses habitudes de vie.</p>	<p>A sa santé (pathologie, symptômes, traitements), A la perception qu'il a de sa maladie, Aux connaissances qu'il a concernant sa pathologie, A ses croyances, A sa situation familiale et professionnelle, A ses projets à court, moyen et long terme, A ses loisirs, Au comportement qu'il a face à sa maladie, Au retentissement de sa maladie sur son entourage</p>
E10	<p>Mode de vie, tabagisme, connaissance du traitement, trouble sexuel, pratique sportive, environnement, profession</p>	<p>A sa santé (pathologie, symptômes, traitements), A la perception qu'il a de sa maladie, Aux connaissances qu'il a concernant sa pathologie, A ses croyances, A sa situation familiale et professionnelle, A ses projets à court, moyen et long terme, A ses loisirs, Au comportement qu'il a face à sa maladie, Au retentissement de sa maladie sur son entourage</p>

Education Thérapeutique du Patient		
	Quelles sont les informations recherchées par l'équipe d'ETP lorsqu'un patient est inclus dans un programme ?	Vous diriez que les informations recherchées concernant le patient sont relatives...
E11	<p>présentation socio professionnelle (lieu de vie, mode de vie, loisirs, antécédents...)</p> <p>connaissance de la pathologie</p> <p>ce qu'il fait depuis la maladie</p> <p>le ressenti du patient et de son entourage et ses attentes</p>	<p>A sa santé (pathologie, symptômes, traitements),</p> <p>A la perception qu'il a de sa maladie,</p> <p>Aux connaissances qu'il a concernant sa pathologie,</p> <p>A ses croyances,</p> <p>A sa situation familiale et professionnelle,</p> <p>A ses projets à court, moyen et long terme,</p> <p>A ses loisirs,</p> <p>Au comportement qu'il a face à sa maladie,</p> <p>Au retentissement de sa maladie sur son entourage</p>
E12	<p>Les objectifs de la personne</p> <p>les connaissances de la personne concernant sa maladie, les symptômes, les traitements</p> <p>la façon dont la personne appréhende sa maladie</p> <p>les croyances face à la maladie</p> <p>les répercutions concernant la vie familiale, professionnelle, sociale</p> <p>les freins et leviers par rapport au changement</p> <p>Savoir si la personne souhaite être inclus dans un groupe ou être vue en individuel lors des séances d'ETP</p>	<p>A la perception qu'il a de sa maladie,</p> <p>Aux connaissances qu'il a concernant sa pathologie,</p> <p>A ses croyances,</p> <p>A sa situation familiale et professionnelle,</p> <p>A ses projets à court, moyen et long terme,</p> <p>A ses loisirs,</p> <p>Au comportement qu'il a face à sa maladie,</p> <p>Au retentissement de sa maladie sur son entourage</p>
E13	<p>dimension cognitive, socio professionnelle, psycho affective, projets, motivations, objectifs,</p> <p>alliance thérapeutique (synthèse et négociation)</p>	<p>A sa santé (pathologie, symptômes, traitements),</p> <p>A la perception qu'il a de sa maladie, Aux connaissances qu'il a concernant sa pathologie,</p> <p>A ses croyances,</p> <p>A sa situation familiale et professionnelle,</p> <p>A ses projets à court, moyen et long terme,</p> <p>A ses loisirs,</p> <p>Au comportement qu'il a face à sa maladie,</p> <p>Au retentissement de sa maladie sur son entourage</p>

Education Thérapeutique du Patient		
	Quelles sont les informations recherchées par l'équipe d'ETP lorsqu'un patient est inclus dans un programme ?	Vous diriez que les informations recherchées concernant le patient sont relatives...
E14	<p>Que sait-il de sa pathologie? Que fait-il ? Qui est-il? Qu'envisage-t-il?</p>	<p>A sa santé (pathologie, symptômes, traitements), A la perception qu'il a de sa maladie, Aux connaissances qu'il a concernant sa pathologie, A ses croyances, A sa situation familiale et professionnelle, A ses projets à court, moyen et long terme, A ses loisirs, Au comportement qu'il a face à sa maladie, Au retentissement de sa maladie sur son entourage</p>
E15	<p>Les connaissances du patient par rapport à sa/ses pathologies, ses traitements, etc.</p>	<p>A sa santé (pathologie, symptômes, traitements), A la perception qu'il a de sa maladie, Aux connaissances qu'il a concernant sa pathologie, A ses croyances, A sa situation familiale et professionnelle, A ses projets à court, moyen et long terme, A ses loisirs, Au comportement qu'il a face à sa maladie, Au retentissement de sa maladie sur son entourage</p>

	Education Thérapeutique du Patient		
	Selon vous, le diagnostic éducatif... Permet de fixer des objectifs	Selon vous, le diagnostic éducatif... Est indispensable à tout programme d'ETP	Selon vous, le diagnostic éducatif... Conditionne l'engagement du patient dans le programme
E1	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
E2	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
E3	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
E4	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Pas tout à fait d'accord
E5	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
E6	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord
E7	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
E8	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
E9	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Pas tout à fait d'accord
E10	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
E11	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
E12	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
E13	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
E14	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord
E15	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord

Education Thérapeutique du Patient			
	Au sein de votre structure, le programme d'ETP est organisé de façon :	Dans le cadre du programme d'ETP, le patient est considéré comme :	En tant qu'ergothérapeute, intervenez-vous dans un ou plusieurs ateliers du programme d'ETP ?
E1	Personnalisée : le patient est orienté dans le programme en fonction des objectifs établis	Partenaire de soin compétent	Oui
E2	Personnalisée : le patient est orienté dans le programme en fonction des objectifs établis	Partenaire de soin compétent	Non
E3	Personnalisée : le patient est orienté dans le programme en fonction des objectifs établis	Partenaire de soin compétent	Oui
E4	Personnalisée : le patient est orienté dans le programme en fonction des objectifs établis	Partenaire de soin compétent	Oui
E5	Personnalisée : le patient est orienté dans le programme en fonction des objectifs établis	Partenaire de soin compétent	Oui
E6	Personnalisée : le patient est orienté dans le programme en fonction des objectifs établis	Partenaire de soin compétent	Oui
E7	Personnalisée : le patient est orienté dans le programme en fonction des objectifs établis	Partenaire de soin compétent	Oui
E8	Personnalisée : le patient est orienté dans le programme en fonction des objectifs établis	Partenaire de soin compétent	Oui
E9	Généralisée : les patients participent tous aux mêmes ateliers	Partenaire de soin compétent	Oui
E10	Généralisée : les patients participent tous aux mêmes ateliers	Expert de sa maladie	Oui
E11	Généralisée : les patients participent tous aux mêmes ateliers	Partenaire de soin compétent	Non
E12	Personnalisée : le patient est orienté dans le programme en fonction des objectifs établis	Partenaire de soin compétent	Oui
E13	Personnalisée : le patient est orienté dans le programme en fonction des objectifs établis	Partenaire de soin compétent	Non
E14	Généralisée : les patients participent tous aux mêmes ateliers	Partenaire de soin compétent	Oui
E15	Personnalisée : le patient est orienté dans le programme en fonction des objectifs établis	A éduquer sur sa pathologie	Non

Education Thérapeutique du Patient					
	Les ateliers du programme d'ETP... Tiennent compte des besoins du patient	Les ateliers du programme d'ETP... S'articulent autour des connaissances que le patient doit acquérir	Les ateliers du programme d'ETP... Prennent les attentes du patient en considération	Les ateliers du programme d'ETP... Sont construits à partir des objectifs établis lors du diagnostic éducatif	Les patients qui ont eu un SCA participent-ils à un programme d'ETP ?
E1	Souvent	Toujours	Souvent	Jamais	Oui
E2	Toujours	Toujours	Toujours	Toujours	Oui
E3	Souvent	Toujours	Souvent	Souvent	Oui
E4	Toujours	Toujours	Jamais	Quelquefois	Oui
E5	Souvent	Souvent	Souvent	Toujours	Oui
E6	Toujours	Toujours	Souvent	Souvent	Oui
E7	Souvent	Souvent	Souvent	Quelquefois	Oui
E8	Toujours	Toujours	Toujours	Toujours	Oui
E9	Toujours	Toujours	Toujours	Toujours	Oui
E10	Toujours	Toujours	Souvent	Quelquefois	Oui
E11	Toujours	Souvent	Souvent	Quelquefois	Oui
E12	Toujours	Toujours	Toujours	Souvent	Oui
E13	Souvent	Toujours	Souvent	Souvent	Oui
E14	Souvent	Souvent	Souvent	Quelquefois	Oui
E15	Toujours	Toujours	Toujours	Toujours	Oui

	Evaluation	
	Evaluez-vous les occupations du patient ?	Vous évaluez les occupations du patient...
E1	Oui	Par un guide d'entretien "maison"
E2	Oui	Par un guide d'entretien "maison"
E3	Oui	Par un guide d'entretien "maison"
E4	Oui	tout : ca dépend de la patho du patient et l'ETP choisie
E5	Oui	Par un guide d'entretien "maison"
E6	Oui	Par un guide d'entretien "maison"
E7	Oui	Par un guide d'entretien "maison"
E8	Oui	entretien individuel
E9	Oui	un entretien avec le patient
E10	Oui	Par un guide d'entretien "maison"
E11	Oui	entretien individuel sans guide
E12	Oui	Par un guide d'entretien "maison"
E13	Oui	Par un guide d'entretien "maison"
E14	Oui	Par un guide d'entretien "maison"
E15	Oui	Par un guide d'entretien "maison"

Evaluation		
	Quels sont les domaines auxquels vous vous intéressez quand vous évaluez les occupations ?	Quels sont les éléments évalués quand on s'intéresse aux occupations du patient ?
E1	loisirs tâches quotidiennes	les répercussions pour l'activité cardiovasculaire l'autonomie du patient pour la reprise des AVQ
E2	Soins personnels, mobilité, déplacements, partage des tâches dans le couple s'il y a lieu, habitudes de vie, connaissance du domicile...	Soins personnels (hygiène, habillage, alimentation...), domicile (déplacements intérieurs, repas, entretien, contrôle de l'environnement, communication) et vie sociale (déplacements extérieurs, utilisation de services, gestion financière, rôles familiaux, loisirs et sécurité)
E3	les activités domestiques, professionnelles et de loisirs	diversité des tâches la charge de travail les contraintes et la pénibilité des activités les ports de charge le stress autour de l'activité
E4	toutes les avq	la gêne ressentie l'importance dans le quotidien
E5	Loisirs (jardin, chasse, pêche, marche, sport) Activités domestiques (courses, ménage, chauffage)	si le patient a des activités demandant beaucoup d'effort au quotidien (port de charge, tâches coûteuses sur le plan cardio vasculaire)
E6	Domaine professionnel et de loisir	Exigence physique et motivation à la reprise de ces occupations
E7	Avj Aivj	Avj Aivj
E8	Toutes les activités : à caractère obligatoire, professionnelles, familiales, loisirs Les contraintes environnementales, les outils utilisés, les ressources possibles ... Les projets et projections dans l'avenir	Contraintes physiques des tâches, environnement dans lequel elles sont réalisées, adaptations envisageables ...

Evaluation		
	Quels sont les domaines auxquels vous vous intéressez quand vous évaluez les occupations ?	Quels sont les éléments évalués quand on s'intéresse aux occupations du patient ?
E9	<p>Les domaines sont de la toilette à l'habillage, les activités domestiques (courses, ménage...), les activités de bricolage (rénovation ou décoration), le jardinage (potager florale), les activités de loisirs (pêche, chasse, modélisme, danses, marche, randonnée, promener le chien...), le port de charge (combien, quelle fréquence, professionnel...)</p> <p>Les critères dans ses activités vont être la fatigue musculaire, l'essoufflement, la fréquence cardiaque.</p> <p>Comment ils font ses activités (fractionné dans le temps, continu), quelles fréquences par semaine, est ce qu'ils ont dû arrêter ses activités.</p> <p>La question est posée aussi de savoir s'ils ont déjà fait des aménagements de domicile ou s'ils ont des aides humaines.</p>	dyspnée, sensation de palpitation ou douleur dans le thorax, fatigue musculaire
E10	<p>Loisirs Profession Mode de vie Famille</p>	Si ces activités sont arrêtés ou toujours en cours ou limites...
E11	<p>la profession s'il y a les loisirs les habitudes de vie (ménage, courses, jardinage...)</p>	<p>fréquence intensité pénibilité environnement satisfaction</p>
E12	Je m'intéresse aux efforts effectués dans les activités de la vie quotidienne, les loisirs et les activités professionnelles.	<p>Les paramètres permettant d'évaluer la fonction cardiaque La valeur accordée par la personne à ces activités</p>
E13	l'ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne	<p>on s'y intéresse toujours.... Eléments précisés au début du questionnaire (différentes dimensions)</p>
E14	<p>les habitudes de vie les loisirs les attentes du patient</p>	motivation, intérêts, fréquence
E15	Traitement médicamenteux, loisirs, alimentation, AVQ, AIVQ, activités sportives	autonomie, indépendance, connaissances

	Evaluation		
	L'évaluation des occupations considère...	Dans votre pratique, évaluez-vous la motivation du patient ?	De quelle façon évaluez-vous la motivation du patient ?
E1	L'importance que le patient accorde à ses occupations, La satisfaction du patient, Le niveau de réalisation des occupations par le patient	Non	
E2	L'importance que le patient accorde à ses occupations, La satisfaction du patient, Le niveau de réalisation des occupations par le patient	Oui	De façon subjective : au cours des entretiens avec le patient
E3	L'importance que le patient accorde à ses occupations, La satisfaction du patient, Le niveau de réalisation des occupations par le patient, la charge de travail	Oui	De façon subjective : au cours des entretiens avec le patient
E4	L'importance que le patient accorde à ses occupations, Le niveau de réalisation des occupations par le patient, on évalue plus la gêne que la satisfaction	Non	
E5	L'importance que le patient accorde à ses occupations	Oui	De façon subjective : au cours des entretiens avec le patient
E6	L'importance que le patient accorde à ses occupations, Le niveau de réalisation des occupations par le patient	Oui	De façon subjective : au cours des entretiens avec le patient
E7	L'importance que le patient accorde à ses occupations	Oui	De façon subjective : au cours des entretiens avec le patient

	Evaluation		
	L'évaluation des occupations considère...	Dans votre pratique, évaluez-vous la motivation du patient ?	De quelle façon évaluez-vous la motivation du patient ?
E8	L'importance que le patient accorde à ses occupations	Oui	De façon subjective : au cours des entretiens avec le patient
E9	L'adéquation entre la vie d'avant et maintenant et les envies du patient à retrouver ses activités antérieures	Oui	De façon subjective : au cours des entretiens avec le patient
E10	L'importance que le patient accorde à ses occupations, La satisfaction du patient	Oui	De façon subjective : au cours des entretiens avec le patient
E11	L'importance que le patient accorde à ses occupations, La satisfaction du patient	Non	
E12	L'importance que le patient accorde à ses occupations	Oui	De façon subjective : au cours des entretiens avec le patient
E13	L'importance que le patient accorde à ses occupations	Non	
E14	L'importance que le patient accorde à ses occupations, La satisfaction du patient, Le niveau de réalisation des occupations par le patient	Oui	De façon subjective : au cours des entretiens avec le patient
E15	L'importance que le patient accorde à ses occupations, La satisfaction du patient, Le niveau de réalisation des occupations par le patient	Oui	De façon subjective : au cours des entretiens avec le patient

	Evaluation			
	Dans votre pratique, l'évaluation vous permet... De mieux connaître le patient	Dans votre pratique, l'évaluation vous permet... De préciser les points forts et les difficultés du patient	Dans votre pratique, l'évaluation vous permet... D'établir des objectifs	Dans votre pratique, l'évaluation vous permet... De proposer un plan d'intervention
E1	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
E2	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
E3	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
E4	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Pas tout à fait d'accord	Pas tout à fait d'accord
E5	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
E6	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord
E7	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Pas tout à fait d'accord	Plutôt d'accord
E8	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
E9	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
E10	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
E11	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
E12	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
E13	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
E14	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord
E15	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord

	Evaluation	Approche centrée sur la personne	
	Pour vous, un objectif...	Quelle place occupe le patient dans son soin ?	Dans votre pratique actuelle, comment qualifieriez-vous le rôle du patient ?
E1	Est un but à atteindre pour le patient, Se rapporte au projet de vie, Permet d'orienter le patient dans le soin	centrale	Actif : qui donne son avis et participe lors des séances
E2	Est un but à atteindre pour le patient, Se rapporte au projet de vie, Permet d'orienter le patient dans le soin, Favorise l'engagement du patient	une place centrale, c'est un partenaire	Participatif : collaborateur dans son parcours de soin
E3	Est une façon de se projeter dans l'avenir, Permet d'orienter le patient dans le soin, Favorise l'engagement du patient	acteur de ses soins en orientant et déterminant les priorités	Participatif : collaborateur dans son parcours de soin
E4	Permet d'orienter le patient dans le soin	la place centrale (le cœur !)	Passif : présent lors des séances, qui fait ce qu'on lui demande
E5	Favorise l'engagement du patient	centrale	Participatif : collaborateur dans son parcours de soin
E6	Se rapporte au projet de vie, Est une façon de se projeter dans l'avenir, Permet d'orienter le patient dans le soin, Favorise l'engagement du patient	Acteur principal	Actif : qui donne son avis et participe lors des séances
E7	Est un but à atteindre pour le patient, Se rapporte au projet de vie, Est une façon de se projeter dans l'avenir, Permet d'orienter le patient dans le soin, Favorise l'engagement du patient	Acteur au premier plan	Actif : qui donne son avis et participe lors des séances
E8	Est un but à atteindre pour le patient, Se rapporte au projet de vie	place centrale	Actif : qui donne son avis et participe lors des séances

	Evaluation	Approche centrée sur la personne	
	Pour vous, un objectif...	Quelle place occupe le patient dans son soin ?	Dans votre pratique actuelle, comment qualifieriez-vous le rôle du patient ?
E9	Permet d'orienter le patient dans le soin	il est le point central du soin. C'est lui le plus important. Les thérapeutes sont là pour permettre au patient de développer ou de conforter leurs compétences et leurs connaissances. Le thérapeute peut aussi réajuster s'il y a une situation à risque pour le patient. On ne peut rien faire sans le patient.	Actif : qui donne son avis et participe lors des séances
E10	Est un but à atteindre pour le patient, Se rapporte au projet de vie, Permet d'orienter le patient dans le soin, Favorise l'engagement du patient	Acteur	Actif : qui donne son avis et participe lors des séances
E11	Est un but à atteindre pour le patient, Se rapporte au projet de vie, Est une façon de se projeter dans l'avenir, Favorise l'engagement du patient	acteur principal	Actif : qui donne son avis et participe lors des séances
E12	Se rapporte au projet de vie, Permet d'orienter le patient dans le soin, Favorise l'engagement du patient	la place centrale	Actif : qui donne son avis et participe lors des séances
E13	Se rapporte au projet de vie, Permet d'orienter le patient dans le soin, Favorise l'engagement du patient	Il est acteur et auteur de sa prise en charge	Participatif : collaborateur dans son parcours de soin
E14	Est un but à atteindre pour le patient, Se rapporte au projet de vie, Est une façon de se projeter dans l'avenir, Permet d'orienter le patient dans le soin, Favorise l'engagement du patient	acteur de ses soins	Actif : qui donne son avis et participe lors des séances
E15	Se rapporte au projet de vie, Permet d'orienter le patient dans le soin, Favorise l'engagement du patient	centre de sa rééducation/réadaptation	Actif : qui donne son avis et participe lors des séances

	Approche centrée sur la personne	Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel		
	Dans le cadre de l'Éducation Thérapeutique, le patient...	Connaissez-vous la MCRO ?	Avez-vous déjà utilisé la MCRO?	Avec quelle population ?
E1	Intervient dans l'élaboration des objectifs de soin, Assiste aux ateliers proposés, Participe à l'analyse des résultats de son évaluation, Est présent lors des séances et écoute les recommandations et conseils	Oui	Oui	neuro
E2	Intervient dans l'élaboration des objectifs de soin, Assiste aux ateliers proposés, A un rôle dans les décisions thérapeutiques et éducatives, Est présent lors des séances et écoute les recommandations et conseils	Oui	Non	
E3	Intervient dans l'élaboration des objectifs de soin, Assiste aux ateliers proposés, Participe à l'analyse des résultats de son évaluation	Oui	Non	
E4	Assiste aux ateliers proposés, A un rôle dans les décisions thérapeutiques et éducatives, Est présent lors des séances et écoute les recommandations et conseils	Oui	Oui	post cancer du sein
E5	Intervient dans l'élaboration des objectifs de soin, Assiste aux ateliers proposés, Participe à l'analyse des résultats de son évaluation, A un rôle dans les décisions thérapeutiques et éducatives, Est présent lors des séances et écoute les recommandations et conseils	Oui	Oui	neuro

	Approche centrée sur la personne	Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel		
	Dans le cadre de l'Éducation Thérapeutique, le patient...	Connaissez-vous la MCRO ?	Avez-vous déjà utilisé la MCRO ?	Avec quelle population ?
E6	Intervient dans l'élaboration des objectifs de soin, Assiste aux ateliers proposés, A un rôle dans les décisions thérapeutiques et éducatives	Oui	Non	
E7	Intervient dans l'élaboration des objectifs de soin, Assiste aux ateliers proposés, Participe à l'analyse des résultats de son évaluation, A un rôle dans les décisions thérapeutiques et éducatives, Est présent lors des séances et écoute les recommandations et conseils	Oui	Non	
E8	Intervient dans l'élaboration des objectifs de soin	Non		
E9	Intervient dans l'élaboration des objectifs de soin, Assiste aux ateliers proposés, A un rôle dans les décisions thérapeutiques et éducatives	Non		
E10	Intervient dans l'élaboration des objectifs de soin, Assiste aux ateliers proposés	Non		
E11	Intervient dans l'élaboration des objectifs de soin, Assiste aux ateliers proposés, Participe à l'analyse des résultats de son évaluation, A un rôle dans les décisions thérapeutiques et éducatives, Est présent lors des séances et écoute les recommandations et conseils	Oui	Non	

	Approche centrée sur la personne	Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel		
	Dans le cadre de l'Éducation Thérapeutique, le patient...	Connaissez-vous la MCRO ?	Avez-vous déjà utilisé la MCRO ?	Avec quelle population ?
E12	Intervient dans l'élaboration des objectifs de soin, Assiste aux ateliers proposés, Participe à l'analyse des résultats de son évaluation, A un rôle dans les décisions thérapeutiques et éducatives	Oui	Non	
E13	Intervient dans l'élaboration des objectifs de soin, Assiste aux ateliers proposés, Participe à l'analyse des résultats de son évaluation, A un rôle dans les décisions thérapeutiques et éducatives, Est présent lors des séances et écoute les recommandations et conseils	Oui	Non	
E14	Assiste aux ateliers proposés, A un rôle dans les décisions thérapeutiques et éducatives, Est présent lors des séances et écoute les recommandations et conseils	Non		
E15	Intervient dans l'élaboration des objectifs de soin, Assiste aux ateliers proposés, A un rôle dans les décisions thérapeutiques et éducatives, Est présent lors des séances et écoute les recommandations et conseils	Oui	Non	

Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel		
	De quel ordre sont les difficultés que vous avez pu rencontrer ?	Quels sont pour vous les avantages de la MCRO ?
E1	Les termes sont complexes à expliquer	Le patient occupe une place centrale dans son évaluation, Elle permet de réaliser une réévaluation facilement, Elle permet de fixer des objectifs qui correspondent aux attentes du patient, Elle favorise l'implication du patient dans son parcours de soin
E2		
E3		
E4	Le temps de passation est trop long, Les termes sont complexes à expliquer, La cotation est difficile	Elle n'a aucun avantage, puisque difficile 0 faire passer correctement
E5	Les termes sont complexes à expliquer	Le patient occupe une place centrale dans son évaluation, Elle permet de réaliser une réévaluation facilement, Elle permet de fixer des objectifs qui correspondent aux attentes du patient, Elle conduit à un accompagnement qui est adapté aux besoins du patient, Elle favorise l'implication du patient dans son parcours de soin
E6		
E7		
E8		
E9		
E10		
E11		
E12		
E13		
E14		
E15		

	Projection		Remarques
	Jugeriez-vous pertinent en tant qu'ergothérapeute d'avoir un rôle dans l'évaluation du patient lors du diagnostic éducatif dans un programme d'ETP ?	Pourquoi ?	Des remarques, des suggestions, des éléments à ajouter...
E1	Oui	recueil plus précis dans la connaissance des AVQ que d'autres professionnels	questionnaire beaucoup trop long ...
E2	Oui	En tant qu'ergothérapeute je considère le patient dans sa globalité et je pense apporter un regard différent et complémentaire sur sa situation. Dans la conception du projet de soin, ma participation pourrait apporter d'autres alternatives en termes de moyens.	J'interviens sur le service à raison de 10%, essentiellement en soins de suite, auprès de personnes qui en plus de leur problème cardiaque ont perdu de leur indépendance et de leur autonomie. L'éducation thérapeutique dispensée ici s'adresse davantage aux personnes qui sont sur un parcours de réadaptation cardiaque. C'est pourquoi je ne suis pas amenée à participer à l'évaluation du patient dans le diagnostic éducatif. Néanmoins, il est convenu que tout soignant intervenant dans ce parcours puisse en principe y participer.
E3	Non	dans notre diagnostic thérapeutique, tous les sujets de vie courante sont posés ; l'évaluateur peut être n'importe quel intervenant du programme d'ETP ; toutefois on remarque souvent une orientation du programme de soins selon la fibre et le corps professionnel des évaluateurs.	la mise en place du programme d'ETP pour les patients coronariens en hôpital de jour chez nous a permis de mettre le patient "au cœur" de la prise en soin et d'avoir des ateliers collectifs plus interactifs, motivés et orientés et des demandes individuelles ciblées à la suite.

	Projection		Remarques
	Jugeriez-vous pertinent en tant qu'ergothérapeute d'avoir un rôle dans l'évaluation du patient lors du diagnostic éducatif dans un programme d'ETP ?	Pourquoi ?	Des remarques, des suggestions, des éléments à ajouter...
E4	Oui	de par notre formation nous sommes aptes à évaluer plus facilement les avq, nous prenons la personne dans sa globalité, nous avons une approche adaptée	L'ETP est un travail d'équipe qui doit tenir compte des dispo de chacun, des lieux, et la théorie est parfois impossible à appliquer
E5	Oui	l'ergothérapeute évalue le patient dans sa globalité	
E6	Oui	Le diagnostic peut être mené par n'importe quelle personne formée en etp mais l'approche pluri disciplinaire dans l'établissement du programme d'éducation me semble indispensable au sein de notre établissement	Chaque personne va à son rythme dans l'acceptation de sa maladie et il est difficile de vraiment réaliser de l'éducation thérapeutique sur un séjour programmé limité dans le temps
E7	Oui	Il y a énormément d'impact dans la vie quotidienne du patient, au niveau des avj et aivj Et qui dit vie quotidienne dit Ergothérapie !	
E8	Non	L'ETP concerne tous les membres de notre équipe de réadaptation cardiaque et le dialogue est tout à fait ouvert. Je vois quasiment tous les patients en ETP et mon intervention au moment du diagnostic thérapeutique ne me paraît pas nécessaire.	

	Projection		Remarques
	Jugeriez-vous pertinent en tant qu'ergothérapeute d'avoir un rôle dans l'évaluation du patient lors du diagnostic éducatif dans un programme d'ETP ?	Pourquoi ?	Des remarques, des suggestions, des éléments à ajouter...
E9	Oui	<p>Les différents thérapeutes sont complémentaires et indispensables entre eux.</p> <p>Notre rôle en tant qu'ergothérapeute est d'accompagner le patient dans la gestion de sa maladie dans les AVQ. Notre métier permet de valoriser, de fixer les limites, de redonner confiance en leurs capacités de voir si les différentes compétences du programme ETP ont été comprises, appliquées et maîtrisées par le patient. L'apprentissage des gestes d'économie gestuelle est nécessaire dans ce type de pathologie.</p> <p>Les patients sont de plus en plus âgées et poly pathologiques. La répétition (par différents thérapeutes mais surtout par les patients eux même), l'imitation, le faire faire est indispensable dans tout processus d'apprentissage</p>	<p>Le processus est long mais très enrichissant. L'ETP est aussi une mise en danger du thérapeute car on n'est plus dans le même rôle que l'on nous apprend dans les écoles.</p> <p>Le thérapeute doit s'effacer et laisser le patient prendre la parole et trouver les solutions par lui-même. Le thérapeute n'est qu'un guide. Il permet au patient une réflexion. Il rend le patient acteur de sa maladie. Il faut par contre laisser le temps au patient. Le temps institutionnel n'est pas le même que celui du patient. et c'est souvent là qu'il est frustrant pour les deux parties.</p> <p>C'est très enrichissant de pouvoir pratiquer des pédagogies actives avec les patients car les séances sont beaucoup moins monotones et les patients sont riches d'informations et d'échange. Le thérapeute doit aussi changer sa réflexion sur ses pratiques et la manière dont il doit les transmettre. Il faut être centré sur le patient et pas uniquement sur la pathologie.</p>
E10	Oui	mais de par l'importance de l'autonomie dans les AVJ AIVJ	
E11	Non	si le guide a été construit en inter professionnalité, l'ergothérapeute n'a pas plus de pertinence qu'un autre professionnel à évaluer le patient lors de diagnostic	nous serions intéressés par le résultat de votre étude;

	Projection		Remarques
	Jugeriez-vous pertinent en tant qu'ergothérapeute d'avoir un rôle dans l'évaluation du patient lors du diagnostic éducatif dans un programme d'ETP ?	Pourquoi ?	Des remarques, des suggestions, des éléments à ajouter...
E12	Oui	Oui parfois, pour préciser certains objectifs liés à la reprise de l'activité professionnelle.	Je n'ai pas compris en quoi consiste "le niveau de réalisation des occupations par le patient".
E13	Oui	Nous pratiquons quotidiennement les DEI.	peut-être préciser un peu plus les items pour éviter toute interprétation confuse...
E14	Oui	nous sommes au centre même des habitudes de vie et des loisirs.	
E15	Oui	L'ergothérapeute peut avoir un rôle important en ce qui concerne la connaissance de la personne sur sa pathologie en rapport avec les activités de la vie quotidienne.	

La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel au profit des personnes atteintes d'un syndrome coronaire aigu

L'ergothérapeute, un interlocuteur privilégié dans un programme d'Education Thérapeutique

Introduction : Le syndrome coronaire aigu est un enjeu de santé publique. Des programmes de réadaptation cardiaque ont vu le jour pour accompagner les personnes après le traitement de la phase aigüe. Depuis quelques années, l'éducation thérapeutique du patient fait son apparition comme nouvelle composante de ce type de programme. Il est cependant difficile pour les personnes d'ancrer les conseils sur du long terme.

Problématique : En quoi l'ergothérapeute est-il un interlocuteur privilégié pour accompagner la personne atteinte de syndrome coronaire aigu à adopter les recommandations abordées lors d'un programme d'Education Thérapeutique du Patient ?

Hypothèse : L'utilisation par l'ergothérapeute de la Mesure canadienne du rendement occupationnel, comme outil de l'éducation thérapeutique du patient lors du diagnostic éducatif, serait un moyen de favoriser l'implication et l'engagement de la personne dans le programme d'ETP.

Méthode : Un questionnaire auto administré a été envoyé en ligne à des ergothérapeutes qui interviennent dans un programme de réadaptation cardiaque.

Résultats : Quinze réponses ont été recueillies. Elles présentent l'organisation d'un programme d'ETP au sein des structures, les modalités d'évaluation des occupations en ergothérapie ainsi que la connaissance de la MCRO par les ergothérapeutes.

Conclusion : Cette étude met en évidence une démarche d'évaluation commune entre le diagnostic éducatif de l'ETP et l'évaluation des occupations en ergothérapie. La recherche de la motivation de la personne et l'élaboration des objectifs sont deux points importants en ETP. Ainsi, la MCRO pourrait être utilisée par l'ergothérapeute pour réaliser le diagnostic éducatif de l'ETP.

Mots clés : *Syndrome coronaire aigu (SCA) – Ergothérapeute – Education Thérapeutique du Patient (ETP) – Diagnostic Educatif – Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) – Motivation*

The Canadian Occupational Performance Measure in favour of persons after an acute coronary syndrome

The occupational therapist, a preferred intermediary in a Therapeutic Education programme.

Introduction: Acute coronary syndrome is a public health issue. Cardiac rehabilitation programmes have emerged to take care of people after an acute phase treatment. Over the past years, therapeutic patient education has appeared as a new element in this programme. However, persons have troubles following the given advice in the long term.

Issue: What makes the occupational therapist a preferred intermediary to assist people suffering from acute coronary syndrome in applying in the long term the advice given during therapeutic patient education programmes?

Hypothesis: The Canadian Occupational Performance Measure could be used by the occupational therapist as a tool of therapeutic patient education in the educational diagnosis. It could be a way to promote the person's involvement in this programme.

Method: A self-administered questionnaire has been sent online at occupational therapists who work in a cardiac rehabilitation programme.

Results: Fifteen answers have been collected. They present the TPE programme organisation in different establishments, the evaluation methods of the occupations in occupational therapy and the understanding of COPM by occupational therapists.

Conclusion: This study shows a common approach between the educational diagnosis in the TPE and the occupation evaluation in occupational therapy. The person's motivation search and the setting of goals are two important points in TPE. In this way, the COMP could be used by the occupation therapist to carry out the educational diagnosis in TPE programme.

Key words: *Acute coronary syndrome (ACS) - Occupational therapist – Therapeutic Patient Education (TPE) – Educational Diagnosis - Canadian Occupational Performance Measure (COPM) - Motivation*