



# L'ergothérapie et le développement de la résilience chez le patient hémiplégique

Mémoire d'initiation à la recherche

GUILLOU, Alexandre  
Promotion 2014-2017

MOISAN, Laure  
Maître de mémoire



## **Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Normandie**

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social, de l'animation et du sport.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

### **Article 1 :**

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »<sup>1</sup>.

### **Article 2 :**

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

### **Article 3 :**

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation<sup>2</sup> et du Code pénal<sup>3</sup>, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

### **Article 4 :**

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

***Je soussigné-e .....*** Alexandre GUILLOU .....

***atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS de Normandie et de m'y être conformé-e.***

***Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte***

***Fait à*** Saint-Sébastien-de-Morsent .....

***Le*** ..... 23 février 2017 ..... ***signature***



<sup>1</sup> Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

<sup>2</sup> Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

<sup>3</sup> Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.





## **Remerciements**

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes ayant contribué à l'élaboration de ce mémoire d'initiation à la recherche :

*Madame Laure Moisan, pour les différents conseils, l'écoute et le temps consacré lors de la construction de ce travail ;*

*L'équipe pédagogique et les intervenants de l'Institut de Formation en Ergothérapie La Musse pour leur accompagnement et leurs réponses aux différentes questions durant les trois années ;*

*L'ensemble des ergothérapeutes ayant accepté de m'accorder du temps pour me partager leur expérience professionnelle ;*

*Mes amis pour leur présence, leurs conseils et leur solidarité exprimés tout au long de ce travail ;*

*Ma famille, pour ses encouragements et son soutien dans la réalisation de ces trois années d'études.*

# SOMMAIRE

Introduction.....	1
Situation d'appel.....	2
Problématique .....	3
Cadre conceptuel .....	4
I. L'hémiplégie .....	4
1. L'accident vasculaire cérébral.....	4
2. Les différentes étapes de la rééducation et de la réadaptation.....	6
3. Les conséquences de l'hémiplégie .....	7
II. La résilience .....	8
1. Définition du concept .....	8
2. L'hémiplégie et la résilience.....	9
3. Facteurs de résilience.....	11
III. L'ergothérapie .....	12
1. Définition.....	12
2. L'activité en ergothérapie.....	13
3. Utilisation d'un modèle de pratique.....	13
4. La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel .....	15
5. La place du patient en ergothérapie.....	16
Phase expérimentale.....	18
I. Méthodologie de recherche .....	18
1. Choix et objectifs de la méthode .....	18
2. Méthode d'enquête .....	19
3. Sélection de la population interrogée.....	20
II. Analyse des résultats .....	21
1. Méthodologie de l'analyse.....	21
2. Exploitation des résultats .....	21

Discussion .....	34
I. Retour sur l'hypothèse .....	34
II. Limites de l'étude.....	35
III. Perspectives .....	36
1. Le développement d'une coopération entre le patient, l'ergothérapeute et les autres professionnels de la santé.....	36
2. La place d'acteur du patient .....	37
3. L'investissement dans l'activité créative .....	37
Conclusion .....	39
Bibliographie	
Annexes	

# INTRODUCTION

Depuis un siècle, l'évolution de la société occidentale se manifeste par une amélioration des conditions de vie, améliorations qui s'opèrent dans différents domaines du quotidien. Tout d'abord, l'accès à la santé s'est développé et peut s'illustrer par la création du système français de sécurité sociale en octobre 1945. Dans le même temps, les conditions d'accès au travail s'améliorent, visible par exemple à travers la Déclaration des Nations unies adoptée le 10 décembre 1948 stipulant que « toute personne a droit au travail, au libre choix de son travail, à des conditions équitables et satisfaisantes de travail et à la protection contre le chômage » (*article 23*). Enfin, le développement des loisirs s'est intensifié dans notre société, favorisé par différents facteurs comme l'apparition des congés payés en 1936.

Néanmoins, de nouvelles problématiques se sont développées suite à ces changements sociaux, tels que la hausse de l'espérance de vie, la sédentarité, la consommation de substances psychoactives (tabac, alcool, etc.) ou encore une mauvaise alimentation, à l'origine d'effets somatiques sur l'organisme comme l'obésité, les troubles cardiaques ou le diabète.

Ces éléments deviennent des facteurs de risques pouvant entraîner l'apparition d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC). Il s'agit d'un déficit neurologique engendré par l'obstruction ou la rupture d'un vaisseau sanguin dans le cerveau. Il existe deux types d'AVC : les infarctus cérébraux dans 80% des cas et les hémorragies cérébrales/méningées dans les 20% restants.

Dans les pays occidentaux, l'AVC est la troisième cause de mortalité (derrière les maladies cardiovasculaires et les cancers) et la première en termes de handicap non-traumatique chez l'adulte (Haute Autorité de Santé, 2007). En France, l'incidence est de 130 000 cas d'AVC par an qui provoque le décès de 40 000 personnes. Parmi les survivants, trois sur quatre conservent des séquelles et un sur trois devient dépendant.

Ces séquelles peuvent s'exprimer par des déficiences motrices comme la perte de la motricité d'une moitié du corps, c'est-à-dire une hémiplégie. Selon sa gravité, elle est à l'origine d'incapacités, plus ou moins importantes, dans la réalisation d'activités par la personne hémiplegique. Ainsi, l'hémiplégie laisse percevoir un bouleversement potentiel de ses habitudes de vie.

Cette recherche abordera cette phase où la personne se retrouve face aux séquelles induites suite à un AVC, ainsi que les conséquences sur le plan physique mais également psychologique. Dès lors, face au traumatisme et ce que cela entraîne, quel ressort peut utiliser l'ergothérapeute pour impliquer le patient hémiplegique et l'accompagner à développer positivement sa qualité de vie, au cours du processus de rééducation et de réadaptation ?

À partir d'une interrogation au cours de mon expérience, j'ai choisi de détailler et de confronter différents apports théoriques et éléments de pratique sur la pathologie et ses conséquences. Le processus d'intervention de l'ergothérapeute qui en découle est également associé aux recherches, avec des articles scientifiques issus de la profession et du monde de la santé. Ces réflexions permettent de préciser une question de recherche ainsi que l'hypothèse envisagée. Pour y répondre, une phase expérimentale composée d'entretiens est mise en place, afin d'être ensuite analysée pour échanger sur ce thème au cours d'une discussion et pour y envisager plusieurs perspectives.

## SITUATION D'APPEL

Dans ce contexte actuel, j'ai eu l'occasion d'observer une situation particulière lors d'une séance en ergothérapie avec un patient, dans un service de rééducation et de réadaptation, au cours de laquelle plusieurs questions ont été mises en lumière.

La séance était une mise en situation dans une activité de la vie quotidienne, la réalisation d'un repas, avec un patient ayant une hémiplegie droite et une aphasie de Broca résultant d'un AVC ischémique gauche. Au cours de la séance, le patient a rencontré plusieurs difficultés à réaliser les différentes actions, se plaignant de ne plus pouvoir rien faire. Lorsque l'ergothérapeute lui a proposé diverses techniques ou ustensiles adaptés, il a réussi à les utiliser et obtenir le résultat voulu, sans pour autant accepter de les utiliser au quotidien.

Durant l'échange en fin de séance, ce patient a exprimé les difficultés qu'il rencontre dans le processus d'intervention, le souhait d'arrêter celui-ci car il ne voyait plus de progrès au cours des séances et que cela était très compliqué de vivre au quotidien à l'hôpital. Dans le même temps, il a indiqué qu'il n'avait plus d'envies, que ses troubles

l'empêchent de réaliser ce qu'il aimait faire. Malgré les relances de l'ergothérapeute pour donner des pistes d'intérêts au quotidien et des solutions réadaptationnelles possibles, le patient restait décider à ne plus rien entreprendre dans son projet de vie.

Dès lors, différentes questions m'ont interpellé. L'expression de la non-coopération du patient atteint d'hémiplégie, est-il dû à un manque d'intégration de ses séquelles définitives ? Est-ce un message qu'il souhaite faire passer au thérapeute concernant un mal-être ressenti ? Les attentes du patient seraient-elles différentes des objectifs de prise en charge, ceux-ci modifiant alors le projet de vie qu'il envisage ainsi que le sens et la motivation qu'il veut donner à son avenir ? Comment l'accompagner face à ses difficultés pour intégrer une situation d'handicap nouvelle perturbant sa représentation de lui-même et celle du monde extérieur ?

Cette situation de blocage m'a permis de réfléchir sur la manière d'aborder le processus d'intervention avec le patient hémiplégique en ergothérapie. En synthèse de ces premières interrogations, j'ai commencé par façonner une question de départ au fil de l'avancée de mes réflexions :

« De quelle manière l'ergothérapeute peut-il développer la résilience de la personne hémiplégique à la suite d'un accident vasculaire cérébral, au cours du processus d'intervention ? »

## PROBLEMATIQUE

En relation avec l'avancée des réflexions, l'élaboration d'une question de recherche a permis d'aboutir à l'intitulé :

*« Au cours du processus d'intervention, quelles sont les plus-values de l'ergothérapeute pour accompagner le patient hémiplégique à entrer dans un processus de résilience ? »*

Pour répondre à cette problématique, une hypothèse évoquant l'utilisation d'un modèle de pratique en ergothérapie est envisagée :

*« Au cours du processus d'intervention, l'ergothérapeute accompagne le patient hémiplégique dans un processus de résilience en s'appuyant sur ses besoins, à l'aide du Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de Participation (MCRO-P). »*

# CADRE CONCEPTUEL

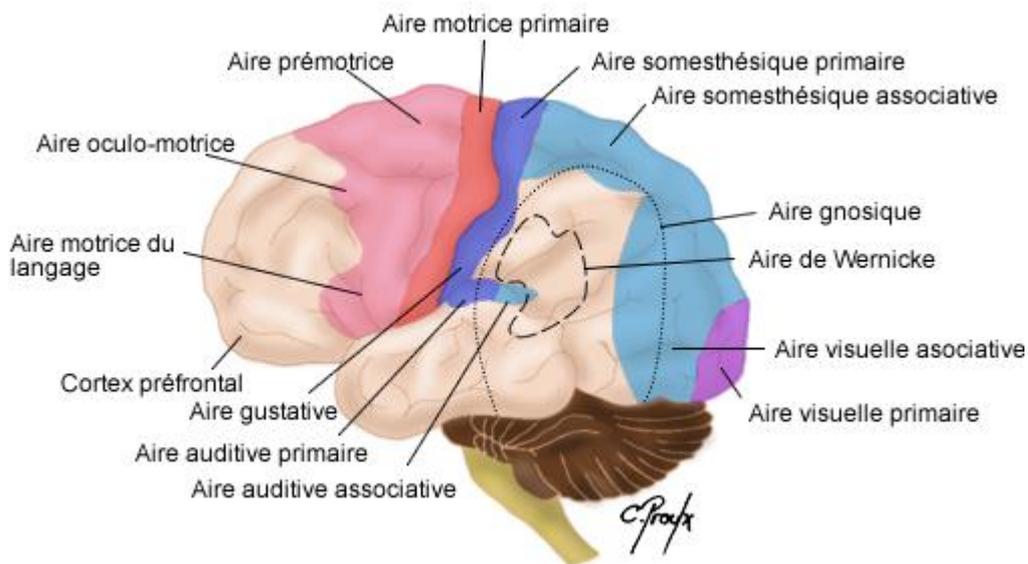
## I. L'hémiplégie

### 1. L'accident vasculaire cérébral

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'accident vasculaire cérébral (AVC) correspond à « l'interruption de la circulation sanguine dans le cerveau », lié à la rupture d'un vaisseau (l'infarctus cérébral) ou son obstruction par un caillot (l'hémorragie cérébrale) (cf. ANNEXE I). Cet évènement provoque un arrêt de l'apport en oxygène et en nutriments, à l'origine de lésions au niveau des tissus cérébraux non-vascularisés.

Les principaux facteurs de risques à l'origine de l'AVC correspondent plus généralement à ceux des maladies cardiovasculaires tels que l'hypertension artérielle, une mauvaise alimentation, le tabac ou encore une activité physique insuffisante.

Les symptômes d'une personne ayant subi un AVC, sont différents d'un individu à l'autre puisqu'ils dépendent de la localisation du thrombus ou du vaisseau rompu et de l'aire fonctionnelle touchée.



*Figure 1 : Aires fonctionnelles du cerveau ;  
Source : PROULX C., 2016*

Les principaux signes rencontrés sont des troubles de la motricité, de la sensibilité, de la parole, de la vision, de l'équilibre, de la conscience (DE MORAND, 2014). Néanmoins, ces signes ne sont pas significatifs de l'accident, c'est leur

apparition brutale qui est l'élément prédéterminant. Ces symptômes peuvent s'aggraver si l'accident n'est pas pris en charge assez rapidement.

Parmi ces signes, les troubles moteurs sont susceptibles de s'exprimer de différentes manières. L'une des pathologies rencontrées est l'hémiplégie : il s'agit de la « perte plus ou moins complète de la motricité volontaire dans une moitié du corps » (DE MORAND, 2014). Elle est provoquée par une destruction d'une partie du cortex moteur qui se répercute dans l'hémicorps controlatéral.

Les travaux de Penfield chez l'homme permettent de visualiser la carte somatotopique : elle représente l'organisation des cellules pyramidales à l'origine motricité volontaire et forme l'homonculus moteur.

Les fibres impliquées dans la motricité du membre inférieur sont issues du versant dorsomédian et se terminent au niveau du plexus lombaire. Dans son segment supérieur, le versant dorsolatéral donne lieu aux fibres liées à la motricité du membre supérieur qui se terminent dans le plexus cervical.

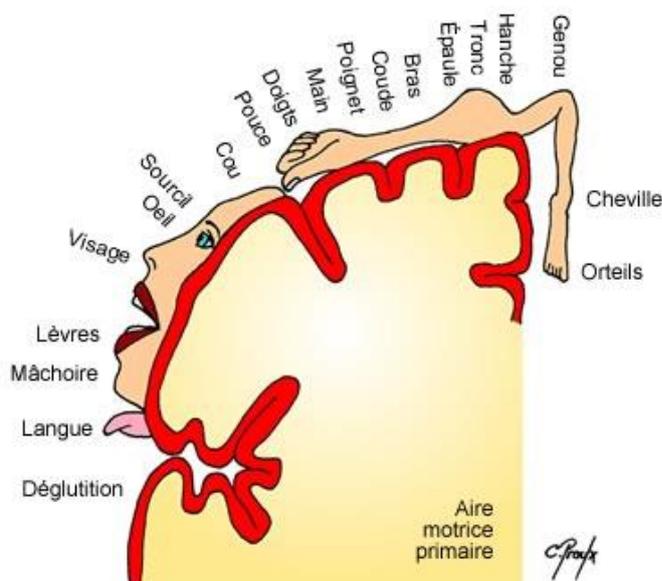


Figure 2 : Homonculus moteur ;  
Source : PROULX C, 2016.

Il existe différents types d'hémiplégie selon l'artère cérébrale touchée, qu'il s'agisse de l'artère sylvienne, cérébrale antérieure ou postérieure, ainsi que du territoire vascularisé (supérieur ou inférieur).

Une personne hémiplégique peut présenter des troubles associés tels que la spasticité (troubles du tonus) ou les syncinésies (mouvements anormaux). Des troubles aphasiques, praxiques, gnosiques, sensitifs, perceptifs ou encore de la fatigabilité sont aussi répertoriés.

Des complications sont susceptibles d'apparaître suite à une hémiplégie comme l'apparition de troubles cutanés et trophiques (escarres, œdèmes, etc.), du syndrome « épaule-main », de troubles vésico-sphinctériens ou bien de complications psychologiques, illustrées par exemple par des troubles psycho-affectif ou une dépression.

## 2. Les différentes étapes de la rééducation et de la réadaptation

Selon la Haute Autorité de Santé (2012), une évaluation a été réalisée dans les services de soins et de rééducation (SSR) pour déterminer la dépendance des patients ayant eu un AVC : elle révèle que leur dépendance est plus importante de 50 % par rapport à l'ensemble des patients présent en SSR. En termes de handicap, plus de 225 000 personnes sont classées de façon permanente en affection de longue durée « accident vasculaire cérébral invalidant » par le régime général de l'Assurance maladie.

Par ailleurs d'après un rapport (Ministère de la santé, 2009), la rééducation, la réadaptation et les soins accomplis avec les différents professionnels médicaux et paramédicaux au cours du processus d'intervention, pour un AVC, se révèlent efficace. Néanmoins, des séquelles peuvent persister en fin d'hospitalisation : en effet, la proportion de patients très dépendants au niveau moteur est de 43,2 %, malgré une baisse de plus de 11% par rapport au début du séjour (HAS, 2012).

Lorsqu'un AVC survient chez une personne, elle est tout d'abord admise en unité neurovasculaire. Ce service est composé du personnel hospitalier nécessaire à l'instauration des soins et de l'adaptation de l'environnement : il s'agit de la phase précoce qui dure jusqu'au quatorzième jour d'hospitalisation (DE MORAND, 2014). Puis au cours de la phase subaigüe, le patient est intégré en centre de rééducation pour enchaîner avec la rééducation pluridisciplinaire. Ensuite, 6 mois après l'AVC, la récupération fonctionnelle du patient progresse peu ou se stabilise : c'est la phase séquellaire au cours de laquelle le projet de vie futur se concrétise avec la mise en place des aides nécessaires en fonction des situations de handicap rencontrées.

Le processus d'intervention en ergothérapie pour un patient hémiparétique veille à réduire les troubles sensitivomoteurs et neuropsychologiques, à permettre un réapprentissage et l'adaptation des activités quotidiennes, à compenser les possibles situations de handicap par la préconisation d'aides techniques, ainsi que l'aménagement du domicile, du poste de travail et la préconisation d'aides humaines (HAS, 2012).

### 3. Les conséquences de l'hémiplégie

Les changements créés par l'apparition d'une hémiplégie chez un patient (séquelles, fatigabilité, etc.) occasionnent de nombreux bouleversements dans ses repères : en effet, il peut voir son indépendance diminuer dans de nombreuses activités, comme pour la vie quotidienne (toilette, habillage, transfert, déplacements), journalières (gestion du domicile, du budget, etc.), la vie professionnelle, les loisirs ou l'environnement social (relations familiales, amicales, professionnelles). Ces nouvelles incapacités diminuent la possibilité d'action dans les différentes activités qu'il réalisait auparavant.

L'activité étant « une qualité de la condition humaine » (PIBAROT, 2013), la perturbation dans la production de celle-ci, provoque une insatisfaction des différents besoins du patient. D'après le modèle de Maslow (1970), il existe différents besoins hiérarchisés en commençant par ceux qui sont fondamentaux pour l'homme, c'est-à-dire les besoins physiologiques.

Ils regroupent les éléments pour la survie de l'individu comme la respiration, l'alimentation, le maintien de la température ou encore le sommeil. Puis, viennent les besoins de protection avec la sécurité d'avoir un logement, une stabilité familiale ou des revenus par exemple. Ensuite, les besoins d'appartenance symbolisent en outre le besoin d'aimer et d'être aimé, ainsi que de créer des relations avec les autres en tenant compte du principe d'acceptation de ce que nous sommes. Les besoins d'estime correspondent à la considération par le groupe et le respect de soi. Enfin, les besoins d'accomplissement de soi symbolisent le sentiment de faire quelque chose de sa vie.

Le patient doit pouvoir assouvir ses besoins de bases avant de réfléchir à satisfaire des éléments plus complexes. Cette idée est reprise dans la pyramide des besoins (cf. ANNEXE II) où la mise au point de fondations solides, à travers les besoins fondamentaux, permettent de construire et de maintenir l'ensemble de la structure pyramidale.

L'accomplissement des besoins est ainsi associé aux capacités de la personne. Les incapacités résultant de l'AVC entraînent des séquelles fonctionnelles qui sont évaluées objectivement avec la passation de bilans. Néanmoins, leur impact subjectif aux yeux du patient est souvent négligé.

Cette caractéristique se rapproche du concept de qualité de vie : cette idée est complexe à définir et rassemblent différentes thématiques tels que la fatigue, l'humeur, la dimension physique, les occupations, les relations, la réflexion et la mémoire, la communication, les performances professionnelles ou encore les loisirs. D'après une étude menée en 2011, « la satisfaction et la qualité de la vie des personnes victimes d'un AVC sont significativement moins élevées que celles des témoins » (LAURENT K., DE SÈZE M.-P., DELLECI C. et al., 2011). Selon cette étude, les sphères les plus touchées chez le patient hémiplegique, sont notamment celles « de l'autonomie, de la santé physique et psychologique, des loisirs et des contacts ».

Ainsi, les « occupations d'une personne se retrouvent ainsi étroitement liées à sa qualité de vie et au sens donné à son existence » (ANFE, 2016). Par conséquent, la difficulté pour le patient d'accomplir les différentes activités qui lui sont propres et donc de ne pas satisfaire ses différents besoins, a un impact sur ses émotions ainsi que sa motivation à agir. Au final, ces problématiques finissent par altérer la qualité de vie de la personne hémiplegique.

## II. La résilience

### 1. Définition du concept

L'étymologie du terme « résilience » provient du latin *resiliencia*, repris ensuite en anglais avec *resilience* qui signifie le « fait de rebondir » (LE GRAND ROBERT, 2016). Contrairement à la définition mécanique du mot qui est la « résistance d'un matériau au choc » (CNRTL, 2016), il ne doit pas seulement affronter un problème, mais également rebondir face à celui-ci. C'est l'utilisation du traumatisme, de cette expérience qui permet à la fois de poursuivre son développement et de transformer cette problématique en une opportunité.

D'après Boris Cyrulnik, neuropsychiatre et directeur d'enseignement à l'université de Toulon, la résilience se définit de manière « simple » comme la capacité à pouvoir reprendre sa vie suite à une « agonie psychique traumatique ou dans des conditions adverses » (CYRULNIK, 2014). Pour l'individu, il ne s'agit pas uniquement de faire face aux éléments traumatiques mais aussi de poursuivre son avancée dans l'environnement qui l'entoure. Boris Cyrulnik étaye également l'idée que cet

évènement traumatique soit pleinement exploité par la personne qui développe ainsi son psychisme de manière positive.

Serge Tisseron, psychiatre, psychanalyste, docteur en psychologie et chercheur associé à l'université Paris VII, soulève néanmoins un problème : le terme « traumatisme » doit-il être spécifique aux évènements particulièrement dramatiques ou peut-il être étendu à tous les faits considérés comme anodins pour certains mais qui se révèlent perturbants pour d'autres (TISSERON, 2014) ? Cette question paraît intéressante, étant donné que pour un même incident, les individus vont réagir différemment et de manière plus ou moins intense. De plus, une même personne pourra surpasser un évènement traumatique important tandis qu'une autre problématique lui sera plus compliquée à gérer.

## 2. L'hémiplégie et la résilience

L'accident vasculaire cérébral est un évènement brutal, un bouleversement pour la personne. En effet, « l'accident, la maladie, le handicap [...], introduisent un réel inaccessible aux conditions de vie connues jusqu'alors » (PIBAROT, 2013).

La réalisation des activités propres au patient se retrouve impactée par les incapacités fonctionnelles du patient. Au cours du processus d'intervention, ces incapacités peuvent se résorber par les progrès du patient lors de la rééducation, mais des séquelles peuvent persister. Dans ces conditions, le patient hémiplégique se retrouve alors confronté à une situation de handicap visible et traumatisante pour lui, par rapport à la conception du corps qu'il s'était construit au cours de sa vie et jusqu'à présent.

Il fait alors face à la perte définitive de capacités physiques, se retrouvant alors dans une situation de deuil. Ces changements sont liés à des « phénomènes de résistance et le moyen de dépasser cette résistance consiste à parcourir le processus de deuil » (MARSAN, 2008). L'évolution d'un état initial à un état modifié pousse alors la personne à faire évoluer son équilibre passé, qui s'est effrité par des composantes disparues. Cet ancien équilibre laisse place à des craintes liées à la représentation en tête du futur, qui est inconnu.

Ces éléments s'observent en outre grâce au processus de deuil décrit par Elisabeth Kübler-Ross qui comprend plusieurs phases (cf. ANNEXE III). La première

étape, la sidération, est le mécanisme de défense mis en place pour « préserver l'équilibre émotionnel du sujet » (MARSAN, 2008). La personne entre dans un déni plus ou moins long de l'évènement, en étant coupé de sa capacité d'analyse face au changement de la situation initiale vécue, à celle désormais en place.

Au fur et à mesure, l'individu prend conscience de ce qui lui arrive et commence à exprimer des émotions. Il ressent tout d'abord de la colère, manifestée par le sentiment de frustration et d'injustice sur l'évènement traumatique. Puis, vient la phase de la peur associée à l'augmentation de l'angoisse face à la perte et l'absence d'éléments initiaux : chez le patient hémiparétique, cette idée est observable par les nouvelles incapacités présentes.

La tristesse est l'émotion par laquelle passe l'individu qui « se confronte à la perte de quelque chose » et « qui renvoie au face à face avec la mort » (MARSAN, 2008). La multiplication des sentiments le bouleverse, se manifestant par des problèmes de concentration ou encore un manque d'intérêt pouvant conduire à un état dépressif. Celui-ci est cependant à distinguer de la dépression post-AVC, dont l'étiologie semble comprendre des causes « neurochimiques consécutives aux diverses lésions cérébrales » (SIMON, 2007) associées à l'assimilation des différentes incapacités de la personne.

Après le passage dans cet état de confusion émotionnelle, la personne commence à se reconstruire grâce aux échanges verbaux sur ses inquiétudes, ses ressentis ainsi que les possibilités de perspectives pour envisager son évolution : c'est la phase d'acceptation. [...]

Au final, le patient avance peu à peu dans les différentes étapes du deuil. Pour y parvenir, le patient se sert de différentes ressources, d'après Marie Anaut en 2012, psychologue et professeur à l'université Lumière Lyon 2. La personne va par la même occasion « intégrer et transformer les expériences traumatiques » en poursuivant sa vie « sans développer de psychopathologies » (ANAUT, 2012).

### 3. Facteurs de résilience

Ces ressources, d'origine interne ou externe, favorisent alors l'apparition de la résilience chez la personne ayant vécu un traumatisme. Elles sont d'ordre génétique, neurologique, psychologique et/ou environnemental (CYRULNIK, 2014).

Premièrement, comme l'explique Fabien Fenouillet, enseignant chercheur à l'université Lille 3, les besoins sont des motifs internes de la motivation, elle-même signifiant « le dynamisme du comportement » (FENOUILLET, 2012). En effet, la motivation se caractérise comme un processus donnant son énergie et sa direction aux agissements de la personne. Ce concept symbolise « le construit hypothétique utilisée afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement » (VALLERAND & TILL, 1993). Il s'agit d'un facteur d'apprentissage donnant lieu à l'accomplissement d'une activité, en sollicitant l'attention par la même occasion.

Au cours de la rééducation, elle intervient en amont et au cours d'un exercice : tout d'abord, la mise en confiance du patient est essentielle. Les exercices sont adaptés à son niveau, pour éviter la mise en échec : il est primordial de lui préciser qu'une tâche souhaitée n'est pas impossible à réaliser et qu'il possède les capacités pour l'accomplir. De plus, lui montrer l'apport d'une activité facilite la compréhension de qu'il peut y gagner dans la vie quotidienne.

Le retour sur l'action effectuée, le biofeedback est également nécessaire. Il peut être de nature intrinsèque dans lequel le patient s'auto-motive et verbalise lui-même ses réussites : il s'agit d'une boucle de régulation interne. Un biofeedback extrinsèque est également perceptible et agit comme une récompense : il a une action de renforcement de la motivation et incite à répéter les essais.

En parallèle, le patient est entouré de professionnels de la santé au cours de son séjour en service de rééducation et de réadaptation. Chacun d'entre eux possède des compétences, spécifiques et communes, pour potentialiser les atouts du patient.

Au cours du processus d'intervention, pour l'accompagner dans ce cheminement personnel plus ou moins long, l'ergothérapeute va pouvoir s'appuyer sur les différentes ressources du patient, avec son accord. Celles-ci seraient en capacité d'aider à surmonter le traumatisme, d'en ressortir positif et dès lors, favoriser le développement de la résilience chez la personne ayant vécu un traumatisme.

### III. L'ergothérapie

#### 1. Définition

L'ergothérapie est une profession paramédicale « qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé » (ANFE, 2016). Les différents objectifs de l'ergothérapeute sont « de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace ».

Par l'intermédiaire d'entretiens, d'évaluations et de mises en situations réelles, il recueille des informations concernant les capacités et incapacités de la personne. Ces caractéristiques permettent à l'ergothérapeute de prévenir, diminuer ou faire disparaître les situations de handicap rencontrées par le patient. Il prend également en compte l'ensemble de ses habitudes de vie et de son environnement pour concilier les besoins d'adaptation et les impératifs présents au cours de la vie quotidienne en société.

L'ergothérapeute analyse « non seulement les effets physiques d'une lésion ou d'une maladie, mais il se penche également sur les facteurs psychosociaux et environnementaux » impactant la capacité d'agir de la personne (ANFE, 2016). Isabelle Pibarot, dans son essai conceptuel, considère qu'en ergothérapie le patient est pris dans sa globalité : on s'appuie sur la partie saine, sans oublier la partie souffrante, malade (PIBAROT, 1978).

L'ergothérapeute propose un espace potentiel, un espace relationnel où se modifie le rapport à la maladie et au handicap. L'ergothérapie, thérapie par l'activité, permet à la personne d'agir, d'être créatrice et de nouveau, être actrice et sujet de son destin. En référence à Donald W. Winnicott dans sa description des fonctions maternelles, la condition est la création d'un climat de confiance et de sécurité (holding), en référence à la manière dont la mère porte dans ses bras l'enfant. Le rôle du handling rend le corps existant et limité, avec une prise de conscience des limites, de l'impossible comme du possible. Le regard de l'ergothérapeute, a ainsi un rôle de miroir dans lequel le patient se sentant vu, se sent exister, se (re)-construit (WINNICOTT, 1975).

## 2. L'activité en ergothérapie

L'ergothérapeute « conduit le patient à trouver des réponses, signifiantes pour lui, au problème réel qu'il rencontre » (PIBAROT, 2013). Le thérapeute intervient en l'accompagnant dans le processus d'intervention, en veillant à ne pas l'aider en accomplissant à sa place, mais au contraire en le guidant et lui donnant des conseils dans les actions à produire. Accompagner, c'est être « aux côtés » : l'ergothérapeute se veut comme un élément « satellite » qui gravite autour de lui, en utilisant les savoirs du patient et en s'appuyant d'éléments théoriques pour lui donner les moyens d'agir.

Pour y arriver, l'ergothérapeute utilise l'activité comme médiation pour atteindre les objectifs mis en place. En effet, les activités de chaque personne révèlent « le reflet de ce qu'elle est et donnent du sens à la vie » (ANFE, 2016). S'il est impossible pour un individu de faire correctement une activité, cette problématique aura un impact négatif sur son bien-être général et donc sa santé.

C'est par l'intermédiaire d'activités adaptées, d'enseignements et d'apprentissages, qu'intervient le professionnel paramédical, dans le cadre d'une relation thérapeutique. Il oriente vers l'identification des difficultés éventuelles pour la récupération optimale des capacités fonctionnelles physiques et psychiques, l'adaptation aux limites et au potentiel de l'individu, ainsi que vers le réinvestissement des activités et rôles sociaux antérieurs.

## 3. Utilisation d'un modèle de pratique

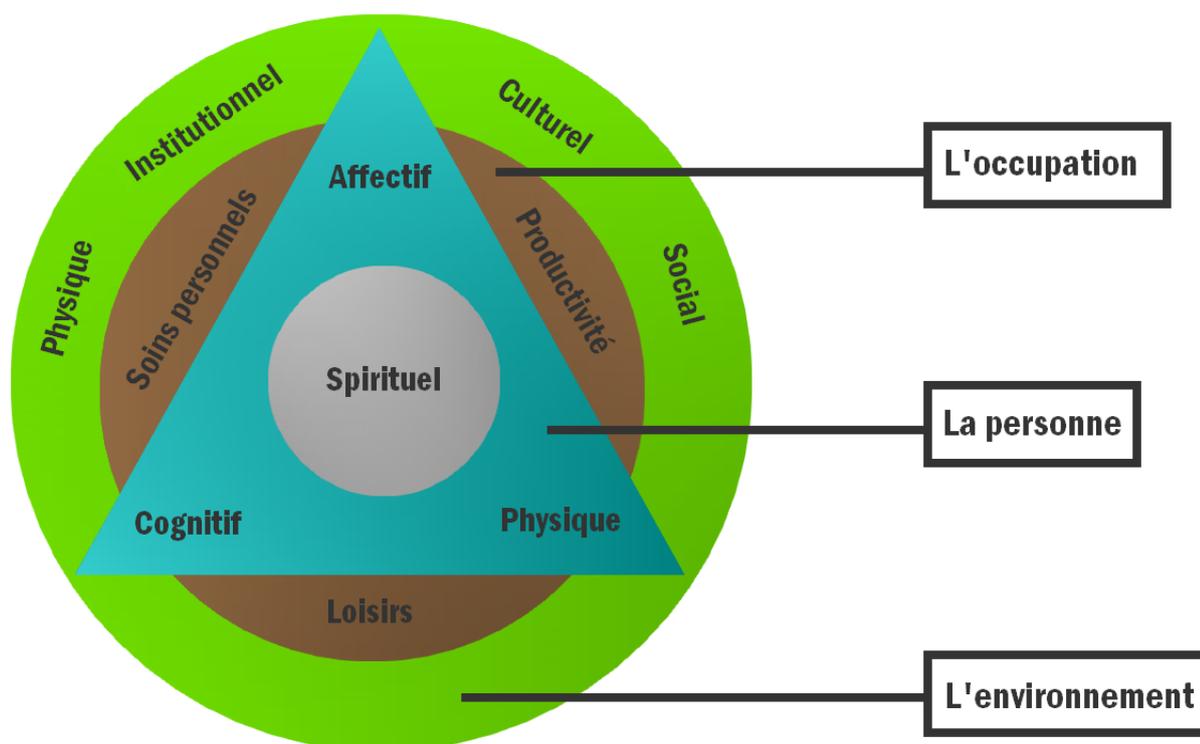
Dans sa pratique, l'ergothérapeute peut s'appuyer sur l'utilisation d'un modèle de pratique pour construire son processus d'intervention. Ce processus est ainsi mis en place selon une approche particulière, qui va privilégier certains aspects des patients comme par exemple leurs capacités/incapacités, leur environnement ou encore leurs besoins (MOREL-BRACQ, 2009).

Chaque modèle possède ses propres spécificités : la mise en place d'une approche influe sur la relation thérapeutique et l'élaboration d'activités adaptées, d'enseignements et d'apprentissages. Son objectif est de créer un accompagnement personnalisé du patient afin de dévoiler et développer son autonomie (ANFE, 2016).

Parmi eux, il existe le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de Participation (MCRO-P) centré sur une vision globale du patient faisant partie intégrante de ses besoins, de ses désirs et de sa subjectivité (MOREL-BRACQ, 2009). Chaque personne façonne sa vie par l'intermédiaire d'occupations, du rendement occupationnel et de la participation.

Le mot « occupation » est ici utilisé en représentation de l'ensemble des activités humaines signifiantes et significatives. Le rendement occupationnel se perçoit « à la fois par la capacité d'une personne à réaliser certaines occupations et le sentiment de satisfaction » à l'égard de sa productivité (LAW Mary, BAPTISTE Sue, CARSWELL Anne et al., 2014).

La participation et l'engagement occupationnel de la personne dans ces activités dépendent notamment de ses sphères affective, cognitive, physique et spirituelle, c'est-à-dire l'essence même de l'être intérieur. L'influence de l'environnement sur ses occupations, est également à prendre en compte avec ses composantes culturelles, institutionnelles, physiques et sociales. La personne est alors intégrée à son environnement grâce à l'occupation.



**Figure 3** : Modèle canadien du rendement occupationnel.  
 Source: reproduit de *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*, 1997  
 © CAOT Publications ACE

La mise en avant de ces activités permet de voir celles qui ont de l'importance, qui lui sont significatives. Chez le patient, les activités qui sont désormais difficiles à accomplir deviennent des sources d'objectifs, qui peuvent alors être exploitées pour engendrer un processus de développement. Le patient se positionne ainsi en tant qu'acteur dans sa rééducation et sa réadaptation.

#### 4. La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

Pour évaluer la valeur des activités aux yeux du patient, l'ergothérapeute peut utiliser un outil spécifique : la mesure canadienne du rendement occupationnel (Mesure MCRO). Il s'agit d'un entretien réalisé par l'ergothérapeute qui interroge le patient dans la description des activités d'une journée type, avec celles qu'il veut réaliser, celles qu'il doit réaliser et celles qu'il devrait réaliser (cf. ANNEXE IV).

Cet outil permet de « déterminer les domaines problématiques du rendement occupationnel » aux yeux du patient, en indiquant une « échelle de grandeur quant à ses priorités » (LAW Mary, BAPTISTE Sue, CARSWELL Anne et al., 2014). Son but est d'établir des objectifs de traitement et évaluer les changements dans la performance perçue et la satisfaction de la performance occupationnelle au fil du temps. Cette évolution s'observe en outre avec la passation de la mesure réalisée à plusieurs reprises, dans des intervalles pertinents, pour « déterminer les progrès et les résultats ».

Les activités mentionnées sont classées au sein de trois catégories : les soins personnels, la productivité et les loisirs. La première évoque les soins d'hygiène, l'alimentation, la mobilité fonctionnelle et la vie communautaire, la seconde représentant le travail, la gestion du domicile et les habiletés de jeux, tandis que la dernière rappelle les loisirs actifs, tranquilles et de socialisation.

Au cours de l'entretien, le patient désigne dans chaque domaine, les activités qui lui sont essentielles et auxquelles il éprouve une difficulté pour les accomplir. Une fois ce listing réalisé, l'ergothérapeute lui demande ensuite de coter l'importance de chaque type d'activité de 1 à 10 en fonction de son importance pour le patient (1 étant peu important, 10 symbolisant beaucoup d'importance).

Le professionnel récolte ensuite les cinq activités les plus importantes pour que le patient évalue sur celles-ci son rendement, à savoir sa capacité à accomplir une activité correctement. Enfin, la satisfaction à les réaliser est chiffrée par l'individu. Une note moyenne du rendement et de la satisfaction sont enfin obtenues et servent d'indicateurs pour apprécier une évolution du ressenti, au cours des réévaluations programmées par la suite.

La mise en avant de ces activités permet au patient de prendre conscience de celles qui lui sont significatives. Il fait ainsi le point sur les activités qui lui pose problème, de faire un « état des lieux » de lui-même, le tout accompagné du thérapeute. Cette prise de conscience va dans un premier temps, engendrer l'enclenchement ou la poursuite du processus du deuil de ses capacités perdues temporairement ou définitivement, qui lui permettait autrefois d'accomplir les différentes activités qu'il juge importantes.

Puis dans un second temps, ces activités vont devenir des sources d'objectifs, avec une volonté d'améliorer leur rendement et leur satisfaction, grâce à la rééducation et la réadaptation proposées. En sachant sur quoi s'appuyer, le thérapeute et le patient s'associent, ce dernier devenant pleinement acteur pour atteindre les objectifs instaurés en collaboration et répondant à ses besoins. Il y trouve alors des facteurs motivants.

## 5. La place du patient en ergothérapie

Cependant, pour qu'une coopération s'établisse entre le professionnel et le patient, il semble primordial que la passation de l'entretien soit issue d'une proposition, pour éviter un ressenti « imposé » aux yeux de l'individu. Il s'instaure alors un contrat informel entre les deux protagonistes, permettant de développer la participation et l'engagement dans l'entretien et dans le processus d'intervention plus généralement.

Avec le MCRO-P, à travers la place occupée par le patient et l'accompagnement proposé par l'ergothérapeute, la relation entre le patient et l'ergothérapeute se veut humaniste (POLATAJKO H.J., TOWNSEND E.A. et CRAIK J., 2007). L'écoute du thérapeute sur les activités du patient offre un partage des valeurs qui seront utilisés pour mener le processus d'intervention en ergothérapie. Le patient se sent valorisé, par l'importance que l'ergothérapeute accorde à ses propos.

De plus, la mesure MCRO amène le patient à réfléchir sur les occupations essentielles pour lui. En s'appuyant sur Johnmarshall Reeve, Fabien Fenouillet (2017) précise cependant que l'explorateur, assimilable au thérapeute, ne souhaite pas uniquement développer « qualitativement et quantitativement la perception de nos ressorts intimes » au sein de la motivation. Il met aussi à disposition « la boîte à outils qui nous permet de voir comment modifier notre environnement pour lui rajouter ce brin de stimulation qui peut lui faire cruellement défaut ».

À travers cette réflexion et la stimulation de l'ergothérapeute, le patient va ainsi être en capacité de réinvestir des activités initialement rendues complexes, par la survenue des nouvelles situations de handicap. De plus, d'anciennes occupations oubliées bien avant l'apparition de l'AVC peuvent resurgir lors de l'entretien, tout comme des souhaits inaccomplis auparavant et auxquels l'individu souhaite désormais s'y consacrer davantage. Ce réinvestissement apporte ainsi des éléments positifs dans la poursuite du cours de sa vie et acquiesce alors l'idée de prendre part au processus de la résilience.

Pour analyser plus précisément cette potentialité de résilience chez le patient hémiparétique avec la mise en place du modèle de pratique MCRO-P, une expérimentation est établie et menée auprès d'ergothérapeutes. Leurs expériences et leurs connaissances permettront d'apporter un regard croisé sur les apports théoriques développés jusqu'à présent.

# PHASE EXPERIMENTALE

## I. Méthodologie de recherche

La validation ou l'invalidation de l'hypothèse est possible à travers l'élaboration d'une enquête expérimentale. Celle-ci se base sur la mise en place d'un entretien à destination d'ergothérapeutes qui font l'usage du concept du MCRO-P, au cours du processus d'intervention en rééducation et réadaptation.

### 1. Choix et objectifs de la méthode

Pour mener cette recherche, je m'appuie sur une méthode de recherche appliquée, en utilisant une investigation clinique. En effet, il s'agit d'une méthode qualitative incluant les notions d'échange et de partage des ressentis à partir des bases théoriques et de l'expérience vécue. Elle est centrée sur la personne qui étaye sa vision à travers sa pratique professionnelle. Ces idées me semblent intéressantes à développer pour envisager une possible plus-value de l'ergothérapeute, dans le développement de la résilience chez le patient hémiplégique.

De nombreuses informations sont récoltées au cours des entretiens. Ils ont pour caractéristiques d'être semi-directifs, c'est-à-dire qu'ils suivent une ligne directrice avec des questions prédéterminées mais dont l'ordre s'adapte en fonction des réponses données par l'interviewé. Cette flexibilité facilite alors les passages d'une idée à une autre, la personne créant spontanément des liens et ne se limitant donc pas dans l'approfondissement des données qu'elle expose.

Par ailleurs, l'ensemble des entretiens est réalisé en face à face, sans intermédiaire, tels que les entrevues vidéo ou téléphoniques qui ajoutent une distance supplémentaire. La rencontre réelle s'avère être un atout, à la fois dans la création d'une alliance favorisant la discussion, ainsi que l'analyse de la communication verbale et non-verbale. Cette dernière a une réelle importance, puisqu'elle influe sur les propos évoqués par l'interviewé, pour démontrer une satisfaction ou un désaccord par exemple.

De plus, la réalisation d'entretien apporte un enrichissement personnel lors de la future collaboration au sein d'une équipe d'ergothérapeutes et plus généralement

d'une équipe pluridisciplinaire. Les moyens de communications et de partage des connaissances entre les professionnels permettent ainsi d'établir un processus d'intervention général coordonné pour le patient.

Concernant la future pratique professionnelle, ces entretiens facilitent également les mises en situation réelles face à des patients, pour réaliser des bilans ou des d'entretiens comme la mesure MCRO par exemple. Les interactions doivent alors permettre les échanges, avec un thérapeute attentif qui instaure un cadre thérapeutique adapté à la situation, n'hésitant pas à reformuler les propos des patients pour en saisir pleinement leur valeur et poursuivre ensemble la prise en charge avec les mêmes objectifs.

## 2. Méthode d'enquête

Pour mener ces entretiens, l'élaboration d'un guide d'entretien au préalable s'est révélée nécessaire pour préciser la pertinence des questions, en vue de répondre à l'hypothèse, en lien avec la question de recherche (cf. ANNEXE V).

Les différents participants sont informés au préalable des thèmes développés au cours de l'entrevue. Il leur également indiqué que leur anonymat est respecté avec un formulaire de consentement remis à chacun des protagonistes (cf. ANNEXE VI). Pour faciliter la retranscription de l'entretien, il est également demandé au sein du formulaire si l'enregistrement vocal est possible, caractéristique acceptée par l'ensemble d'entre eux.

Concernant le contenu de l'entretien, celui-ci est constitué de différentes thématiques. Elles abordent premièrement les renseignements généraux sur l'ergothérapeute afin de prendre connaissance de son expérience avec ses sensibilisations et/ou formations suivies sur le thème du modèle MCRO-P. Viennent ensuite les modalités d'utilisation de la mesure MCRO auprès des patients en général puis ceux atteints d'une hémiplegie, pour comprendre l'appropriation de cet outil par les ergothérapeutes qui le manient. En réponse à l'élaboration de cet entretien, l'ergothérapeute évoque ensuite son ressenti ainsi que ceux des patients à travers les discours. Enfin, l'ergothérapeute indique son point de vue face à l'émergence de la résilience en parallèle de l'utilisation de la mesure MCRO et de son modèle.

Pour ne pas limiter le développement du propos des interviewés, l'emploi de questions ouvertes s'est révélé intéressant. Dans le même temps, des questions de relance sont employées afin de préciser les pensées des participants sur des thématiques en particulier. Par ailleurs, différentes reformulations sont énoncées dans le but de comprendre le sens des propos indiqués, au cours des entretiens afin d'éviter de mauvaises interprétations.

### 3. Sélection de la population interrogée

Au cours de cette enquête, j'ai pris contact avec des ergothérapeutes de différents services de rééducation et réadaptation en France. En indiquant mes attentes, c'est-à-dire échanger sur leur pratique et leur ressenti vis-à-vis de l'utilisation de la mesure MCRO chez le patient hémiparétique, associé au développement possible de la résilience, plusieurs retours positifs d'ergothérapeutes me sont parvenus.

La multitude des entretiens réalisés permet de mettre en relation et de confronter les avis récoltés, afin d'en ressortir des points de convergence et de divergence.

Les critères d'inclusions sont constitués des éléments suivants :

- Ergothérapeute travaillant en France
- Ergothérapeute exerçant ou ayant exercé auprès de patients hémiparétiques
- Ergothérapeute ayant été sensibilisé lors de sa formation initiale et/ou formé lors d'une formation en continue au modèle de pratique de la MCRO-P

Les critères d'exclusion comprennent eux les éléments ci-dessous :

- Ergothérapeute ne travaillant pas en France
- Ergothérapeutes n'exerçant ou n'ayant jamais exercé auprès de patients hémiparétiques
- Ergothérapeutes n'ayant pas été sensibilisé lors de sa formation initiale et pas formé lors d'une formation en continue au modèle de pratique de la MCRO-P

## II. Analyse des résultats

### 1. Méthodologie de l'analyse

Au cours des échanges avec les ergothérapeutes interrogés, les entretiens sont enregistrés intégralement. Cette caractéristique permet une retranscription au plus près de leurs paroles et donc une analyse précise des idées développées par les professionnels. Dans le même temps, des réécoutes sont nécessaires pour distinguer la signification donnée aux propos évoqués.

L'étude privilégiée pour examiner ces entretiens consiste en une analyse transversale. Elle rassemble les différentes idées par thématiques, définies lors de la phase conceptuelle. Son objectif est de mettre en avant les points de convergence et les particularités exposées par les protagonistes. De par leur point de vue, leur expérience et l'utilisation des modèles dans leur pratique professionnelle, chaque point de vue s'est révélé intéressant à étudier.

### 2. Exploitation des résultats

Lors de la phase expérimentale, les entretiens ont été réalisés auprès de trois ergothérapeutes, avec un parcours professionnel différent. Au cours de leur pratique, ces trois professionnelles ont reçu une sensibilisation avec la formation en continue, sur l'utilisation d'un modèle de pratique spécifique à l'ergothérapie, le MCRO-P et de son outil d'entretien, la mesure MCRO. Elles ont eu l'occasion de mettre en place cette mesure auprès de plusieurs patients hémiplegiques.

Pour garantir leur anonymat, ces professionnels sont respectivement nommés ergothérapeute 1, 2 et 3.

L'ergothérapeute n°1 est une femme. Elle exerce ce métier depuis 1981. Après avoir travaillé en Autriche auprès d'enfants, en milieu de carrière, elle est revenue en France dans un service de rééducation fonctionnelle.

L'ergothérapeute n°2 est une femme diplômée en 1980 et travaille depuis cette date en service de rééducation fonctionnelle.

L'ergothérapeute n°3 est une femme ayant reçu son diplôme en 2015. Au cours de sa formation initiale, elle a reçu une première sensibilisation aux modèles de pratique. Elle exerce depuis 1 an et demi en service de rééducation fonctionnelle.

### **a. La création d'une relation thérapeutique**

En premier lieu, les ergothérapeutes 1 et 3 se complètent sur l'idée qu'il est nécessaire de se présenter en tant que professionnel avant de procéder à l'entretien avec le patient hémiparétique : « *les patients ne savent pas ce qu'on fait dans notre métier* » (ergothérapeute 3), « *c'est une mise en confiance, [...] la personne j'ai déjà posé quelques questions, [...] on a déjà discuté, on s'est présenté l'un/l'autre, il y a une mise en confiance et après je propose l'outil. Donc ça c'est facilitateur, d'avoir un premier contact* » (ergothérapeute 1).

Puis, les avis convergent sur la mise en place de la mesure MCRO en elle-même et plus précisément sur le moment de sa réalisation. En effet, les ergothérapeutes 2 et 3 indiquent mener cet entretien peu après l'entrée de la personne dans le service : « *je le fais en début de prise en charge* » (ergothérapeute 2) ; « *Ce n'est pas la première chose que je vais faire avec la personne, mais ça va être quand même vers le début.* » (ergothérapeute 3). La pratique de l'ergothérapeute 1 a de son côté évolué au cours du temps « *avant c'était souvent en cours de prise en charge, [...] maintenant, pour certaines grosses pathologies, je le fais dès le début* ».

Une relation thérapeutique s'élabore ainsi progressivement à partir des premiers échanges puis se développe avec la passation de l'entretien : « *c'est un temps d'échange ... et pour créer la relation avec le patient, ça n'est pas mal* » (ergothérapeute 3). De par l'aspect participatif présent de la mesure, sa passation contribue ainsi à l'installation de l'alliance thérapeutique.

Pour créer des conditions favorables à la rééducation au cours du processus d'intervention, il convient alors à l'ergothérapeute d'être dans une écoute empathique envers le patient et de renforcer la relation thérapeutique : « *il faut faire preuve d'une bonne écoute, [...] mais il faut un certain détachement malgré tout, [...] on parle d'empathie, c'est une empathie mais raisonnée* » (ergothérapeute 1).

## **b. L'initiation à la mesure**

- Présentation du cadre : l'outil et de ses intérêts

La MCRO étant généralement inconnue aux yeux des patients, l'application de ce modèle de pratique au cours d'un processus d'intervention émane d'une proposition de l'ergothérapeute comme le décrivent les trois professionnels : « *les personnes ne savent pas que ça existe. Alors je leur propose l'outil* » (ergothérapeute 1) ; « *C'est plutôt une proposition de l'ergothérapeute* » (ergothérapeute 2). Le patient a le choix, une condition nécessaire pour qu'il se sente impliqué dans l'hospitalisation.

Les ergothérapeutes 1 et 3 évoquent ensuite qu'une explication du modèle et de ses enjeux sont importants pour que les patients hémiplegiques en saisissent l'intérêt pendant leur hospitalisation : « *je leur dis en quoi ça consiste et pourquoi j'aimerais qu'on s'en serve, généralement ils acceptent. Comme ça ils se rendent compte du but, et puis ceux qui ne se rendent pas compte, ils ont quand même envie d'aller creuser un petit peu.* » (ergothérapeute 1) ; « *ils ne savent pas ce qui existe au niveau des modèles de pratique. C'est moi qui prend la décision lorsque je le mets en place, après avoir expliqué ce que tu vas faire passer au patient et le but de cet entretien....* » (ergothérapeute 3). Le patient semble alors plus enclin à coopérer d'après l'ergothérapeute 1, « *quand on explique la chose [la mesure MCRO], ils sont à l'aise* ». Il accepte ainsi la mise en place de cet outil, « *en lui parlant de toutes les conditions, des techniques de l'ergothérapie, et elle est d'accord parce qu'elle sait que ça va servir ... à tel objectif.* ». La présentation de l'outil est une mise en sens et motive le patient, lui permettant de se l'approprier et d'en être l'acteur.

- Engagement du patient et de l'ergothérapeute

En parallèle, la présence de réévaluations à des dates choisies ensemble pour constater d'une l'évolution dans les items (importance, rendement, satisfaction), crée un engagement des deux partenaires sur une période donnée. Les ergothérapeutes précisent dans ce sens : « *C'est un engagement* » (ergothérapeute 1) ; « *et puis comme il y a une date d'échéance pour la réévaluation* » (ergothérapeute 3) ; « *le patient va plus comprendre là où on veut aller avec lui ... il porte un peu plus intérêt à sa rééducation.* » (ergothérapeute 2). Il s'agit alors de la mise en place d'un

contrat informel entre le patient et l'ergothérapeute, une coopération aboutissant à la construction d'une ligne directrice pour son hospitalisation.

### **c. La réalisation de la mesure**

- Modalités d'utilisation de l'outil

Pour faciliter la compréhension de l'outil et organiser l'entretien, les thérapeutes mentionnent se servir de toutes les caractéristiques développées dans la mesure MCRO : « *j'essaie plutôt de suivre vraiment l'outil à la lettre, par rapport à la formation qu'on a suivi. Mais, bon ça rejoint quand même ce que je fais habituellement au cours de ma pratique, mais disons que c'est beaucoup plus programmé avec cet outil, peut-être une certaine rigueur à avoir pour ne pas oublier des éléments dans la prise en charge.* » (ergothérapeute 2) ; « *on met les différents chiffres. Je l'utilise de A à Z.* » (ergothérapeute 3).

Dès lors, l'ensemble des ergothérapeutes a ainsi une utilisation rigoureuse de l'outil pour porter un discours assimilable auprès du public ciblé. De plus, cela permet au patient de constater une évolution quantifiable, structurante et motivante lors des futures réévaluations intermédiaires.

Cependant, deux des ergothérapeutes (2 et 3) révèlent une certaine vigilance à avoir dans leur pratique, pour éviter d'influencer les choix des patients sur les différentes parties de la mesure : « *on lui demande de se projeter à l'instant présent sur ce qu'il est capable de faire maintenant, [...] il faut guider le patient sans pour autant répondre à sa place* » (ergothérapeute 2) ; « *Ce qui est difficile, pour moi, c'est de ne pas orienter l'entretien* » (ergothérapeute 3).

Les trois ergothérapeutes s'accordent à dire que face à cet outil, les patients expriment des difficultés à coter les différents items. Parfois, ils interpellent sur l'incompréhension de la demande, notamment sur la définition du rendement, comme l'évoque l'ergothérapeute 3 : « *Encore la satisfaction et l'importance, ça peut encore aller, mais le rendement c'est déjà plus difficile à comprendre, puis à coter [...] ils ont du mal à mettre un chiffre* ». En conséquence, la présence de troubles cognitifs associés à l'hémiplégie suite à l'AVC est potentiellement source de mise en échec du patient.

- Prise de conscience du patient

Dans d'autres cas, certains patients rencontrent un obstacle lorsqu'il s'agit de se noter, donc de faire un propre constat d'eux. Les ergothérapeutes 1 et 2 décrivent entre autre ce type de situation : « *ils n'arrivent pas forcément à doser, à trouver la juste dose, et quelque fois ça les amène tellement à se repositionner sur leur vécu ... . Pas une remise en question, mais un constat de leurs incapacités, de leur satisfaction* » (ergothérapeute 1) ; « *ils cotent ... mais avec des difficultés à se projeter et se juger maintenant.* » (ergothérapeute 2).

Pour un des ergothérapeutes, les décisions prises par l'individu sont sources de bouleversement : « *ça les remue, que ça soit dans un sens qu'on va dire « positif », dans la mesure qu'on va vraiment déboucher sur des objectifs, ... la personne va se trouver des objectifs dans la rééducation que nous pourrons reprendre en donnant des moyens spécifiques à l'ergo* » (ergothérapeute 1). Ce changement peut également s'avérer négatif pour le patient « *Dans d'autres cas, la personne se trouve complètement envahi par toutes ses difficultés, et elle se dit « par où vais-je commencer, qu'est-ce que je vais faire ? ».* » (ergothérapeute 1).

Confronté à la nécessité de s'auto évaluer, en dehors de la compréhension de la terminologie des termes employés, la personne se confronte à la nécessité d'avoir un regard objectif sur son état, dans la mesure de ses capacités. La prise de conscience du patient émerge alors et doit être accompagnée.

- La mesure MCRO, support de médiation

Malgré les difficultés observées pour coter les items, la mesure MCRO sert d'appui dans la rééducation pour révéler les activités primordiales aux yeux des patients hémiplésiques « *ce modèle là et ses cotations, [...] ça aide aussi beaucoup les gens à qui on le fait passer, ils arrivent à définir, à dire quelles sont leurs préoccupations les plus importantes et celles dont le manque est fort, gênant.* » (ergothérapeute 1).

Avec les nouvelles incapacités rencontrées, ils intègrent et verbalisent les difficultés rencontrées dans l'accomplissement des activités. Ce repérage des difficultés, des

souhait associée à la verbalisation suscite un échange constructif sur lequel va se fonder le processus d'intervention, dans le cadre d'un engagement informel.

- Accompagnement de l'ergothérapeute

Cette situation rend essentiel l'accompagnement du patient hémiplegique par l'ergothérapeute, en réaction des multiples difficultés à surmonter par celui-ci : « *pour une patiente que j'ai vue récemment, il y avait tellement de choses à travailler, mais finalement on y a quand même réussi à prioriser avec les cotations [...] ils réfléchissent vraiment, [...] ils font le point sur eux-mêmes à la fin* » (ergothérapeute 1).

Pour autant, cet accompagnement doit trouver un juste milieu sans être trop envahissant et malsain pour le patient, comme l'explique l'ergothérapeute 2 : « *Le fait qu'on s'intéresse à leur cadre de vie, c'est personnel ... ne pas entrer dans l'indiscrétion pour autant, on s'intéresse à eux, à leur vie quotidienne pour la rééducation.* ».

- Retours positifs sur l'entretien

Dans le même temps, les patients expriment une certaine satisfaction vis-à-vis de l'entretien passé, d'après les sentiments généraux observés par les ergothérapeutes : « *On aborde sur des sujets assez vaste [cadre de vie], au niveau de l'organisation, ... ils ont l'air d'être satisfait.* » (ergothérapeute 2). En effet, la possibilité de développer leur quotidien, les activités qui leur sont fondamentales met en lumière des éléments parfois oubliés et négligés.

Les ergothérapeutes prennent en compte leur point de vue, leur ressenti, et leur ajoute alors une valorisation supplémentaire « *Ils avaient l'air content, déjà qu'on s'intéresse à eux ... plus particulièrement de ce qu'ils font et lorsqu'on leur demande leur satisfaction actuelle. Sur ça, il y a un patient qui m'a dit que c'est la première fois qu'un thérapeute lui demandait s'il était content de lui-même, de ce qu'il faisait.* » (ergothérapeute 3).

#### ***d. Un processus de changement : une évolution des conceptions de chaque participant***

- Du point de vue du patient : une vision plus constructive

Associée à la satisfaction apportée au patient, un des buts de cet outil précise les attentes qu'il attend de son séjour : « *en début de prise en charge, ça leur donne des pistes d'objectifs à eux-mêmes* » (ergothérapeute 2). De plus, l'entretien suscite une évolution de ses conceptions initiales concernant son hospitalisation.

L'ergothérapeute 1 décrypte en ce sens, le changement d'attitude d'un patient après la passation de l'outil « *15 jours après, il n'avait plus les mêmes ressentis, les mêmes envies par rapport à son déni, il avait un petit peu régressé sur ça quand même. Il avait maintenant envie de rester en rééducation pour aller dans un sens plus positif* ».

Cet outil donne une signification à la rééducation et permet un accompagnement au changement dans une dynamique de projet, par une appropriation des objectifs qui se co-construisent avec l'ergothérapeute.

- Du point de vue de l'ergothérapeute : une vision en globalité

L'entretien offre un panel d'objectifs diversifiés pour le processus d'intervention. Les ergothérapeutes s'entendent sur cette idée, la mesure MCRO apportant une vision plus globale du patient suivi : « *depuis que je connais la MCRO, je pratique différemment. Avant je ne faisais que par des entretiens formels, dirigés plutôt vers certains types de domaines d'activités en ergothérapie [...] maintenant je vois la personne un peu plus dans sa globalité.* » (ergothérapeute 1) ; « *Ça a permis de voir un peu plus voir en globalité. [...] Ça permet d'élargir mon champ d'action* » (ergothérapeute 2).

Le patient a alors l'occasion de s'investir davantage vers des activités importantes pour lui comme le révèle l'ergothérapeute 3 « *On apprend des choses qu'on ne soupçonne pas sur les gens. Des fois, on a des surprises, ... des activités que jamais j'aurais pensé que le patient reprenne.* » (ergothérapeute 3). La pratique de cet outil élargit la vision de l'ergothérapeute pour appréhender le patient plus dans sa globalité.

- Mise en lumière du potentiel de la personne

Dès lors, les ergothérapeutes sont unanimes sur l'apport de ce modèle dans leur pratique : « *ce modèle là et ses cotations, ça m'aide énormément [...] ça m'aide aussi à me dire voir « bon allez on va voir ça pour la prise en charge ».* » (ergothérapeute 3) ; « *d'avoir un peu plus de rigueur, des objectifs [...] pour ne pas oublier des éléments dans la prise en charge* » (ergothérapeute 2).

Il permet de détailler les enjeux du processus d'intervention et de l'orienter de manière ingénieuse pour apporter un soutien spécifique au patient : « *je le fais [entretien MCRO] quand je ne vois pas bien de mon côté où je pourrais amener les patients dans la prise en charge* » (ergothérapeute 3) ; « *on va peut-être orienter la prise en charge d'une autre façon* » (ergothérapeute 1). Cette ergothérapeute atteste par ailleurs que la mesure amène la priorisation des objectifs pour déterminer précisément les étapes à chaque instant de l'hospitalisation : « *il faut vraiment cibler, quand il y en a beaucoup [d'objectifs] ... il faut prioriser* ».

Cet outil se révèle être un véritable support de réflexion, d'aide au choix des orientations des soins et guide dans le processus thérapeutique.

### ***e. La place du patient, condition de son implication***

- Personnalisation du processus d'intervention

Le processus se retrouve par conséquent modifié de telle manière qu'il soit personnalisé à chaque patient hémiplegique. Les trois professionnels illustrent ce principe à travers des expériences vécues.

L'ergothérapeute 3 décrit une situation où, « *par exemple un patient, la première activité qu'il souhaitait faire, c'était de reconduire, moi je n'aurai pas forcément mis ça dans mes objectifs en premier et en fait, j'ai choisi les activités un peu plus adaptées à sa demande comme tenir le volant, passer les vitesses. Je l'aurai travaillé en temps normal mais pas tout de suite, je l'aurai fait plus tard dans la prise en charge.* ».

Des adaptations sont donc visibles dans l'intervention du professionnel, à l'instar de d'une situation remémorée par l'ergothérapeute 2 : « *pour une patiente avec une hémiplegie et une récupération motrice. Sa principale préoccupation actuelle, c'était de pouvoir refaire sa vaisselle, c'était sa demande. Dans ces cas-là, on a spécifié les*

*exercices, travaillé l'équilibre debout, le transport d'objets, etc. On n'a pas seulement fait ces activités-là dans la rééducation ... mais la MCRO a apporté un petit plus : la prise en charge s'est un peu plus précisée pour la patiente ».*

Les souhaits de la personne exprimés lors de la passation du MCRO définissent les indicateurs qui vont orienter le processus d'intervention, répondant de façon précise à ce qui est important au regard du patient : la satisfaction des besoins de la personne, apparus dans un premier temps comme prioritaires, consolide la relation thérapeutique. S'appuyant sur ce socle, dans un second temps, d'autres orientations de la rééducation peuvent être ensuite abordées si elles s'avèrent nécessaires.

- Un accompagnement personnalisé

Cette personnalisation du processus d'intervention s'associe à la notion du choix par le patient hémiparétique. Cette prise de décision est accompagnée par l'ergothérapeute, comme le rapporte la première intervenante : *« pour une personne hémiparétique, et bien ... je lui demande ce qu'elle veut travailler à chaque séance. En effet, il y avait ... beaucoup d'objectifs, alors à chaque séance, vu le peu de temps, je lui demande tous les jours ce qu'on va travailler car on est obligé de changer tous les jours. Et je lui explique « voilà, on va alors faire ça comme ceci, c'est plus spécifique à l'ergothérapie ». ».*

Cette prise de décision impacte sur l'intervention proposée : *« au final s'il [le patient] est content de ne pas faire quelque chose, si ça lui va comme ça, je ne vais pas aller tout lui changer [...] je ne vais pas insister. »* (ergothérapeute 3).

L'ergothérapie offre ainsi les moyens pour que le patient se développe lors de sa rééducation et pour agir sur les éléments problématiques *« c'est elle [la patiente] qui décide, et moi je donne simplement les moyens les outils pour qu'elle y arrive »* (ergothérapeute 1).

- Acteur du processus d'intervention

Le choix de la personne influe par ailleurs sur son attitude, dévoilant une participation notable dans son hospitalisation : « Il fait un choix ... on essaie de répondre à ce choix et le patient apporte plus de participation. » (ergothérapeute 2).

La verbalisation et la description des problématiques de la personne hémiparalysée durant l'entretien, l'amène à s'interroger autant lors de la mesure qu'à la fin de l'entretien. En dehors des séances, il continue à se questionner sur ce qu'il est et ce qu'il veut pour la suite de ses entretiens. L'ergothérapeute 1 le relate de part une des expériences vécues « *il [le patient] ne savait pas trop pourquoi il venait ici [en centre de rééducation], pour un mois « qu'est-ce que je vais faire ? Tout va bien ! » ... sans réel objectif, satisfait de lui « le rendement bien ça va, on fait tout pour moi ». Mais c'était comme ça qu'il le voyait. Puis après cet entretien [MCRO], 15 jours après [...], il a ajouté finalement qu'il pourrait y avoir plus de rendement, « alors peut-être qu'on pourrait travailler là », c'est bien ça pour ça l'outil. ».*

Le patient devient ainsi acteur, il construit la ligne directrice de sa prise en charge avec l'aide de l'ergothérapeute : « *il prend le contrôle d'une partie de sa prise en charge [...]. S'il y voit un but, s'il y voit quelque chose. ».*

- Facteurs de motivation et de valorisation

Dès lors, la place que prend la personne hémiparalysée engendre une plus grande implication, tel que l'a observé l'ergothérapeute 3 : « *ils s'impliquent un peu plus. Ils sont un peu plus motivés. ».* Ce facteur de motivation est lié à l'intérêt qu'il trouve dans le processus d'intervention mené en ergothérapie : « *ça apporte une prise en charge avec un patient plus motivé, le patient va plus comprendre là où on veut aller avec lui ... il porte un peu plus intérêt à sa rééducation ».*

Cet engagement dans la rééducation invite l'ergothérapeute à valoriser le patient face aux capacités qu'il mobilise et des résultats obtenus en séance : « *proposer un lien entre telle aptitude à la personne, alors que ça n'était peut-être pas exploité auparavant, de bien le faire ressortir, le valoriser »* (ergothérapeute 1).

Le patient se sent directement concerné lorsqu'il s'adonne à ses activités essentielles. L'ergothérapeute lui offre ainsi cette possibilité de s'exprimer et d'être valorisé :

*« quand on lui demande ce qu'il lui pose problème, [...] ses activités qu'il voudrait faire, qui ont de l'importance pour lui, déjà ça, ça le valorise. Ça le met dans une autre position. Pas seulement patient, mais aussi acteur de sa prise en charge »*

#### **f. Les atouts et limites du MCRO-P pour le patient hémiplegique**

- Questionnement sur la généralisation du modèle

D'après les trois professionnels, la mise en place de la mesure ne s'applique pas forcément à tous les patients hémiplegiques : *« Je ne pense pas que ça soit possible pour l'ensemble des patients »* (ergothérapeute 2).

En effet, les trois ergothérapeutes indiquent que certains patients ont les capacités à s'approprier seuls leurs nouvelles difficultés pour les devancer : *« Il y a certains patients qui arrivent à s'adapter malgré tout »* (ergothérapeute 2). De plus, la mesure MCRO ne s'avère pas être l'unique moyen pour accompagner le patient au cours du processus d'intervention pour aller au-devant de ses obstacles : *« je sais que je l'ai constaté [processus de résilience], mais pas forcément avec la MCRO »* (ergothérapeute 1).

Dans le même temps, l'ergothérapeute 3 décrit la difficulté pour accompagner un patient avec cet outil, s'il n'a pas enclenché un processus de deuil sur ses nouvelles incapacités et situations de handicap : *« Si les patients n'ont pas fait leur processus de deuil, de comment ils étaient avant, je ne sais pas si ça peut aider vraiment [...] on a beau faire tout ce qu'on peut pour l'accompagner en tant que thérapeute, c'est un peu plus compliqué. »*.

En parallèle, l'ergothérapeute 1 signale les ressources qui constituent une personne et les mécanismes de défense qu'elle élabore lors d'un traumatisme. Ces éléments empêchent parfois l'avancement dans le processus d'intervention et nécessitent la collaboration avec d'autres professionnels : *« Il y a des gens qui n'auront pas la ressource, parce qu'ils ont une vie qui leur semble, avec leurs bagages émotionnels, affectifs, qui les bloquent. [...] on parlait de déni, ça c'est plus un travail de psychologie. [...] alors c'est vrai que l'ergothérapeute a aussi un travail de psychologie à faire auprès du patient »*.

- La MCRO, un soutien pour l'intégration psychique de l'hémiplégie

Néanmoins, les ergothérapeutes s'accordent à dire que le modèle a le potentiel de favoriser l'acceptation de la situation actuelle du patient : « *Donc ça peut peut-être aider le travail d'acceptation. ... Des patients, il y en a, ils ne vont pas se laisser abattre, ils vont lutter, je pense que ça dépend d'eux. Ça peut peut-être aider, à essayer de remonter* » (ergothérapeute 3).

L'ergothérapeute 1 explique par ailleurs qu'« *il faut un temps pour la personne, quelques fois ça remue tellement de choses* » pour qu'elle assimile ce qui lui arrive et qu'elle prenne conscience des changements qui en découlent.

Selon l'ergothérapeute 3, à travers un travail sur soi qui débute seul, puis accompagné de l'ergothérapeute, la MCRO révèle une utilité pour le patient : « *s'ils l'ont entamé [processus de deuil] ... peut être que la MCRO ça peut aider, c'est ce que je pense* ». L'avis de la première ergothérapeute diffère, exposant l'atout de l'ergothérapeute pour déclencher une potentialité de résilience en accompagnant le patient : « *La personne, si jamais on arrive à la mettre dans un état qui lui permette cette ouverture sur elle-même pour se rendre compte de ça et pour s'enrichir, ... c'est génial* ».

- Échanges favorisant la conciliation entre les attentes et les capacités de la personne

Le patient va ensuite formuler des souhaits pour réinvestir ses activités, toujours en collaboration avec l'ergothérapeute : « *ça permet de mettre sur papier les attentes des patients.* » (ergothérapeute 2). Les échanges facilitent la personnalisation des objectifs, le patient participant directement à leur conception : « *Ça peut l'amener plus facilement au dialogue et ça permet aussi d'adapter ses objectifs de prise en charge ... un retour positif des patients, qui s'impliquent plus, « faire un peu plus comme ça* ». *Il n'y a plus cette attente comme avant où le patient restait passif. Il fait un choix ... on essaie de répondre à ce choix et le patient apporte plus de participation.* » (ergothérapeute 2).

Une fois les attentes énoncées, l'ergothérapeute va mettre en place les moyens pour que le patient hémiplégique les atteigne. C'est tout d'abord à travers la rééducation qu'il va récupérer des capacités et le cas échéant, en association avec la réadaptation.

Des compromis insufflés par le thérapeute sont expliqués au patient, toujours dans l'optique de répondre aux attentes définies avec la mesure MCRO : *« ça permet aussi de développer des compromis et des compensations. Ça permet à la personne des fois de les trouver elle-même, et de voir « bon ok, on y arrive pas de cette façon-là, on va faire autrement » (ergothérapeute 1).*

- Ouverture du patient et réinvestissement des activités

Le modèle MCRO-P est ainsi capable d'être l'outil débloquent une situation, jugée inaccessible à première vue. Face aux obstacles qu'il franchit, le patient s'engage dans une dynamique : *« il prend le contrôle d'une partie de sa prise en charge et ... ça peut entraîner un dynamisme, un effet particulier, [...] S'il y voit un but » (ergothérapeute 2).*

Cette énergie se valorise et permet à la personne de réinvestir des activités oubliées ou impossibles à réaliser depuis l'apparition de l'hémiplégie *« la personne en faisant un petit flashback sur qui est-elle est, ce qu'elle aime faire, sa façon de fonctionner, peut se trouver peut-être des manques, ou peut-être trouver des choses anciennes qu'elle a dû oublier et qu'elle va réexploiter, réinvestir » (ergothérapeute 1).*

Ce dynamisme se constate par exemple par l'investissement de l'activité créative qui révèle de nouveaux talents du patient et crée donc un sentiment de valorisation : *« Là, avec les activités manuelles ou autres, de toutes sortes, il y a des personnes qui se disent cela [prise de conscience face aux capacités]. C'est dommage qu'on ne s'en serve pas énormément, ... il faut avoir ... un panel d'activité assez vaste. Et il y a des personnes qui se découvrent un goût, par exemple pour la peinture, ... ça arrive souvent en ergothérapie. » (ergothérapeute 1).*

Finalement, d'après les ergothérapeutes, le modèle de pratique MCRO-P et sa mesure MCRO est un outil de pratique susceptible d'introduire et de faire prospérer un processus de résilience : *« ça peut entraîner [...] un élément déclencheur pour son futur. C'est un outil, qui peut développer cet élément [la résilience] » (ergothérapeute 2) ; « De ce fait là, la résilience, on peut la percevoir, et si la personne n'en a pas conscience, peut être le pointer du doigt et dans le questionnement amener à cette prise de conscience, « ah bah oui finalement tiens ça j'y arrive, bah c'est bien puisqu'avant j'y arrivais pas », ça arrive. » (ergothérapeute 1).*

# DISCUSSION

## I. Retour sur l'hypothèse

De par l'ensemble des thématiques évoquées, les entretiens manifestent l'intérêt en ergothérapie du modèle MCRO-P dans le développement du processus de résilience chez le patient hémiparétique.

L'hypothèse est ainsi validée sous certaines conditions :

- *Le patient accepte la mise en place du modèle et de la mesure MCRO au travers d'un engagement entre l'ergothérapeute et lui-même.*

L'absence d'engagement risquerait de provoquer une non-adhésion du patient à l'outil et donc de ne pas en tirer tous les bénéfices que celui-ci peut apporter dans le processus d'intervention. Avec une faible participation au cours de son hospitalisation, la satisfaction vis-à-vis des objectifs travaillés s'en retrouve également diminuée.

- *Le patient doit être en capacité de pouvoir se juger et se coter seul.*

Les troubles cognitifs associés à l'hémiparésie tels que les aphasies sont susceptibles de rendre difficile la passation de la mesure MCRO, provoquant par la même occasion une mise en échec du patient ou une mauvaise interprétation des résultats impactant le processus d'intervention. Pour éviter cette situation, des prérequis doivent être vérifiés par l'ergothérapeute, sur le plan de la compréhension, du partage d'information, et de la validité des propos délivrés par la personne hémiparétique.

- *Le patient doit avoir initié un processus de deuil en surmontant la phase de déni*

Cette condition nécessite toutefois d'être appuyée et étayée par des retours supplémentaires d'ergothérapeutes, au vu des deux seuls avis recensés sur cette thématique.

Au cours de cette expérimentation, la démarche thérapeutique de l'ergothérapeute avec comme support le MCRO-P, est comparable à l'accompagnement du patient dans un processus de résilience.

Les ergothérapeutes confirment que le patient est intégré par une rencontre positive, qui lui fait entrevoir les possibles opportunités. La mesure MCRO dessine des pistes claires, à partir du souhait et du potentiel de la personne pour se projeter dans un

avenir possible et meilleur, tout en s'en donnant les moyens. Le travail avec l'ergothérapeute, les échanges vont initier un processus de transformation et de reconstruction, enclenchant un travail de cohésion, de remise en sens et de réparation, en faisant « de leur fragilité , une force de vie » (CYRULNIK, 2010).

## II. Limites de l'étude

Cette analyse des entretiens soulève différentes limites dans la mise en place de l'exploration menée.

Premièrement, le nombre d'entrevues réalisées, lié au peu de retours positifs pour procéder à des entretiens, rend difficile la généralisation des réponses apportées par chaque professionnel. La prise de contact avec d'autres ergothérapeutes, pour réaliser de nouveaux entretiens pourrait s'avérer intéressante pour appuyer ou infirmer les propos déjà dévoilés et ainsi préciser l'exploitation des résultats.

Puis, l'entretien est constitué d'une question visant à connaître le ressenti des patients : « *Quel est le ressenti exprimé par le patient à l'issue du premier entretien ? Cet outil a-t-il permis une prise de conscience progressive de ce qui est important à ses yeux ?* ». Il s'agit donc de propos, sentiments rapportés par les ergothérapeutes et donc soumis à leur interprétation. En effet, cette communication verbale et non-verbale exprimée par le patient peut être perçue différemment selon son interlocuteur en fonction de ce qu'il a compris et de ce qu'il souhaite entendre.

Pour éviter ce risque d'interprétation, il pourrait être intéressant de mener une étude en parallèle recueillant le point de vue du patient face à l'utilisation de cette mesure.

Ensuite, au moment des entrevues, les trois ergothérapeutes ont reçu la formation en continue sur le modèle de pratique de la MCRO-P depuis moins d'un an. Par conséquent, face à leur manque d'expérience et de recul sur l'utilisation de cet outil, les professionnels ont exprimé des difficultés à développer directement leur avis sur le potentiel de résilience chez le patient : « *J'imagine que c'est possible, mais là je n'ai pas assez recul par rapport à ça.* » (ergothérapeute 1) ; « *mon peu d'expérience [avec le MCRO-P]* (ergothérapeute 2) ; « *j'ai peu de recul [sur la mesure MCRO]* » (ergothérapeute 3).

La réalisation d'entretiens issus de la phase expérimentale serait envisageable auprès d'ergothérapeutes, avec une formation datant de plus d'un an et avec une utilisation régulière de ce modèle de pratique au cours de leur exercice professionnel.

Enfin, une des autres interrogations posées dans le questionnaire se rapproche de l'hypothèse établie : « *D'une manière générale, pensez-vous que la mesure MCRO facilite le processus de résilience dans l'ensemble des prises en charges avec des patients hémiplegiques ? Ou uniquement dans certaines situations précises ? Si oui, dans quelles situations ?* ». En posant cette question, la réponse de l'ergothérapeute peut être influencée par un type de réponse souhaité par l'intervieweur.

### III. Perspectives

L'exploration menée nous révèle des éléments clés pour comprendre les liens entre le développement du processus de résilience chez le patient et la mise en place du modèle de pratique MCRO-P. En complément de l'analyse menée, différentes pistes montrent un intérêt à être approfondies.

#### 1. Le développement d'une coopération entre le patient, l'ergothérapeute et les autres professionnels de la santé

L'ergothérapeute est un partenaire en capacité d'accompagner le patient hémiplegique à entrer dans un processus de résilience. L'apport du MCRO-P lui permet de s'appuyer sur les besoins de la personne, c'est-à-dire ce qui est essentiel pour elle en termes d'occupations, dont le rendement et la satisfaction ne lui conviennent plus.

L'ergothérapeute s'appuie en partie sur les attentes du patient pour déterminer les objectifs au cours du processus d'intervention auprès de ce patient, et ainsi avoir une approche personnalisée, compréhensible. Cet élément a pour effet de favoriser l'adhésion du patient à son hospitalisation.

Par ailleurs, ces besoins développés par le patient lors de la mesure MCRO sont en mesure de servir d'appui pour les autres professionnels de santé. En accord avec le patient, l'ergothérapeute échange les informations récoltées avec les autres corps de métiers qui peuvent déterminer leurs objectifs en y intégrant alors des

attentes du patient. En conséquence, chaque professionnel développe ainsi des compétences spécifiques et communes avec les autres professionnels, permettant au patient de faire des liens entre les différentes séances proposées durant son séjour.

Dès lors, l'ergothérapeute occupe une mission clé pour partager les besoins exprimés par le patient au fur et à mesure de son hospitalisation, avec les objectifs de prise en charge de chaque professionnel impliquée dans la rééducation et réadaptation de cet individu.

## 2. La place d'acteur du patient

Dans le même temps, les paroles partagées par le patient hémiparétique sont écoutées et retranscrites par l'ergothérapeute. Il fait des choix, cote et indique son rendement et sa satisfaction : les propos reportés montre une certaine importance portée sur les indications de la personne et par la même occasion sur elle-même.

Depuis l'AVC et l'hémiplégie, l'estime de soi du patient s'était détériorée, mais l'importance qui lui est accordée a pour effet de le valoriser et de constater qu'il reste toujours présent dans son environnement, malgré l'apparition des situations de handicap.

En conséquence, se sentant directement impliqué dans le travail débuté par l'ergothérapeute, cela encourage ses prises d'initiative dans le processus d'intervention. Cette motivation devient un atout pour favoriser les progrès dans la rééducation et la réadaptation proposée en ergothérapie.

## 3. L'investissement dans l'activité créative

L'AVC peut être vécu comme un traumatisme, avec pour conséquences de sidérer psychiquement l'individu. Cela l'affecte dans ses caractéristiques essentielles, c'est-à-dire ce qui rend l'homme humain : les processus de liaison, la symbolisation et l'élaboration (LYSEK Daniel, 2011).

En conséquence, le traumatisme est en état de provoquer un effet déshumanisant, lui-même détériorant le processus de créativité du patient. Il peut cependant y faire face en réalisant et réinvestissant des activités créatrices. Cette idée rejoint les propos

évoqués par l'ergothérapeute 1 sur l'investissement envers les occupations créatrices, telles que les activités manuelles, ainsi que le développement de champ d'activités qu'il « avait oublié » ou qu'il peut découvrir, soutenu par l'ergothérapeute.

Ce moyen devient un des modes privilégiés d'accomplissement réparateur dans le processus d'intervention, réparation aussi bien physique que psychologique. Le travail réalisé dévoile de nouveaux talents auprès du patient, et lui fait ressortir l'idée qu'il est toujours capable de vivre de nouvelles réussites, en dépit de ce qui lui est arrivé : il se sent alors valorisé.

Cet « effet ricochet » permet au patient de rebondir, à travers des expériences positives et re-valorisantes. À partir d'un nécessaire processus de deuil, facilité par la mise en perspective d'un projet élaboré en collaboration avec l'ergothérapeute, le patient s'envisage dans un futur possible avec un positionnement d'acteur.

Dès lors, il peut se reconstruire et se recréer dans un processus de résilience lui permettant « un retour à la vie ». En effet, d'après Boris Cyrulnik (2010), « face à la perte, à l'adversité, à la souffrance que nous rencontrons... Plusieurs stratégies sont possibles : soit s'abandonner à la souffrance et faire carrière de victime, soit faire quelque chose de sa souffrance pour la transcender. La résilience n'est pas du tout une histoire de réussite, c'est l'histoire de la bagarre d'un enfant poussé vers la mort qui invente une stratégie de retour à la vie... c'est le devenir imprévisible, aux solutions surprenantes....on répare une injustice.... C'est une réconciliation ».

## CONCLUSION

L'accident vasculaire cérébral est un problème de santé public majeur dans notre société, avec plus de 130 000 nouveaux cas par an en France (HAS, 2012). Dans le même temps, il s'agit de la première cause de handicap non-traumatique chez l'adulte, qui peut s'exprimer par l'apparition d'une hémiplégié, entraînant une perte de motricité de la moitié du corps. Elle s'avère être une source d'incapacités dans la réalisation des activités et induit alors un bouleversement des habitudes de vie.

Pour faire face au traumatisme que le patient vit et en ressortir des éléments positifs, il est en capacité d'engager plus ou moins facilement un processus de résilience. Lors de sa rééducation et réadaptation, l'ergothérapeute est présent à ses côtés afin de « maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace » (ANFE, 2016).

L'objectif de cette initiation à la recherche dévoile le potentiel de l'ergothérapeute dans l'accompagnement du patient hémiplégié pour qu'il enclenche ce processus. Plus précisément, l'utilisation d'un modèle de pratique, le MCRO-P et de sa mesure MCRO met en lumière différents aspects rejoignant des facteurs de résilience.

Ainsi l'engagement s'initiant entre le professionnel et l'individu associé à la place prise par le patient, lui permet de s'impliquer dans les séances et de prendre conscience de son état actuel. Par ailleurs, il se rend compte du potentiel qu'il possède, ce qui le motive à réinvestir d'anciennes ou de nouvelles activités, entraînant de surcroît une valorisation. En conséquence, ces éléments initiés par le MCRO-P dévoilent en outre les possibilités de renforcement positif du physique et du psychisme suite au traumatisme.

En complément du sujet abordé, il pourrait être intéressant d'observer si une application possible de ce modèle à d'autres types de pathologies rencontrées par des patients, de nature traumatologie ou dégénérative par exemple, pourrait favoriser le développement du processus de résilience. Dès lors, pour y arriver, l'ergothérapeute utilise-t-il les mêmes ressorts que pour le patient hémiplégié, s'appuie-t-il plus sur certains aspects ou est-il à la recherche d'autres facteurs ?



# BIBLIOGRAPHIE

## I. Ouvrages

ANAUT Marie. Résilience. In FORMARIER Monique et al, *Les concepts en sciences infirmières*. 2ème édition. Toulouse : Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012, p. 269-270.

ANAUT Marie, CYRULNIK Boris et al. Résilience. De la Recherche à la Pratique. *1<sup>er</sup> congrès mondial sur la résilience*. Paris : Odile Jacob, 2014.

ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHÉRAPEUTES. *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa : CAOT Publications ACE, 1997.

CYRULNIK Boris. *Autobiographie d'un épouvantail*. Paris : Odile JACOB, 2010.

DE MORAND Anne. Le patient hémiplégique. In *Pratique de la rééducation neurologique*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2014, p. 1-18.

FENOUILLET Fabien. Introduction. *Les théories de la motivation*. Paris : Dunod, 2012, p. 1-12.

FENOUILLET Fabien. Préface. In Reeve Johnmarshall, *Psychologie de la motivation et des émotions*. Louvain-la-Neuve : De Boeck, 2017, p. VII.

LAURENT K., DE SÈZE M.-P., Delleci C. et al. Assessment of quality of life in stroke patients with hemiplegia. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine n°54*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2011, p. 376-390.

LAW Mary, BAPTISTE Sue, CARSWELL Anne et al., *Canadian Occupational Performance Measure*. 5th edition. Ottawa: CAOT Publications ACE, 2014, p. 1-50.

LYSEK Daniel. Traumatisme, élaboration et créativité. In FREYMANN Jean Richard, *Clinique de la déshumanisation*. Toulouse : Erès, 2011.

MARSAN Christine. Chapitre 4 - Dépasser le phénomène individuel de la résistance. *Réussir le changement*. Paris : De Boeck, 2008, p. 88-105.

MOREL-BRACQ Marie-Chantal. *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. Marseille : Solal, 2009, p. 79-88.

PIBAROT Isabelle. Dynamique de l'ergothérapie. *Journal d'Ergothérapie n°26*. Paris : Masson, 1978, p. 3-20.

PIBAROT Isabelle. *Une ergologie – Des Enjeux de la dimension subjective de l'activité humaine*. Paris : De Boeck-Solal, 2013, p. 1-50.

POLATAJKO Helene J., TOWNSEND Elizabeth A. et CRAIK Janet. Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision of Health, Well-being, & Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE, 2007, p. 22-36.

SIMON Olivier. Dépression après accident vasculaire cérébral. *Sang Thrombose Vaisseaux*, volume 19, n°5. Montrouge : John Libbey Eurotext, 2007, p. 248-254.

TISSERON Serge. Préface – Résiliences : comment s'y retrouver ?. *La résilience*. 5<sup>e</sup> édition. Paris : Presses Universitaires de France, 2014, p. 3.

VALLERAND Robert J. et Thill. *Introduction à la psychologie de la motivation*. Laval: Études Vivantes, 1993, p. 18.

WINNICOTT Donald W. Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant. *Jeu et réalité*. Paris, Gallimard, 1975, p. 153-162.

## II. Autres références

ANFE (Association Nationale des Ergothérapeutes Français). Définition [en ligne]. Disponible sur <http://anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession> (consulté le 15/11/2016).

CNRTL (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales). Résilience [en ligne]. Disponible sur <http://www.cnrtl.fr/definition/resilience> (consulté le 03/10/2016).

HAS (Haute autorité de santé). Guide - Affection de longue durée : Accident vasculaire cérébral. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/07-042\\_traceur\\_guide-adl-avc.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/07-042_traceur_guide-adl-avc.pdf) (consulté le 12/11/2016).

Gérontologie en institution comme à domicile. Chapitre 1 - Maslow et la "Pyramide" des besoins de l'être humain. *Maslow – Henderson – Soins*. Disponible sur : <http://papidoc.chic-cm.fr/573MaslowBesoins.pdf> (consulté le 15/12/2016).

HAS. Recommandation de bonne pratique - Accident vasculaire cérébral : méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte. Disponible sur : [http://www.has-](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/07-042_traceur_guide-adl-avc.pdf)

[sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-11/11irp01\\_argu\\_avc\\_methodes\\_de\\_reeducation.pdf](http://sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-11/11irp01_argu_avc_methodes_de_reeducation.pdf) (consulté le 22/11/2016).

LE GRAND ROBERT. Résilience [en ligne]. Disponible sur : <http://gr.bvdep.com.ezproxy.normandie-univ.fr/> (consulté le 02/10/2016)

OMS. Accident vasculaire cérébral [en ligne]. Disponible sur : [http://www.who.int/topics/cerebrovascular\\_accident/fr/](http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/fr/) (consulté le 06/11/2016)

PROULX Chantal. Système nerveux [en ligne]. Disponible sur [http://www.colvir.net/prof/chantal.proulx/701/syst\\_nerveux.html](http://www.colvir.net/prof/chantal.proulx/701/syst_nerveux.html) (consulté le 17/12/2016).

Rapport au Ministère de la santé et des sports. *La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France*. Juin 2009. p. 13. Disponible sur [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/AVC - rapport final - vf.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/AVC_-_rapport_final_-_vf.pdf) (consulté le 15/12/2016).

# ANNEXES

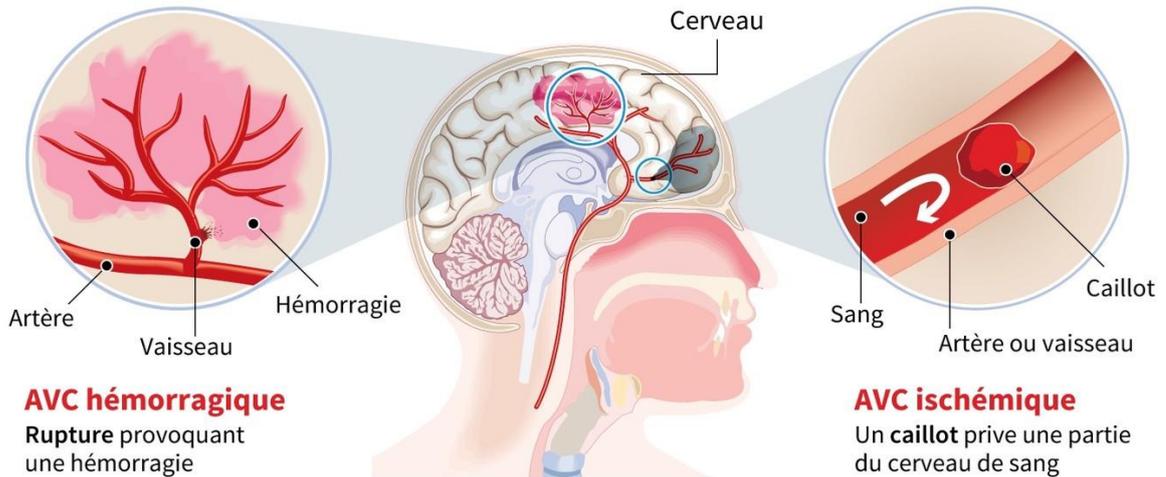
## Sommaire des annexes

ANNEXE I: Type d'accidents vasculaire cérébraux.....	1
ANNEXE II: Pyramide des besoins .....	2
ANNEXE III: Schéma de la courbe du deuil .....	3
ANNEXE IV: Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel.....	4
ANNEXE V: Guide d'entretien à destination des ergothérapeutes .....	8
ANNEXE VI: Formulaire de consentement.....	12

## ANNEXE I : Type d'accidents vasculaire cérébraux

### L'accident vasculaire cérébral (AVC)

Caused par l'interruption de la circulation sanguine dans le cerveau, c'est la 2<sup>e</sup> cause de mortalité dans le monde



#### AVC hémorragique

Rupture provoquant une hémorragie

La sévérité d'un AVC est **variable**

- Accident ischémique transitoire : régresse en quelques heures
- AVC gravissime : décès en quelques heures ou quelques jours
- 30% des patients sont **décédés** 1 an après l'accident
- 40 % des survivants gardent des **séquelles importantes**

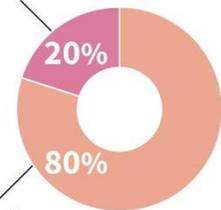
Principales séquelles

- **Hémiplégie**
- **Aphasie** (troubles du langage et de l'écrit)
- Dépression : touche 30% des survivants
- Déclin cognitif (ou démence): risque accru
- Crises d'épilepsie

#### AVC ischémique

Un **caillot** prive une partie du cerveau de sang

AVC hémorragiques



AVC ischémiques

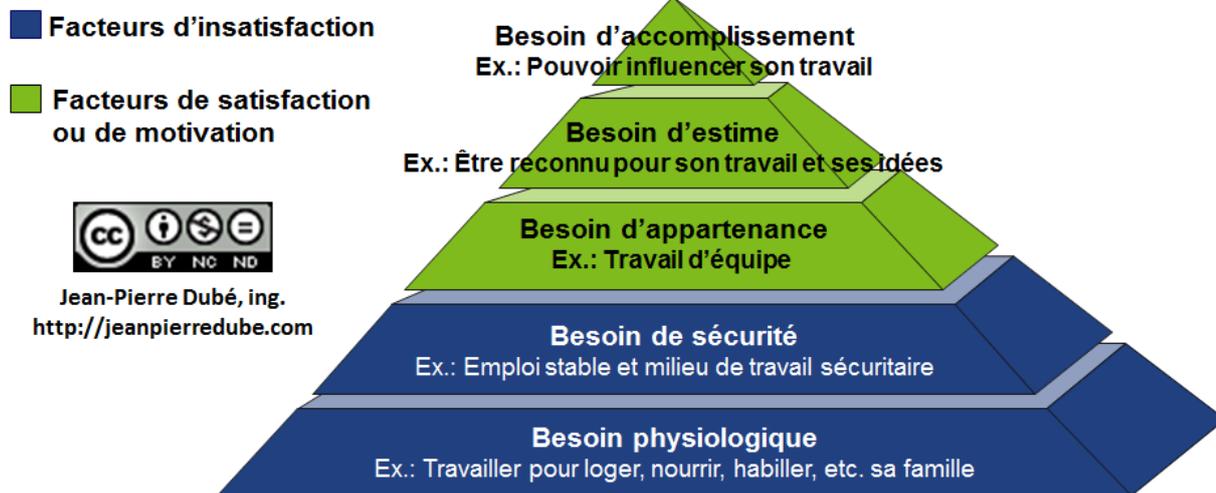
Sources : OMS, Inserm © AFP

Source: OMS, Inserm, © Agence France Presse

Disponible sur : [http://img.aws.la-croix.com/2016/09/14/1300788946/L-accident-vasculaire-cerebral-AVC\\_0\\_1400\\_1089.jpg](http://img.aws.la-croix.com/2016/09/14/1300788946/L-accident-vasculaire-cerebral-AVC_0_1400_1089.jpg) (consulté le 09.10.2016).

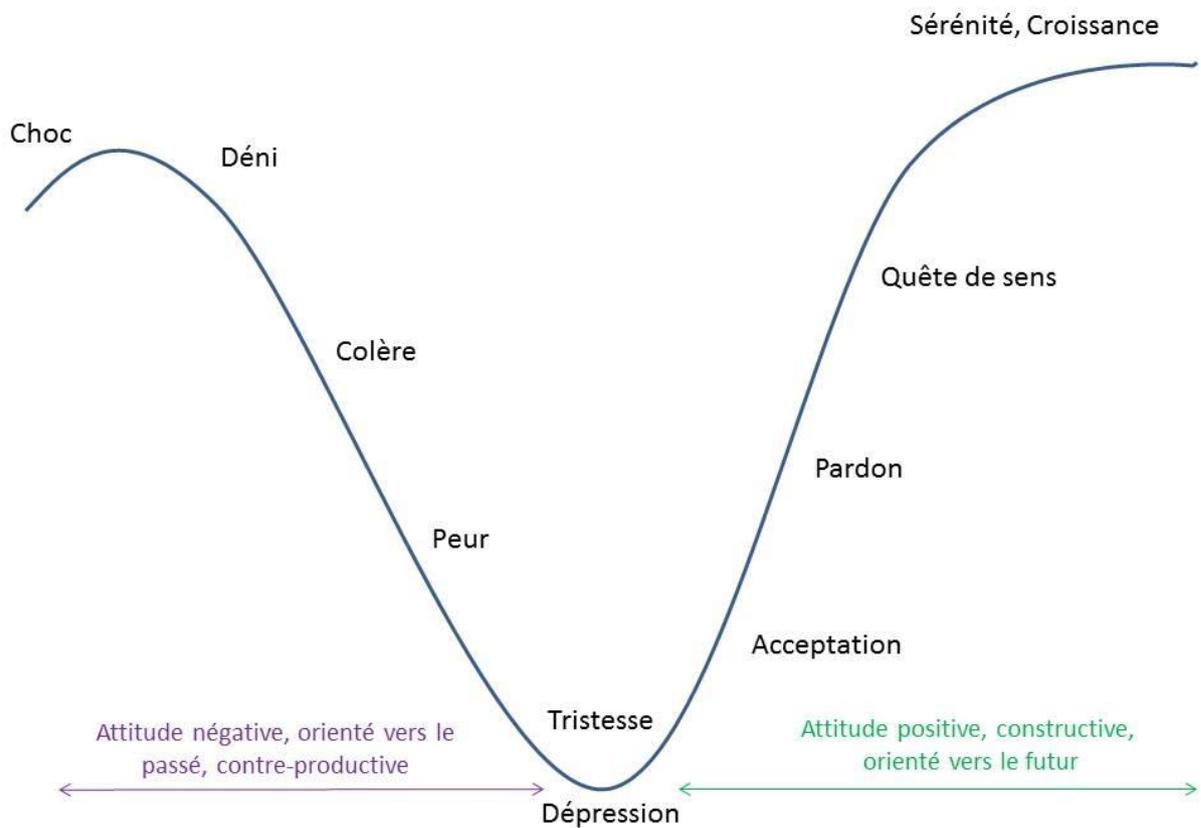
## ANNEXE II : Pyramide des besoins (MASLOW A., 1970)

### La pyramide des besoins de Maslow



Source : La Pyramide des besoins par Jean-Pierre Dubé [en ligne]  
Disponible sur <https://jpdconseil.com/wp-content/uploads/2012/10/jean-pierre-dube-pyramide-des-besoins-maslow.png> (consulté le 22.11.2017)

## ANNEXE III : Schéma de la courbe du deuil (Kübler-Ross E., 1975)



**Source:** *La résistance au changement [en ligne].*  
Disponible sur : <http://attitudes-positives.fr/la-resistance-au-changement/> (consulté le 29/01/2017).

# LA MESURE CANADIENNE DU RENDEMENT OCCUPATIONNEL

DEUXIÈME ÉDITION

Auteurs :

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.

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

Thérapeute :
Établissement/organisme :
Programme :

Publié par CAOT Publications ACE	• M. Law, S. Baptiste, A. Carswell, M.A. McColl, H. Polatajko, N. Pollock
----------------------------------	---

ÉTAPE 1 : IDENTIFICATION DES PROBLÈMES DE RENDEMENT OCCUPATIONNEL	ÉTAPE 2 : ÉVALUATION DE L'IMPORTANCE
<p>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. Consigner ces activités qui posent problème dans les étapes 1A,1B, ou 1C.</p>	<p>À 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.</p>
<p><b>ÉTAPE 1 A : Soins personnels</b></p> <p>Soins personnels _____          (Ex : habillage, bain, alimentation, hygiène) _____</p> <p>Mobilité fonctionnelle _____          (ex : transfert à l'intérieur, à l'extérieur) _____</p> <p>Vie Communautaire _____          (ex : transport, amplettes, finances) _____</p>	<p><b>IMPORTANCE</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>1B : Productivité</b></p> <p>Travail rémunéré/non rémunéré (Ex trouver ou garder un emploi, bénévolat) _____</p> <p>Gestion domestique _____          ex : ménage, lessive, préparation des repas _____</p> <p>Jeux/travail scolaire _____          (ex : habiletés de jeu, devoirs scolaires) _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

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

### ÉTAPES 3 & 4 : COTATION - ÉVALUATION INITIALE ET RÉÉVALUATION

Confirmer avec le client les 5 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, calculer ensuite les scores totaux. Les scores totaux sont calculés en additionnant ensemble les scores de tous les problèmes du rendement ou de la satisfaction, divisée ensuite par le nombre de problèmes. Au moment de la réévaluation, le client cote à nouveau chaque problème en fonction du rendement 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"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>
4. <input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>

COTATION :		RENDEMENT	SATISFACTION	RENDEMENT	SATISFACTION
Score total =	Scores totaux du rendement ou de la satisfaction / # de Problèmes	SCORE 1 0 / 5 = 0,00	SCORE 1 0 / 5 = 0,00	SCORE 2 0 / 5 = 0,00	SCORE 2 0 / 5 = 0,00

CHANGEMENT DANS LE RENDEMENT = cote de rendement 2  — cote de rendement 1  =

CHANGEMENT DANS LA SATISFACTION = cote de satisfaction 2  — cote de satisfaction 1  =

NOTES COMPLÉMENTAIRES ET INFORMATIONS CONNEXES

Évaluation initiale :

---

---

Réévaluation :

---

## ANNEXE V: Guide d'entretien à destination des ergothérapeutes

### **Introduction :**

Bonjour, je suis Alexandre Guillou et j'étudie actuellement en 3<sup>e</sup> année d'ergothérapie à l'Institut de Formation La Musse, dans le département de l'Eure.

Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche, j'étudie actuellement la plus-value de l'ergothérapeute dans l'accompagnement du patient hémiparétique dans un processus de résilience.

Pour rappel, la résilience est un processus dans lequel on observe la capacité d'une personne à faire face à des événements traumatiques physiques et/ou psychologiques. De cette situation, elle parvient à en extraire des éléments positifs pour enrichir le cours de sa vie, avec l'aménagement, la découverte et le réinvestissement d'activités. Différents facteurs peuvent favoriser la mise en place de ce processus.

#### *Thème de cet entretien :*

Dans cet entretien, dans cette potentialité de résilience que peut offrir la prise en charge en ergothérapie, je m'intéresse notamment à l'utilisation d'un modèle de pratique, le Modèle Canadien du Rendement Occupation et de Participation et de son outil d'entretien, la mesure MCRO. Je souhaite connaître votre ressenti sur la mise en pratique de cet outil, ainsi que les avis exprimés par les patients ayant participé à ce processus d'intervention particulier. Pour rappel, il n'y a donc pas de mauvaise réponse.

**Rappel des consignes de l'entretien :**

L'entretien respecte l'anonymat, je ne transmettrai aucun renseignement permettant de vous identifier. Afin de faciliter la retranscription de l'entretien, êtes-vous d'accord pour que j'enregistre nos échanges ? Vous avez le choix de répondre ou non aux différentes questions. L'entretien peut être interrompu à tout moment, si vous le souhaitez. Je vous remercie par avance pour le temps que vous m'accordez.

**Questions en lien avec le sujet abordé :**

*a. Renseignements généraux*

1. Travaillez-vous en structure type « service de soins et de rééducation » ?

- Si oui, depuis combien de temps ? .....
- Si non, avez-vous déjà exercé dans ce domaine d'activité ?  
.....

2. Au cours de votre formation initiale, avez-vous reçu une sensibilisation sur le modèle de pratique du Modèle Canadien du Rendement Occupationnel ou de ses versions postérieures (MCRO-P, MCREO-P) ?

.....

- Avez-vous suivi une formation en continue sur ce modèle de pratique ?

.....

*b. Utilisation du modèle*

3. Comment utilisez-vous cette mesure MCRO ? C'est-à-dire, l'utilisez-vous intégralement avec les différentes cotations ou vous sert-elle de trame d'entretien en vous inspirant des thématiques (activités quotidiennes/journalières/loisirs) évoquées dans la mesure ?

.....

4. De manière générale, à quel moment de la prise en charge réalisez-vous cette mesure ? En début et/ou en fin de processus d'intervention ? Lors d'un blocage rencontré par le patient au cours de l'hospitalisation ?

.....

5. Avez-vous déjà utilisé cette mesure auprès de patients hémiplegiques ?

.....

6. Est-ce un souhait du patient de réaliser un entretien sur les activités importantes à ces yeux et qu'il est en incapacité de réaliser ? Une proposition de l'ergothérapeute ? Un échange commun ?

.....

7. Quels sont les éléments facilitateurs et/ou des difficultés rencontrées lors de la passation de cet outil auprès de patients hémiplegiques ? Avez-vous un exemple avec un patient en particulier pour illustrer ces éléments ?

.....

8. Quel est le ressenti exprimé par le patient à l'issue du premier entretien ? Cet outil a-t-il permis une prise de conscience progressive de ce qui est important à ses yeux ? (*Repérer des ressources internes pour lui-même et pour l'ergothérapeute ? Mettre en lumière d'éventuelles difficultés et ressources ?*)

.....

9. Dans votre prise en charge, quelles sont les adaptations que vous avez réalisées en fonction des résultats obtenus lors de l'entretien ? Avez-vous un exemple pour les illustrer ? *ex : Réalisation d'activités proches de celles exprimées par le patient ?*

.....

10. Comment le patient s'est-il placé dans la prise en charge ? Remarquez-vous des particularités dans son engagement vis-à-vis de son hospitalisation (par rapport à une prise en charge sans ce modèle) ? Se place-t-il comme acteur ? Quelles sont les propositions qu'il évoque au cours de sa rééducation et de sa réadaptation ?

.....

11. Quels est votre ressenti vis-à-vis de l'utilisation de ce modèle et de la mesure auprès de ce public ? (*En comparaison avec une prise en charge ne se basant pas ce modèle ?*)

.....

12. Selon vous, la mise en lumière des différentes activités difficiles à réaliser et importantes aux yeux du patient, permet-elle de faciliter l'approche et l'accompagnement du patient hémiparétique ? Permet-elle de débloquent des situations complexes aux yeux du patient, de franchir des obstacles ? De quelle manière ? (*au niveau de l'assimilation, l'acceptation de son nouveau corps, de ses nouvelles capacités ?*)

.....

13. D'une manière générale, pensez-vous que la mesure MCRO facilite le processus de résilience dans l'ensemble des prises en charges avec des patients hémiparétiques ? Ou uniquement dans certaines situations précises ? Si oui, dans quelles situations ?

.....

14. Selon vous, la mesure permet-elle au patient de prendre part en tant qu'acteur dans sa prise en charge ? Si oui, ce phénomène est-il utile pour rebondir dans un processus de résilience face aux incapacités nouvelles du patient ?

.....

### **Remerciements :**

Je vous remercie pour le temps consacré à la réalisation de cet entretien.

## ANNEXE VI : Formulaire de consentement



INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHÉRAPIE LA MUSSE



Fondation hospitalière reconnue d'utilité publique par décret du 8 Juillet 1928



Objet : Formulaire de consentement destiné aux ergothérapeutes

Madame, Monsieur,

Actuellement en 3<sup>ème</sup> année d'ergothérapie à l'institut de formation La Musse, je réalise dans le cadre de ma formation, un mémoire d'initiation à la recherche. Le thème de mon sujet. Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche, j'étudie actuellement la plus-value de l'ergothérapeute dans l'accompagnement du patient hémiparétique dans un processus de résilience.

Afin d'approfondir la phase expérimentale de mon mémoire, il m'est nécessaire de réaliser plusieurs entretiens en vue de recueillir des données à mettre en relation avec mes recherches.

La durée de l'entretien est d'environ 20 minutes. Si vous me l'autorisez, je me permets d'enregistrer notre échange pour le retranscrire plus facilement par la suite. Je garantis l'anonymat du traitement de ces données. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, je ne vous jugerai en aucun cas sur ce que vous me direz tout au long de l'entretien.

**Signature du participant**

**Signature de l'étudiant**

Précédée de la mention

« Lu et approuvé »



***L'ergothérapie et le développement de la résilience  
chez le patient hémiplégique***

**GUILLOU Alexandre**

**Mots-clés** : AVC, ergothérapeute, hémiplégie, MCRO-P, résilience.

**Résumé** :

En France, 130 000 nouveaux cas d'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) surviennent chaque année. Ce déficit neurologique entraîne de possibles déficiences motrices telles que l'hémiplégie, source d'incapacités dans la réalisation des activités et induit alors un bouleversement des habitudes de vie. La personne hémiplégique peut développer un processus de résilience pour faire face à ce traumatisme vécu et en ressortir des éléments positifs. Les ergothérapeutes interviennent auprès de ces patients pour la rééducation et de réadaptation des incapacités.

Dès lors, l'objectif de ce mémoire est de connaître les plus-values de ce thérapeute pour l'accompagner à révéler cette résilience, notamment en utilisant le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de Participation (MCRO-P). Pour y répondre, un entretien semi-directif est réalisé auprès d'ergothérapeutes employant ce modèle dans leur pratique professionnelle. L'expérimentation révèle les atouts de ce modèle dans le développement de la résilience, sous certaines conditions, chez le patient hémiplégique.

**Title:** Occupational therapy and development of resilience with hemiplegic patients.

**Keywords:** COPM, hemiplegia, occupational therapist, resilience, stroke.

**Abstract** :

In France, there are 130 000 new cases of strokes every year. The possible outcome of this neurological deficit is an hemiplegia, a paralysis of half of the body which cause a lot of incapacities in activities achievement and induce a lifestyle upset. Hemiplegic patients may develop a process of resilience to overcome this shock and emphasize the positive of the new situation. Occupational therapists (OT) intervene in re-education and rehabilitation of this public. The aim of this paper is to know the OT benefits to support hemiplegics in order to develop resilience, in particular with the use of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM). The experimentation realized, consisting of OT interview, revealed COPM advantages to elaborate resilience for hemiplegic public, with some conditions.