



INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE DE L'IFPVPS-
HYERES

Engagement occupationnel après un accident vasculaire cérébral : l'influence du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel en ergothérapie

Présenté par : GRAVICHE Lauriane

*Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat en
Ergothérapie : unités d'enseignements de recherche*

Promotion 2015-2018

Juin 2018

Référent professionnel : Pierre BONIZEC

Référent pédagogique : Marie-Charlotte BRANCHET

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui m'ont épaulée tout au long de l'écriture de ce mémoire.

Je tiens à remercier tout particulièrement, Pierre Bonizec, ergothérapeute à la Timone, de m'avoir accompagnée tout au long de mon travail de recherche. Tu as su te rendre disponible et répondre à mes questions. Par tes expertises professionnelles et méthodologiques, tu as su m'écouter, me soutenir et faire évoluer ma réflexion.

Je remercie également ma référente pédagogique, Marie-Charlotte Branchet qui a su m'accompagner tout au long de ma réflexion. Sa bienveillance et son suivi m'ont permis de devenir la professionnelle que je suis aujourd'hui.

Je souhaite également remercier l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Hyères qui m'a permis de faire évoluer ma réflexion au cours de ces trois années d'études.

J'adresse une reconnaissance particulière à mes camarades, notamment à mon groupe de mémoire pour ses critiques constructives, ma colocatrice pour son soutien et sa motivation et enfin à mes amies qui ont rendu ces trois années merveilleuses.

Je souhaite également remercier ma famille, mon compagnon, mes amis, qui malgré la distance, m'ont soutenue et aidée tout au long de ces trois ans.

Sommaire

1. Introduction.....	1
2. Phase pratique	2
2.1. L'intervention en ergothérapie	2
2.1.1. L'évolution de la profession	2
2.1.2. La démarche ergothérapique.....	3
2.1.3. Au sein d'une équipe interdisciplinaire	4
2.1.4. Apport de la motivation et de l'engagement en ergothérapie.....	5
2.2. La motivation au service de l'engagement.....	5
2.2.1. La motivation	5
2.2.3. L'engagement	6
2.2.4. Le désengagement en ergothérapie.....	6
2.2.5. Les déterminants de l'engagement.....	7
2.3. La personne victime d'accident vasculaire cérébral.....	8
2.3.1. L'accident vasculaire cérébral	8
2.3.2. Mécanismes.....	9
2.3.3. Séquelles de l'Accident Vasculaire Cérébral.....	10
2.3.4. Répercussions sur les activités de la vie quotidienne	11
2.3.5. Accompagnement par l'ergothérapeute	12
2.3.6. Engagement des personnes victimes d'AVC dans leur rééducation.....	12
3. Question de recherche.....	13
4. Cadre théorique.....	13
4.1. Théories de la motivation	13
4.1.1. L'évolution du concept de motivation	14
4.1.2. La théorie des besoins de Maslow	14
4.1.3. Théorie de l'autodétermination de Ryan & Deci.....	15
4.2. Théorie de l'occupation	16

4.2.1. L'occupation	16
4.2.2. L'engagement occupationnel	17
4.3. L'approche en ergothérapie : base de nos modèles	18
4.2.1. Approche centrée sur la personne	18
4.2.2. Modèles conceptuels	19
4.2.3. Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO)..	20
4.4. Synthèses théoriques.....	23
5. Hypothèse	24
6. Expérimentation.....	24
6.1. Objectifs.....	24
6.2. Participants	24
6.2.1. Population mère	24
6.2.2. Echantillon	25
6.3. Outils de mesure	26
6.3.1. Variables et opérationnalisation.....	26
6.3.2. Choix de la méthode	27
6.3.3. Choix de l'outil	27
6.3.4. Conception de l'outil.....	28
6.3.5. Validation de l'outil	30
6.3.6. Contact de l'échantillon	30
6.3.7. Contexte de l'entretien	30
6.4. Méthode d'analyse des données	31
7. Résultats et analyse des données.....	32
7.1. Croisement des variables	32
7.2. Variable indépendante	32
7.2.1. Présentation des résultats concernant la variable indépendante.....	32
7.2.2. Analyse de la variable indépendante.....	33

7.3. Variable dépendante	33
7.3.1. Présentation des résultats concernant la variable dépendante.....	33
7.3.2. Analyse de la variable dépendante.....	35
7.4. Présentation et analyse des données supplémentaires	36
8. Discussion	36
8.1. Confrontation des résultats avec le cadre théorique	37
8.2. Analyse des biais méthodologiques.....	38
8.3. Comparaison avec des recherches similaires.....	39
8.4. Apport pour la pratique professionnelle	39
8.5. Enjeux éthiques.....	40
8.6. Perspectives et débouchés	41
9. Conclusion	41
10. Bibliographie	43

Sommaire des annexes

Abstract

1. Introduction

Lors d'une action de bénévolat durant notre première année de formation, nous assistons à une conférence animée par un patient. Cette personne a subi un accident de la vie à l'âge de 18 ans. Elle se retrouve alors en situation de handicap à la suite d'une amputation de l'avant-bras. Cependant, elle choisit « de transformer [ses] limitations en motivations », ce qui lui permet de s'engager pleinement dans de nouvelles occupations. En effet, cette personne souhaitait jouer de la batterie. Malgré le fait qu'elle était limitée pour réaliser cette occupation, cela a constitué une motivation et aujourd'hui elle peut la réaliser pleinement.

Le lien privilégié entre la motivation et l'engagement nous a alors paru essentiel. Cette idée a guidé notre réflexion et notre accompagnement en tant que stagiaire ergothérapeute. Au cours de nos différents stages, principalement en service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) que ce soit en traumatologie ou en neurologie, nous rencontrons des personnes avec peu de motivation. Ce manque de motivation impactait la récupération puisque les personnes ne poursuivaient pas la rééducation à domicile. Cependant, nous ne souhaitons pas imposer de la rééducation aux patients. Il nous manquait, alors, des outils pour favoriser la motivation et par conséquent l'engagement des personnes que nous accompagnions. Nous nous sommes aperçus que notre difficulté à motiver et engager les personnes concernait de nombreux ergothérapeutes.

C'est pourquoi nous nous intéressons à ces notions. La motivation semble être au service de l'engagement. Ce lien constitue le point de départ de notre recherche. La finalité recherchée est l'engagement, c'est pourquoi nous arrivons à la question de départ suivante : qu'est-ce qui impacte l'engagement dans la rééducation en ergothérapie ?

Nous recherchons, alors, en premier lieu la cause de ce désengagement en ergothérapie. Nous nous intéressons particulièrement aux personnes victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC) dans ce mémoire de recherche car, du fait de leurs troubles cognitifs, psycho-affectifs et leur fatigue importante, ils sont susceptibles d'avoir des difficultés à s'engager. Nous avons pu le constater au cours de nos stages. Egalement, l'engagement de ces derniers dans la rééducation semble essentiel puisque la prise en soins est longue, elle nécessite alors un engagement sur le long terme afin de poursuivre les soins. De plus, l'AVC est un phénomène de santé publique puisqu'il concerne de nombreuses personnes chaque année et représente un coût économique important. L'incidence ne cesse d'augmenter. L'AVC représente également

la première cause de handicap acquis chez l'adulte et la deuxième cause de démence. Malgré les progrès dans l'accompagnement des personnes victimes d'AVC, notamment dus à la mise en place du plan national AVC 2010-2014, de nombreuses personnes présentent, en France, des séquelles d'AVC à domicile. C'est pourquoi notre accompagnement doit se voir évoluer et progresser. Nous étudions à travers ce mémoire d'initiation à la recherche un processus d'engagement dès la phase subaiguë, soit la phase de rééducation, afin de permettre un maintien de cet engagement sur le long terme.

Ce mémoire débute par une revue de littérature couplée avec une enquête de terrain nous permettant de connaître la pratique des ergothérapeutes et l'importance qu'ils donnent à la notion d'engagement. Cela nous permet d'aboutir à notre question centrale s'axant sur une recherche de moyens pour engager les personnes victimes d'AVC. Puis, nous réalisons un étayage de cette question à l'aide de théories probantes. Nous développons les théories de la motivation avec une vision psychologique puis la théorie de l'occupation avec notamment l'engagement occupationnel avec une vision ergothérapique. Enfin, nous abordons les approches en ergothérapie avec une vision psychologique et ergothérapique. Notre démarche est hypothético-déductive, en effet, ces théories nous permettent de répondre à notre problématique par la formulation d'une hypothèse. Afin de vérifier cette dernière, un dispositif de recherche est construit. Nous réalisons quatre entretiens qualitatifs auprès d'ergothérapeutes exerçant en neurologie. Enfin, l'analyse de nos résultats nous permet de valider ou d'infirmer notre hypothèse et propose des perspectives et des débouchés quant à la pratique de notre métier d'ergothérapeute mais également à la recherche.

2. Phase pratique

2.1. L'intervention en ergothérapie

2.1.1. L'évolution de la profession

L'ergothérapie est une discipline paramédicale peu connue et pourtant très riche. Sylvie Meyer explique en 2010, que les ergothérapeutes soutiennent les personnes victimes d'accident, de troubles du développement, de maladie ou du vieillissement à mener leurs occupations. L'association nationale française des ergothérapeutes (WFOT, 2005, cité par Meyer, 2010)

donne comme but de l'ergothérapie, l'autonomie des individus en situation de handicap dans leur environnement. Cette profession a vu le jour au début du XXème siècle, notamment en santé mentale. Le versant thérapeutique de l'occupation est reconnu. En 1922, Meyer (cité par Meyer, 2013) a défendu l'effet bénéfique de l'engagement sur la santé. Il était question d'engager le malade mental dans des occupations. Par la suite, l'ergothérapie a évolué en parallèle de l'évolution du monde de la santé. En effet, au retour de la Seconde Guerre mondiale, les améliorations des connaissances médicales ont éloigné la pratique de l'occupation pour se concentrer sur ses composantes « réduisant de ce fait l'être humain en « petites parties » » (Martini, Techene, 2018, p.158). La profession se détourne donc de ses valeurs fondatrices. Les activités restent thérapeutiques mais elles sont choisies par le thérapeute afin de développer une partie du corps (Marchalot, 2018). L'engagement tend alors à disparaître (Meyer, 2013). Progressivement, des lieux de mises en situation sont utilisés pour vérifier l'acquisition de capacités à la suite de la rééducation. Actuellement, un tournant dans la profession voit le jour. Le référentiel de formation (Arrêté du 5 juillet 2010) place l'ergothérapeute dans l'interaction entre la personne, ses occupations et son environnement. L'occupation n'est plus seulement un moyen thérapeutique, c'est également un objectif de l'accompagnement (Marchalot, 2018). « L'ergothérapeute cherche l'engagement » (Marchalot, 2018, p.261). Le concept d'engagement émerge de nouveau dans la pratique ergothérapeutique.

La profession évolue au fil des années en parallèle de l'évolution des Sciences de l'Occupation. Nous allons présenter la démarche en ergothérapie. Celle-ci fournit un cadre d'intervention aux ergothérapeutes, cependant chaque professionnel l'utilise différemment, en l'adaptant à la population accompagnée.

2.1.2. La démarche ergothérapeutique

L'ergothérapeute a une approche spécifique puisqu'il a trois champs d'interventions. Il rééduque l'individu pour accroître ses capacités, il peut agir sur la réadaptation par le biais de stratégies de compensations, d'aménagement de l'environnement ou bien par la suppléance d'aide technique et enfin il peut être amené à réinsérer la personne dans son environnement et ses occupations. Pour cela, les ergothérapeutes mettent en place une collaboration étroite avec la personne pour établir un plan d'intervention adapté qui comprend des évaluations de son être, de ses occupations et de son environnement, l'établissement d'objectifs et de moyens d'intervention. L'intervention en ergothérapie débute par l'évaluation initiale, elle est primordiale. Elle est composée d'un entretien, de bilans et d'observations. Hopkins & Smith en 1978 (cité par Meyer, 2010) déclarent que l'ergothérapeute doit créer une relation de confiance

en prenant en compte les intérêts de la personne, en comprenant cette dernière, sans cela la personne n'est pas motivée pour l'accompagnement en ergothérapie et ne s'y engage pas. En effet, comme l'appui Cohn, Schell & Neistadt en 2003 (cité par Meyer, 2010), la première rencontre est essentielle car elle permet de créer une alliance thérapeutique. D'après plusieurs études recensées par Hall, Ferreira, Maher, Latimer & Ferreira (2010), l'alliance thérapeutique en rééducation permet un meilleur résultat sur le plan de l'adhésion, de la satisfaction et dans la réalisation des activités de la vie quotidienne. L'entretien peut être guidé par l'utilisation d'un modèle conceptuel. Les informations recueillies permettent de visualiser les évaluations à réaliser. Il existe des bilans validés qu'il faut connaître. Comme le dit Kalfat en 2006, mesurer sert, à l'ergothérapeute, à comprendre les situations de handicap. En ergothérapie, les évaluations ne doivent pas être ciblées sur un symptôme, une pathologie mais plutôt sur les attentes de la personne ainsi que sur ses difficultés (Détraz, Morel-Bracq, Caire, 2008). Ensuite, l'ergothérapeute utilise des approches d'intervention pouvant être catégorisées en deux groupes selon leur fondement théorique : les approches Bottom-Up (ascendantes) et les approches Top-Down (descendantes) (Martini, Techene, 2018). Elles expliquent que les approches Bottom-Up partent du postulat que les déficiences provoquent une limitation de participation et qu'en réduisant ces déficiences, la participation est améliorée. Les approches Top-Down sont, elles, orientées sur l'activité. Elles considèrent que différents systèmes (attentionnel, motivationnel, musculo-squelettique, etc.) en interaction permettent la réussite de l'activité (Martini, Techene, 2018). Actuellement, les deux approches sont utilisées en ergothérapie ; cependant selon Martini et Techene (2018), les approches d'intervention Top-Down ont montré de meilleurs résultats.

L'ergothérapeute possède une démarche d'intervention spécifique, cependant il intervient au sein d'une équipe.

2.1.3. Au sein d'une équipe interdisciplinaire

L'ergothérapeute fait partie d'une équipe interdisciplinaire, ce qui implique une collaboration avec d'autres professionnels. Le dictionnaire Larousse décrit l'équipe comme « ensemble de personnes travaillant à une même tâche » (« définition d'équipe », n.d.). Cette définition décrit la volonté des équipes interdisciplinaires d'avoir un objectif, un projet commun. La Haute Autorité de Santé (2014) appuie cela en expliquant que le « travail en équipe rassemble les professionnels autour de buts communs » et leur permet de trouver des solutions pour améliorer la prise en soins du patient. La collaboration interprofessionnelle permet une meilleure organisation et un meilleur accompagnement de la personne. En effet, Sorita et Caire

(2013) déclarent qu'un professionnel intervenant seul aura moins d'impact sur l'amélioration de la qualité de vie du patient par rapport à une intervention coordonnée des professionnels de santé. En effet, le travail en équipe permet à l'ergothérapeute de ne pas être seul face à ses potentielles difficultés et permet à la personne de bénéficier de divers accompagnements.

L'intervention de l'ergothérapeute au sein d'une équipe est bénéfique pour la personne. Et la motivation, qu'apporte-t-elle en ergothérapie ?

2.1.4. Apport de la motivation et de l'engagement en ergothérapie

Meyer, ergothérapeute, (2013) s'appuie sur plusieurs auteurs pour définir la motivation comme une action d'origine inconsciente dans un but de satisfaction des besoins physiologiques et psychologiques. Les théoriciens de l'ergothérapie s'entendent sur le fait que la motivation est un pilier de la profession (Meyer, 2013). Un questionnaire destiné aux ergothérapeutes français confirme cela (cf. annexe 1). La motivation en ergothérapie permet à la personne de s'engager dans ses occupations. De plus, Townsend & Polatajko déclarent que l'engagement dans une occupation favorise le rétablissement (2013). Le concept d'engagement intéresse de plus en plus les ergothérapeutes. En effet, en avril 2018, les journées nationales de l'ergothérapie ont eu pour thème : Engagement, occupation et santé. Le but de ce congrès est de comprendre les liens entre la théorie et la pratique, et de ce fait faciliter l'engagement des personnes en situation de handicap (Morel-Bracq, 2018).

La motivation permet à la personne de s'engager dans la rééducation. Le lien entre la motivation et l'engagement est alors important à comprendre.

2.2. La motivation au service de l'engagement

2.2.1. La motivation

Les ergothérapeutes chercheurs distinguent la motivation extrinsèque qui provient d'une incitation externe et qui pousse la personne à agir pour atteindre un résultat satisfaisant, de la motivation intrinsèque qui se définit comme le plaisir pour l'occupation (Meyer, 2013). Pour les ergothérapeutes, il est intéressant de savoir comment agir sur la motivation. Brief et Paradis (1991) expliquent que la motivation est à la base de l'action humaine. La motivation est un engagement personnalisé qui permet d'atteindre des buts et des objectifs fixés. En ergothérapie, nous cherchons à atteindre des objectifs préalablement définis, nous pouvons donc dire que la motivation est importante dans la rééducation. Pour motiver la personne, selon Arnsten (1989) l'ergothérapeute doit être capable de sélectionner des occupations qui l'intéressent, en effet, une occupation qui a du sens motive à générer un effort. En 2017, Reeve confirme que l'intérêt

motive la personne à s'engager, il donne l'énergie, la capacité à persévérer et à se concentrer. L'intérêt prolonge l'engagement dans la tâche.

La motivation pousse la personne à agir et lui permet d'accéder à l'engagement. Mais qu'est-ce que l'engagement ?

2.2.3. L'engagement

L'engagement est défini comme un « acte par lequel on s'engage à accomplir quelque chose ; promesse ; convention ou contrat par lesquels on se lie » ou bien « pour les existentialistes, et notamment pour J.-P. Sartre, acte par lequel l'individu assume les valeurs qu'il a choisies et donne ainsi un sens à son action » (Larousse, 1983, p.4416). Nous comprenons alors l'engagement comme le fait d'accomplir quelque chose qui a du sens en lien avec ses valeurs. En sociologie, le terme d'« engagement » est de plus en plus utilisé pour expliquer les comportements humains, cependant il est rarement défini (Becker, 1960). Les sociologues déclarent que les individus ont des besoins stables et cohérents afin d'augmenter leur satisfaction personnelle (Becker, 1960). L'engagement permet alors de suivre une trajectoire définie, d'être impliqué dans une occupation. En ergothérapie, cette explication de l'engagement est intéressante puisque nous recherchons à ce que la personne soit impliquée dans l'occupation. En effet, en 2013, Meyer déclare que l'engagement dans des activités est essentiel pour maintenir la personne dans ces dernières. Elle définit l'engagement comme « le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation » (Meyer, 2013, p.155). L'ergothérapeute doit alors rechercher les moyens pour impliquer la personne dans l'occupation et de ce fait l'engager.

L'engagement dans une occupation permet une implication en ergothérapie et l'ergothérapeute semble jouer un rôle important. Rencontrent-ils souvent des personnes difficiles à engager ? Qu'est-ce que cela implique ?

2.2.4. Le désengagement en ergothérapie

Il est important que les personnes soient engagées dans leur rééducation, cependant de nombreux thérapeutes notent un désengagement. Comme le montre l'étude réalisée par Lequerica, Donnell & Tate (2009), 68% des rééducateurs rencontrent des patients difficiles à engager. En rééducation, l'engagement est défini comme « le sentiment de participer » (Meyer, 2013, p.155). En effet, les concepts de participation et d'engagement sont liés (Bernard, 2014). Larsson Lund, Tamm & Branholm (2001) se sont intéressés à la perception des personnes vis-

à-vis de leur participation. Les auteures ont alors distingué trois catégories de patients : les patients non participants, les participants occasionnels et les participants. Les auteures démontrent que les non-participants ne s'intéressent pas au plan de traitement, qu'ils acceptent facilement les décisions et qu'ils sont satisfaits de cette position. Ensuite, elles établissent que les participants occasionnels souhaitent être plus impliqués par l'équipe soignante, ils veulent que leurs désirs soient pris en considération. Enfin, les auteures considèrent que les participants sont satisfaits de la place qu'ils occupent dans leur thérapie et ils sont impliqués dans cette dernière. Cette étude nous montre que certaines personnes souhaitent être passives alors que d'autres préfèrent pouvoir s'engager pleinement dans la thérapie. Lenze, Munin, Quear, Dew, Rogers, Begley & Reynolds (2004) ont constaté à nouveau ces trois catégories de patients. Ils ont démontré que les participants ou les participants occasionnels avaient de meilleurs résultats fonctionnels que ceux qui ne participent pas à la rééducation. De plus, la durée du séjour sera plus courte pour les patients qui participent. Ils concluent donc qu'il faut évaluer la participation pour maximiser les résultats fonctionnels et diminuer la durée du séjour.

Les professionnels rencontrent souvent des personnes difficiles à engager. Cependant, la participation des personnes permet un meilleur résultat fonctionnel et une durée plus courte de séjour. Nous pouvons donc dire que l'engagement des patients a un effet positif sur leur santé, c'est pourquoi il est essentiel de s'intéresser aux freins et facilitateurs à l'engagement.

2.2.5. Les déterminants de l'engagement

Lors de la phase exploratoire de notre travail de recherche, nous avons interrogé, par le biais d'un questionnaire (cf. annexe 1), des ergothérapeutes sur les freins et les facilitateurs à la motivation et de ce fait à l'engagement. Dans ce dernier, les ergothérapeutes nous ont présenté différents facteurs impactant la motivation, notamment, les troubles psycho-affectifs tels que la dépression, l'apathie et l'acceptation du handicap. La dépression est caractérisée par le DSM5 (American Psychiatric Association, 2015, p.181) par la « présence d'une humeur triste, vide ou irritable, accompagnée de modifications somatiques et cognitives qui perturbent significativement les capacités de fonctionnement de l'individu. ». Boucand en 1997 explique que la dépression a des conséquences sur la récupération et sur l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne. Cela est dû à une baisse de motivation et de participation dans la rééducation. Les troubles neurocognitifs peuvent être à l'origine de difficultés de compréhension du sens de la thérapie et ainsi impacter l'engagement en rééducation (Lenze et al., 2004). De plus, l'organisation institutionnelle peut faire varier l'engagement des personnes accompagnées ; Vassy (1999) explique que l'organisation est sous l'autorité du médecin et que

le patient n'est pas toujours maître des décisions ce qui limite son implication dans l'intervention. De plus, Richard, Colvez, Blanchard (2012) déclarent que les ergothérapeutes ont des difficultés pour définir leur métier, ce qui rend une compréhension de la profession et de son intérêt difficile à percevoir. Reeve (2017) explique que l'intérêt motive l'engagement et permet de le faire perdurer dans le temps. Donc, le fait de percevoir ou non l'intérêt à réaliser des séances d'ergothérapie peut faire varier l'engagement de la personne. Les ergothérapeutes proposent également des solutions pour faciliter l'engagement, comme l'explication des buts de la thérapie en les reliant aux objectifs ainsi que l'utilisation d'activités significatives (Lequerica et al., 2009). Les ergothérapeutes ont également relevé l'influence de la relation patient-thérapeute (Lenze et al., 2004). Bordin en 1979 (cité par Hall et al., 2010) explique que l'alliance thérapeutique nécessite l'accord entre le patient et le thérapeute sur les objectifs du plan de traitement ainsi que sur l'intervention. Le lien affectif entre la personne et le thérapeute est également essentiel. Les études montrent qu'une alliance thérapeutique positive en rééducation permet de meilleurs résultats sur le plan de l'adhésion au traitement, la douleur, la dépression, la satisfaction et dans la réalisation des activités de la vie quotidienne. L'alliance thérapeutique permettrait une adhésion, un engagement de la personne dans la rééducation.

De nombreux facteurs influencent l'engagement des personnes dans la rééducation, tels que la relation patient-thérapeute, la compréhension du métier, l'explication des buts de la thérapie, le sens de l'occupation, l'organisation institutionnelle mais également les troubles neurocognitifs et psychoaffectifs. C'est pourquoi nous choisissons de nous intéresser à l'engagement des personnes victimes d'accident vasculaire cérébral car ils sont particulièrement sensibles aux troubles neurocognitifs et psycho-affectifs. De ce fait, leur engagement est d'autant plus impacté.

2.3. La personne victime d'accident vasculaire cérébral

2.3.1. L'accident vasculaire cérébral

L'accident vasculaire cérébral (AVC) « résulte de l'interruption de la circulation sanguine dans le cerveau, en général quand un vaisseau sanguin éclate ou est bloqué par un caillot. L'apport en oxygène et en nutriments est stoppé, ce qui endommage les tissus cérébraux ». (Organisation Mondiale de la Santé, OMS, n. d.)

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une pathologie fréquente, grave et handicapante. En effet, selon Lecoffre et al. (2017), les AVC représentent la première cause de mortalité chez les femmes et la troisième chez les hommes en France. De plus, ils sont la première cause de

handicap acquis chez l'adulte et la deuxième cause de démence. 150 000 personnes souffrent d'un AVC chaque année (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2017). Toutes ne sont pas hospitalisées. Lecoffre et al. (2017) notent cependant une augmentation du nombre d'hospitalisations à la suite d'un AVC entre 2008 et 2014 ; il y a eu 110 438 patients hospitalisés en 2014. Le risque d'avoir un accident vasculaire cérébral augmente avec l'âge, cependant, au cours des dernières années, une évolution du nombre d'AVC chez les moins de 65 ans est notée. Néanmoins, la létalité a diminué et le nombre de prises en charge en Unité Neuro-Vasculaire (UNV) a doublé. Cela peut être la conséquence de la mise en place d'un plan d'action national. En effet, un plan d'action national a été mis en œuvre de 2010 à 2014 car c'est un phénomène de santé publique puisqu'il concerne de nombreuses personnes et représente un coût économique important, près de 8,4 milliards d'euros (Ministère de la Santé et des Sports, Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, 2010). Le plan d'action national avait pour objectifs de prévenir la survenue d'AVC et de limiter les séquelles, d'améliorer l'organisation de la prise en charge de l'urgence jusqu'au retour à domicile, d'améliorer l'offre de rééducation, réadaptation et réinsertion, de réaliser des protocoles de recherches, de mettre en place une réflexion éthique, d'accompagner les malades avec des associations de patients et enfin de modifier le regard sur le handicap. Les ergothérapeutes sont acteurs dans ce plan d'action national. Malgré cette recherche de progrès dans l'accompagnement des victimes d'AVC, De Peretti, Grimaud, Tuppin, Chin, Woimant (2012) déclarent que 500 000 personnes présenteraient, en France, des séquelles d'AVC à domicile et 50% rapportent des difficultés dans les activités de la vie quotidienne.

L'accident vasculaire cérébral est fréquent, et grave de conséquences. Par conséquent nous recherchons la cause de ces derniers.

2.3.2. Mécanismes

Cambier, Masson, Masson, Dehen (2011) distinguent deux types d'accidents vasculaires cérébraux ; l'accident ischémique cérébral et l'hémorragie cérébrale. L'accident ischémique cérébral, que nous retrouvons à 80% chez les personnes ; est dû à une réduction du débit sanguin en aval de l'obstruction d'une artère cérébrale, jusqu'à occlusion de celle-ci, affectant son territoire d'irrigation. Le Collège des Enseignants en Neurologie (CEN, n. d.) explique que le fonctionnement cérébral nécessite un apport sanguin en oxygène et en glucose. Sans cet apport, le territoire cérébral de l'artère obstruée sera en souffrance. Selon le territoire cérébral affecté, les manifestations cliniques seront différentes. L'hémorragie cérébrale (20%)

correspond elle, à un saignement au sein du parenchyme cérébral, isolé ou associé à un saignement dans l'espace sous-arachnoïdien ou dans le système ventriculaire (De Recondo, 2004). Les facteurs de risques sont l'hypertension artérielle, le cholestérol, le diabète, le tabac, l'alcool et l'obésité (HAS, 2015). La Haute Autorité de Santé recommande de pratiquer une activité physique. La reprise d'occupation en ergothérapie peut alors agir comme un moyen de prévention.

L'accident vasculaire cérébral provoque donc une lésion cérébrale plus ou moins importante. Selon l'étendue de la lésion et la zone altérée, les séquelles seront différentes.

2.3.3. Séquelles de l'Accident Vasculaire Cérébral

De Recondo (2004) a différencié les signes apparents selon la zone touchée : la circulation antérieure ou postérieure mais également selon l'artère touchée. Pour chaque lésion les séquelles peuvent être multiples. Premièrement, les patients peuvent être douloureux. Les séquelles motrices sont, elles, fréquentes ; la plus caractéristique est l'hémiplégie, ce qui signifie la paralysie de l'hémicorps controlatéral à la lésion cérébrale. La face peut également être paralysée d'un côté. Les membres hémiplégiques peuvent être spastiques, c'est-à-dire avoir les muscles hypertoniques du fait d'une exagération du réflexe myotatique d'extension ; ou bien être flasques, ce qui signifie avoir une exagération du ballant et de l'amplitude des mouvements passifs. Nous pouvons également retrouver des mouvements involontaires qui surviennent dans un groupe musculaire lors de mouvements, généralement volontaires et conscients d'une autre partie du corps, appelés des syncinésies. Les patients peuvent aussi souffrir de troubles de la sensibilité superficielle (tact et thermoalgésie), profonde (sensibilité musculaire, articulaire et osseuse) et viscérale pouvant provoquer une incontinence sphinctérienne. Ils peuvent également être victimes de troubles sensoriels comme une cécité monoculaire homolatérale, une hémianopsie latérale homonyme controlatérale à la lésion. Les fonctions supérieures peuvent être impactées, c'est-à-dire la conscience, les fonctions cognitives et les capacités intellectuelles. En effet, l'AVC peut provoquer une altération de la conscience pouvant aller jusqu'au coma. La personne peut aussi souffrir de troubles de mémoire ce qui limite l'acquisition d'informations, leur conservation et leur utilisation, mais également de troubles de l'attention et des fonctions exécutives. De plus, ils peuvent présenter des troubles visuo-spatiaux et temporo-spatiaux impactant les repères du patient, de troubles praxiques ayant pour effet des difficultés pour réaliser les gestes intentionnels, des troubles de l'expression et de la compréhension du langage, des troubles gnosiques impliquant la non-reconnaissance des objets. Certains patients sont héli-négligents, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas conscience d'un côté

de leur corps, de l'espace. L'anosognosie, c'est-à-dire la non-conscience de ses troubles est également une séquelle envisagée. Des bilans validés existent pour évaluer chacune de ses fonctions, cependant des mises en situation dans un environnement écologique peuvent permettre la découverte de certains troubles. Le comportement de la personne peut changer. Certains patients sont apathiques, apragmatiques, impulsifs, mutiques et déprimés. La dépression post-AVC est estimée à 30% dans la méta-analyse de Hackett et al (cité par Roussel, Godefroy, de Boissezon, Roussel (2017). Boucand en 1997, explique que la fréquence semble être plus élevée chez l'hémiplégique que dans d'autres handicaps fonctionnels équivalents. Deux hypothèses quant 'à l'étiopathogénie sont défendues. Premièrement, la dépression serait due à une modification des neurotransmetteurs à la suite de la lésion cérébrale. Secondairement, elle serait due à la conséquence du handicap et au travail de deuil. Cela peut entraîner une baisse de la motivation.

Ces séquelles impactent considérablement les occupations de la personne, de façon ponctuelle ou permanente et également sa motivation.

2.3.4. Répercussions sur les activités de la vie quotidienne

Les nombreuses séquelles impactent l'indépendance et l'autonomie des patients. En ergothérapie, nous prenons le soin de définir et distinguer ces deux concepts. Hesbeen (2012) définit l'autonomie comme le fait de gérer ses dépendances, c'est-à-dire de prendre des décisions pour amoindrir ses dépendances fonctionnelles. En effet, l'homme a des besoins et peut être dépendant de multiples facteurs pour les satisfaire mais il peut choisir, c'est-à-dire être autonome d'accomplir tel besoin. L'indépendance est, elle, basée sur les capacités motrices de la personne. Nous pouvons agir sur la dépendance de la personne, par le biais d'aide technique par exemple, alors que le travail de l'autonomie est un cheminement à long terme. Dans le cas d'un AVC, les séquelles persistent dans deux tiers des cas selon De Peretti, Grimaud, Tuppin, Chin & Woimant (2012). Le retentissement sur les activités de la vie quotidienne est également fréquent, comme la marche qui est difficile pour beaucoup sur 500 mètres (De Peretti, Grimaud, Tuppin, Chin & Woimant, 2012). La moitié des personnes ayant des séquelles déclarent avoir des difficultés pour au moins une activité de la vie quotidienne. Les trois domaines d'activités les plus problématiques sont la toilette, l'habillage et la découpe des aliments (De Peretti, Grimaud, Tuppin, Chin & Woimant, 2012).

Comme nous avons pu le démontrer auparavant, l'ergothérapeute intervient dans le but de faciliter l'indépendance et l'autonomie de la personne dans ses occupations. Nous avons

alors un rôle important et indispensable pour améliorer le quotidien des personnes victimes d'AVC.

2.3.5. Accompagnement par l'ergothérapeute

La nature complexe des symptômes post-AVC mérite que les professionnels aient des connaissances sur les meilleures pratiques. L'ergothérapeute intervient tout au long de la filière de soins des personnes victimes d'AVC : de la phase aiguë à la réinsertion socio-professionnelle, en passant par la rééducation (Cook, 2010). En effet, le parcours de soin débute en service d'urgence, dans un hôpital ou au sein d'une Unité Neuro Vasculaire. L'ergothérapeute va dans un premier temps installer la personne au lit et au fauteuil pour prévenir les complications ostéoarticulaires et cutanées. Par la suite, en collaboration avec les autres professionnels de la rééducation, les premiers bilans seront réalisés. Ensuite la personne est redirigée vers un service de soins de suite et réadaptation ou son lieu de vie où un projet de rééducation est formulé en collaboration avec le patient et l'équipe pluridisciplinaire. L'ergothérapeute commence son intervention par un recueil de données et des évaluations afin d'établir des objectifs avec la personne. Cela permet de débiter une rééducation précoce. L'occupation est le biais privilégié de l'ergothérapeute dans la rééducation. L'ergothérapeute agit donc de l'hospitalisation d'urgence jusqu'au retour à domicile.

L'accompagnement des personnes victimes d'AVC est long. Qu'en est-il de leur engagement ?

2.3.6. Engagement des personnes victimes d'AVC dans leur rééducation

L'engagement des personnes victimes d'AVC dans la rééducation peut être difficile. En effet, comme nous avons pu le voir, les troubles affectifs et cognitifs peuvent freiner l'engagement des personnes dans la rééducation et certains des patients victimes d'AVC souffrent de ces troubles. De plus, l'accompagnement est relativement long. La HAS distingue trois phases après l'AVC. Tout d'abord la phase aiguë qui comprend les 14^{iers} jour post-AVC où la rééducation précoce débute. Ensuite la rééducation est poursuivie lors de la phase subaiguë entre le 14^{ème} jour et le 6^{ème} mois. Enfin, lors de la phase chronique, c'est-à-dire après 6 mois, la rééducation peut être poursuivie mais l'intervention est principalement basée sur de la réadaptation (HAS, 2012). Cela nécessite donc un engagement dans ce long processus. Townsend et Polatajko (2013, p.16) relèvent les dires d'une patiente ; « Comme le souligne Bonnie Sherr Klein après avoir subi un AVC : le rétablissement par l'engagement dans une occupation signifiante, c'est l'ergothérapie telle qu'elle devrait être ».

Nous choisissons de nous intéresser à l'engagement des personnes victimes d'AVC dans le processus rééducatif, c'est-à-dire dès le début de l'accompagnement. En effet, il nous paraît indispensable que la personne s'engage dès le début du processus afin qu'elle puisse poursuivre et être motivée à aller au bout de sa thérapie. Nous nous plaçons alors dans l'accompagnement des personnes victimes d'AVC lors de la phase de rééducation, soit dans les 6iers mois suivant l'accident.

3. Question de recherche

En ergothérapie nous nous intéressons particulièrement à la motivation des personnes accompagnées. En effet, les ergothérapeutes considèrent que la motivation est un pilier de notre thérapie. La motivation va permettre à la personne de s'engager pleinement dans l'intervention qui s'impose à elle, du fait de sa maladie, son accident. Cependant, les ergothérapeutes rencontrent de nombreuses personnes qui ne sont pas engagées dans l'intervention. De par leur analyse, les thérapeutes ont repéré que les troubles psychoaffectifs, tels que la dépression, et les troubles cognitifs rendent cet engagement difficile. De plus, la relation entre le thérapeute et la personne ainsi que la connaissance des pouvoirs de la thérapie peuvent impacter l'engagement. Le sens donné à l'intervention peut également l'influencer. Ces éléments nous orientent vers l'utilisation d'une pratique centrée sur la personne. Nous avons donc choisi de nous intéresser aux personnes victimes d'AVC puisqu'elles sont susceptibles de présenter des troubles cognitifs et une dépression post-AVC. Il est alors probable que ces personnes aient des difficultés à s'engager dans la thérapie. Actuellement, la HAS est en quête d'amélioration de l'accompagnement des personnes victimes d'AVC en vue de réduire les séquelles et de ce fait réduire les situations de handicap dans les activités de la vie quotidienne. Le parcours de soin est long ; il est alors nécessaire que la personne s'engage dans l'accompagnement en ergothérapie dès le début, afin de garantir la poursuite des soins, et donc un meilleur taux de récupération. En effet, l'engagement favorise le rétablissement. C'est pourquoi nous arrivons à la question de recherche suivante : en ergothérapie, en quoi l'engagement dans le processus rééducatif de la personne victime d'AVC est favorisé par l'approche centrée sur la personne ?

4. Cadre théorique

4.1. Théories de la motivation

Notre travail de recherche a débuté par l'intérêt du concept de motivation en ergothérapie. Nous avons constaté au cours de nos recherches que la motivation était

indispensable pour que la personne s'engage dans le processus rééducatif. Brief et Paradis (1991) expliquent que la motivation est à la base de chacune de nos actions, et qu'elle permet d'atteindre des objectifs.

4.1.1. L'évolution du concept de motivation

Il nous paraît alors nécessaire de s'intéresser aux différentes théories de la motivation. En effet, de nombreuses théories ont été développées sur la motivation depuis le IV^{ème} siècle avant J.-C par Aristote qui a expliqué la motivation comme cause de tous les comportements humains (Pelletier, 2012). Par la suite de nombreuses disciplines, comme la sociologie, la philosophie, la psychologie se sont intéressées au concept. Nous avons fait le choix de développer la théorie des besoins de Maslow datant de 1943 car elle a été reprise de nombreuses fois, ce qui montre son importance (Pelletier, 2012). De plus, elle permet de connaître l'origine de la motivation. Ensuite, nous faisons le choix de développer la théorie de l'autodétermination de Ryan et Deci développé en 1985 mais encore d'actualité car elle nous permet d'avoir une meilleure compréhension du concept (Pelletier, 2012).

4.1.2. La théorie des besoins de Maslow

Maslow (2008, p.41) déclare que « c'est le sujet tout entier qui est motivé et pas seulement une partie de lui-même ». Selon lui, le comportement motivationnel est lié à la satisfaction d'un besoin. En effet, « la satisfaction joue un rôle important dans la théorie de la motivation » (Maslow, 2008, p.78). Il a établi une hiérarchie des sources de motivation comprenant les besoins fondamentaux, plus communément connu sous le nom de la pyramide des besoins. Nous présentons le schéma de cette pyramide présenté par Pellaud (2011, p.13) en annexe (cf. annexe 2). Maslow considère que chez l'être humain, les besoins physiologiques constitueront la motivation principale. Il explique que de nouveaux besoins apparaissent lorsque les besoins précédents ont été satisfaits. Selon Maslow (2008), lorsque les besoins physiologiques sont satisfaits, l'être humain recherche la sécurité puis un besoin d'appartenance. Ces besoins comblés, il recherche une estime de soi pour ensuite parvenir à l'accomplissement de soi. Maslow (2008) considère la motivation comme une force interne à la personne. Cette théorie, bien que critiquée est encore largement répandue en ergothérapie. En effet, les ergothérapeutes ont tendance à viser la satisfaction des besoins physiologiques puis sécuritaires et dans un second temps les besoins d'appartenance puis d'estime de soi et d'accomplissement de soi seront satisfaits.

Bien que cette théorie soit utilisée dans diverses disciplines, notamment en ergothérapie, d'autres théories lui ont succédé. Si Maslow considère que la motivation provient d'une force interne à l'individu, d'autres théoriciens déclarent que la motivation est une interaction entre les forces internes et externes, notamment Ryan & Deci (2000). En effet, nous allons expliquer la théorie de Ryan & Deci car elle précise l'origine de la motivation.

4.1.3. Théorie de l'autodétermination de Ryan & Deci

Ryan et Deci (2000) distinguent différents types de motivation selon les raisons et les objectifs qui donnent lieu à l'action. Ils exposent la théorie de l'autodétermination comme un continuum entre l'amotivation, la motivation extrinsèque et la motivation intrinsèque. Les auteurs décrivent la motivation intrinsèque comme une action qui émane de soi, qui intéresse et qui procure du plaisir à la personne. Un défi adapté aux capacités de la personne est nécessaire pour procurer une motivation intrinsèque. De plus, la satisfaction doit découler de l'occupation et la personne doit se sentir autonome, c'est-à-dire choisir les occupations à réaliser. La motivation intrinsèque permet un engagement en l'absence de renforcement. La motivation extrinsèque correspond, elle, à une action dans le but d'un résultat, d'une récompense. Elle se décompose en quatre formes. Tout d'abord, la motivation extrinsèque par régulation externe, dans laquelle la personne ne contrôle pas son comportement, elle le réalise pour répondre à une demande. Ensuite, nous retrouvons la motivation extrinsèque par régulation introjectée, elle correspond à un comportement contrôlé mais toujours dans le but d'éviter un sentiment de culpabilité. Postérieurement, il y a la motivation extrinsèque par régulation identifiée, ici, le comportement est important pour la personne mais il est proposé par autrui. Enfin, il existe la motivation extrinsèque par régulation intégrée, celle-ci se rapproche de la motivation intrinsèque car le comportement est perçu comme étant le sien mais il est initié en raison d'exigences externes. Les comportements peuvent alors être amotivés ou bien passifs ou encore permettre un engagement personnel. La motivation intrinsèque aurait un meilleur pouvoir d'action et sur plus long terme, elle permet l'engagement de la personne. C'est donc cette motivation que nous rechercherons en ergothérapie. En effet, les conditions optimales pour initier une motivation intrinsèque sont l'autonomie de la personne, le juste défi, la satisfaction de l'occupation.

En ergothérapie, nous pouvons donc permettre à la personne de faire ses choix, donner du sens et du plaisir à l'occupation et l'ajuster pour que la personne relève un défi. Ces conditions permettent l'engagement de la personne.

Nous avons pu constater qu'en tant qu'ergothérapeute nous pouvons agir par le biais de l'occupation pour permettre l'engagement de la personne.

4.2. Théorie de l'occupation

4.2.1. L'occupation

L'occupation est un concept émergeant en France ces dernières années avec le développement des sciences de l'occupation. Morel-Bracq & Criquillon-Ruiz (2016) définissent l'occupation comme des activités quotidiennes donnant un sens, un but à la vie. Elles comprennent les choses que les gens ont besoin de faire, ce qu'ils veulent et ce qu'ils sont censés faire. Townsend & Polatajko (2013) décrivent l'occupation en termes de soins personnels, de productivité et de loisirs. Pierce (2003) distingue l'activité de l'occupation. Elle définit l'activité comme une somme d'action, non spécifique à la personne alors que l'occupation est construite à partir de l'expérience individuelle dans des conditions temporelles, spatiales et socio-culturelles. Vallée (2015) déclare que l'occupation est un ensemble d'activités signifiantes. L'occupation est-ce que font les gens pour s'occuper, notamment pour prendre soin d'eux même, se divertir et contribuer à l'édifice social et économique de la collectivité (Townsend et al., 2002). L'occupation est alors un besoin fondamental de l'humain (Wilcock, 1993 cité par Townsend et al., 2002). En effet, de nombreuses études relatives par Tabor Connor, Wolf, Foster, Hildebrand, Baum (2016) déclarent que l'engagement dans l'occupation est un déterminant de santé et du bien-être. Pierce (2003) a alors développé le pouvoir thérapeutique de l'occupation permettant l'engagement dans cette dernière. Nous présentons le schéma de cette théorie en annexe (Pierce, 2003, p.9) (cf. annexe 3). Selon elle, trois composantes sont nécessaires pour atteindre le pouvoir thérapeutique maximal : l'attrait de l'occupation, la réalité écologique et la pertinence pour atteindre les objectifs. Pierce (2003) explique que l'attrait correspond au plaisir pour l'occupation, c'est-à-dire à la valeur et au sens que la personne lui donne. L'attrait signifie également que l'occupation soit un challenge, un défi pour la personne et qu'elle réponde à un besoin physiologique. De plus, Pierce (2003) porte une importance au contexte de l'intervention, selon elle, il faut qu'il soit naturel et habituel. Pour finir, Pierce (2003) note l'importance de la collaboration entre la personne et son thérapeute pour élaborer les objectifs de l'intervention. Les compétences et l'expérience du thérapeute sont également importantes ; il doit également pouvoir adapter l'occupation. Pierce explique que l'attrait de l'occupation permet l'engagement dans cette dernière.

Alors, pour faciliter l'engagement dans l'occupation et de ce fait améliorer la santé et le bien-être ; l'occupation doit être attrayante, c'est-à-dire avoir du sens pour la personne, représenter un défi et un besoin mais elle doit aussi se réaliser dans un contexte naturel et habituel. Pour finir, l'ergothérapeute et l'individu doivent collaborer pour élaborer les objectifs. Quant au thérapeute, il doit être compétent. Berro & Deshaies (2016) déclarent également que les activités réellement fondées sur l'occupation comprennent le choix personnel, la motivation, le sens, l'objectif et le contexte.

Nous avons pu voir que la recherche du pouvoir thérapeutique de l'occupation permet à la personne de s'engager. Un concept est alors apparu : l'engagement occupationnel.

4.2.2. L'engagement occupationnel

Le concept d'engagement occupationnel apparaît progressivement dans la littérature. Il a été développé par Townsend et Polatajko en 2007. Townsend & Polatajko (2013, p.30) utilisent la définition du Houghton Millin Company (2004), pour définir l'engagement : s'engager c'est « s'impliquer ou devenir occupé, participant ». Ils décrivent cinq caractéristiques de l'engagement dont les ergothérapeutes doivent porter attention. Tout d'abord, ils doivent porter un intérêt à la nature, c'est-à-dire si l'engagement est actif ou passif. Mais également à l'importance de l'intensité, si l'occupation est sporadique ou constante. Le degré d'établissement est également intéressant, il correspond au caractère nouveau ou de longue date de l'occupation. Les ergothérapeutes doivent s'intéresser au degré d'implication de l'individu et à la compétence de rendement. Malgré ces différents aspects de l'engagement occupationnel, ce concept n'a pas été clarifié. Une étude parue en 2018 permet de le préciser (Bertrand, Desrosiers, Stucki, Kühne, Tétreault, 2018). L'étude a montré que l'engagement occupationnel est influencé par des facteurs externes et internes à la personne. En effet, l'environnement physique et social peut l'influencer mais également le sens que prend l'occupation pour la personne, le challenge qu'elle représente. La motivation de la personne permet l'engagement (Kennedy & Davis, 2017 cités par Bertrand, Desrosiers, Stucki, Kühne, Tétreault, 2018). Jonsson, en 2008, parle d'« occupation engageante ». Selon lui, pour qu'une occupation soit source d'engagement il faut qu'elle soit très signifiante et que la personne soit impliquée de façon régulière et sur la durée. L'engagement occupationnel considère une « participation autant psychologique qu'active physiquement » (Caire, Morel-Bracq, 2018, p.85). Meyer, en 2018, déclare que le concept d'engagement permet aux ergothérapeutes de saisir l'expérience vécue par la personne et de ce fait comprendre les éléments motivationnels, sur lesquels ils pourront s'appuyer dans la thérapie.

L'engagement occupationnel nécessite une implication de la personne dans sa thérapie. Elle doit être actrice, faire ses propres choix en termes d'occupations. Alors, pour permettre l'engagement de l'individu, une approche centrée sur la personne est nécessaire.

4.3. L'approche en ergothérapie : base de nos modèles

4.2.1. Approche centrée sur la personne

La théorie centrée sur la personne a été développée par Carl Rogers, psychologue, de 1938 à 1950 (Devonshire, 2011). En 1950, la thérapie centrée sur le client, en plus de la thérapie, s'est développée par une approche pour toutes les relations humaines, nommée approche centrée sur la personne. (Devonshire, 2011, Vincent, 2011). Selon Carl Rogers, cette approche permet de donner les moyens à la personne de trouver ses propres réponses, en effet, il considère que les individus possèdent des ressources pour se comprendre (Devonshire, 2011). Cependant, cela nécessite une attitude facilitatrice du thérapeute, c'est-à-dire une authenticité du thérapeute dans la relation, un regard positif inconditionnel permettant l'acceptation de la personne telle qu'elle est et une compréhension empathique (Devonshire, 2011). La loi du 4 mars 2002 appuie l'idée que le patient doit être au centre de l'accompagnement (Ordre National des Médecins Conseil National de l'Ordre, 2008). En ergothérapie, l'approche centrée sur la personne est importée du Canada. L'association Canadienne des ergothérapeutes en 2002 (cité par Meyer, 2013) explique que dans cette approche les ergothérapeutes démontrent du respect pour les clients, les encourage à participer au processus décisionnel, défend leurs droits et leurs besoins et reconnaît la valeur de leurs expériences et de leurs connaissances. En effet, Morel-Bracq & Criquillon-Ruiz (2016) développent que le principe de cette approche est de prendre en compte les priorités et les attentes de la personne. Cela nécessite l'utilisation d'outils et de moyens spécifiques comme l'utilisation d'occupations signifiantes et de modèles conceptuels. Le référentiel de compétences du diplôme d'Etat en ergothérapie (2010) appuie le fait que les ergothérapeutes doivent utiliser une approche centrée sur la personne. En effet, ils doivent chercher à connaître, comprendre la personne et lui permettre d'être actrice de sa thérapie. L'approche centrée sur la personne nécessite l'engagement de la personne dans sa thérapie, en effet, Meyer (2013, p.155) déclare que « l'engagement devient ainsi une condition des thérapies centrées sur le client ».

L'approche centrée sur la personne a servi de base à l'élaboration de modèles conceptuels utiles à la pratique ergothérapique, cependant, ce sont ces modèles qui ont permis de développer cette approche en ergothérapie.

4.2.2. *Modèles conceptuels*

Un modèle conceptuel est « une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique » (Morel-Bracq, 2004, cité par Morel-Bracq, Destailats, Platz, 2008, p.116). Morel-Bracq (2017) décrit trois catégories de modèles. Tout d'abord, il y a les modèles généraux interprofessionnels, comme les modèles du handicap (Classification Internationale du Fonctionnement, CIF ; Processus de Production du Handicap, PPH), les modèles humanistes, systémiques etc. et les modèles généraux élaborés par des ergothérapeutes comme le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), le modèle Kawa, le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO). Il existe également des modèles appliqués qui s'adaptent à certaines pathologies ou certaines situations. De même que pour les modèles généraux, il y a des modèles appliqués interprofessionnels, par exemple le modèle biomécanique, le modèle psychodynamique, mais aussi des modèles appliqués élaborés par des ergothérapeutes, comme le modèle ludique. Pour finir, il existe des modèles de pratique comme Bobath, Perfetti etc. Les différents modèles interprofessionnels permettent d'avoir un langage commun entre les divers professionnels. Quant aux modèles élaborés par des ergothérapeutes, ils permettent d'expliquer les fondements de la pratique et permettent la construction de l'identité professionnelle des ergothérapeutes (Morel-Bracq, Destailats, Platz, 2008). Les modèles ergothérapiques considèrent toujours une interaction entre la personne, l'environnement et l'occupation (Meyer, 2018). Il est possible d'utiliser un modèle interdisciplinaire (CIF) avec un modèle élaboré par des ergothérapeutes (MOH) (Morel-Bracq, 2017). L'intérêt des modèles est de procurer aux ergothérapeutes un cadre d'intervention structuré, des outils d'évaluation cohérents et validés (Morel-Bracq, 2017). Concernant notre recherche sur l'engagement des personnes victimes d'AVC en ergothérapie, nous avons vu que l'approche centrée sur la personne facilitait l'engagement. C'est pourquoi nous nous intéressons aux modèles conceptuels centrés sur la personne (Bélanger, Briand, Marcoux, 2006, Faure, Martinen, Maury, 2013). Deux modèles nous intéressent particulièrement, il s'agit du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) et le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO). Le MOH, centré sur l'occupation a été conçu par Gary Kielhofner (Mignet, Doussin-Antzer, Sorita, 2017). Dans ce modèle, l'occupation humaine est définie comme la réalisation des activités de la personne dans un espace-temps défini, un environnement physique précis et un contexte culturel spécifique (Bélanger, Briand, Marcoux, 2006). Ce modèle est dynamique puisque la personne se transforme sous l'influence de l'environnement et selon l'interprétation de ses

expériences (Bélanger, Briand, Marcoux, 2006). De plus, il s'intéresse au concept de volition, défini comme la motivation à agir sur l'environnement pour générer un changement (Mignet, Doussin-Antzer, Sorita, 2017). Le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (MCRO) a été publié pour la première fois dans les lignes directrices « Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie » en 2002 (Townsend et al., 2002). Le modèle a été remanié plusieurs fois ; en 2008, la notion de « Participation » s'est ajoutée pour ensuite être remplacée par le concept d' « Engagement occupationnel » en 2013 (Marchalot, 2016).

Bien que le MOH s'intéresse à la notion de motivation à agir, nous privilégions le MCREO pour la continuité de notre travail de recherche car ce dernier s'intéresse particulièrement à l'engagement occupationnel et cherche à le faciliter.

4.2.3. Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO)

Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel a été élaboré par l'Association Canadienne des ergothérapeutes à partir des travaux de Mary Reilly (Caire, Rouault, 2017) pour permettre de justifier aux politiques l'impact des actions des ergothérapeutes sur la santé des citoyens (Caire, Morel-Bracq, 2018). Ce modèle a évolué au cours des années, lors de ses premières parutions en 1997 et 2002, il se nommait « Modèle Canadien du Rendement Occupationnel » (MCRO), puis en 2008, la notion de participation est apparue, ce qui a donné le nom de « Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de la Participation » (MCRO-P). Actuellement, et ce depuis 2013, la notion d'engagement occupationnel s'est ajoutée, ce qui a abouti au Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) (Marchalot, 2016). Ce modèle a pour but de clarifier le rôle des ergothérapeutes et de proposer un accompagnement centré sur la personne (Caire, Rouault, 2017). En effet, Caire & Rouault (2017) expliquent que ce modèle permet d'établir les objectifs du plan de traitement en collaboration entre l'ergothérapeute et la personne afin qu'ils aient du sens pour ce dernier, il permet de se recentrer sur les occupations de la personne. De plus, ils disent qu'il permet d'évaluer les changements dans la performance et la satisfaction lors d'un accompagnement. Le MCRO s'intéresse au rendement occupationnel qui se définit comme l'interaction dynamique entre la personne, l'occupation et l'environnement (Zhang, McCarthy, Craik, 2008). Le MCREO met en évidence le lien entre la personne, son environnement, ses occupations mais également avec le sens qu'elle donne à sa vie et à sa santé (Law et al., 2014 cité par Caire, Morel-Bracq, 2018). Cette interaction est visible sur le schéma de ce modèle (cf. annexe 4). Le MCRO est un modèle centré sur la personne. Elle est au cœur du modèle, elle est prise dans sa globalité, en prenant en compte les sphères affective, physique,

cognitive et spirituelle (Caire, Rouault, 2017). La sphère affective comprend les fonctions sociales et affectives, quant à la sphère physique, elle regroupe les fonctions sensorielles et motrices. La sphère cognitive réunit, elle, les fonctions cognitives et intellectuelles. Enfin, la sphère spirituelle est le noyau, elle correspond aux croyances, aux valeurs, aux ressources et aux sens que la personne donne (Townsend, Polatajko, 2013). Ensuite, le terme d'« occupation » est utilisé pour regrouper les activités significatives et satisfaisantes dans le domaine des soins personnels, de la productivité, des loisirs et de repos (Faure, Martinen, Maury, 2013). Les soins personnels regroupent les occupations lors desquelles la personne prend soin d'elle, comme l'hygiène, la mobilité et la vie communautaire. Les loisirs sont les divertissements, les loisirs sédentaires, actifs ainsi que la vie sociale. La productivité permet un épanouissement social et économique (Townsend, Polatajko, 2013). Les auteurs de ce modèle considèrent que « les humains ont besoin d'occupations pour pouvoir vivre et être en relation » (Caire, Rouault, 2017, p.86). Caire & Rouault (2017) expliquent également qu'elles sont singulières ; elles dépendent de la personne et du contexte dans lequel elles sont effectuées. En effet, l'environnement, qu'il soit physique, social, culturel ou institutionnel influence les occupations de la personne (Townsend, Polatajko, 2013). Lorsque l'on s'intéresse à l'environnement social, nous nous intéressons particulièrement aux types de relation. L'environnement physique correspond lui, au milieu naturel. L'environnement culturel se base sur des aspects ethniques. Enfin, l'environnement institutionnel correspond aux éléments politiques, économiques et légaux (Townsend, Polatajko, 2013). Au-delà du rendement occupationnel, en tant qu'ergothérapeute, nous recherchons la satisfaction que l'occupation apporte à l'individu (Townsend, Polatajko, 2013). De plus, ce modèle s'est enrichi de deux notions, l'engagement et l'habilitation (Caire, Rouault, 2017). L'engagement correspond à une pleine participation, tant psychique que physique (Caire, Morel-Bracq, 2018). L'habilitation se définit comme la facilitation, c'est-à-dire conférer les moyens. Alors, la finalité de ce modèle est de faciliter l'occupation et l'engagement de la personne, pour cela un processus d'intervention a été établi (Caire, Rouault, 2017). Il est alors nécessaire d'initier et d'établir le contact, d'évaluer et analyser, puis convenir des objectifs et du plan, le mettre en œuvre, réaliser le suivi, évaluer le résultat et enfin, conclure et mettre fin. La création d'une relation thérapeutique dès le début est indispensable. Les occupations importantes pour la personne doivent être identifiées car elles constituent un moyen d'intervention ou bien un objectif d'intervention à atteindre en ergothérapie (Caire, Morel-Bracq, 2018). En 2016, Marchalot explique que le MCREO a un intérêt dans la pratique de l'ergothérapie en service de Soins de

Suite et de Réadaptation (SSR). En utilisant ce modèle, Marchalot (2016) explique que les ergothérapeutes mettent en avant ce qui motive la personne et recherche une participation optimale. Pour cela Marchalot (2016) explique que le service d'ergothérapie reproduit les espaces de vie à l'aide d'un appartement thérapeutique, un jardin et des ateliers. Une mesure a également été créée en 1991, elle se nomme la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (la MCRO). Elle s'utilise sous forme d'un entretien semi-directif (Kaiser, Braun, 2005). Elle permet de se rapprocher du projet de vie de la personne. La personne est actrice ce qui est vecteur de motivation (Marchalot, 2016). Le pouvoir est donné à la personne et l'outil a pour but de l'aider à cibler les occupations qui sont importantes pour elle et qu'elle souhaite améliorer (Caire, Morel-Bracq, 2018). C'est pourquoi, dans un premier temps, la personne liste les problèmes rencontrés dans les domaines de l'occupation, puis elle cote leur importance sur une échelle de 1 à 10. Par la suite, elle retient cinq problèmes et évalue leur rendement, c'est-à-dire la façon dont l'occupation est réalisée, et la satisfaction. Dans un second temps, il y a une réévaluation lors de laquelle la personne cote à nouveau les cinq problèmes. La différence entre les deux temps est calculée (Kaiser, Braun, 2005). L'utilisation de cette mesure permet de donner du sens à l'intervention et de clarifier les buts. Elle donne également la parole à la personne et nous permet de ne pas oublier qu'elle est la plus à même de nous livrer son contexte de vie (Caire, Morel-Bracq, 2018). En effet, elle facilite la négociation des priorités du plan de traitement (Kaiser, Braun, 2005). Elle favorise alors la satisfaction et l'estime de soi (Kaiser, Braun, 2005). Phipps et Richardson, en 2007 (cité par Caire, Morel-Bracq, 2018) ont montré une évolution de la satisfaction des personnes cérébrolésées quant à leur perception de rendement grâce à l'utilisation de la MCRO. Une enquête a été réalisée afin d'étudier les intérêts et les limites de la MCRO (Caire, à paraître cité par Caire, Morel-Bracq, 2018). La MCRO favorise une approche centrée sur la personne et permet de sortir d'une logique ciblée sur la pathologie. Elle permet de donner la parole à la personne, ce qui lui laisse un espace pour s'exprimer et permet d'envisager son environnement. L'intérêt supplémentaire est que la mesure met en avant l'impact sur l'engagement et l'implication de la personne. Cependant, la mesure présente des limites. Les experts expliquent qu'il est difficile de l'utiliser avec des personnes ayant des troubles de l'attention, de la compréhension et des troubles majeurs du comportement. Les troubles de la communication rendent impossible l'utilisation si la personne n'a pas accès aux symboles.

Le MCREO avec la MCRO s'inscrivent dans la transformation de la place de la personne dans ses soins. La personne passe d'un patient passif à une personne engagée dans ses soins (Caire, Morel-Bracq, 2018).

La volonté de ce modèle est de faciliter l'engagement dans les occupations. C'est pourquoi il est pertinent de l'utiliser pour avoir des clés et des facilitations pour rechercher cet engagement, quelquefois difficiles à atteindre.

4.4. Synthèses théoriques

Les différentes théories étudiées nous ont permis de mieux comprendre l'engagement ainsi que la façon d'y accéder. Tout d'abord, Deci et Ryan (2000) ont décrit la motivation intrinsèque. Elle a un meilleur pouvoir d'action et est effective sur le long terme. Cette motivation permet l'engagement, c'est donc celle-ci qui nous intéresse. Afin d'accéder à la motivation intrinsèque, il est nécessaire de favoriser l'autonomie de la personne en lui permettant de choisir les occupations qu'elle réalise. En effet, l'environnement social doit être autonomisant, c'est-à-dire, laisser la personne faire. De plus, l'occupation doit être satisfaisante, ce qui signifie qu'elle procure du plaisir et qu'elle soit pourvue de sens. L'occupation doit représenter un défi adapté aux capacités de la personne. Elle doit alors être réfléchie pour permettre l'engagement de la personne. Pierce (2003) développe le pouvoir thérapeutique de l'occupation qui permet notamment l'engagement. L'occupation est utilisée comme un moyen d'intervention. Pour cela l'occupation doit être attrayante, c'est-à-dire, de la même façon que Deci et Ryan l'ont développée, l'occupation doit procurer du plaisir, avoir du sens, correspondre aux valeurs de la personne et être un défi. De plus, elle doit être réalisée dans un environnement naturel et habituel. Quant aux modalités du plan d'intervention, les objectifs doivent être rédigés en collaboration, la personne est alors actrice de sa thérapie. Townsend & Polatajko (2013) appuient le fait que la personne doit être actrice et que l'occupation doit être signifiante pour permettre un engagement occupationnel. Ils ajoutent que l'occupation doit être régulière et connue depuis longtemps.

Nous avons alors recherché dans nos modèles de pratique, une approche permettant l'engagement. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) semble stimuler l'engagement. Cependant, ce modèle est peu utilisé en France et très peu dans les services de Soins de Suite et de Réadaptation. Pourquoi est-il si peu utilisé s'il a ce pouvoir d'engager la personne, chose que beaucoup d'ergothérapeutes recherchent ? Nous nous demandons alors si ce modèle a réellement un impact sur l'engagement en pratique.

5. Hypothèse

De multiples facteurs peuvent impacter l'engagement occupationnel des personnes victimes d'AVC. Les différentes théories étudiées ont permis de définir plus précisément l'engagement. Un modèle conceptuel semble alors intéressant pour le stimuler. C'est pourquoi, à la question « En ergothérapie, en quoi l'engagement occupationnel dans le processus rééducatif de la personne victime d'AVC est favorisé par l'approche centrée sur la personne ? », nous apportons la réponse provisoire que l'engagement occupationnel est favorisé, en ergothérapie, par une approche centrée sur la personne et notamment par le MCREO puisqu'il est fondé sur cette approche. Nous émettons alors l'hypothèse que « L'utilisation du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel permet aux personnes victimes d'AVC de s'engager dans la rééducation ergothérapique ». Cette hypothèse repose sur une démarche hypothético-déductive car elle découle des théories développées. L'hypothèse est, alors, une affirmation théorique.

6. Expérimentation

6.1. Objectifs

L'étude pratique et théorique de notre sujet a permis d'émettre une réponse provisoire à la question de recherche. L'objectif de la phase expérimentale est de valider ou infirmer l'hypothèse émise. À partir des théories, nous construisons un outil qui nous permet de réaliser une étude du terrain. L'outil doit pouvoir vérifier si l'utilisation du MCREO permet l'engagement occupationnel des personnes victimes de lésions cérébrales en rééducation ergothérapique.

6.2. Participants

6.2.1. Population mère

L'expérimentation nécessite tout d'abord de cibler la population mère car cette dernière peut faire varier l'outil choisi. La population mère est l'ensemble des personnes visées par l'étude. Deux possibilités s'offrent à nous. En effet, sachant que l'on s'intéresse à l'engagement des personnes dans leur rééducation il aurait pu être intéressant d'interroger les personnes concernées. Cependant, des biais importants auraient pu apparaître. En effet, les patients volontaires auraient été les plus engagés, de plus, certains auraient témoigné d'un engagement même s'il ne l'était pas. Nous faisons alors le choix d'interroger des ergothérapeutes. Ces derniers ont un sens de l'observation vif et perçoivent l'engagement des personnes qu'ils

accompagnent. De plus, ils sont experts du modèle conceptuel et pourront témoigner des moyens d'accompagnement mis en place. Les critères d'inclusion pour faire partie de la population cible sont d'être ergothérapeute francophone diplômé, d'utiliser le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel et d'accompagner des personnes dans les six premiers mois suivants une lésion cérébrale. Nous n'avons pas de critères d'exclusions. Nous ne pouvons pas établir une liste précise de la population mère car nous n'avons pas accès à la liste des ergothérapeutes francophones formés au MCREO qui l'utilisent en neurologie subaiguë.

6.2.2. Échantillon

Il est impossible d'interroger l'intégralité de la population mère car elle est conséquente. Nous n'avons pas accès à toutes les personnes francophones qui utilisent ce modèle en neurologie. De plus, toutes ne désirent pas participer à l'étude. C'est pourquoi il est nécessaire de procéder à un échantillonnage. Celui-ci est un sous-ensemble de la population visée. Il existe deux catégories de méthodes d'échantillonnage : la méthode d'échantillonnage aléatoire, dite aussi probabiliste et la méthode d'échantillonnage non aléatoire, dite non-probabiliste. La méthode probabiliste consiste à choisir des personnes, dites unités statistiques, de la population au hasard. Chaque unité statistique a la même probabilité d'être choisie pour faire partie de l'échantillon. Cette méthode constitue un échantillon qui représente bien la population et donc une généralisation pour la population étudiée est possible. Cependant, cette méthode nécessite d'avoir une liste de toutes les personnes de la population mère, et dans notre cas, cela est impossible. La méthode d'échantillonnage non probabiliste est souvent utilisée dans les recherches qualitatives ainsi que dans les recherches en rééducation et réadaptation. Notre démarche de recherche est qualitative puisque nous nous intéressons à un concept subjectif qui est l'engagement. Nous faisons alors le choix de cette méthode. La méthode d'échantillonnage non aléatoire consiste à sélectionner de façon arbitraire les unités statistiques. Il existe plusieurs techniques d'échantillonnage non probabiliste : l'échantillonnage à l'aveuglette, l'échantillonnage de volontaires, l'échantillonnage par quotas, l'échantillonnage boule de neige et l'échantillonnage au jugé. Nous faisons le choix de l'échantillonnage non-probabilistes de volontaires. Nous faisons appel à des volontaires par le biais des réseaux sociaux, par envoi d'un mail à l'Association Nationale française des Ergothérapeutes (ANFE) à transférer aux personnes ayant suivies la formation du MCREO ainsi que l'envoi de mails à des personnes recensées comme utilisant le MCREO en neurologie à partir du 19 février 2018. Pour qu'un échantillonnage de volontaire fournisse des résultats utiles, il faut qu'il soit très semblable à la

population mère. C'est pourquoi, dans l'annonce de recherche (cf. annexe 5), nous stipulons que nous recherchons des ergothérapeutes francophones utilisant le MCREO pour l'accompagnement des personnes lors des six premiers mois suivants une lésion neurologique. L'inconvénient de cette méthode est que les volontaires seront les personnes les plus concernées par le sujet, ce qui ne sera pas forcément représentatif de la population mère. Six personnes ont répondu à l'annonce.

6.3. Outils de mesure

6.3.1. Variables et opérationnalisation

Le but de l'expérimentation est de valider ou falsifier l'hypothèse : « L'utilisation du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel permet aux personnes victimes de lésions cérébrales de s'engager dans la rééducation ergothérapique ». Cette hypothèse comprend deux variables : l'utilisation du MCREO, qui est la variable indépendante et la cause, et l'Engagement Occupationnel, qui est la variable dépendante et l'effet. L'opérationnalisation des variables permet d'obtenir des indicateurs et consiste à rendre concret et observable ce qui est abstrait. Un concept théorique ne peut pas être mesuré directement, c'est pourquoi nous réalisons des matrices théoriques permettant d'obtenir des indicateurs observables (cf. annexe 6). Nous cherchons à savoir si l'utilisation du MCREO influence l'engagement occupationnel. L'utilisation du MCREO, la variable indépendante est donc fixe. C'est un critère d'inclusion des participants ; ils doivent obligatoirement utiliser ce modèle pour faire partie de l'expérimentation. Concernant la variable dépendante, il nous a fallu opérationnaliser l'engagement occupationnel afin de pouvoir l'évaluer. L'engagement occupationnel étant encore peu développé, il nous a fallu opérationnaliser la théorie de la motivation de Deci et Ryan, la théorie du potentiel thérapeutique de Doris Pierce et la théorie de l'engagement occupationnel pour aboutir à des indicateurs de l'engagement occupationnel. Les indicateurs se regroupent en quatre catégories : les indicateurs autour de l'environnement, les indicateurs autour de la personne, les indicateurs autour de l'occupation et les indicateurs autour de la satisfaction. Ces différents indicateurs de l'engagement occupationnel sont détaillés en indices dans un tableau (cf. annexe 7). Pour dire qu'une personne est engagée dans ses occupations il faut que l'environnement physique soit naturel et habituel et que l'environnement social soit facilitateur et automatisant. Il est aussi nécessaire que l'occupation soit constante, de longue date, elle doit représenter un juste défi et être utilisée comme moyen d'intervention. Elle doit également avoir du sens pour la personne et lui procurer du plaisir. Enfin, la personne doit

collaborer et négocier les objectifs, elle doit choisir l'occupation et être actrice dans l'accompagnement.

6.3.2. Choix de la méthode

Compte tenu du sujet d'étude, le choix d'une méthode qualitative se pose naturellement. En effet, nous nous intéressons à l'engagement des personnes dans l'accompagnement, concept très subjectif. Nous souhaitons recueillir l'avis, l'expérience et le ressenti des ergothérapeutes à ce sujet. Pour cela, le moyen le plus adapté nous semble être l'enquête. Cette méthode est sélectionnée lorsque le chercheur s'intéresse à la perception de la personne.

6.3.3. Choix de l'outil

La méthode de l'enquête nous donne accès à un choix entre deux outils : le questionnaire et l'entretien. Le questionnaire permet de recueillir des données quantitatives et qualitatives en questionnant un grand nombre de personnes. L'entretien, lui, permet de recueillir des données qualitatives et donne un accès direct à la personne. Nous sommes en quête de données qualitatives puisque nous nous intéressons à la pratique des ergothérapeutes. Morel-Bracq (2016, p.79) explique que « Lorsque le domaine étudié n'est pas suffisamment connu et que la question de recherche s'intéresse au pourquoi et au comment, la méthode de recueil des données choisies peut être l'entretien de recherche. ». En effet, l'entretien donne un accès direct à la personne, ses perceptions, ses idées (Tétreault, 2014). Il permet à l'ergothérapeute de témoigner de son expérience du quotidien. L'entretien est alors pertinent dans notre recherche puisque nous nous intéressons à l'utilisation du MCREO sur le terrain et son influence sur l'engagement. Cet outil est interactif tout en étant intrusif et souple, il amène la personne à s'exprimer librement. Nous faisons le choix de réaliser un entretien thématique, il permet de recueillir des données sur un thème précis. Il est semi-directif ou directif et nécessite la préparation d'un guide d'entretien. Nos entretiens seront de type semi-directif. En effet, nous souhaitons que la personne s'exprime librement sur les thèmes abordés. Toutefois, nous élaborons une trame précise avec des questions préétablies mais dont l'ordre varie selon le discours de la personne. De plus, si la personne aborde le thème, la question n'est pas posée systématiquement. Des techniques permettent d'aider la personne interrogée à approfondir, tels que les questions de relance, l'écho et la réalisation de synthèses partielles. Ce sont des techniques que nous utilisons. Ce type d'entretien permet à la personne de s'exprimer plus librement et il nous permet de recueillir des informations de bonne qualité orientées vers le but poursuivi. L'entretien est individuel plutôt qu'en groupe car nous souhaitons connaître la pratique spécifique de chacun.

6.3.4. Conception de l'outil

La conception de l'outil est une étape primordiale de l'expérimentation. Il s'agit de construire la trame de l'entretien. Pour cela, nous nous sommes appuyés sur le livre « Guide de pratique de recherche en réadaptation » écrit par Tétreault et Guillez en 2014, notamment sur le chapitre : Entretien de recherche. L'entretien se divise en quatre parties : l'introduction, les considérations éthiques, les questions et la conclusion avec remerciements. La trame d'entretien construite est visible en annexe (cf. annexe 8).

L'introduction permet d'entrer en contact avec la personne et de se présenter. Il est important d'indiquer notre rôle dans l'étude et il est conseillé de donner le titre de notre recherche et son objectif. Il est indiqué à la personne que notre rôle est de confronter et d'analyser la théorie à la pratique. Nous restons volontairement flous sur le titre de la recherche car, l'évocation de la notion d'engagement peut induire les réponses de l'entretien. Nous expliquons alors seulement que nous nous intéressons à l'utilisation du MCREO en ergothérapie dans les six mois suivant la lésion cérébrale. Ensuite, nous nommons la personne et nous nous assurons qu'elle corresponde aux critères établis. Pour terminer l'introduction, nous rassurons la personne en lui disant qu'il n'y a pas de mauvaises réponses et que le but est qu'elle exprime au plus près son expérience et son ressenti.

Ensuite, nous prenons des précautions éthiques, en effet, nous nous situons dans une démarche éthique. Pour cela, nous réalisons un formulaire de consentement. Ce dernier prouve le consentement de la personne à participer à l'entretien. Dans le formulaire est expliqué que la personne est libre de se retirer à tout moment de la recherche sans donner de raison. Il est également expliqué que l'entretien sera enregistré afin de retranscrire les dires de façon exacte puis détruit. Les données seront anonymisées, ce qui signifie que nous utilisons des pseudonymes et remplaçons toutes informations susceptibles de porter à l'identification des participants. Ce formulaire est signé par l'ergothérapeute interrogé et l'étudiante. Il est également daté. Chacun des ergothérapeutes participants a lu, compris et signé ce document (cf. annexe 9). En effet, lors de l'entretien nous nous assurons que le formulaire ait été lu, sinon, nous l'expliquons et recueillons l'accord de la personne. Nous répondons également à toutes les questions des participants.

Viennent alors les questions. Cette partie se divise en trois phases. Tout d'abord nous allons poser des questions générales afin de mettre la personne à l'aise et de l'inviter à s'exprimer. Nous nous intéressons notamment à son expérience professionnelle. Nous posons

alors trois questions ; une question concernant son parcours, une seconde sur son expérience à l'utilisation du MCREO et une dernière sur l'apport de ce modèle à sa pratique. Cette dernière question, très générale permet une expression libre de la personne. Dans une seconde phase, nous allons poser des questions plus spécifiques, dans un ordre non établi. Les thèmes abordés sont l'apport de ce modèle pour la personne accompagnée, l'élaboration des objectifs, les moyens d'intervention, l'occupation, l'influence du thérapeute et enfin la place de l'environnement. Pour construire ces questions, nous construisons un tableau afin de vérifier la pertinence des questions (cf. annexe 10). Pour chaque question, nous réfléchissons à l'objectif de la question, au lien avec les théories, à la réponse attendue et aux indicateurs retrouvés. Nous rappelons que les personnes interrogées utilisent le MCREO. Pour que notre entretien soit pertinent et analysable, il nous faut retrouver ou non les indicateurs de l'engagement occupationnel. Cela nous permettra de dire si oui ou non, l'engagement occupationnel est favorisé par l'utilisation du MCREO. Prenons l'exemple de quelques questions. Tout d'abord, la question : « qu'est-ce qui guide la construction des objectifs d'accompagnement ? ». L'objectif de cette question est de savoir comment sont élaborés les objectifs, en effet, Doris Pierce a développé la théorie du potentiel thérapeutique et elle dit que pour que la personne soit engagée, il faut que les objectifs soient élaborés en collaboration ou bien négociés. Nous nous attendons donc à retrouver l'indice : collaboration ou négociation des objectifs. Une seconde question est : « quel moyen utilisez-vous ? ». Cette question a pour objectif de savoir si les mises en situation sont privilégiées. Elle permet d'aborder la question : « comment choisissez-vous l'occupation ? ». Cette dernière a pour objectif de connaître la place qu'à la personne dans ce processus. Deci et Ryan expliquent dans la théorie de l'autodétermination que le choix de l'occupation par la personne lui permet de s'engager. Nous souhaitons alors retrouver les indices suivants : la personne choisit l'occupation, une occupation qui a du sens, cela procure du plaisir. Lorsque tous les thèmes ont été abordés, nous réalisons une synthèse partielle si nous souhaitons avoir plus de détail sur une idée abordée. Pour terminer, nous demandons à la personne si elle a d'autres éléments à rajouter pour compléter l'entretien. Cette question lui permet de s'exprimer librement sur une autre thématique ou bien lui permet de revenir sur un point.

Pour conclure, nous redonnons nos coordonnées si la personne souhaite avoir des informations supplémentaires ou si elle désire suivre la recherche. Nous lui proposons également de lui transmettre une synthèse de notre travail ou bien notre mémoire dans son

intégralité. Nous remercions enfin la personne pour sa collaboration, les connaissances apportées et le temps qu'elle nous a consacré.

6.3.5. Validation de l'outil

À la suite de l'élaboration d'un outil, il faut s'assurer de sa validité. La validité est la capacité d'un instrument à mesurer ce qu'il est censé mesurer. Pour cela, nous avons d'abord testé notre entretien avec une camarade de classe. Le but était de savoir si les questions étaient compréhensibles et si les réponses apportées correspondaient aux attendus. À la suite de ce premier pré-test, deux questions ont été modifiées. La première car elle était difficilement compréhensible et la seconde car elle orientait la réponse. Ensuite, nous avons testé notre entretien avec une ergothérapeute qui a utilisé le MCREO dans une pratique antérieure. L'objectif était, encore de vérifier la compréhension des questions mais également de s'assurer de la pertinence de ces dernières. Ce second pré-test nous a exercés à formuler des relances et des synthèses partielles. Il nous a permis d'ajuster la question « qu'est-ce qui guide la construction des objectifs d'accompagnement ? » qui était auparavant « comment construisez-vous votre plan d'intervention ? ». La question a été perçue de façon trop vague et ne permettait pas d'avoir les informations souhaitées. De plus, il nous a permis d'ajouter une question sur l'environnement social. En effet, il n'était pas abordé et pour autant, il prend une place importante dans l'accompagnement.

6.3.6. Contact de l'échantillon

Une fois la trame d'entretien élaborée et validée, il nous a fallu prendre contact avec l'échantillonnage de volontaires pour fixer un rendez-vous. Cette prise de rendez-vous s'est faite par mail, avec une relance deux semaines après si besoin. Six personnes ont répondu à l'annonce, finalement, une personne n'a pas répondu à cette phase. Parmi les cinq personnes répondantes, une personne a dû être exclue car elle ne répond pas à un critère d'inclusion. L'un des ergothérapeutes interrogés exerce au Québec (Ergothérapeute 1), les trois autres (Ergothérapeute 2, Ergothérapeute 3 et Ergothérapeute 4), en France.

6.3.7. Contexte de l'entretien

La réflexion autour du contexte de l'entretien et du matériel nécessaire est indispensable. Tout d'abord, la durée doit être estimée afin d'en informer les participants. Grâce aux deux pré-tests, nous avons pu estimer la durée de notre entretien à une vingtaine de minutes. Cependant, l'entretien étant semi-directif, le temps peut varier. Quant au lieu, nous aurions aimé rencontrer les différents ergothérapeutes pour permettre un échange plus riche, plus spontané et avoir accès

aux expressions non-verbales, cependant l'éloignement géographique a rendu la rencontre impossible. En effet, une personne réside au Québec, une seconde en région Rhône-Alpes (France) mais en déplacement permanent et une troisième dans la région de la Normandie. Nous avons alors proposé un appel téléphonique ou bien un appel vidéo aux participants. Une personne a préféré l'appel vidéo, alors que les deux autres ont préféré l'appel téléphonique. Pour ces entretiens, nous avons alors besoin de notre trame d'entretien et du formulaire de consentement afin de pouvoir échanger sur ce dernier. Nous avons également besoin d'un téléphone portable pour téléphoner dans le cas de l'appel téléphonique, et pour enregistrer l'entretien dans le cas de l'appel vidéo. Nous avons également besoin d'un ordinateur pour l'appel vidéo et pour enregistrer les entretiens téléphoniques.

6.4. Méthode d'analyse des données

L'analyse des données est une étape essentielle du travail de recherche et nécessite une méthodologie réfléchie. L'analyse de contenu se déroule en trois étapes. Premièrement, il y a une pré-analyse qui consiste à réaliser une lecture flottante et à relever les impressions. Pour cela, nous avons procédé à la retranscription des enregistrements vocaux à l'aide de l'outil Saisie Vocale de Google Docs. Nous avons ensuite placé le verbatim dans un tableau afin d'indiquer le temps, d'identifier la personne parlante et de débiter l'analyse (cf. annexe 11). Secondairement, il faut identifier les thèmes et traiter les résultats. En effet, nous choisissons de réaliser une analyse thématique par catégories. Il s'agit de repérer un « noyau de sens », des synonymes ou des éléments au sens proche. Cette méthode est très utilisée pour analyser des données qualitatives, notamment avec l'outil d'entretien. Le contexte des éléments relevés est très important pour ne pas faire d'erreur de sens, c'est pourquoi nous avons synthétisé les dires des ergothérapeutes, tout en prenant soin de garder leurs citations exactes. L'analyse catégorielle est souple mais rigoureuse. Il faut pouvoir classer un élément dans une seule catégorie et il faut préciser les indices permettant de rentrer dans cette catégorie. Quant aux catégories, elles doivent être pertinentes au regard du cadre théorique retenu. Nous avons alors mis en place un code couleur, nous avons surligné d'une couleur chacun des indicateurs correspondant à une catégorie (cf. annexe 7). Puis nous avons surligné dans le verbatim les éléments retenus avec la couleur correspondant à la catégorie (cf. annexe 8). Enfin, il faut procéder à l'analyse de la fréquence d'apparition des indices dans les catégories. Pour cela nous réalisons un relevé d'occurrences afin d'identifier l'indice le plus présent et ainsi visualiser la pratique des ergothérapeutes. Puis nous réalisons un codage binaire. Le codage binaire nous permet d'analyser les résultats. On code 1 si l'indice est évoqué par l'ergothérapeute et 0 s'il

est absent. Troisièmement, il faut interpréter les résultats, pour cela nous réalisons une synthèse des quatre entretiens et nous les croisons avec les théories.

7. Résultats et analyse des données

7.1. Croisement des variables

Nous rappelons que notre hypothèse est que « L'utilisation du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel permet aux personnes victimes de lésions cérébrales de s'engager dans la rééducation ergothérapeutique ». Afin de valider ou falsifier l'hypothèse, il est nécessaire de croiser les variables, soit l'utilisation du MCREO et l'engagement. Les deux variables sont très proches dans la théorie, comme nous pouvons le voir dans nos matrices théoriques (cf. annexe 6). Afin de croiser les deux variables, nous avons fait le choix de questionner l'intervention des personnes utilisant le MCREO pour savoir si oui ou non, elle favorise l'engagement des personnes dans la rééducation. L'engagement est lui analysé à l'aide des indices développés plus haut. Nous commençons par analyser la variable indépendante puis nous analysons la variable dépendante à l'aide de catégories basées sur nos indicateurs.

7.2. Variable indépendante

7.2.1. Présentation des résultats concernant la variable indépendante

La variable indépendante est donc « l'utilisation du MCREO ». La variable indépendante doit être fixe. Pour nous assurer de cela, nous choisissons d'interroger uniquement des personnes utilisant le MCREO. C'est pour cela que l'utilisation du MCREO fait partie des critères d'inclusion de la population. L'analyse de la variable indépendante consiste, donc, à analyser les participants à l'étude (cf. annexe 12). Les ergothérapeutes que nous interrogeons accompagnent des personnes ayant été victimes de différents types d'accident. Nous leur demandons de répondre à nos questions en pensant à une personne victime d'une lésion cérébrale. Tout d'abord, nous avons questionné une ergothérapeute (E1) exerçant au Québec dans un service temporaire de réadaptation fonctionnelle gériatrique, elle accompagne notamment des personnes victimes d'AVC. Elle utilise le MCREO depuis environ 8 mois. Par la suite, nous avons interrogé un ergothérapeute (E2) français qui a été formé au MCREO il y a environ 8 mois et qui l'utilise depuis. Il nous explique que son approche précédant la formation était semblable, mais qu'elle est depuis plus spécifique. Il exerce dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) de neurologie adulte. Ensuite, nous avons interrogé deux ergothérapeutes (E3 et E4) exerçant dans le même service, un SSR adulte. Elles ont toutes

les deux des parcours différents mais ont été formées au MCREO en même temps, il y a 5-6 ans. Elles accompagnent souvent des personnes victimes d'AVC. Les quatre ergothérapeutes utilisent donc le MCREO à la suite d'une formation spécifique à ce modèle.

7.2.2. Analyse de la variable indépendante

Nous codons à 1 l'utilisation du MCREO et à 0 l'absence de l'utilisation du MCREO. Les quatre ergothérapeutes utilisent le MCREO, le résultat est donc de 4/4. Nous pouvons alors dire que la variable est fixe puisqu'ils utilisent tous le MCREO à la suite d'une formation sur ce dernier.

7.3. Variable dépendante

7.3.1. Présentation des résultats concernant la variable dépendante

Nous avons réalisé quatre catégories en lien avec les théories. Nous nous basons sur les indicateurs de l'engagement développés plus haut. Pour chaque catégorie des indices ont été déterminés afin de rentrer ou non dans la catégorie. Des tableaux ont été réalisés afin de classer les dires des ergothérapeutes par catégories (cf. annexe 13). L'analyse se divise en quatre catégories : le rôle de la personne, sa satisfaction vis-à-vis de l'occupation, l'occupation et l'environnement de la personne.

Nous commençons par retranscrire la catégorie « le rôle de la personne ». Le rôle de la personne correspond au fait qu'elle doit être actrice, qu'elle élabore les objectifs en collaboration avec le thérapeute et qu'elle choisisse l'occupation. Ces trois indices sont des vecteurs de l'engagement selon les théories. Dans cette catégorie sont alors relevés les dires des ergothérapeutes quant aux rôles de la personne.

Tout d'abord, nous nous intéressons aux dires des ergothérapeutes sur la place de la personne : elle doit être actrice. C'est-à-dire qu'elle soit impliquée, qu'elle ait des demandes et des attentes. Les quatre ergothérapeutes expliquent que la personne formule des demandes et des attentes réelles, qui sont prises en compte. Les ergothérapeutes E2, E3 et E4 déclarent que le modèle permet à la personne d'être actrice. En effet, il permet à la personne d'identifier elle-même ses problématiques. De ce fait, elle s'engage dans la résolution de celles-ci. L'ergothérapeute 4 explique qu'elle respecte ce que la personne souhaite et que sa participation améliore sa qualité de vie. L'ergothérapeute 3 est d'accord avec cela, elle explique que ce modèle permet de travailler les situations qui posent vraiment des problèmes à la personne ce qui implique la personne. Quant à l'ergothérapeute 2, il dit tout de suite qu'il faut rendre le « patient acteur » (02'37).

Ensuite, nous analysons la pratique des ergothérapeutes quant à l'élaboration des objectifs d'intervention. Les quatre ergothérapeutes déclarent que la personne participe à l'élaboration des objectifs. L'ergothérapeute 1 va « discuter avec la personne » (12'21) pour construire les objectifs, en se basant principalement sur l'autonomie antérieure. L'ergothérapeute 2 propose un véritable « partenariat » (05'06) à la personne pour la construction des objectifs. L'ergothérapeute 3 utilise le biais de la MCRO pour identifier avec la personne les problématiques importantes pour elle. Enfin, l'ergothérapeute 4 dit que c'est le patient qui guide la construction des objectifs. Dans la pratique de ces quatre ergothérapeutes, nous visualisons une personne actrice qui élabore ses objectifs avec son thérapeute ; les outils varient mais aboutissent à une collaboration et un accord.

Pour finir, nous nous intéressons à la place de la personne dans le choix de l'occupation. Une fois encore, les ergothérapeutes sont d'accord sur le fait que la personne va amener, par différents moyens, l'occupation qui est importante pour elle. L'ergothérapeute 2 explique que le « choix de l'activité » (22'54) par la personne permet la motivation.

Nous nous intéressons maintenant à la catégorie « satisfaction pour l'occupation » avec comme indices le sens et l'intérêt que la personne donne à l'occupation et le plaisir que cela lui procure.

Trois ergothérapeutes sur quatre recherchent les activités qui plaisent à la personne et qui sont importantes pour elle. Selon eux, la réalisation d'occupation importante et procurant du plaisir trouve plus d'intérêt et de sens. En effet, les quatre ergothérapeutes expliquent qu'il est essentiel que l'accompagnement ait du sens et un intérêt pour la personne afin qu'elle soit engagée. Pour cela, il propose des occupations qui plaisent à la personne.

Cela nous amène à la catégorie relative à « l'occupation ». Nous avons vu dans la théorie, que l'occupation est utilisée comme un moyen d'intervention et que c'est une occupation quotidienne, connue de longue date qui peut être adaptée. Cela ajoute de la pertinence et donc du sens à l'occupation.

Les quatre ergothérapeutes utilisent l'occupation comme moyen d'intervention. Deux d'entre eux l'utilisent également comme évaluation.

Ils partent tous des occupations que la personne réalisait quotidiennement. Ils s'intéressent beaucoup aux habitudes. Quand les ergothérapeutes expliquent qu'ils s'intéressent aux habitudes, on comprend également qu'ils s'intéressent aux activités de longue date. Trois d'entre eux parlent des habitudes antérieures. Cependant, ils expliquent qu'ils doivent parfois

rechercher de nouvelles activités car les activités antérieures n'ont plus la même importance pour la personne ou alors inaccessible, comme parfois la reprise professionnelle.

Pour finir, les quatre ergothérapeutes vont adapter l'activité avec la personne. L'ergothérapeute 1 recherche le juste défi, c'est-à-dire une activité qui n'est ni trop facile, ni trop dure afin de stimuler la motivation de la personne. Quant aux autres ergothérapeutes, ils utilisent la mise en échec comme moyen d'apprentissage ou de prise de conscience.

Enfin, nous analysons la dernière catégorie qui s'intéresse à l'« environnement de la personne ». Afin de faciliter l'engagement de la personne, l'environnement social doit être facilitant, c'est-à-dire lui permettre d'être autonome. L'environnement physique doit, lui, être naturel et habituel afin de rendre les situations concrètes et avec plus de sens.

Les différents ergothérapeutes portent un intérêt particulier à l'environnement physique. Ils se rendent à domicile lorsque cela est possible, ils utilisent des appartements thérapeutiques ou tentent de reproduire un maximum la réalité. Par exemple, l'ergothérapeute 3 nous a expliqué que si la personne s'habillait dans la salle de bain le matin, elles allaient se rencontrer pour travailler l'habillage, le matin dans la salle de bain.

Quant à l'environnement social, les ergothérapeutes souhaitent qu'il soit facilitateur et qu'il permette à la personne de réaliser à nouveau ses activités. Cependant, ils émettent une réserve car l'environnement n'est pas toujours présent, pas toujours accessible et pas toujours aidant.

7.3.2. Analyse de la variable dépendante

Tout d'abord, nous avons réalisé un relevé d'occurrences afin de réaliser un graphique (cf. annexe 14). Ce dernier permet de visualiser ce que les ergothérapeutes privilégient dans leur pratique. Nous avons ensuite réalisé un codage binaire présenté en annexe (cf. annexe 15). Ce dernier nous permet d'analyser de façon quantitative nos résultats. Nous constatons que les ergothérapeutes donnent une place particulière à la personne. Elle est actrice, elle participe à l'élaboration des objectifs et aux choix des occupations. Ces indices sont tous retrouvés pour chacun des ergothérapeutes. Nous avons donc un score total de 12/12. Ensuite, concernant la satisfaction, tous les ergothérapeutes stipulent que l'intérêt et le sens de l'occupation sont essentiels. Cependant, seulement trois ergothérapeutes parlent de plaisir. Nous retrouvons alors un score de 8/9, ce qui est significatif pour dire que l'indicateur est retrouvé. Quant à l'analyse de l'indicateur de l'occupation, trois indices sont systématiquement retrouvés ; il s'agit d'utiliser l'occupation comme moyen d'intervention, que ce soit une occupation constante, quotidienne et qu'elle soit adaptable. Enfin, seulement trois ergothérapeutes évoquent le fait que l'occupation doit être connue de longue date. Ces données amènent à un résultat significatif

de 15/16. Enfin, l'analyse de la catégorie de l'environnement montre que les ergothérapeutes sont unanimes sur le fait que l'environnement physique doit être habituel et naturel et que l'environnement social doit être facilitateur. Le score est alors de 8/8.

En conclusion à ces entretiens, les discours des quatre ergothérapeutes ne divergent pas. Même s'ils utilisent chacun leur méthode d'intervention leur pratique se rejoint sur de nombreux points. En effet, ils ont la même volonté et la même perception de la profession d'ergothérapeute. Ils expliquent qu'il faut que la personne soit actrice tout au long du plan du traitement ; de l'élaboration des objectifs, aux choix des occupations, jusqu'à une participation active. En effet, le choix d'une occupation plaisante par la personne, lui permet d'y trouver plus de sens et d'intérêts. L'occupation est souvent une habitude antérieure qui s'adapte aujourd'hui. L'environnement est également facilitateur, que ce soit les proches ou les lieux, ils permettent à la personne de rester dans son contexte. Le score total à la suite du codage à l'aide des indices s'élève à 42/44.

7.4. Présentation et analyse des données supplémentaires

Les quatre ergothérapeutes nous ont apporté des données supplémentaires (cf. annexe 13). Les données supplémentaires s'axent principalement sur l'utilisation d'un outil en complément du modèle du MCREO. L'ergothérapeute 1 utilise certaines fois le modèle Personne-Environnement-Occupation lorsqu'elle souhaite évaluer une seule activité et non pas la personne dans sa globalité. L'ergothérapeute 2, lui, utilise l'approche CO-OP afin de stimuler la personne à trouver ses solutions et de ce fait l'engager dans ces dernières. Enfin, les ergothérapeutes 3 et 4 utilisent la mesure MCRO et la vidéothérapie. L'ergothérapeute 3 explique qu'elle utilise la vidéothérapie comme moyen éducatif, pour que la personne puisse évoluer d'elle-même. Enfin, l'ergothérapeute 4 dit que la MCRO aide la personne à percevoir ce que l'ergothérapie peut lui apporter mais qu'il est difficile de l'utiliser avec les patients aphasiques.

8. Discussion

La discussion nous permet de confronter les résultats recueillis avec le cadre théorique. Par la suite nous critiquons notre travail, notamment par l'analyse des biais méthodologiques qui affaiblissent sa validité. Nous comparons ensuite notre travail avec des recherches similaires puis nous exposons l'apport de ces recherches pour la pratique ergothérapique. Nous terminons par présenter les enjeux éthiques ainsi que d'éventuelles perspectives et les débouchés de notre recherche.

8.1. Confrontation des résultats avec le cadre théorique

Pour rappel, notre question de recherche est la suivante : en ergothérapie, en quoi l'engagement occupationnel dans le processus rééducatif de la personne victime d'AVC est favorisé par l'approche centrée sur la personne ? À cette question, nous avons apporté une réponse provisoire qui est que « L'utilisation du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel permet aux personnes victimes de lésions cérébrales de s'engager dans la rééducation ergothérapeutique ».

Les ergothérapeutes utilisant le MCREO décrivent leur pratique comme une approche centrée sur la personne. Ils expliquent que la personne doit être actrice de l'intervention en ergothérapie, de l'élaboration des objectifs, aux choix des occupations, jusqu'à une implication dans ces dernières. Deci & Ryan (2000) expliquent en effet que pour que la personne atteigne une motivation intrinsèque lui permettant de s'engager, elle doit choisir ses occupations et être autonome. Pierce (2003) dit, elle, qu'il doit y avoir une collaboration pour élaborer les objectifs. Enfin, Townsend & Polatajko (2013) démontrent l'importance que la personne soit actrice de sa thérapie pour qu'elle puisse s'engager.

Les ergothérapeutes expliquent également qu'ils utilisent des occupations significatives comme moyen d'intervention. Ces occupations sont souvent connues de la personne, ce sont des occupations qu'elle réalisait de façon quotidienne depuis longtemps. Ces dernières doivent pouvoir être adaptées. Également, ces occupations sont importantes pour la personne, elles lui procurent du plaisir et de l'intérêt. Pierce (2003) explique en effet, que pour que l'occupation soit utilisée comme un moyen d'intervention efficace, il faut qu'elle soit cohérente avec les valeurs de la personne, qu'elle est du sens pour elle et qu'elle est la possibilité d'être adaptée. De plus, Townsend & Polatajko (2013) déclarent que l'occupation doit être connue par la personne, ce doit être une occupation constante et de longue date pour permettre l'engagement occupationnel.

Pour finir, les ergothérapeutes sont unanimes sur le fait que l'environnement a une grande importance dans leurs pratiques. En effet, ils préfèrent intervenir dans l'environnement naturel et habituel de la personne et si cela est impossible ils tentent de reproduire au maximum l'environnement de la personne. L'environnement social quant à lui doit être facilitateur et permettre l'autonomie de la personne. Pierce (2003) défend l'importance d'avoir une réalité écologique pour que la personne puisse s'engager. Deci & Ryan (2000) déclarent, eux, que l'environnement doit être automatisant pour que la personne s'engage.

Lorsque l'on croise les résultats au cadre théorique, nous remarquons que la pratique des ergothérapeutes à l'aide du MCREO semble favoriser l'engagement des personnes victimes d'AVC. L'hypothèse semble alors être validée. Cependant, des biais méthodologiques apparaissent.

8.2. Analyse des biais méthodologiques

Tout au long de la recherche, nous effectuons des choix. Certains sont influencés par les ressources temporelles, matérielles et professionnelles disponibles, ce qui engendre des biais méthodologiques.

Tout d'abord, nous analysons l'échantillon. Il présente plusieurs biais. Il est composé de quatre ergothérapeutes, dont une québécoise. Il aurait été intéressant de connaître la pratique des ergothérapeutes suisses et belges afin de les comparer. De plus, deux des ergothérapeutes utilisent le modèle depuis seulement huit mois, le recul sur l'expérience est donc faible. Les deux autres ergothérapeutes l'utilisent depuis cinq- six ans mais elles exercent dans le même établissement. La composition de l'échantillon est alors insuffisante et peu diversifiée pour produire des données généralisables à la population mère.

Ensuite, le second biais concerne le choix de la méthode et de l'outil. En effet, nous avons choisi l'entretien car il permet de recueillir des données qualitatives et de connaître le ressenti et l'expérience des personnes interrogées, ce qui a été très intéressant. L'interrogation des patients aurait été pertinente puisqu'ils auraient pu témoigner de leur engagement. Cependant la relation thérapeutique aurait pu fortement influencer les résultats. L'observation de l'influence du modèle sur l'engagement des personnes aurait pu être réalisée, mais il nous aurait fallu beaucoup de temps puisque l'engagement est un processus et non un moment T. Nous avons alors choisi d'interroger les ergothérapeutes sur leur pratique. Là aussi un biais apparaît ; le biais de désirabilité social. Les ergothérapeutes peuvent vouloir dire seulement les côtés positifs de ce modèle. Afin d'amoindrir ce biais, nous avons fait le choix de ne pas dire aux ergothérapeutes interrogés que nous nous intéressions à l'engagement, nous avons simplement questionné leur pratique quotidienne.

Enfin, le dernier biais perçu concerne l'analyse des résultats. En effet, un seul évaluateur analyse les données, sa subjectivité peut alors biaiser les résultats. Pour diminuer ce biais, nous avons choisi d'interpréter les résultats avec des indices en lien avec les théories.

Plusieurs biais méthodologiques apparaissent, l'interprétation des résultats doit alors être réalisée avec parcimonie. Ces biais affaiblissent la validité de l'hypothèse, cependant, elle tend à être validée.

8.3. Comparaison avec des recherches similaires

Lors des 12^{èmes} journées nationales de l'ergothérapie, qui ont eu lieu le 5 et 6 avril 2018, Jean-Michel Caire a présenté le chapitre qu'il a écrit avec Marie-Chantal Morel-Bracq « La mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) facilite-t-elle l'engagement occupationnel des personnes bénéficiant d'intervention en ergothérapie en France ? » (2018). Ce travail est donc en lien avec notre recherche puisque nous recherchons à savoir si l'utilisation du modèle favorise l'engagement occupationnel. Ils présentent deux études montrant l'évolution de l'utilisation du MCRO en France. Ils déclarent que « L'être humain a besoin de s'engager dans des activités pour maintenir et développer ses capacités, sa vie en société et sa santé » (Wilcock, 1998, 2006, cité par Caire, Morel-Bracq, 2018, p.84). Nous nous intéressons particulièrement à la synthèse de la seconde étude réalisée par Caire. L'étude n'est pas encore parue. On voit alors que c'est un sujet d'actualité. Il s'agit d'une enquête auprès de 34 ergothérapeutes français formés au MCRO par l'ANFE, sur les intérêts et limites de la MCRO. L'étude a été réalisée par étape, il y a eu trois consultations afin d'aboutir à une liste finale des intérêts et limites de la MCRO, le tableau des résultats est présenté en annexe (cf. annexe 16). Au final, les ergothérapeutes établissent un consensus autour de 32 intérêts et 1 limite. Les intérêts relevés sont cohérents avec nos résultats. 100% des ergothérapeutes déclarent que la MCRO permet de partir des occupations qui ont du sens, qu'elle favorise l'implication de la personne, que ça donne la possibilité à la personne de faire des choix, que ça favorise la décision de la personne, ça lui donne la parole, ça favorise la négociation entre le client et l'ergothérapeute. Comme nous avons pu le constater avec le modèle du MCRO, la mesure permet également de rendre la personne actrice, en lui donnant la parole, en lui permettant de faire des choix et de négocier. De plus, les occupations ont du sens pour la personne. Pour 83,3% des ergothérapeutes, les activités sont étudiées dans le contexte de vie habituel. Nous retrouvons alors des données similaires à notre étude. Pour finir, 100% des ergothérapeutes interrogés déclarent que la MCRO favorise l'engagement de la personne.

Cette étude prouve l'apport de l'utilisation de la MCRO. Elle vient donc en complément et appuie notre recherche.

8.4. Apport pour la pratique professionnelle

Ce travail de recherche s'est intéressé au concept d'engagement. Ce concept prend de plus en plus d'importance dans la pratique des ergothérapeutes français. Bien qu'il soit issu du Canada, les français y portent de l'importance. En effet, les 12^{èmes} journées nationales de l'ergothérapie, ont eu pour thème : engagement, occupation et santé. Au cours de ce congrès

nous avons pu observer une évolution de la profession avec une pratique de plus en plus centrée sur la personne. Les ergothérapeutes sont alors à la recherche d'études, d'exemples de pratique. L'utilisation du modèle du MCREO comme vecteur d'engagement les intéresse. Cependant, ce modèle et la pratique associée sont encore peu connus et peu utilisés en rééducation neurologique. Quelques centres ont fait évoluer leur plateau technique afin de placer la personne dans ses occupations. Nous constatons alors que l'engagement est recherché par les ergothérapeutes mais qu'ils se trouvent en difficultés pour le favoriser. En effet, cette approche est simplifiée par un environnement de travail proche de l'environnement réel des personnes, comme l'utilisation d'appartement thérapeutique ou bien les visites à domicile. L'institution semble limiter la pratique de nombreux ergothérapeutes, ce qui limite finalement l'engagement des personnes en soins. Ce travail s'est axé sur l'accompagnement des personnes victimes d'AVC mais nous avons pu constater au cours de notre travail qu'il pourrait s'appliquer à d'autres populations. Ce travail représente également un apport pour notre propre pratique professionnelle, en effet, il nous a permis de lire de nombreux articles anglophones et de ce fait de nous familiariser avec la lecture anglaise. Cela nous a permis de connaître la vision de l'ergothérapie à l'étranger et nous permettra de nous tenir informés des évolutions de la profession. De plus, l'échange avec l'ergothérapeute Québécoise nous a permis de découvrir la pratique de la profession au Canada, ce qui a été très riche. Pour finir, ce mémoire d'initiation à la recherche nous a amenés à participer aux journées nationales de l'ergothérapie en 2018. Cette participation a été bénéfique pour notre travail de recherche mais également pour l'enrichissement professionnel tant du fait des conférences, que par les nombreux échanges avec les professionnels présents.

8.5. Enjeux éthiques

En France, les ergothérapeutes n'ont pas de code déontologique à respecter. L'éthique occupe alors une place importante dans la pratique de l'ergothérapie. En effet, afin de faire évoluer et progresser notre pratique, nous devons nous questionner sur notre accompagnement et particulièrement sur l'éthique. L'éthique des vertus a guidé notre travail d'initiation à la recherche. En effet, nous nous sommes appuyés sur l'engagement, une valeur phare de l'ergothérapie. Weinstock, en 2012 (cité par Drolet, 2014), définit la justice sociale comme une égalité des chances d'accéder à la participation et l'engagement dans des occupations signifiantes. La personne doit avoir la possibilité de s'engager. Cependant, nous remarquons une divergence des points de vue malgré des valeurs communes. En effet, les ergothérapeutes n'ont pas tous la même vision de la santé, certains recherchent « l'utilisation optimale du

potentiel des personnes » tandis que d'autres recherchent le « fonctionnement optimal des individus » avec une participation et un engagement occupationnel (Drolet, 2014, p.227). L'utilisation du MCREO s'oriente vers une éthique des vertus avec comme visée l'engagement et la satisfaction de la personne.

8.6. Perspectives et débouchés

Notre recherche s'est intéressée à la façon de favoriser l'engagement. L'utilisation du MCREO semble être intéressante. Cependant, les différents ergothérapeutes utilisent des outils supplémentaires. Certains utilisent la mesure MCRO qui découle directement du modèle. D'autres utilisent l'approche CO-OP, la vidéo-thérapie ou bien d'autres modèles comme le PEO. L'étude présentée ci-dessus nous montre que l'utilisation de la mesure MCRO facilite l'engagement. Nous avons démontré que l'utilisation du modèle du MCREO favorise l'engagement, mais est-il bénéfique d'utiliser des outils supplémentaires ? Qu'apporte-t-il de plus ? N'est-ce pas des outils plus concrets pour les ergothérapeutes sur le terrain ? Autant de questions que de recherches envisagées.

9. Conclusion

Ce mémoire d'initiation à la recherche s'intéresse à l'engagement des personnes victimes d'AVC dans la rééducation en ergothérapie. L'accompagnement de ces personnes est relativement long, c'est pourquoi il est intéressant qu'elles soient engagées dans la rééducation dès le début de l'accompagnement. De plus, l'engagement a un effet bénéfique sur la santé. Ce concept revient au goût du jour en France, notamment par le biais des modèles conceptuels exportés du Canada. Nous nous intéressons principalement à l'influence du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel sur l'engagement. Pour cela nous réalisons quatre entretiens avec des ergothérapeutes francophones. Nous réalisons une analyse catégorielle puis un relevé d'occurrence et un codage binaire. Cette analyse tend à valider l'hypothèse de recherche. En effet, l'utilisation du MCREO semble favoriser l'engagement des personnes victimes d'AVC dans leur rééducation en ergothérapie. Les ergothérapeutes nous apportent d'autres éléments, notamment l'utilisation d'outils en complément. Ces derniers pourraient être des éléments concrets pour aider les ergothérapeutes à faciliter l'engagement des personnes qu'ils accompagnent. En effet, les apports théoriques démontrent que le MCREO facilite l'engagement, cependant, nous remarquons qu'il est peu utilisé en rééducation neurologie alors que les ergothérapeutes cherchent à engager leurs patients. L'utilisation d'outils plus concrets ou bien des preuves de l'efficacité de cette pratique sur l'engagement

peuvent permettre aux ergothérapeutes de se projeter vers une évolution de leur pratique. En effet, l'expérimentation montre que ce modèle est utilisable en rééducation neurologique et donne des pistes d'interventions pour d'autres ergothérapeutes. Cette pratique est facilitée par un environnement naturel et habituel ou bien des possibilités de se rendre sur le lieu de vie de la personne. Actuellement, l'institution limite la pratique de nombreux ergothérapeutes. Ce mémoire d'initiation à la recherche peut permettre de montrer l'intérêt d'un environnement écologique et de cette pratique aux directions.

D'un point de vue personnel, cet écrit de recherche nous a permis de nous familiariser avec une méthodologie de recherche, précieuse pour un travail probant. Elle sera indispensable au cours de notre carrière pour faire évoluer notre pratique et faire évoluer la profession d'ergothérapie.

10. Bibliographie

American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux*. 5ème édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Arnsten, S. (1989). Intrinsic Motivation. *The American Journal of Occupational Therapy*, 44(5), 462-463.

Becker, H. (1960). Notes on the Concept of Commitment. *The American Journal of Sociology*, 66 (1), 32-40.

Bélangier, R., Briand, C., Marcoux, C., 2006. Le modèle de l'occupation humaine : un modèle qui considère la motivation dans le processus de réadaptation psychosociale des personnes aux prises avec des troubles mentaux. *Le partenaire*, 13(1), 8-14.

Bernard, F. (2014). Imaginaire, participation, engagement et empowerment. *Communication et organisation*, 45, 87-98.

Berro, M., Deshaies, L. (2016). L'amélioration de la pratique fondée sur l'occupation au Centre de Réadaptation National Rancho Los Amigos. In Morel-Bracq. *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (p.309-317). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

Bertrand, R., Desrosiers, J., Stucki, V., Kühne, N., Tétreault, S. (2018). Engagement occupationnel : construction historique et compréhensions contemporaines d'un concept fondamental. In Caire, J.-M., Schabaille, A. (Ed.), *Engagement, occupation et santé : Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie* (p.47-57). Paris : ANFE.

Boucand, MH. (1997). La dépression et les troubles de l'affectivité ont-ils un retentissement sur la rééducation de l'hémiplégique et faut-il les traiter ? *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 40, 481-501.

Brief, J-C., Paradis, P-Y. (1991). Motivation et besoin: éducation ou rééducation. In Féger, R. *Pédagogie et Thérapie : Convergence des Chemins* (27-47). Canada : Presses de l'Université du Québec.

Caire, J.-M., Morel-Bracq, M.-C. (2018). La mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) facilite-t-elle l'engagement occupationnel des personnes bénéficiant d'interventions en ergothérapie en France ? In Caire, J.-M., Schabaille, A. (Ed.), *Engagement, occupation et*

santé : *Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie* (p.83-97). Paris : ANFE.

Caire, JM., Rouault, L. (2017). Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO). In M-C. Morel-Bracq (Ed.), *Les modèles conceptuels en ergothérapie : 2^{ème} édition* (p. 85-97). Paris : De Boeck Supérieur.

Cambier, J, Masson, M, Masson C, Dehen, H . (2011). Pathologie vasculaire cérébrale. In *Neurologie : 13^{ème} édition* (p. 334-386). France : Elsevier Masson.

Collège des Enseignants de Neurologie. (n. d.). Accidents vasculaires cérébraux. Deuxième cycle. *Collège des Enseignants de Neurologie*. Consulté 17 septembre 2017 à l'adresse <https://www.cen-neurologie.fr/deuxieme-cycle%20accidents-vasculaires-cerebraux>

Cook, A. (2010). *Quel rôle tenez-vous en tant qu'ergothérapeute dans la prise en charge du patient atteint d'AVC ?* [vidéo en ligne] repéré à https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_962738/fr/quel-role-tenez-vous-en-tant-qu-ergotherapeute-dans-la-prise-en-charge-du-patient-atteint-d-avc

De Peretti, C., Grimaud, O., Tuppin, P., Chin, F., Woimant, F. (2012). Prévalence des accidents vasculaires cérébraux et leurs séquelles et impact sur les activités de la vie quotidienne. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. (1), 1-7.

De Recondo, J. (2004). *Sémiologie du système nerveux, 2^{ème} édition*. Paris, France : Médecine-Sciences Flammarion.

Détraz, M.-C., Morel-Bracq, M-C. et Caire, J.-M. (2008). La méthodologie professionnelle. In J.-M. Caire (Ed). *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités* (p.135-156). Marseille, France: Solal.

Devonshire, C. (2011). L'Approche centrée sur la personne et la communication interculturelle. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 13,(1), 23-55.

Drolet, M.-J. (2014). *De l'éthique à l'ergothérapie : la philosophie au service de la pratique ergotheraputique, 2^{ème} édition*. Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.

Equipe. (n.d.). *Le Larousse en ligne*. Consulté à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/equipe/30690>

Faure, H., Martinen, A., Maury, M. (2013). La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel. Evaluation et parcours de la personne cérébrolésée. *Actes de la Journée de l'Association Réseau Traumatisme Crânien*. Evaluation et parcours de la personne cérébrolésée. Ile-de-France.

Hall, A., Ferreira, P., Maher, C., Latimer, J., Ferreira, M. (2010). The influence of the Therapist-Patient Relationship on Treatment Outcome in Physical Rehabilitation: *A systematic Review*. *Physical Therapy*, 90 (8), 1099-1110.

Haute Autorité de Santé. (2012). *Recommandation de Bonne Pratique. Accident vasculaire cérébral : méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte* (p.21). Consulté à l'adresse https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-11/11irp01_reco_avc_methodes_de_reeducation.pdf

Haute Autorité de Santé. (2014). *Travailler en équipe*. Haute Autorité de Santé : développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social. Consulté 13 décembre 2017, à l'adresse https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601003/fr/travailler-en-equipe.

Haute Autorité de Santé. (2015). *Recommandation de Bonne Pratique. Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire, Actualisation* (p.220). Consulté à l'adresse https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/avc_argumentaire.pdf

Hesbeen, W. (2012). *Penser le soin en réadaptation*. Paris, France : Seli Arslan SA.

Jonsson, H. (2008). A New Direction in the Conceptualization and Categorization of Occupation. *Journal of Occupational Science*, 15 (1), 3-8.

Kaiser, M.-L., Braun, M. (2005). Evaluer les effets du traitement en ergothérapie, Utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel, *ergOTHérapie*, n°20, p. 49-57.

Kalfat, H. (2006). L'évaluation en ergothérapie : quelles possibilités et quelles règles ? *ergOTHérapie*, (21), 15-19.

Larousse, P. (1983). *Engagement*. Grand dictionnaire encyclopédique Larousse vol 4. Lizy-sur-Ourcq, France.

Larsson Lund, M., Tamm, M., Branholm, I.-B. (2001). Patients' perceptions of their participation in rehabilitation planning and professionals' view of their strategies to encourage it. *Occupational Therapy International*, 8(3), 151–167.

Lecoffre, C., de Peretti, C., Gabet, A., Grimaud, O., Woimant, F., Giroud, M., Béjot, Y., Olié, V. (2017). L'accident vasculaire cérébral en France : patients hospitalisés pour AVC en 2014 et évolutions 2008-2014. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, (5), 84-94.

Lenze, E, Munin, M, Quear, T, Dew, M-A, Rogers, J, Begley, A, Reynolds, C. (2004). Significance of Poor Patient Participation in Physical and Occupational Therapy for Functional Outcome and Length of Stay. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 1599-1601.

Lequerica, A., Donnell, C., Tate, D. (2009). Patient engagement in rehabilitation therapy: physical and occupational therapist impressions. *Disability and Rehabilitation*, 31 (9), 753-760.

Marchalot, I. (2016). Stratégie d'intervention en ergothérapie et rendement occupationnel. *ergOTHérapies*, 62, 19-23.

Marchalot, I. (2018). Concevoir un environnement ergothérapeutique facilitant l'engagement dans l'occupation. In Caire, J.-M., Schabaille, A. (Ed.), *Engagement, occupation et santé : Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie* (p.255-268). Paris : ANFE.

Martini, R., Techene, S. (2018). Comment l'approche CO-OP met-elle l'accent sur l'occupation ? En quoi cette vision de l'ergothérapie est-elle nécessaire pour la pratique en France ? In Caire, J.-M., Schabaille, A. (Ed.), *Engagement, occupation et santé : Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie* (p.157-174). Paris : ANFE.

Maslow, A. (2008). *Devenir le meilleur de soi-même : besoins fondamentaux, motivation et personnalité*. Paris, France : Groupe Eyrolles.

Meyer, S. (2010). *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. Lausanne, Suisse : Les cahiers de l'EESP.

Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. Bruxelles : De Boeck solal.

Meyer, S. (2018). La performance et l'engagement occupationnel comme vecteur de participation. In Caire, J.-M., Schabaille, A. (Ed.), *Engagement, occupation et santé : Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie* (p.17-25). Paris : ANFE.

Mignet, G., Doussin-Antzer, A., Sorita, E. (2017). Le modèle de l'occupation humaine (MOH) de Gary Kielhofner (1949-2010). In M-C. Morel-Bracq (Ed.), *Les modèles conceptuels en ergothérapie : 2ème édition* (p. 72-85). Paris : De Boeck Supérieur.

Ministère de la santé et des sports. (2009). La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France : Rapport à Madame la ministre de la santé et des sports. Récupéré sur http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/AVC_-_rapport_final_-_vf.pdf

Ministère de la santé et des sports, Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. (2010). *Plan d'actions national 2010-2014*. Récupéré sur http://www.cnsa.fr/documentation/plan_actions_avc_-_17avr2010.pdf

Ministère des solidarités et de la santé. (2017). L'accident Vasculaire cérébral. *Ministère des solidarités et de la santé*. Consulté 21 Octobre 2017 à l'adresse <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires/accident-vasculaire-cerebral-avc/article/l-accident-vasculaire-cerebral>

Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, Ministère de la santé et des sports (2010, juillet 5). *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute*. Récupéré sur http://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/TO_arrete_5_juillet_2010.pdf

Morel-Bracq, M.-C. (2016). L'entretien en recherche qualitative en ergothérapie. *ergOTérapies*, 62, p.78-80.

Morel-Bracq, M.-C. (2018). La science de l'occupation, un défi pour la santé. In Caire, J.-M., Schabaille, A. (Ed.), *Engagement, occupation et santé : Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie* (p.3-15). Paris : ANFE.

Morel-Bracq, M.-C., Destailats, J.-M., Platz, F. (2008). Les fondements conceptuels en ergothérapie. In Caire, J.-M. *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*. Marseille : Solal.

- Morel-Bracq, M-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie*. Paris, France : De Boeck Supérieur.
- Morel-Bracq, M-C., Criquillon-Ruiz, J. (2016). Pour une démarche d'évaluation centrée sur le client et sur l'occupation. *ergOthérapies*, (63), 23-28.
- Ordre National des Médecins Conseil National de l'Ordre. (2008). *Information du patient dans la loi du 4 mars 2002, accès aux informations de santé* (p.11)
- Organisation Mondiale de la Santé, OMS. (n. d.). *Accident vasculaire cérébral (AVC)*. Thèmes de santé. Organisation Mondiale de la Santé. Consulté 15 septembre 2017 à l'adresse http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/fr/
- Pellaud, F. (2011). *Pour une éducation au développement durable*. Versailles, France : Editions Quae.
- Pelletier, L. (2012). *Repenser la notion de l'engagement du MCRO-E par une étude des théories de la motivation*. Université du Québec, Trois-Rivières.
- Pierce, D. (2003). *Welcome to Occupation by Design*. In *Occupation by Design: Building therapeutic power* (p. 3-13). United States of America: F.A. Davis Company.
- Reeve, J. (2017). *Psychologie de la motivation et des émotions*. Bruxelles, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Richard, C., Colvez, A et Blanchard, N. (2012). État des lieux de l'ergothérapie et du métier d'ergothérapeutes en France. Analyse des représentations socioprofessionnelles des ergothérapeutes et réflexion pour l'avenir du métier. *ergOThérapie*, (48), 37-46.
- Roussel, M., Godefroy, O., de Boissezon, X., Roussel, M. (2017). *Troubles neurocognitifs vasculaires et post-AVC : De l'évaluation à la prise en charge*. Louvain-la-Neuve : Deboeck Supérieur.
- Ryan, R., Deci, E. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54-67.
- Schell, B., Gillen, G., Scaffa, M. (2013). *Willard & Spackman's Occupational Therapy. Twelfth edition*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

Sorita, E., Caire, J-M. (2013). Preuves d'efficacité de l'intervention en milieu ordinaire de vie des ergothérapeutes sur l'amélioration de l'indépendance dans les activités de vie quotidienne des patients post-AVC. *ergOTHérapies*, (51), 33-39.

Tabor Connor, L., Wolf, T., Foster, E., Hildebrand, M., Baum, C. (2016). Participation et engagement dans les occupations des adultes en situation de handicap. In Morel-Bracq. *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (p.126-138). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

Tétreault, S.(2014). Entretien de recherche. In Tétreault, S., Guillez, P. *Guide de pratique de recherche en réadaptation* (p.215-245). Louvain la Neuve : De Boeck Supérieur.

Townsend, E., Polatajko, H. (2013). *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. Canada : CAOT Publications ACE.

Townsend, E., Stanton, S., Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S., Thompson-Franson, ... T. Campanile, L. (2002). *Promouvoir l'occupation : Une perspective de l'ergothérapie*. Ontario, Ottawa : CAOT Publications ACE.

Vallée, C. (2015). S'approprier la science de l'activité humaine dans la pratique ergothérapique. In Morel-Bracq, M-C, Trouvé, E, Offenstein, E, Quevillon, E, Riguet, K, Hernandez, H, Ung, Y, Gras, C. *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* (p. 315-321). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur

Vassy, C. (1999). Travailler à l'hôpital en Europe : Apport des comparaisons internationales à la sociologie des organisations. *Revue française de sociologie*, 40 (2), 325-356.

Vincent, S. (2011). Centré sur le client ? Centré sur la personne ? On ne peut pas être thérapeute centré sur la personne. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 14 (2), 52-76.

Wolf, T, Chuh, A, Floyd, T, McInnis, K, Williams, E. (2015). Effectiveness of Occupation-Based Interventions to Improve Areas of Occupation and Social Participation After Stroke: An Evidence-Based Review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 69 (1), 1-11.

Zhang, C., McCarthy, C., Craik, J. (2008). Les étudiants à titre d'interprètes du Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation. *Actualités Ergothérapiques, CAOT-ACE*, 10(3), 3-5.

Sommaire des annexes

Annexe 1 : <i>Questionnaire de la phase exploratoire</i>	I
Annexe 2 : <i>La pyramide de Maslow (1943) présenté par Pellaud (2011, p.13)</i>	VIII
Annexe 3 : <i>Schéma du « Therapeutic Pwer » par Pierce (2003, p.9)</i>	IX
Annexe 4 : <i>Schéma du MCREO par Townsend & Polatajko (2013, p.27)</i>	IX
Annexe 5 : <i>Annonce diffusée et envoyée pour rechercher des ergothérapeutes</i>	X
Annexe 6 : <i>Matrices théoriques</i>	X
Annexe 7 : <i>Indicateurs de l'engagement et leurs indices</i>	XI
Annexe 8 : <i>Trame d'entretien</i>	XI
Annexe 9 : <i>Formulaires de consentement des quatre ergothérapeutes interrogés</i>	XIII
Annexe 10 : <i>Construction des questions de l'entretien</i>	XVII
Annexe 11 : <i>Retranscription des quatre entretiens</i>	XVIII
Annexe 12 : <i>Analyse des participants à l'étude</i>	LXIII
Annexe 13 : <i>Analyse catégorielle de la variable dépendante</i>	LXIV
Annexe 14 : <i>Relevé d'occurrences</i>	LXXIII
Annexe 15 : <i>Codage binaire des données de la variable dépendante</i>	LXXIV
Annexe 16 : <i>Tableau des résultats de l'étude de Caire (à paraître) par Caire & Morel-Bracq (2018, p.92)</i>	LXXV

Annexe 1 : *Questionnaire de la phase exploratoire***La motivation et ses effets sur l'accompagnement en ergothérapie**

Bonjour,

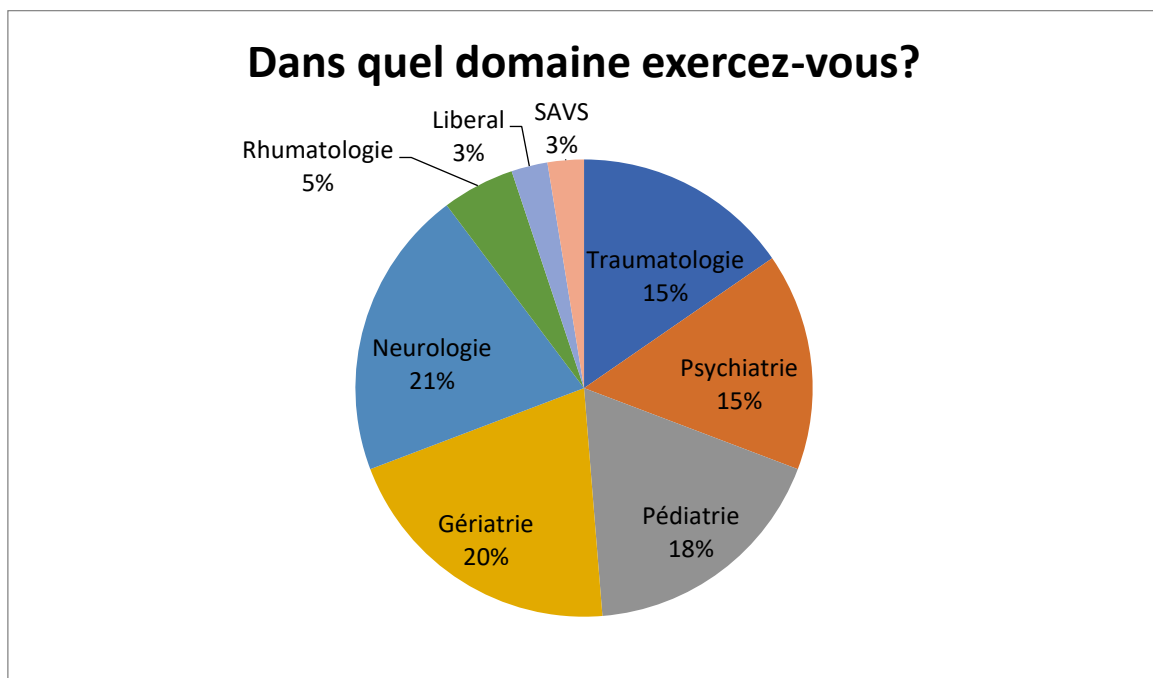
Je suis Lauriane Graviche, étudiante en deuxième année à l'IFE de Hyères. Dans le cadre de la phase exploratoire de mon mémoire, je m'intéresse à la motivation et ses effets sur l'accompagnement en ergothérapie. Ce questionnaire s'adresse à tous les ergothérapeutes pratiquants auprès de patients. Le but de ce questionnaire est de connaître la pertinence et l'importance que vous apportez en pratique à cette notion. Il me permettra également d'orienter mes recherches. Il vous prendra seulement 5 minutes et les réponses seront analysées en respectant l'anonymat. Merci de le remplir avant le 7 juin 2017.

Je vous remercie par avance, de l'attention et du temps que vous consacrerez à mon questionnaire.

Pour toute question ou commentaire, vous pouvez me joindre par mail : *****.*****@gmail.com

*Réponses obligatoires

1. Dans quel domaine exercez-vous ?* (30 réponses)



2. Comment définissez-vous la motivation ? * (30 réponses)

C'est l'envie de la personne à participer aux activités, à atteindre des objectifs...

Envie de s'impliquer dans une activité

Envie de faire/réaliser quelque chose

Maintien de ses capacités d'attention, de travail et de volonté

Capacité à se mobiliser pour répondre à une envie

Sensation que l'on a quand on a envie de faire quelque chose tout de suite

C'est la notion qui pousse quelqu'un à sortir de sa zone de confort pour atteindre un objectif qu'il s'est fixé.

L'envie de faire et se donne les moyens de pouvoir le réaliser

II

Une personne volontaire, qui comprend l'intérêt de la rééducation, et ce que ça peut lui apporter.
L'envie de faire quelque chose qui se traduit par la mise en place d'actions pour atteindre un but important/significatif pour la personne
Volonté d'une personne à accomplir quelque chose
Ce n'est pas simple à définir car il en existe de nombreuses théories qui peuvent être mobilisées ou non en rééducation on peut échanger par mail si tu le souhaite.
Avoir l'envie et se donner les moyens de réaliser quelque chose
Volition/ intérêt
L'envie de faire
L'envie de faire une chose, d'atteindre un but ou un objectif
La motivation c'est l'envie positive
La source motrice de notre profession
Énergie, envie que l'on a pour réaliser une tâche
L'envie de faire, ce qui permet d'initier une action et de persévérer dans cette dernière
La volonté de faire quelque chose : une action ...
L'envie de passer d'une situation à une autre, d'évoluer en appréciant l'activité réalisée. Faire cette activité en ayant conscience du but attendu.
La motivation est à la fois l'intérêt de la personne pour la tâche demandée et son adhésion à l'objectif qu'on souhaite atteindre.
Processus complexe d'engagement vers une activité
Forces internes qui permettent de s'engager dans une activité
Capacité d'une personne à réaliser une activité avec entrain.
Avoir envie de faire quelque chose
La volonté d'engagement
Énergie qui nous incite, nous pousse à accomplir une activité.
La motivation pour moi est un état d'esprit qui permet à une personne de s'engager à corps perdu dans une activité.
Ce qui pousse de façon intrinsèque l'individu à l'action

3. La motivation du patient a-t-elle une importance plus importante dans un de ses domaines selon vous ? Justifier. *

Elle est importante dans tous les domaines car c'est elle qui le pousse à dépasser ses limites connues pour augmenter le champ de ses capacités.

Non, son intervention et ses fluctuations sont différentes en fonction des domaines par contre.

Il faut éveiller/ réveiller la motivation d'un patient si l'on veut que la séance lui soit bénéfique.

Dans la réalisation des exercices et pour l'auto rééducation.

Non la motivation est un facteur facilitant toute prise en charge il peut même dans certaine circonstance être un prérequis pour construire un projet.

En psychiatrie, dans ce domaine le patient doit participer au maximum à sa prise en charge. Le patient, dans la majorité des cas, n'est pas conscient de sa pathologie, si il n'a pas envie de participer aucun résultat ne sera visible, et il ne se sentira pas progresser.

Tandis qu'en physique le patient est conscient de ses troubles, s'il ne participe pas il ne peut que "s'en prendre à lui-même".

Idem dans tous les secteurs. Dans tous les cas tu dois aider le patient à progresser de quelque façon que ce soit : physique, psychologique...

Oui en Neurologie, il est important de savoir bien se reposer mais il est important de faire tous les efforts nécessaires à la réussite afin d'y parvenir (pour toutes les atteintes physiques selon moi) notamment lors des techniques comme la contrainte induite ou la thérapie miroir etc qui

III

joue beaucoup sur la capacité de concentration et de motivation afin d'activer/booster au maximum la plasticité cérébrale

Dans tous les domaines c'est important car une personne qui n'est pas motivée ne fera pas de progrès

Non il est important que la personne soit motivée et pour ça que l'ergo cherche un travail pour tous les patients qui correspond à ce qu'il aime, je pense que dans certains domaines elle est plus dure à trouver : par exemple quelqu'un avec un certain degré de déficit cognitif aura plus de mal à réaliser des choses dont le but/la récupération/ n'est pas directement concret/visible

Non, la motivation est à mon sens une des bases de la PEC, on ne peut pas travailler avec un patient efficacement contre son gré

Elle est primordiale pour l'investissement du patient dans son accompagnement

Très importante en pédiatrie. Si un enfant n'est pas motivé pour réaliser une activité proposée elle peut devenir longue et laborieuse. Il est donc important de passer par des activités ludiques/jeux afin de le «motiver" et de faire répondre à nos objectifs de rééducation.

Elle est essentielle quel que soit le domaine dans lequel on exerce...

Tous

La motivation est importante dans toutes les prises en soin

Non dans chaque domaine c'est important

C'est à nous de savoir motiver les résidents en leur proposant des activités significatives

Non, je ne pense pas

Oui, en gériatrie personnellement je pense que c'est essentiel à la prise en charge

Nous leur laissons le choix de participer ou non aux différents Ateliers, sans motivation la prise en charge est minime

La motivation du patient est importante dans chaque domaine

Elle dépend de l'âge et de la maturité.

Elle est présente dans tous les domaines, car propre à l'être humain.

Non la motivation est importante peu importe le domaine

Non, la motivation est l'un des piliers de notre intervention auprès d'un patient. Etant donné que ce dernier est l'acteur de sa thérapie (quel que soit le domaine), s'il n'est pas motivé ou n'a pas envie, c'est la première chose que nous devons lui "fournir".

La motivation est importante dans n'importe quel domaine. C'est grâce à elle que l'on peut aller au bout de nos actions.

Oui, tout domaine difficile !!

4. Lorsqu'un patient n'est pas motivé dans sa rééducation, quelles en sont les causes ? *

(30 réponses)

En pédiatrie, les jeux ne lui plaisent pas, il n'y voit pas d'intérêt se satisfaisant de la situation actuelle

Il y a autant de causes que de patients mais selon moi les plus fréquentes sont : en fonction des phases de deuil, les bénéfices secondaires a la situation actuelle,

Activité male choisie, (pas en lien avec ce qu'il aime faire), moment de la journée inadapté...

Nous n'avons pas compris ses enjeux, dépression, fatigue attentionnelle

Apragmatisme déni épuisement

Patient pas intéressé à l'activité proposée

Progrès souhaités non observables, cela démotive

Une baisse de morale, le fait de savoir que dans tous les cas le pronostic est mauvais, le fait de ne pas voir de résultats, les douleurs, mauvaise accroche avec le thérapeute, des activités pas assez signifiantes etc.

Déni des troubles, fatigue, manque de résultats concluants ou satisfaisants et assez significants pour lui, lassitudes, parfois même un manque d'implication liée à une déficience de la relation de confiance thérapeutique instaurée avec le thérapeute

Pour ma part, je travaille en pédiatrie en libéral donc je dirais que c'est parce qu'il ne comprend pas ce que l'on fait et à quoi ça peut servir. Il n'a pas encore la maturité pour comprendre que c'est dans son intérêt. Mais les parents y sont pour quelque chose aussi.

Le patient ne visualise pas ses progrès ou l'intérêt de faire une activité pour le maintien ou la récupération de ses capacités. La dépression, baisse de morale ou de l'envie également. (Ex : en gériatrie certains disent faites-le pour moi ou Intel le fera)

Déni des troubles, mauvaise compréhension du sens de la PEC, objectifs mal définis (peu clairs ou trop complexes), pathologie (par exemple, la dépression)

Il en existe de multiples pertes de confiance en lui théories implicites de l'intelligence, sentiment d'auto efficacité, stratégie auto-handicap. Tout cela pour préserver l'estime de soi...

Propositions pas en rapport à ses centres d'intérêt

Difficultés à se projeter, à trouver du sens... difficultés à accepter sa perte d'autonomie. Son identité, Ses rôles sont bouleversés. Rééducation trop éloignée parfois de ses propres centres d'intérêt

La peur de l'échec, la dépression, la négation du handicap, ou le besoin d'être reconnu car ne peut pas faire cette activité...

Souvent par manque de connaissance de l'objectif ou d'un possible apport

Psychologique, physiologique, sociale et professionnelle et pas l'envie de guérir car la situation serait moins intéressante (bénéfice secondaire)

La peur de l'échec, l'apathie...

Moral pas au top, pas d'effort pour réaliser l'activité, apathie

Altération de l'état général, pathologie psychiatrique (dépression, alcoolisme, borderline, bipolaire...), Problèmes sociaux familiaux...

Les causes peuvent être multiples et difficiles de les citer... Non acceptation d'une maladie, entourage peu facilitant, température, ambiance sonore, ...

Fatigue, préoccupations psychologiques, lassitude (en pédiatrie)

Il ne voit pas l'intérêt, il ne comprend pas l'objectif, la relation avec l'ergothérapeute n'est pas suffisamment forte, il n'a pas envie, l'activité n'est pas assez à son goût (pas assez ludique pour les enfants), ...

Multiples et variées... adhésion au traitement, relation thérapeutique, efficacité personnelle, composantes personnelles, étiologie de la prise en charge (dans mon domaine le traumatisme)

...

Activités peu significantes, dépression réactionnelle à son accident, fatigue, routine des exercices proposés

Activité non adaptée, prise de conscience des déficits en séance, dépression, déni ou anosognosie, syndrome de glissement...

Pas de motivation, moins d'effort produit en séance ou dans les AVQ et du coup récupération plus lente

La douleur, l'inconnu (ne pas savoir ce qui ça se passer, ce que l'on va lui demander), la fatigue.

Les causes sont à mon sens la dépression qui diminue totalement la motivation en gériatrie par exemple. La douleur peut aussi diminuer la motivation. Et une activité qui ne signifie rien pour une personne et qui par conséquent n'offre aucun but ni aucune perspective peut également démotiver.

Méconnaissance de la réadaptation, pauvre insight, désengagement occupationnel, pressions sociales

5. Quels moyens utilisez-vous pour motiver un patient ? * (30 réponses)

J'utilise des jeux qui leur plaisent, je leur lance de petits défis, nous utilisons des contrats

Il y a autant de moyens que de patient, mais le relationnel joue pour beaucoup

Qu'il prenne plaisir à faire l'activité.

Discussion et respect des choix

La relation thérapeutique et les concepts de l'entretien motivationnel

Choix d'une activité ayant un fort intérêt pour le patient, argumentation de l'activité, mise en place d'une bonne ambiance lors des séances

Trouver des activités plus signifiantes, poser des objectifs intermédiaires plus facilement/rapidement atteignables pour le patient, parfois faire intervenir la famille...

Des activités signifiantes et significatives pour la personne, éviter les mises en échec par des exercices trop complexes, revalorisation

J'essaie de lui expliquer l'intérêt, et ce qu'il pourra faire après. Je passe par du ludique, pour qu'il ne se lasse pas trop.

Répétitions des objectifs et du changement ou risque qui peut être diminué dans sa vie de tous les jours avant les séances

Entretien ou changement de médiation

La valorisation des efforts est primordiale, ensuite il faut savoir ou en es le patient vis à vis des diverses théories/modèles.

En pédiatrie beaucoup le jeu

Ex : enfiler des perles sur une tige= faire des brochettes de bonbons et les passer au barbecue pour ensuite les manger

Choix d'activités qui ont du sens pour le patient, proche de ses propres centres d'intérêt, qui font résonance en lui. Je reste à l'écoute

La mise en situation pour prouver la possibilité

Explications sur notre métier puis recherche des centres d'intérêts (hobbies et attentes du quotidien)

Les centres d'intérêts et des évènements personnels passés ou à venir

Le choix des activités est crucial de plus la manière dont on aborde le résident quand on lui propose jouer un rôle primordial

Trouver une activité signifiante en discutant avec lui, parler du pourquoi il faut faire telle ou telle activité

Négociation avec le patient sur le temps de l'activité par exemple ou sur le type d'exercice

Ils sont multiples et adaptés au patient : discussion, proposition d'activité en lien avec les loisirs ou souhaits du patient, ...

Jeux, changements

Une activité qui lui plaît, un "bonus détente" après une activité difficile ou à la fin de la séance.

Je lui explique l'objectif de l'exercice.

Écoute, accueil, espoir, enthousiasme, bonne humeur, dédramatisation, stimulation, encouragements...

Activités signifiantes, expliciter les objectifs de chaque activité, suivre ses demandes

Explications plus approfondies de l'ergothérapie et des objectifs de chacun des exercices, changement de moyens thérapeutiques

Ras

Le dialogue ou l'activité. Si mon patient n'est pas motivé, je commence l'activité seule ou je fais l'activité avec une autre personne.

La bonne humeur :) et sinon le plus important pour moi c'est l'alliance thérapeutique. L'alliance commence par une présentation de soi de ce que l'on fait en tant qu'ergo, puis par l'écoute de la personne de ce dont elle a réellement besoin et envie ! A partir de là on peut gagner la confiance et donc la motivation de la personne. Après il faut aussi poser des objectifs précis et réalisables pour que la personne se motive sur un but.

On ne peut pas motiver quelqu'un, on peut aider les usagers à développer leur propre motivation. Pour ça, il faut chercher les causes de "non-motivation" et les pallier ou les contourner.

6. Comment mettez-vous en place une activité de rééducation ? * (30 réponses)

Par le jeu suivant les envies du patient au maximum

Après un bilan et explication au patient

En fonction de mes objectifs, proposition d'activités qui permettront de les travailler tout en motivant le patient à les faire.

Composer entre les incapacités, la marge de progression, la prescription médicale et surtout les habitudes de vie du patient

En essayant de coller à une demande du patient ou un centre d'intérêt

Je n'ai pas compris la question

En fonction des déficiences et incapacités du patient tout en prenant compte les choses importantes pour lui (motivation ++)

En fonction des objectifs de rééducation de la personne pour elle-même, des objectifs que je fixe pour elle, de ses goûts et habitudes de vie et enfin de ses capacités

Je prépare mon activité avant, je réfléchis à ce que l'on doit travailler et à quoi je veux aboutir

Prise de contact, échanges sur éléments extérieurs à la séance, explications de ce qu'on va faire, réalisation, conclusion avec valorisations

Dans un premier temps, entretien avec la personne pour fixer avec elle ses objectifs de pec et choisir une médiation qui lui plaît et qui lui soit bénéfique

Recherche d'une occupation ou la valeur de l'occupation est importante pour la personne

Se renseigner sur ce qu'aime faire le patient, qu'elles sont ses loisirs, ses jeux préférés, centre d'intérêt, couleur préférée...pour ensuite lui proposer des activités qu'il aura envie de réaliser.

Je ne comprends pas la question

Que réadaptation prévention et conseil

Bilans puis objectifs. Recherche d'ateliers. Réévaluation

Progressivement et elle finira par l'activité directe en lien avec le moyen cité au-dessus

J'échange d'abord avec les résidents, j'apprends à les connaître puis je les évalue. Quand je fais une activité de groupe : j'essaie de réaliser des groupes homogènes en fonction de l'âge des capacités

Activité analytique : choisis par moi-même en fonction des objectifs à atteindre. Pour les activités manuelles, proposition de plusieurs au patient qui choisit

Planifier les résidents pour qui ça pourrait être intéressant et bénéfique, formation du groupe en fonction de l'activité (si c'est du groupe), réservation de la salle, préparation matérielle ...

Question trop floue

??? C'est-à-dire ? La question est vague...

Suite au bilan, en lien avec la famille

Je pars au maximum des intérêts de la personne, afin de choisir entre jeu sur table, activité manuelle, informatique, mise en situation écologique, Puis je regarde l'objectif à atteindre et la compétence à acquérir. Je "bidouille" mon activité pour travailler ce que je veux travailler.

Après avoir effectué des bilans comportementaux, on tente soit indirectement par la relation thérapeutique d'y parvenir soit directement en posant des objectifs avec le patient

En fonction des objectifs de la personne et des moyens à disposition

A partir de ses déficits et de ses activités quotidiennes (surtout en neuro)

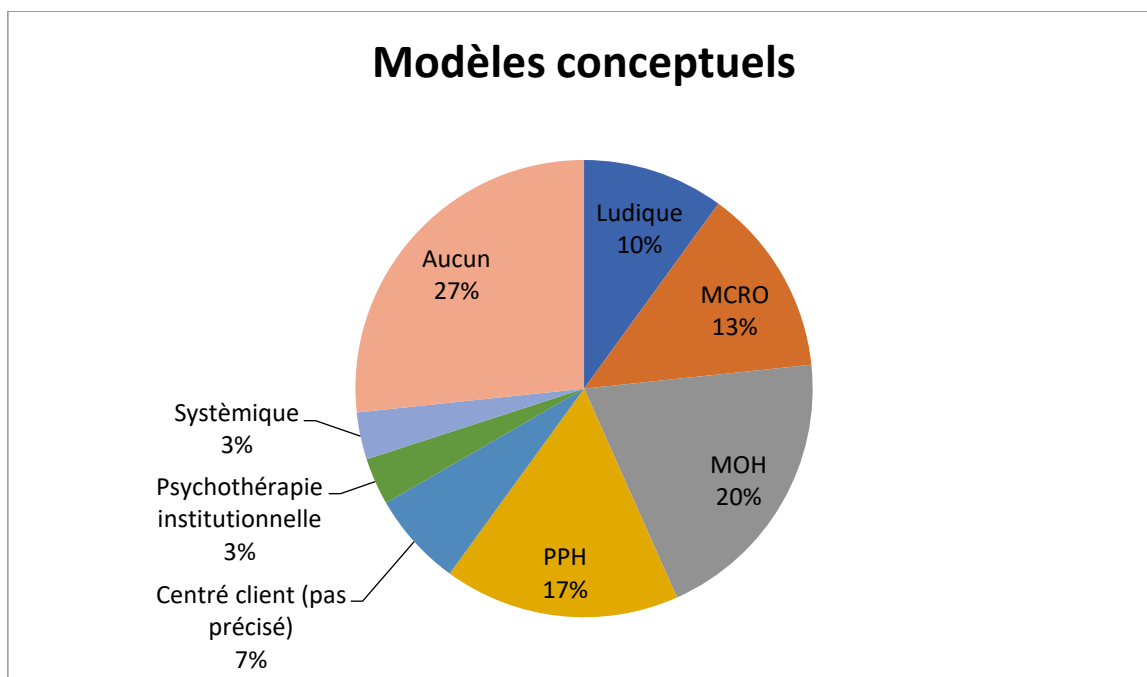
En fonction des objectifs et des préférences d'activités des patients

Mise en place du matériel, explication du déroulement, motivation du patient, le tout avec l'attitude adéquate à la situation.

Je commence par un petit entretien avec la personne pour connaître ses capacités et incapacités ce qui me donne des objectifs de travail. Puis je leur demande ce qu'ils aiment faire (activités jeu ou activités manuelles). Et après bien sûr il faut faire comme on peut avec le matériel que l'on a.

Je ne comprends pas la question

7. Utilisez-vous un modèle conceptuel pour orienter votre pratique ? Si oui, lequel ?* (30 réponses)



8. Avez-vous des suggestions sur le thème de la motivation ? (19 réponses)

Je trouve que c'est un thème intéressant à creuser car il influence grandement sur les prises en charge et est en lien avec le sens qui est donné à la thérapie.

Prendre plaisir à faire quelque chose.

Sujet passionnant, bonne chance et bon travail.

L'outil des entretiens motivationnels.

Pyramide des besoins de Maslow.

Y a-t-il vraiment un moyen de motiver une personne ? Est-ce que l'entourage a une importance dans la motivation ?

Vaste domaine, il y a beaucoup de choses à chercher, on peut échanger par mail r*****.*****@gmail.com

Tenir compte de la fatigue

Aucune mais c'est une excellente question pour un travail de fin d'étude.

Penser à bien définir si le sujet traite de la motivation du soignant et l'impact qu'elle peut avoir sur le patient ou la motivation du patient

Choisir une activité particulière et étudier si impact sur la motivation par exemple la cuisine thérapeutique, voir si le groupe impact la motivation face à l'individuel

Liens avec l'empowerment ?

Pas vraiment. Bon courage pour la suite !

C'est un thème très vaste et très complexe de l'ordre de la neuropsychiatrie.

VIII

J'ai une patiente âgée en ce moment qui a fait un AVC et qui, au niveau moteur tout va bien, mais au niveau cognitif c'est très compliqué. Elle n'est pas du tout motivée en ergo (je pense car c'est ici qu'elle ressent des difficultés et surtout elle a conscience de ses troubles). Parfois elle vient mais elle en a vite marre et parfois elle refuse catégoriquement de venir.

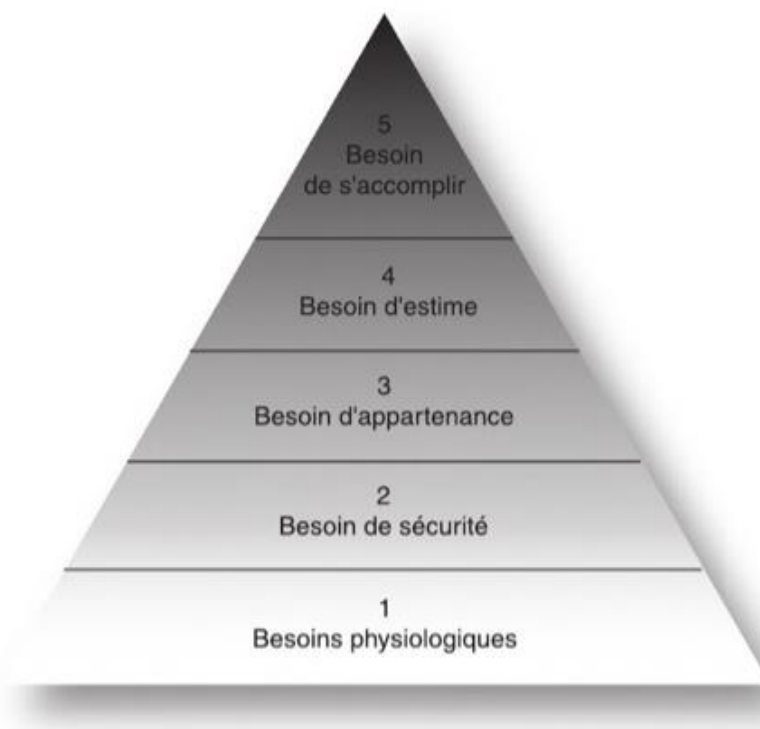
Si tu as des idées de motivation je suis preneuse.

Très bon thème.

La motivation dépend également de l'attitude que l'on dégage dans notre contact avec le patient. La motivation du patient passe aussi par le thérapeute. L'ergo doit être lui aussi motivé et doit savoir motiver ses patients en toute circonstance. C'est aussi pour cela que nous passons par le jeu ou par l'activité manuelle.

MOH (volition).

Annexe 2 : *La pyramide de Maslow (1943) présentée par Pellaud (2011, p.13)*

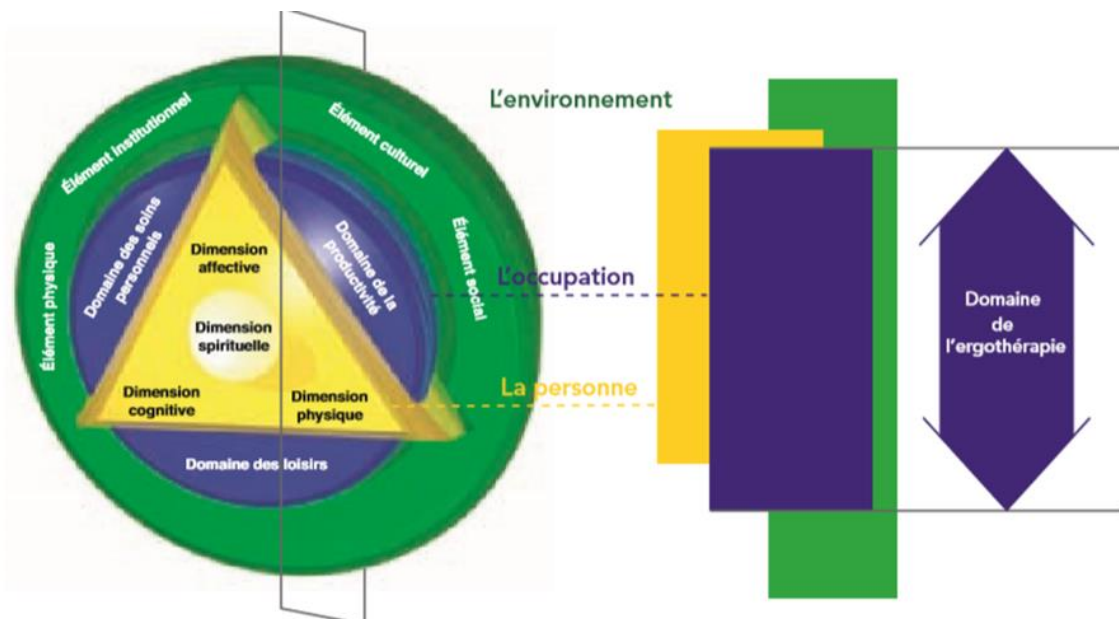


Annexe 3 : Schéma du « Therapeutic Power » présenté par Pierce (2003, p.9)



Appeal + Intactness + Accuracy = Therapeutic Power

Annexe 4 : Schéma du MCREO présenté par Townsend & Polatajko (2013, p.27)



Annexe 5 : Annonce diffusée et envoyée pour rechercher des ergothérapeutes

Bonjour,

Je m'appelle Lauriane Graviche, je suis étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie. Dans le cadre de mon mémoire de recherche, je m'intéresse à l'utilisation du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) lors des six premiers mois de l'accompagnement des personnes victimes d'accident vasculaire cérébrale. C'est pourquoi je souhaiterais m'entretenir 20 minutes avec vous sur ce sujet afin de faire avancer ma recherche.

Si vous utilisez ce modèle en neurologie et que vous acceptez de répondre à mes questions, merci de me contacter par mail : *****.*****@gmail.com ou bien par téléphone au 06*****.

Vous en remerciant par avance,

Cordialement,

Lauriane Graviche

Annexe 6 : Matrices théoriques

Matrice théorique de la variable dépendante

Théorie	Critères	Indicateurs
Modèle conceptuel : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel : MCREO (Townsend, Polatajko, 2013)	Dimensions de la personne	Affectif : fonctions sociales et affectives
		Spirituelle : croyances, sens, valeurs, ressources
		Physique : fonctions sensorielles et motrices
		Cognitif : fonctions cognitives et intellectuelles
	Dimensions de l'environnement	Sociale : type de relation
		Physique : éléments naturels et construits
		Culturel : aspects ethniques
		Institutionnel : éléments politiques, économiques et légaux
	Dimensions de l'occupation	Soins personnels : prendre soin de soi (hygiène, mobilité, vie communautaire)
		Loisirs : divertissement (loisirs sédentaires, loisirs actifs et vie sociale)
		Productivité : épanouissement social et économique (travail rémunéré ou non, gestion du foyer, travail scolaire)
		Repos
	Interaction dynamique des 3 domaines	Rendement occupationnel : performance, choix et réalisation d'une occupation, participation
Satisfaction		
Engagement occupationnel : implication		
Habilitation : favoriser par l'ergothérapeute		

Matrice théorique de la variable indépendante

Théorie	Critères	Indicateurs	Questions
Sciences de l'occupation : Potentiel thérapeutique de l'occupation (Pierce, 2003)	Attrait de l'occupation	Eprouver du plaisir : sens valeur	Question 3
		Challenge	Question 5
		Besoin physiologique	Question 3
	Réalité écologique	Spatiale : naturel	Question 6
		Temporelle	Question 6
		Socio-culturelle	Question 6
	Pertinence de l'occupation	Collaboration : choix, négociation	Question 2
		Compétence du thérapeute : analyse	Question 5
		Ajustement de l'intervention	Question 5
Théorie de la motivation : L'autodétermination (Ryan, Deci, 2000)	Motivation intrinsèque	Autonomie de la personne : choix absolu des activités	Question 3
		Défi adapté : analyse d'activité + capacité de la personne	Question 5
		Satisfaction : sens ; plaisir	Question 3
		Environnement social automatisant	Question 7
Sciences de l'occupation : L'engagement	Engagement occupationnel (Polatajko et al., 2008, AOTA, 2002)	Nature : caractère passif ou actif	Question 1
		Intensité : sporadique ou constante	Question 4
		Degré d'établissement : nouvelle ou de longue date	Question 4
		Compétence de rendement	Question 4
		Signification de l'occupation	Question 3
		Choix	Question 3
		Motivation pour l'activité	Question 3

Annexe 7 : Indicateurs de l'engagement et leurs indices

Engagement	Environnement	Physique : naturel, habituel	Question 6
		Social : automatisant, facilitateur	Question 7
	Satisfaction	Sens, intérêt	Question 3
		Plaisir	Question 3
	Occupation	Moyen d'intervention	Question 4
		Irrégulière / constante	Question 4
		Nouvelle/ de longue date	Question 4
		Juste défi, adapter, ajuster	Question 5
	Personne	Actrice : avec demandes et attentes	Question 2
		Collabore/ négocie objectifs	Question 1
		Choix de l'occupation	Question 3

Annexe 8 : Trame d'entretien

Introduction

Bonjour, tout d'abord merci d'avoir accepté cet entretien. Je suis donc Lauriane Gravic, étudiante en 3^{ème} année de formation au Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute à l'IFE de Hyères/

La Garde (France). Mon rôle dans l'étude est de confronter et d'analyser la théorie à la pratique afin de répondre à ma question de recherche.

L'entretien durera environ 20 minutes.

Considérations éthiques :

S'assurer que le consentement a été signé, sinon le lire ensemble et vérifier la compréhension.

Vous êtes libre de vous retirer à tout moment de la recherche

Acceptez-vous de participer à cet entretien ? Etes-vous bien installé ? Acceptez-vous que je vous enregistre ? Afin de pouvoir le retranscrire de façon exacte. L'enregistrement sera détruit, et je m'engage à garantir l'anonymat des réponses.

L'étude s'intéresse à l'utilisation du MCREO dans la rééducation (6iers mois) des personnes victimes d'AVC.

C'est pourquoi je vous rencontre, Mr/Mme X, car vous êtes ergothérapeutes, exerçant en rééducation des personnes victime d'AVC et vous utilisez le MCRO.

Bien entendu il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Le but est d'exprimer au plus près votre expérience et votre ressenti.

Nous allons aborder différents thèmes :

- La construction du plan d'intervention
- La mise en place des séances
- L'occupation
- Votre influence sur l'intervention
- Le contexte de l'intervention
- La place de l'environnement social

Questions :

Générales :

- Depuis combien de temps êtes-vous ergothérapeute ?
- Voulez-vous bien me décrire votre parcours ?
- Depuis combien de temps utilisez-vous le MCREO ? Utilisez-vous la Mesure MCRO ?
- Qu'est-ce que l'utilisation du MCREO apporte à votre pratique ?

Spécifiques :

- 1. Qu'est-ce que cela apporte aux personnes que vous accompagnez ?
- 2. Qu'est-ce qui guide la construction des objectifs d'accompagnement ?
- 3. Quels moyens utilisez-vous ?
- 4. Comment choisissez-vous l'occupation ? Qu'est-ce que vous recherchez à travers la mise en situation ? Quelle est la connaissance de l'occupation par la personne ?
- 5. Agissez-vous sur cette occupation ? Si oui, comment ? Permettez-vous l'échec ?
- 6. Avez-vous besoin d'un environnement particulier ?
- 7. Qu'elle est la place de l'environnement social dans l'accompagnement ?

Conclusion :

- Avez- vous d'autres éléments à rajouter pour compléter cet entretien ?

Voici mes coordonnées, si vous souhaitez avoir des informations supplémentaires ou si vous désirez suivre la recherche

Souhaitez-vous avoir un rapport/ une synthèse de l'étude ? Veuillez me donner vos coordonnées pour que je puisse vous l'envoyer.

Je vous remercie pour votre collaboration, les connaissances apportées à ma recherche et également pour le temps que vous m'avez consacré.

Annexe 9 : Formulaires de consentement des quatre ergothérapeutes interrogés

Ergothérapeute 1Autorisation de consentement libre et éclairé de participation et d'enregistrement audio

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique les procédures de cette recherche. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles auprès de la personne responsable de l'étude.

L'expérimentation nécessite l'entretien de plusieurs ergothérapeutes, chacun une fois durant une vingtaine de minutes au cours des mois de mars et d'avril. Les entretiens seront enregistrés à l'aide d'un dictaphone afin de retranscrire de façon exacte les dires puis détruits. Les données seront anonymisées, ce qui signifie que nous utiliserons des pseudonymes et remplacerons toutes informations pouvant porter à l'identification des participants, dans le cadre de l'application de la législation relative aux respects du droit à l'image et au respect de la vie privée.

L'entretien peut être interrompu et vous êtes libre de vous retirer à tout moment de la recherche, sans donner de raison.

Pour l'ergothérapeute :

Je soussigné(e) [Signature] ..., consens à participer à l'entretien mené par Mlle Lauriane Graviche dans le cadre de la réalisation d'un mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie. J'ai compris que le fait que j'accepte cet entretien est volontaire et que je suis libre de retirer mon consentement à n'importe quels moments, sans donner de raison.

Je soussigné(e) [Signature] ..., autorise Mlle Lauriane Graviche à réaliser l'entretien à l'aide d'un dictaphone lors de l'entretien réalisé dans le cadre de la phase expérimentale d'un mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie. J'autorise également l'utilisation de ces données sous leur forme transcrite et anonymisée à des fins de recherche. Je prends acte que toutes ces utilisations scientifiques des données seront anonymisées.

Signature de l'ergothérapeute (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

lu et approuvé

Pour l'étudiante :

J'atteste avoir expliqué au participant tous les termes du présent formulaire, avoir répondu au meilleur de ma connaissance à ses questions et leur avoir souligné la possibilité de se retirer à tout moment du projet de recherche.

Je m'engage à m'assurer que les participants recevront un exemplaire de ce formulaire d'information et de consentement.

Signature de l'étudiante (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

lu et approuvé
[Signature]

Entretien réalisé le 27/03/2018.

Ergothérapeute 2Autorisation de consentement libre et éclairé de participation et d'enregistrement audio

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique les procédures de cette recherche. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles auprès de la personne responsable de l'étude.

L'expérimentation nécessite l'entretien de plusieurs ergothérapeutes, chacun une fois durant une vingtaine de minutes au cours des mois de mars et d'avril. Les entretiens seront enregistrés à l'aide d'un dictaphone afin de retranscrire de façon exacte les dires puis détruits. Les données seront anonymisées, ce qui signifie que nous utiliserons des pseudonymes et remplacerons toutes informations pouvant porter à l'identification des participants, dans le cadre de l'application de la législation relative aux respects du droit à l'image et au respect de la vie privée.

L'entretien peut être interrompu et vous êtes libre de vous retirer à tout moment de la recherche, sans donner de raison.

Pour l'ergothérapeute :

Je soussigné(e) *R.G.* ... consens à participer à l'entretien mené par Mlle Lauriane Graviche dans le cadre de la réalisation d'un mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie. J'ai compris que le fait que j'accepte cet entretien est volontaire et que je suis libre de retirer mon consentement à n'importe quels moments, sans donner de raison.

Je soussigné(e) *R.G.* ..., autorise Mlle Lauriane Graviche à réaliser l'entretien à l'aide d'un dictaphone lors de l'entretien réalisé dans le cadre de la phase expérimentale d'un mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie. J'autorise également l'utilisation de ces données sous leur forme transcrite et anonymisée à des fins de recherche. Je prends acte que toutes ces utilisations scientifiques des données seront anonymisées.

Signature de l'ergothérapeute (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

Lu et approuvé

Pour l'étudiante :

J'atteste avoir expliqué au participant tous les termes du présent formulaire, avoir répondu au meilleur de ma connaissance à ses questions et leur avoir souligné la possibilité de se retirer à tout moment du projet de recherche.

Je m'engage à m'assurer que les participants recevront un exemplaire de ce formulaire d'information et de consentement.

Signature de l'étudiante (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

"lu et approuvé"

Entretien réalisé le 03/04/ / 2018.

[Signature]

Ergothérapeute 3Autorisation de consentement libre et éclairé de participation et d'enregistrement audio

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique les procédures de cette recherche. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles auprès de la personne responsable de l'étude.

L'expérimentation nécessite l'entretien de plusieurs ergothérapeutes, chacun une fois durant une vingtaine de minutes au cours des mois de mars et d'avril. Les entretiens seront enregistrés à l'aide d'un dictaphone afin de retranscrire de façon exacte les dires puis détruits. Les données seront anonymisées, ce qui signifie que nous utiliserons des pseudonymes et remplacerons toutes informations pouvant porter à l'identification des participants, dans le cadre de l'application de la législation relative aux respects du droit à l'image et au respect de la vie privée.

L'entretien peut être interrompu et vous êtes libre de vous retirer à tout moment de la recherche, sans donner de raison.

Pour l'ergothérapeute :

Je soussigné(e), N., consens à participer à l'entretien mené par Mlle Lauriane Graviche dans le cadre de la réalisation d'un mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie. J'ai compris que le fait que j'accepte cet entretien est volontaire et que je suis libre de retirer mon consentement à n'importe quels moments, sans donner de raison.

Je soussigné(e), Nk, autorise Mlle Lauriane Graviche à réaliser l'entretien à l'aide d'un dictaphone lors de l'entretien réalisé dans le cadre de la phase expérimentale d'un mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie. J'autorise également l'utilisation de ces données sous leur forme transcrite et anonymisée à des fins de recherche. Je prends acte que toutes ces utilisations scientifiques des données seront anonymisées.

Signature de l'ergothérapeute (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

lu et approuvé

Pour l'étudiante :

J'atteste avoir expliqué au participant tous les termes du présent formulaire, avoir répondu au meilleur de ma connaissance à ses questions et leur avoir souligné la possibilité de se retirer à tout moment du projet de recherche.

Je m'engage à m'assurer que les participants recevront un exemplaire de ce formulaire d'information et de consentement.

Signature de l'étudiante (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

"lu et approuvé"

Entretien réalisé le 20/04 / 2018.

[Signature]

Ergothérapeute 4Autorisation de consentement libre et éclairé de participation et d'enregistrement audio

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique les procédures de cette recherche. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles auprès de la personne responsable de l'étude.

L'expérimentation nécessite l'entretien de plusieurs ergothérapeutes, chacun une fois durant une vingtaine de minutes au cours des mois de mars et d'avril. Les entretiens seront enregistrés à l'aide d'un dictaphone afin de retranscrire de façon exacte les dires puis détruits. Les données seront anonymisées, ce qui signifie que nous utiliserons des pseudonymes et remplacerons toutes informations pouvant porter à l'identification des participants, dans le cadre de l'application de la législation relative aux respects du droit à l'image et au respect de la vie privée.

L'entretien peut être interrompu et vous êtes libre de vous retirer à tout moment de la recherche, sans donner de raison.

Pour l'ergothérapeute :

Je soussigné(e). N , consens à participer à l'entretien mené par Mlle Lauriane Graviche dans le cadre de la réalisation d'un mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie. J'ai compris que le fait que j'accepte cet entretien est volontaire et que je suis libre de retirer mon consentement à n'importe quels moments, sans donner de raison.

Je soussigné(e). N! , autorise Mlle Lauriane Graviche à réaliser l'entretien à l'aide d'un dictaphone lors de l'entretien réalisé dans le cadre de la phase expérimentale d'un mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie. J'autorise également l'utilisation de ces données sous leur forme transcrite et anonymisée à des fins de recherche. Je prends acte que toutes ces utilisations scientifiques des données seront anonymisées.

Signature de l'ergothérapeute (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

Lu et approuvé

Pour l'étudiante :

J'atteste avoir expliqué au participant tous les termes du présent formulaire, avoir répondu au meilleur de ma connaissance à ses questions et leur avoir souligné la possibilité de se retirer à tout moment du projet de recherche.

Je m'engage à m'assurer que les participants recevront un exemplaire de ce formulaire d'information et de consentement.

Signature de l'étudiante (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

"lu et approuvé"

Entretien réalisé le 26/...04./2018.



XVII

Annexe 10 : Construction des questions de l'entretien

Questions	Objectifs de la question	Liens théoriques	Réponse attendue	Indicateurs
Qu'est-ce que l'utilisation du MCREO apporte à votre pratique ?	Question large permettant la mise en confiance et l'expression de l'ergothérapeute	Divers	Diverses : éléments importants selon la personne	Divers
1. Qu'est-ce que cela apporte aux personnes que vous accompagnez ?	Connaître la place de la personne, et ce que ça apporte à la personne	Théorie de l'autodétermination : motivation intrinsèque Théorie des sciences de l'occupation : engagement occupationnel	Ce modèle permet à la personne de s'exprimer, d'être actrice et de s'engager dans l'intervention	Personne actrice
2. Qu'est-ce qui guide la construction des objectifs d'accompagnement ?	Connaître la façon dont les objectifs sont construits	Potentiel thérapeutique de l'occupation : pertinence pour atteindre les objectifs	Les objectifs sont construits à la suite d'un entretien avec la personne et des évaluations, ils sont élaborés en collaboration ou négociés avec la personne	Collaboration/négociation
3. Quels moyens utilisez-vous ? 4. Comment choisissez-vous l'occupation ? 4. Qu'est-ce que vous recherchez à travers la mise en situation ?	Savoir si les mises en situation (occupations) sont privilégiées Et savoir si la personne choisit l'occupation, ou comment l'ergothérapeute la choisit	Potentiel thérapeutique de l'occupation : attrait de l'occupation Théorie de l'autodétermination : motivation intrinsèque	La personne choisit une occupation qui a du sens pour elle. OU L'ergothérapeute choisit une occupation signifiante pour la personne	Moyen d'intervention Choix de l'occupation Sens Plaisir
4. Quelle est la connaissance de l'occupation par la personne ?	Savoir si la personne connaît l'occupation, si c'est une habitude, si elle est experte	Théorie des sciences de l'occupation : engagement occupationnel	L'occupation est connue par la personne, c'est une occupation qu'elle réalisait régulièrement depuis longtemps, elle était experte.	Régularité Longue date

XVIII

5. Agissez-vous sur cette occupation ? Si oui, comment ? Permettez-vous l'échec ?	Savoir comment l'ergothérapeute adapte l'occupation à la personne	Potentiel thérapeutique de l'occupation : pertinence pour atteindre les objectifs, attrait Théorie de l'autodétermination : motivation intrinsèque	On adapte l'occupation à la personne pour pas qu'elle soit en échec et que l'occupation représente un défi.	Adaptation de l'activité, challenge
6. Avez-vous besoin d'un environnement particulier ?	Savoir si l'intervention est réalisée à domicile, en laboratoire ou dans un environnement représentant le domicile	Potentiel thérapeutique de l'occupation : réalité écologique	On tente de réaliser l'occupation dans un environnement naturel	Environnement physique naturel et habituel
7. Qu'elle est la place de l'environnement social dans l'accompagnement ?	Savoir si l'environnement social est pris en compte et de quelle façon.	Théorie de l'autodétermination : motivation intrinsèque	L'environnement social doit être autonomisant, laisser faire.	Environnement social autonomisant

Annexe 11 : *Retranscription des quatre entretiens*

Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute 1 (31'02)

Temps	Code	Discours	Indicateurs	
00'00	Etudiante ergothérapeute	Et donc vous êtes libre de vous retirer à tout moment la recherche et bien sûr l'anonymat sera préservé.		
00'15	Ergothérapeute 1	D'accord		
00'17	Etudiante ergothérapeute	Donc l'étude s'intéresse à l'utilisation du modèle MCREO dans les 6 premiers mois de la rééducation des personnes victimes d'Accident Vasculaire Cérébrale		
00'28	Ergothérapeute 1	Ok		

00'31	Etudiante ergothérapeute	Donc c'est pour ça que je vous ai contacté et le but est d'exprimer au plus près votre expérience et votre ressenti.		
00'39	Ergothérapeute 1	Ok.		
00'40	Etudiante ergothérapeute	Est-ce que vous avez des questions ?		
00'42	Ergothérapeute 1	Non.		
00'43	Etudiante ergothérapeute	Alors pour commencer je voudrais savoir depuis combien de temps vous êtes ergothérapeute et j'aimerais que vous me décriviez votre parcours.		
00'51	Ergothérapeute 1	Moi je suis ergothérapeute depuis... d'abord en France depuis juillet 2015 et là j'ai été diplômée au Québec au mois d'août 2017 et là je travaille depuis le mois de septembre.		
01'11	Etudiante ergothérapeute	D'accord.		
01'12	Ergothérapeute 1	Et là j'ai travaillé en clinique privée au Québec, c'est un peu comme en libéral jusqu'en décembre puis depuis le mois de janvier je travaille au gouvernement du Québec.		
01'22	Etudiante ergothérapeute	D'accord et dans quel type de service ? Avec quelle population ?		
01'26	Ergothérapeute 1	Moi je suis avec... euh... je suis en gériatrie, je suis en service temporaire de réadaptation fonctionnelle donc... c'est ça, c'est beaucoup de personnes âgées, avec des fractures de hanche, j'ai aussi des personnes qui ont fait des AVC mineurs après ça je vais avoir... beaucoup de personnes qui sont déconditionnées et où le retour à domicile est compromis et donc on va développer leur autonomie et on voit leur potentiel de récupération pour aller en centre intensif, en centre de réadaptation et donc ils viennent dans mon service vu que c'est un service de gériatrie pour avoir récupération.		
02'18	Etudiante ergothérapeute	D'accord et concernant le modèle du MCREO vous l'utiliser depuis combien de temps ? Utilisez-vous la mesure MCRO ?		

02'27	Ergothérapeute 1	Moi je l'utilise tout le temps ça m'aide vraiment à cadrer ma collecte de données, ma collecte d'informations... euh... Donc je l'utilise tout le temps mais c'est vraiment, enfin je me base sur le MCREO mais des fois il y a des dimensions que je ne vais pas documenter car je n'en vois pas la pertinence selon les situations mais ça me permet de ne rien oublier, la, dans ma collecte de données.		
03'01	Etudiante ergothérapeute	D'accord et donc selon vous qu'est-ce que l'utilisation du modèle MCREO apporte à votre pratique ?		
03'09	Ergothérapeute 1	Moi ça me donne vraiment un cadre au fond, euh, oui je vais dire que ça va me permettre de me baser sur quelque chose qui est, qui est, on va dire qui a été prouvé efficace aussi donc c'est ça. Dans le fond ça va dépendre si admettons il faut que j'évalue juste une activité bah des fois je vais prendre le PEO, le Personne Occupation Environnement parce que je ne vais pas avoir besoin d'autant d'informations mais souvent quand je veux faire une évaluation globale en ergothérapie, là je prends le MCREO qui est... Mais nous... Enfin on parle bien du modèle MCREO ?		
03'58	Etudiante ergothérapeute	Oui oui.		
03'59	Ergothérapeute 1	Ok, mais y a-t-il une cotation à ça ?		
04'03	Etudiante ergothérapeute	Oui il y a une mesure qui est rattachée, alors je ne sais pas si vous l'utilisez?		
04'09	Ergothérapeute 1	Euh, c'est quoi la mesure attend, tu peux m'en parler ?		
04'12	Etudiante ergothérapeute	C'est une mesure qui aide la personne à cibler les activités qui sont importantes pour elle et qu'elle aimerait améliorer. La personne cote l'importance, le rendement et la satisfaction qu'elle perçoit lors de la réalisation de ses occupations.		
04'25	Ergothérapeute 1	Ok, ok, c'est bon, parfait		

04'30	Etudiante ergothérapeute	Et donc concernant l'utilisation du modèle qu'est-ce que cela apporte aux personnes que vous accompagnez ?		
04'38	Ergothérapeute 1	Ba aux autres ça apporte pas grand-chose je dirais, c'est surtout pour moi, c'est pour moi vraiment pour me permettre de m'assurer de faire un bon travail, c'est sûr que eux indirectement ça peut les aider à avoir des soins de meilleure qualité en ergothérapie la et moi c'est vraiment, je l'utilise vraiment comme un cadre pour ma collecte de données avant de faire mon analyse, une fois mon analyse... je vais vraiment dans ma tête... le MCREO me permet de faire comme un tableau entre les dimensions de la personne, les domaines de l'occupation puis les différents environnements là, je vois qu'est-ce qui est facilitateur, qu'est-ce qui entrave, puis dans le fond pour faire mon analyse je vais m'assurer de prendre de chaque bord pour essayer de voir dans le fond qu'est-ce qui perturbe l'environnement occupationnel.		
		Sinon, pour la personne... elle va travailler avec moi, je veux dire pendant, mais dans le fond si je veux faire ma collecte d'information, c'est-à-dire je vais faire ma lecture du dossier que je vais comme remplir chaque section du MCREO, après ça je vais aller rencontrer la personne sur les activités que j'ai trouvé comme plus problématiques, je vais faire des mises en situation ou utiliser des outils d'évaluation qui vont être plus ciblées, admettons que je vais évaluer davantage les troubles cognitive je vais faire des tests dépistage si besoin mais dans le fond c'est vraiment ça me permet de cadrer toutes les informations que j'ai rassemblées, je veux dire. Mon patient, il ne doit jamais savoir que j'utilise le MCREO, je veux dire je leur transmets jamais mais pour eux disons que le fait que moi ça me donne un cadre, c'est sûr que pour eux ça m'assure d'être plus professionnel parce que ça m'assure de poser la, de pas omettre, comment dire un domaine de l'occupation, ça ne permet de pas oublier une dimension, là, au niveau de la personne, c'est ça oui.	L'ergothérapeute et la personne vont travailler ensemble pour faire une évaluation globale. « Elle va travailler avec moi »	Personne : Actrice
			L'ergothérapeute va réaliser des « Mises en situation » pour évaluer les activités relevées comme problématique lors de l'échange.	Occupation
07'59	Etudiante ergothérapeute	Ok, vous dites que vous utilisez des mises en situation comme moyen d'intervention ?		
08'06	Ergothérapeute 1	Euh... comme moyen d'intervention mais surtout comme outil d'évaluation.		

08'13	Etudiante ergothérapeute	D'accord.		
08'15	Ergothérapeute 1	C'est sûr que comme moyen d'intervention je vais faire des mises en situation parce que je vais faire de l'enseignement à long terme mais disons que c'est dans mon, admettons je veux juste qu'on s'entende que le MCREO on parle de la même chose, c'est vraiment attends, j'ai comme un triangle.	Comme moyen d'intervention, l'ergothérapeute utilise des « Mises en situation »	Occupation
08'37	Etudiante ergothérapeute	Oui oui c'est ça.		
08'40	Ergothérapeute 1	Je sais qu'il existe le M.... Il existe un outil qui ressemble au MCREO mais qui est plus lui un outil d'évaluation.		
08'58	Etudiante ergothérapeute	Non je parle bien de ce schéma-là avec le triangle.		
09'01	Ergothérapeute 1	Ok le modèle, ok c'est bon.		
09'06	Etudiante ergothérapeute	Et donc dans l'intervention quels moyens allez-vous utiliser ?		
09'10	Ergothérapeute 1	Euh... dans l'intervention		
09'14	Etudiante ergothérapeute	Principalement en s'axant avec des patients qui ont eu un AVC.		
09'25	Ergothérapeute 1	En lien avec même MCREO ?		
09'27	Etudiante ergothérapeute	Oui.... En fait si votre pratique s'axe autour du MCREO parlez-moi juste de votre pratique quotidienne.		
09'40	Ergothérapeute 1	Ok, ça va vraiment dépendre des personnes qui ont eu un AVC, moi je ne suis pas vraiment en centre de réadaptation intensif, je vais beaucoup agir sur, comment dire, je vais plus aller compenser par des adaptations, des aides techniques, sinon je vais faire de la simulation de tâches, d'activités puis vu que je travaille en gériatrie mes activités sont beaucoup plus... souvent ils	Comme moyen d'intervention, l'ergothérapeute utilise des« simulation de tâches, d'activités »	

XXIII

		n'ont pas trop de rôle productif, donc ça va être plus sur les AVQ et les AVD. Moi dans le fond je vais regarder l'autonomie, en fait c'est ça le MCREO ce qui m'aide c'est que au niveau des domaines de l'occupation dans le fond, moi je, comment dire dans mon outil d'évaluation où je prends toutes mes notes, moi dans le fond, je scinde les domaines de l'occupation en deux : l'autonomie antérieure et l'autonomie actuelle. le MCREO me permet vraiment... dans l'autonomie antérieure, j'ai AVQ, AVD puis productivité il me semble, parce que moi je marque, admettons si des fois j'ai envie de documenter d'autre choses si j'ai quelque chose à spécifier je vais me le marquer et il y a des choses qui m'intéresse pas dans mon milieu de pratique que je vais pas forcément marquer mais bref je vais regarder l'autonomie actuelle puis ça va me permettre de baser mes objectifs sur l'autonomie antérieure de mes patients, c'est sûr que mes objectifs vont être directement en lien avec mes domaines de l'occupation qui sont établis par le MCREO	Des occupations basées sur « les AVQ et les AVD. »	Occupation : constante
			L'ergothérapeute se renseigne sur « l'autonomie antérieure » pour connaître les activités et le niveau de la personne pour formuler ses, « objectifs sur l'autonomie antérieure », soit en lien avec les occupations antérieures.	Occupation : de longue date
12'16	Etudiante ergothérapeute	Et donc, qu'est-ce qui guide la construction des objectifs d'accompagnement.		
12'21	Ergothérapeute 1	Je vais en discuter avec la personne, des fois c'est plus indirectement parce que j'ai des personnes avec des troubles cognitifs mais je les informe toujours et il consent à mes traitement mais comment dire, oui je fais mon analyse et souvent je présente mon analyse de manière simplifiée, verbal, je dis par rapport à votre autonomie antérieure vous avez une atteinte, je vais dire si elle est légère, sévère, ou modérer votre rendement occupationnel qui se traduit par une limitation dans les activités de la vie quotidienne par exemple, qui s'explique principalement admettons, par la dimension physique ou alors des fois physique et cognitive ou je vais dire affective mais dans les AVC ça plutôt être cognitive ou physique puis après ça je vais aller plus en détail, pourquoi, si admettons les activités d'habillage sont limités par mettons un manque de mobilité au niveau des membres supérieur... c'est sûr que mon analyse reprends directement le vocabulaire du MCREO puis mes objectifs ils vont avoir un lien certain avec ma collecte, avec ce que le patient me dit,	L'ergothérapeute va « discuter avec la personne » pour construire les objectifs à partir de l'autonomie antérieure souvent.	Personne : collabore
			Les objectifs ont un lien « avec ce que le patient me dit ».	Personne : collabore

		puis comment est-ce que j'ai catégorisé mes occupations dans le MCREO surtout mes objectifs généraux.		
14'32	Etudiante ergothérapeute	Oui		
14'33	Ergothérapeute 1	Je veux pas te perdre parce que je sais qu'au Québec c'est assez différent, ici on m'a réappris à organiser ce processus qui est que dès que j'arrive dans un dossier, je fais ma lecture de dossier, il faut que je collecte. Les outils qu'on utilise c'est pas les mêmes, le MCREO en fait partie ainsi que le MOH, c'est des grands modèles, il y a trois grands modèles PEO, MCREO et MOH et le MCREO est le plus utilisé au Québec et bref après ça on explique vraiment qui on analyse il faut que tu dises le niveau d'atteinte sur le rendement occupationnel à chaque fois, et après ça, il faut toujours dans mon analyse que j'explique quels sont les occupations qui sont altérés, pourquoi, puis après ça dire les forces. Puis parlez, me prononcer sur le potentiel de récupération ou sur le retour à domicile si c'est ça dans le fond mon mandat mais il faut aussi savoir justement au Québec on n'est pas... les ergothérapeutes sont pas dans l'obligation d'avoir une prescription, une ordonnance médicale donc dans ce but-là, on utilise des outils très... Enfin ergo, vraiment à cibler mes objectifs parce que c'est quand même assez rare qu'on va nous dire "évalue le transfert au bain" admettons, souvent ça va être "fait une évaluation complète en ergothérapie parce que c'est sûr qu'il y a un soupçon, une altération, une diminution de l'autonomie donc c'est ça je sais pas si ça répond à ta question.		
16'49	Etudiante ergothérapeute	Oui oui et comment choisissez-vous les occupations ?		

17'02	Ergothérapeute 1	Au niveau des occupations qui vont être travailler? Elles sont propres à la personne , principalement, disons au niveau des loisirs, c'est propre à eux même et si je vois pas d' intérêt pour eux d'être autonome aux soins d'hygiène et aux soins d'esthétiques je vais pas aller travailler ça, on va plutôt mettre en place des services qui vont compenser le fait qu'il soit pas autonome donc je me base sur les attentes , toujours, mais je te dirai qu'en général ils désirent retrouver leur niveau d'autonomie antérieur.	Les occupations qui sont travaillées, sont « propres à la personne ».	Occupation
			Les occupations doivent avoir un « intérêt » pour la personne.	Satisfaction : sens
			L'ergothérapeute part des « attentes » de la personne, de ce qu'elles « désirent »	Personne : actrice
17'57	Etudiante ergothérapeute	Donc des activités qu'ils faisaient habituellement ?		
18'01	Ergothérapeute 1	Oui oui surtout au niveau des AVQ AVD, je veux dire, on a tous les mêmes, on se lave tous, on s'habille tous, on mange tous ; en général. Ca va arriver quelquefois qu'il y avait pas un désir d'être autonome chez une personne de 90 ans et plus, ils trouvaient ça cool de se faire aider d'avoir des services mais sinon c'est sûr que c'est plutôt au niveau des loisirs qu'il va avoir vraiment une demande des personnes pour mettre des objectifs en lien avec ça, c'est plus eux qui vont choisir leur d'occupation parce que des fois les loisir qu'ils avaient avant c'est pas tout le temps évident de retrouver les mêmes où ces loisirs-là font plus de sens pour eux à cause de leurs conditions, par que des fois dans le fond c'est pas le fait de .. Admettons quelqu'un qui pêchait avant et qui allait vraiment en pêche-camping puis là maintenant il a des difficultés, il peut pas marcher, des problèmes de mobilité, bon ben c'est bien beau je vais pouvoir lui dire : on va faire en sorte que vous puissiez repêché, que vous puissiez retrouvez vos activités de loisirs mais dans le fond ce qu'il aimait , c'est pas la pêche, c'est qu'avant il allait pêcher avec son fils et maintenant que son fils voit qu'il a un problème de mobilité, son fils ça l'intéresse pas d'aller pêcher dans le lac.	Les occupations réalisées partent d'« une demande », surtout au niveau des loisirs.	Personne : actrice
			Les personnes « vont choisir leur occupation ».	Personne : choix de l'occupation
			Il faut trouver des loisirs qui font « sens », les loisirs antérieurs ne font peut-être plus sens.	Satisfaction : sens
			Les occupations qu'il « aimait ».	Satisfaction : plaisir
			L'ergothérapeute cherche à savoir si l'occupation l'« intéresse » toujours.	Satisfaction : sens
20'03	Etudiante ergothérapeute	Vous me parlez de l'environnement social, qu'elle est la place de l'environnement social dans l'accompagnement ?		

20'12	Ergothérapeute 1	L'environnement social ben moi dans le fond ça me permet de voir si l'environnement est facilité ou non, facilite ou non l'occupation.	L'ergothérapeute explique que « l'environnement est facilité », elle souhaite savoir si l'environnement social « facilite ou non l'occupation »	Environnement : social automisant, facilitateur
20'32	Etudiante ergothérapeute	De qu'elle façon ?		
20'35	Ergothérapeute 1	Disons que... Dans le fond l'environnement social, ben moi dans le fond, il va me permettre de savoir, comment dire, si justement ça me permet de comprendre les occupations, les activités de la vie domestiques parce que souvent c'est des activités qui sont faites par les proches par l'environnement social puis admettons si on met un changement au niveau de l'environnement social je peux voir un lien direct avec les activités parce que justement je vais peut-être avoir un objectif des fois, admettons quelqu'un qui fait... sa lessive c'était sa conjointe qu'il la fait et que la finalement son réseau social a quand même diminué, sa conjointe, elle est partie, elle est décédée peu importe bah là je vais documenté ok avant c'était votre conjointe qui faisait la lessive ou le ménage et maintenant que sa conjointe elle est partie elle a divorcé peu importe elle est morte bah là il va falloir que je fasse quelque chose pour que... soit ça va être un objectif que je vais avoir avec lui, développer son autonomie pour l'entretien ménager ou alors c'est pas un souhait de sa part si c'est pas un objectif réalisable donc on va lui amener des services.	L'ergothérapeute recherche si c'est le « souhait » de la personne de réaliser cette occupation.	Personne : choix de l'occupation
22'50	Etudiante ergothérapeute	D'accord.		
22'55	Ergothérapeute 1	L'environnement pourrait permettre d'être autonome ou du moins de compenser, je ne dirais pas que quelqu'un est autonome pour faire le ménage si c'est pas lui qui le fait. Je vais plutôt dire que c'est une activité qu'il fait pas, plutôt que dire qu'il est autonome mais puis ça va me permettre aussi comme je disais tantôt le sens des occupations en lien avec l'environnement,	« L'environnement [social] pourrait permettre d'être autonome »	Environnement : social automisant

		admettons là, je veux dire au niveau des loisirs c'est bien beau quelqu'un qui jouait au bingo et là il est contraint à déménager, il jouait au bingo dans la résidence dans laquelle il habitait avant, il est obligé de changer parce qu'il a eu un problème de santé, bon ben c'est parce que c'est l'environnement, peut-être que la personne en avait rien à faire du BINGO mais qu'elle jouait au bingo parce qu'elle était avec ses amis dans la résidence et quand elle change de résidence et qu'on lui dit on va jouer au bingo, ça n'a pas de sens pour elle et je vais faire un objectif qui est qu'elle puisse rejouer au bingo, dans le fond, là c'est comme une erreur de ma part, que j'ai pas documenté assez justement, d'où l'intérêt d'avoir un modèle complet comme le MCREO.	L'ergothérapeute explique que l'occupation doit avoir du « sens », que l'objectif va être rédigé en fonction de cela.	Satisfaction : sens
24'33	Etudiante ergothérapeute	Et donc on a parlé de l'environnement social et au niveau de l'environnement physique ; avez besoin d'un environnement particulier ?		
24'43	Ergothérapeute 1	Ba moi vu que je suis en centre hospitalier je vais beaucoup documenter l'environnement antérieur, avant l'hôpital, puis après ça je vais quand même aller au niveau de la chambre, puis quand je vais faire des mises en situation, admettons transfert au bain et que la personne elle veut pas, je vais essayer d'aller simuler le plus l'environnement réel de la personne.	L'ergothérapeute va se renseigner sur « l'environnement antérieur »	Environnement : physique habituel
			Dans le but de « stimuler le plus l'environnement réel »	Environnement : physique naturel
25'14	Etudiante ergothérapeute	D'accord.		
25'17	Ergothérapeute 1	Mais c'est beaucoup l'environnement antérieur, je vais essayer d'aller, ça va arriver, c'est rare que, dans le fond, je suis quand même contrainte par des raisons administratives de pas pouvoir faire, sauf cas exceptionnel, des visites à domicile.	L'ergothérapeute va essayer d'aller dans « l'environnement antérieur »	Environnement : physique habituel
			Elle va faire des « visites à domicile »	Environnement : physique naturel
25'41	Etudiante ergothérapeute	Une dernière question, est-ce que vous allez permettre l'échec dans l'activité ?		
25'56	Ergothérapeute 1	Non, mais des fois l'échec... enfin je vais toujours favoriser le juste défi, qu'on appelle ça, que j'appelle ça, c'est dans le fond, pour moi, c'est comme un niveau entre c'est trop difficile, je vais mettre en échec et c'est trop facile	L'ergothérapeute va favoriser le « juste défi », c'est-à-dire un niveau ni	Occupation : juste défi

XXVIII

		je peux pas travailler mais c'est sûr que des fois dans certains cas l'échec peut être thérapeutique. Dans le fond je vais avoir mes modèles de pratique, MOH, PEO ou MCREO et après ça je vais avoir des schèmes de référence je sais pas si ça te parle ?	trop facile, ni trop difficile.	
26'43	Etudiante ergothérapeute	Non.		
26'45	Ergothérapeute 1	C'est une grosse différence avec la France, c'est vraiment intéressant si tu veux qu'on en parle plus tard, dans le fond c'est, les modèles pour moi c'est vraiment comme un outil pour ma collecte de données après ça, je vais avoir des schèmes de références, les schèmes de référence ça va vraiment me guider sur... dans le fond chaque schème il y a une clientèle cible, une tranche d'âge, une pathologie, puis dans le fond, il existe des dizaines de schèmes différents, j'en connais une vingtaine, disons le schème biomécanique, je pense que vous le connaissez.		
27'35	Etudiante ergothérapeute	Oui		
27'36	Ergothérapeute 1	Il y a aussi le schème psychodynamique qui est plus en santé mentale, le schème cognitivo-comportemental qui est plus en santé mentale aussi, il y a le schème de l'écriture, le schème de réadaptation et dans le fond, c'est plus mon schème, je vais vraiment avoir des axes d'intervention, des outils d'évaluation ça va vraiment me donner des pistes, c'est quand même assez, c'est très scientifiques les différents schèmes, tout ça pour dire excuse-moi de dérailler, c'est plus mes schèmes qui vont guider le fait que je mette en échec ou non, du moins ma façon d'intervenir, c'est plus les schèmes.		
28'39	Etudiante ergothérapeute	D'accord et donc si je devais faire un petit peu résumé, tu recherches des activités qu'ils faisaient avant pour que cela ait du sens pour la personne, en proposant un juste défi. Dans quel intérêt ?		
28'58	Ergothérapeute 1	Je veux juste revenir, je fais en fonction des activités que la personne faisait avant mais des fois, dans le fond ce qu'il faisait avant n'est pas forcément ce	L'ergothérapeute va partir des « activités que la personne faisait avant ».	Occupation : de longue date

		qu'ils veulent faire maintenant, ça peut ne plus avoir de sens. Puis est-ce que tu peux répéter la fin ou tu parlais de juste défi ?	Mais aussi se renseigner sur « ce qu'ils veulent faire maintenant »	Personne : choix de l'occupation
			Il faut se renseigner car les occupations, « ça peut ne plus avoir de sens ».	Satisfaction : sens
29'24	Etudiante ergothérapeute	Quel est l'intérêt ?		
29'37	Ergothérapeute 1	Le juste défi ça permet une motivation au niveau de mes interventions avec mon client, parce que justement si mes interventions sont trop faciles je peux avoir un manque d'intérêt, si c'est trop difficile au contraire aussi je peux le mettre en échec ce qui peut être, ce qui peut baisser la motivation face à la thérapie, donc voilà.	Le « juste défi » permet une motivation « permet une motivation »	Occupation : juste défi Motivation
			Le juste défi permet de maintenir l'« intérêt »	Satisfaction : sens
30'12	Etudiante ergothérapeute	Merci beaucoup, est-ce que tu as d'autres choses à ajouter pour compléter l'entretien ?		
30'20	Ergothérapeute 1	Non, je suis curieuse d'en savoir plus sur ton sujet.		
30'24	Etudiante ergothérapeute	Je vous propose de vous envoyer mon mémoire lorsqu'il sera terminé.		
30'41	Ergothérapeute 1	Je veux bien, merci.		
30'50	Etudiante ergothérapeute	Merci à vous pour le temps que vous m'avez consacré.		
31'01	Ergothérapeute 1	Au revoir.		
31'02	Etudiante ergothérapeute	Au revoir.		

Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute 2 (24'42)

Temps	Code	Discours	Indicateurs	
00'00	Etudiante Ergothérapeute	Pour commencer je voulais savoir un petit peu ton parcours, que tu me décrives où tu as travaillé, les personnes que tu as accompagnées ?		
00'14	Ergothérapeute 2	Moi je suis diplômé de 2009, euh... la première année j'ai fait des remplacements un peu partout en France plutôt en neurologie j'ai fait un centre à Marseille, j'ai fait pas mal de petits remplacements de trois à quatre semaines en neurologie ensuite j'ai travaillé au Conseil général de l'Isère, évaluation de la PCH, j'ai fait ça 10 mois, j'ai fait une période de 6 à 8 semaines de remplacement libéral avec les enfants et depuis 2011 je bosse en centre de rééducation neurologie centrale adulte avec plus particulièrement des traumatisés crâniens ou lésés cérébraux et blessés médullaires donc ça fait 7 ans que je bosse en neurologie centrale adulte		
1'28	Etudiante Ergothérapeute	D'accord et donc le MCREO tu l'utilise depuis combien de temps ?		
1'34	Ergothérapeute 2	Alors le MCREO, on a eu la formation depuis peu, depuis septembre après j'avais une approche qui pouvait ressembler parce que j'avais fait un DU d'éducation thérapeutique en 2013 et j'avais déjà eu les livrets de la MCRO et je m'inspirais un peu de la MCREO après je l'utilisait pas en tant que tel, j'étais pas formé donc il y a comme des petites choses qui sont un peu particulière.		
2'10	Etudiante Ergothérapeute	D'accord et est-ce que tu utilises la mesure ?		
2'15	Ergothérapeute 2	La MCRO ?		
2'16	Etudiante Ergothérapeute	Oui.		
2'17	Ergothérapeute 2	Ben, j'ai pas eu vraiment le temps de l'utiliser vu que je travaille plus actuellement dans le centre, j'ai pas eu l'occasion de l'utiliser.		
2'30	Etudiante Ergothérapeute	D'accord et donc selon toi qu'est-ce que l'utilisation du modèle apporte à ta pratique ?		

2'37	Ergothérapeute 2	L'utilisation du modèle je dirais... Enfin le modèle déjà il est centré sur la motivation de la personne ou du moins sur les activités qui motivent la personne. Du coup en fait, un des premiers trucs qu'on nous a raconté, qu'on n'arrête pas de nous rappeler c'est que le patient soit acteur de sa rééducation, et pour être acteur le meilleur moyen c'est de motiver la personne. A mon sens. A partir de là on va aller rechercher les activités qui le motive, on est au plus proche de rendre le patient acteur. Contrairement à peut-être d'autres modèles ou le patient est plus passif, dans le modèle biomédical on va faire nos bilans et faire toilette habillage et des choses comme ça, finalement on a défini nous soignant que les besoins primo sont la bonne vieille pyramide de Maslow, c'est se nourrir, se laver etc. alors que pas forcément.	Selon l'ergothérapeute, le modèle est centré sur la « motivation de la personne » ou du moins sur les « activités qui motivent ». Le meilleur moyen pour « motiver la personne » est de la rendre actrice. L'ergothérapeute dit qu'il faut rendre le « patient acteur ».	Motivation : personne, occupation Personne : actrice
3'36	Etudiante Ergothérapeute	D'accord et donc qu'est-ce que ce modèle apporte aux personnes que vous accompagnez ?		
3'43	Ergothérapeute 2	Elle apporte une réponse à des demandes réel. C'est-à-dire qu'en fait, ils ont un problème dans la vie et dans leur quotidien ; ils vont pouvoir... Mince... l'exprimer voilà et chose qu'on pourrait pas avoir ou difficilement avec un bilan standard, quand on est sur un bilan standard tel que la MIF etc. une évaluation via la MIF on va zapper beaucoup d'autres aspects parce qu'en fait, on remplit toutes les cases, on est dans un mode de réponse via la MIF, oui, non, un peu, assez restrictifs alors que le MCREO laisse la parole beaucoup plus libre aux patients, et donc c'est lui qui va faire émerger des activités, des situations qui sont plus importantes dans son quotidien	Le modèle apporte une « réponse à des demandes réel ». Les patients vont pouvoir « exprimer » leur problématique quotidienne, de façon plus libre. Ce modèle permet de faire émerger des activités « importantes » dans le quotidien de la personne.	Personne : actrice avec demandes et attentes Personne : actrice avec demandes et attentes Satisfaction : plaisir, aime
4'55	Etudiante Ergothérapeute	D'accord et donc qu'est-ce qui guide la construction des objectifs d'accompagnement ?		

5'01	Ergothérapeute 2	Qu'est ce qui guide la construction...		
5'05	Etudiante Ergothérapeute	Comment vous établissez vos objectifs ?		
5'06	Ergothérapeute 2	En partenariat avec le patient ce qui peut être un peu du coup en désaccord avec ce que souhaiterait l'équipe de soin, c'est-à-dire que si le patient veut je sais pas... arriver à faire ses lacets et qu'il s'en fout de pouvoir se laver ça pose problème par rapport à la vision qu'on a du soin et du moins de la récupération de l'autonomie parce que du coup le patient sera plutôt il sera en désaccord avec l'image qu'on a de la récupération standard.	Les objectifs sont établis « en partenariat » avec le patient.	Personne : collabore, négocie objectifs
			L'ergothérapeute explique que les activités vont être celles que « le patient veut ».	Personne : choix de l'occupation
5'50	Etudiante Ergothérapeute	D'accord.		
5'54	Ergothérapeute 2	Ou si vous voulez son problème c'est de pouvoir... je sais pas faire de la trottinette parce que ça lui permet, enfin la trottinette ça lui permettait de se déplacer en ville et que c'est ce qu'il veut faire et qu'il a pas accès à la toilette habillage ou que de toute façon il sait qu'il y aura une personne qui va lui faire parce qu'il a un handicap un peu trop important pour pouvoir se la faire tout seul mais que par contre il est capable de faire de la trottinette, mais de la trottinette un peu adapté , ba on va entrer en contradiction.. Enfaite on va prendre la pyramide de Maslow dans le mauvais sens, enfin pas dans le bon bout comme l'imagine les soignant et du coup ça pose problème.	L'ergothérapeute va rechercher les occupations que la personne faisait quotidiennement et qui avait du sens, il va rechercher ensuite si c'est important pour elle de la refaire comme par exemple : « La trottinette ça lui permettait de se déplacer».	Occupation : constante
6'38	Etudiante Ergothérapeute	D'accord et donc pour aboutir à ces objectifs quels moyens utilisez-vous ?		
6'47	Ergothérapeute 2	Quel moyen... dans mes années de pratique j'ai toujours eu une grande liberté dans ce que je pouvais faire contrairement à je pense beaucoup d'autres ergo ou d'autres centres. Si j'ai besoin de passer 4h avec mon patient une après-	L'ergothérapeute répond aux « besoins de la	Personne : actrice avec

		midi, je passe 4h avec mon patient une après-midi, donc j'ai une liberté d'action, enfin j'avais liberté d'action ce qui fait aussi que je suis partie c'est qu'on commençait à me limiter dans ma liberté d'action qui me permettait justement de répondre aux besoins de la personne et pas faire des actes de rééducation pour faire des actes de rééducation.	personne » et non aux besoins institutionnels.	demandes et attentes
7'40	Etudiante Ergothérapeute	Et donc c'était quel type d'actes de rééducation ?		
7'43	Ergothérapeute 2	Que je faisais ou qu'on voulait m'imposer ?		
7'45	Etudiante Ergothérapeute	Que tu faisais.		
7'48	Ergothérapeute 2	Oh ba moi ça pouvait être des mises en situation après il y a une limite aux mises en situations , quand le patient habitait trop loin je pouvais pas toujours aller à domicile parce qu'après ça devient compliqué à mettre en place et que c'est peut-être pas non plus à la structure de soins d'hospitalisation temps plein de le faire ça peut être une structure d'hospitalisation de jour ou plus en aval, enfin c'est chiant parce qu'on a une vision du soin qui est assez linéaire mais une structure de soins à domicile donc moi après Je faisais très peu de analytique, c'est même pas que je faisais très peu, j'en ai fait au début, les deux premières années puis après j'ai tout foutu en l'air parce que faire des cônes et des machins là, je trouve pas ça intéressant, déjà moi je trouve pas ça intéressant et j'ai eu un paquet de patients qui trouvaient pas ça intéressant et puis en allant vers des choses plus concrètes on peut réussir à faire plein de chose.	Comme moyen d'intervention, l'ergothérapeute va utiliser des « mises en situation ». Cependant, les « mises en situation » car il n'a pas toujours accès au domicile.	Occupation
			L'ergothérapeute souhaiterait « aller à domicile » cependant ce n'est pas toujours possible.	Environnement : physique naturel, habituel
			Les exercices analytiques ce n'est pas « intéressant » pour les patients.	Satisfaction : sens
8'52	Etudiante Ergothérapeute	Et donc vous allez débiter tout de suite par des mises en situation ?		

9'05	Ergothérapeute 2	Ça peut être ça, je vais surtout déjà bien bien dégrossir avec la personne , j'aime bien aller comprendre aussi pas que la personne, c'est la famille aussi parce que avec les personnes qui ont une lésion cérébrale particulièrement les traumatisés crâniens après ça dépendait à quel niveau ils étaient, qu'on s'entende bien quelqu'un qui arrive qui est en éveil de coma je vais pas aller faire des mise en situation tout de suite mais après j'aime bien aussi comprendre le contexte familial, donc ça m'est arrivé aussi d'aller échanger avec la famille avant de prendre en charge tout de suite le patient. Après il y a des choses qu'on va faire qui quoi qu'il en soit sont indispensables ; mettre la personne au fauteuil parce qu'on sait que c'est une étape pour la suite mais moi dès que je peux obliger le patient à se déplacer en fauteuil, dès que je peux ba... solliciter les choses par une réalité je vais le faire quoi.	L'ergothérapeute va rechercher « une réalité » par l'environnement mais aussi par l'activité.	Environnement : physique naturel, habituel
10'04	Etudiante Ergothérapeute	D'accord et donc comment allez-vous les choisir ces mises en situation ?		
10'15	Ergothérapeute 2	Je vais essayer de les mettre au plus proche de la vie du patient après c'est pas toujours simple par exemple, on va prendre un exemple simple, le cas d'un patient qui fait ses courses au drive, qui aimait pas faire ses courses en dehors du drive et que de toute façon il ne les ferai que comme ça chez lui et ben il était très compliqué de faire comprendre au médecin que ça serait bien qu'on puisse faire les courses au drive comme il a l'habitude de le faire donc moi j'aurais bien aimé faire les courses au drive des choses comme ça sauf que bah là voilà j'ai pas pu le faire donc voilà des fois c'est compliqué les représentations des activités sont pas les mêmes entre les différents protagonistes du coup ça peut poser problème moi j'aurais bien aimé qu'on vérifie le permis, qu'on fasse les courses en ligne, faire les courses en lignes, qui c'est qui paye ? Enfin voilà, il faut payer avec une carte, y à toutes ces petites choses qui pose problèmes dans un centre alors que pourtant c'est ce qu'il faudrait faire. Donc je sais plus, je me suis arrangé comme j'ai pu donc	<p>L'ergothérapeute va proposer des occupations au « plus proche de la vie du patient ».</p> <p>L'ergothérapeute s'intéresse à ce que le patient « aimait ».</p> <p>L'ergothérapeute part de l'« habitude » du patient.</p> <p>Il s'intéresse particulièrement aux « habitudes antérieures ».</p>	<p>Environnement : physique naturel, habituel</p> <p>Satisfaction : plaisir, aime</p> <p>Occupation : constante, de longue date</p> <p>Occupation : de longue date</p>

		on a été faire deux trois courses pour un repas thérapeutique parce que du coup, oui c'est ça aussi, quand enfaite je fais un repas thérapeutique le patient va essayer de faire les courses pour son repas et donc voilà quoi. Après... je réfléchis... Suivant ces habitudes antérieures , de toute façon ça a pas de sens de faire.. c'est comme j'ai eu des patients qui faisait jamais à manger, le médecin m'a demandé de les mettre en situation cuisine, ba oué mais si son habitude c'est de faire chauffer des raviolis, ba moi je lui fais chauffer des raviolis quoi, enfin moi c'est ce que je faisais, ça plaisait pas toujours mais après, enfin voilà.	L'ergothérapeute dit que ça n'a pas de « sens » de faire une activité qu'il ne faisait pas avant, comme la cuisine ou le ménage par exemple.	Satisfaction : sens
			Il doit conserver son « habitude » si elle est importante pour lui.	Occupation : constante, de longue date
12'28	Etudiante Ergothérapeute	Est-ce que dans l'activité tu peux permettre l'échec ou non ?		
12'34	Ergothérapeute 2	euh ba oui, je vois pas pourquoi on pourrait pas le permettent, à partir du moment où il est débriefé, faut pas laisser le patient repartir avec un échec comme ça sans en avoir parlé, enfin voilà et puis parce que aussi c'est une réalité d'apprentissage ... j'ai été formée à CO-OP aussi donc j'ai aussi été inspiré de la méthode CO-OP dans ma pratique, c'est-à-dire qu'il faut que le patient trouve sa solution lui-même , si il trouve sa solution lui-même potentiellement déjà il sera content , il sera valorisé mais en plus il pourra peut-être en apprenant cette démarche la transférer sur d'autres problématiques qu'il aura par la suite. Donc l'échec n'est pas un problème à partir du moment où tu as le temps de l'utiliser après il faut l'utiliser à bon escient, mettre en échec et lui renvoyer vous êtes incapable parce qu'à partir de là, là c'est débile. Je pense que je vais ajuster l'activité avec le patient en fait après des fois c'est bien que le patient se mette en échec dans le sens où il dit « moi je suis sûr que je peux faire du vélo » toi tu vois que ça va être galère tu dis ba ok on va essayer mais il y a un moment il faut... enfin des fois malheureusement on se rend compte qu'on n'est pas capable qu'on y arrive pas. Je ne vais pas forcément l'ajuster moi, je vais essayer de l'ajuster en accord avec le patient . Je vais pas déjà prévoir les potentiels problèmes, c'est d'ailleurs les grosses erreurs qu'on fait, c'est d'anticiper les problèmes avant qu'ils arrivent sous prétexte qu'on a une	L'échec est « une réalité d'apprentissage »	Occupation : adapté, ajusté
			L'ergothérapeute souhaite que le patient soit acteur et que « le patient trouve sa solution lui-même ».	Personne : actrice
			Lorsque le patient est acteur, il est « content » et « valorisé »	Satisfaction : plaisir, aime
			L'ergothérapeute va « ajuster l'activité avec le patient »	Occupation : juste défi, adapter, ajuster

		connaissance et je pense que du coup on trouve des problèmes qui n'existent pas forcément, ça m'ennuie.	L'activité va être ajuster « en accord avec le patient »	Occupation : juste défi, adapter, ajuster Personne : actrice
15'17	Etudiante Ergothérapeute	Oui, et tout à l'heure tu me parlais un petit peu de l'environnement, est-ce que tu as besoin d'un environnement particulier ?		
15'28	Ergothérapeute 2	Le mieux ça serait d'être chez les personnes après le problème d'être chez la personne c'est que t'es pas sûr que ce soit possible que ce soit transféré sur d'autres situations du quotidien en dehors de chez elle donc il faut savoir s'adapter, après la situation la plus proche du quotidien la personne est la plus simple parce que c'est une situation qu'il connaît maintenant il faut aussi se permettre de sortir de ces situations qu'il connaît pour être sûr qu'il puisse transférer, je sais pas... il a l'habitude de faire à manger chez lui, il vient à déménager il faut qu'il puisse malgré tout s'adapter à ça. Mais de toute façon, les salles de rééducation dès que je peux en sortir, j'en sors.	<p>Selon l'ergothérapeute, le mieux c'est « d'être chez les personnes » ou du moins dans la « situation la plus proche du quotidien »</p> <p>Il faut garder son « habitude ».</p> <p>L'ergothérapeute explique que des « salles de rééducation dès que je peux en sortir, j'en sors », il préfère être sur le lieu de vie, dans un environnement réel.</p>	<p>Environnement physique : naturel, habituel</p> <p>Occupation : de longue date</p> <p>Environnement : physique naturel, habituel</p>
16'31	Etudiante Ergothérapeute	D'accord et tu me parlais aussi de l'environnement social, qu'elle est la place de cet environnement social dans l'accompagnement ?		
16'43	Ergothérapeute 2	Est-ce que la famille peut intervenir ?		
16'49	Etudiante Ergothérapeute	Oui, est-ce qu'elle peut intervenir, quel est son rôle par rapport au patient ?		

XXXVII

16'56	Ergothérapeute 2	C'est très compliqué de faire intervenir... la famille dans la rééducation. Je ne sais pas pourquoi on met des ola dans tous les sens et du coup c'est... un peu casse-pieds. Enfaite on ne veut pas que la famille intervienne parce qu'ils sont pas soignants, parce que plein de raisons de je sais pas quoi, il y a des choses qui m'ennuie un peu dans le sens où, oui ça peut être un problème pour autant c'est eux qui vont vivre avec la personne après. Donc c'est un peu rude, après encore une fois j'entends tout à fait le problème qui est que la famille ne doit pas être un soignant, toutes ces choses-là mais je pense qu'enfaite on met le ola tout de suite, c'est-à-dire, non vous viendrez pas etc. mais on met le ola tout de suite pour se préserver nous soignants de problème en fait alors que c'est absurde. Je ne sais pas si tu vois ce que je veux dire c'est plus pour nous protéger nous que pour protéger la famille. Enfin il faudrait qu'elle soit facilitatrice.	L'ergothérapeute souhaiterait que la famille « soit facilitatrice »	Environnement : social automatisant, facilitateur
19'20	Etudiante Ergothérapeute	Comment ? De quelle façon elle est facilitatrice ?		
19'28	Ergothérapeute 2	Attends je réfléchis... En même temps le problème c'est qu'il faut vraiment s'adapter au coup par coup pour ça. Je réfléchis... je suis désolé... On pense qu'ils sont potentiellement accompagnant donc enfaite... non je sais pas enfaite... je suis en train de réfléchir en même temps je sais pas trop.		
20'15	Etudiante Ergothérapeute	D'accord.		
20'17	Ergothérapeute 2	Dans le sens où c'est que enfaite je pense que chaque famille peut avoir une place spécifique et différente donc du coup... et pour chaque famille, je sais, je me rappelle d'une famille qui était vraiment très présente, très soutenante , d'autres qui ne le sont pas, c'est difficile de faire une généralisation parce que chaque famille va être différente et que du coup il faut s'adapter à ça.	L'ergothérapeute explique que certaines familles sont « soutenantes », d'autres moins. Il faut s'adapter.	Environnement : social automatisant, facilitateur
21'00	Etudiante Ergothérapeute	D'accord		
21'04	Ergothérapeute 2	Tu ne peux pas demander à une famille qui veut pas savoir ce qui se passe d'être hyper présente tu vois.		
21'20	Etudiante Ergothérapeute	Ok, et pour finir, au début de l'entretien tu me disais que le MCREO permettait de motiver la personne...		

XXXVIII

21'33	Ergothérapeute 2	Euh... Non je ne pense pas qu'il permet de motiver la personne mais il permet de trouver les motivations.	Selon l'ergothérapeute, le modèle ne permet pas de « motiver » mais de trouver les « motivations ».	Motivation
21'38	Etudiante Ergothérapeute	D'accord, et de qu'elle façon ?		
21'41	Ergothérapeute 2	Bah parce qu'on va aller chercher des activités qui plaisent à la personne c'est, c'est... Enfin qui plaisent à la personne c'est un peu... Enfin on va un peu plus loin, en psychologie on va aller chercher ce qu'on appelle la théorie de l'autodétermination on va aller chercher des besoins à combler de la personne, alors il y a différents besoins, le besoin d'autonomie d'affiliation etc. Et du coup en allant solliciter des activités qui sont importantes pour la personne on va répondre à l'un de ses besoins par cette activité-là. Quand tu cherches à pouvoir... je ne sais pas moi... emmener tes enfants faire du vélo, donc faire du vélo avec tes enfants, tu vas permettre de regagner un rôle social alors que quand tu es... et c'est peut-être plus important de regagner un rôle social que récupérer un besoin d'autonomie sur la toilette pour la personne.	L'ergothérapeute va chercher des activités qui « plaisent » à la personne.	Satisfaction : plaisir, aime
			L'ergothérapeute nous parle de la théorie de l'« autodétermination ».	Motivation
			L'ergothérapeute va chercher les « besoins » de la personne à combler.	Personne : actrice avec demandes et attentes
			Pour combler les besoins de la personne, l'ergothérapeute va solliciter des activités qui sont « importantes » pour la personne. Il est « important » de retrouver un rôle social.	Satisfaction : plaisir, aime
22'48	Etudiante Ergothérapeute	Donc c'est vraiment par ce choix d'activité que tu vas permettre la motivation ?		
22'54	Ergothérapeute 2	C'est par le choix de l'activité... je réfléchis parce que... enfin je ne veux pas que ce soit mis dans le mauvais sens. Pour moi, quoi qu'il en soit la motivation il y en a. Il faut trouver où elle est et certaines activités pour le patient sont	Le « choix de l'activité » permet la motivation.	Personne : choix de l'occupation

		plus importantes et donc il va y mettre plus d'intérêt et donc de la motivation pour la réaliser ou de l'engagement pour les réaliser.	Il faut trouver les sources de « motivation ».	Motivation
			Avec des activités « importantes », la personne va se motiver.	Satisfaction : plaisir, aime
			Les activités importantes vont permettre d'avoir de l'« intérêt »	Satisfaction : sens, intérêt
			Les activités importantes vont solliciter la « motivation », l'« engagement ».	Motivation Engagement
23'39	Etudiante Ergothérapeute	D'accord, est-ce que tu as d'autres choses à ajouter pour compléter l'entretien ?		
23'50	Ergothérapeute 2	Euh non... Je ne vois pas comme ça.		
23'55	Etudiante Ergothérapeute	D'accord.		
24'05	Ergothérapeute 2	Non je n'ai pas d'autres choses à ajouter.		
24'07	Etudiante Ergothérapeute	Ok et bien je te remercie beaucoup pour l'entretien et le temps que tu m'as consacré. Est-ce que tu souhaites que je t'envoie une synthèse de mon mémoire ou mon mémoire intégralement ?		
24'22	Ergothérapeute 2	Le mémoire intégralement ça m'intéresse, j'aime bien lire les mémoires d'étudiants.		
24'26	Etudiante Ergothérapeute	Je t'enverrai ça.		
24'29	Ergothérapeute 2	Super.		

24'31	Etudiante Ergothérapeute	Merci beaucoup.		
24'34	Ergothérapeute 2	Eh bien écoute bonne continuation à toi, la période commence à être chargé j' imagine.		
24'39	Etudiante Ergothérapeute	Oui. Encore merci, au revoir.		
24'42	Ergothérapeute 2	Au revoir.		

Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute 3 (14'00)

Temps	Code	Discours	Indicateurs	
00'00	Etudiante ergothérapeute	Donc l'étude est sur le modèle du MCREO.		
00'05	Ergothérapeute 3	D'accord.		
00'06	Etudiante ergothérapeute	Pour la rééducation des personnes victimes d'AVC dans les 6 premiers mois.		
00'12	Ergothérapeute 3	Oui.		
00'13	Etudiante ergothérapeute	Donc c'est pour ça que je vous ai contacté vu que vous êtes dans ce secteur.		
00'18	Ergothérapeute 3	Oui, ok.		
00'19	Etudiante ergothérapeute	Bien entendu il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse à mes questions, le but c'est d'exprimer au plus près votre expérience et votre ressenti.		
00'27	Ergothérapeute 3	D'accord.		
00'28	Etudiante ergothérapeute	Pour commencer j'aimerais connaître un petit peu votre parcours, Depuis combien de temps vous êtes ergothérapeute où est-ce que vous avez exercé ?		

00'35	Ergothérapeute 3	Donc moi je suis diplômée depuis 2006 donc ça va faire 12 ans, ça va faire ma douzième année d'exercice, j'ai travaillé 2 ans, à peu près 2 ans dans un gros CHU, celui de *****, j'étais dans un service de rééducation et puis ensuite j'ai fait un an dans une maison de retraite et ensuite j'ai intégré l'IMPR directement, ça va faire 9 ans que je suis à l'*****, c'est un SSR.		
01'00	Etudiante ergothérapeute	D'accord, Et donc quel type de population est reçu à l'**** ?		
01'05	Ergothérapeute 3	Alors à l'**** on reçoit des pathologies de l'appareil locomoteur donc... et des pathologies neurologiques donc au niveau appareil locomoteur tout ce qui est PTG coiffe des rotateurs prothèse d'épaule, les lombalgies, les amputés Et puis au niveau neuro c'est toutes les patho neurologique donc les hémiplésiques bien-sûr les maladies de Parkinson, les SEP, les paraplégiques, les tétraplésiques un peu, voilà.		
01'40	Etudiante ergothérapeute	D'accord, est ce que c'est possible pour l'entretien que vous vous basiez sur l'accompagnement d'une personne victime d'un accident vasculaire cérébral ?		
01'49	Ergothérapeute 3	Oui oui.		
1'50	Etudiante ergothérapeute	Parfait, merci.		
01'51	Ergothérapeute 3	Pas de soucis.		
01'52	Etudiante ergothérapeute	Je voulais aussi vous demander depuis combien de temps vous utilisez le modèle du MCREO ?		
01'56	Ergothérapeute 3	Alors la MCRO je vais dire que ça fait... attend, on est en 2018... ça doit faire 6 ans maintenant à peu près, ça doit faire 5-6 ans que je l'utilise de façon très régulière, oui ça doit faire 5-6 ans que je le l'utilise de façon très régulière.		
02'13	Etudiante ergothérapeute	Et est-ce que vous utilisez la mesure qui est rattaché ?		

02'16	Ergothérapeute 3	Ah ba oui, oui oui c'est la MCRO que j'utilise.		
02'21	Etudiante ergothérapeute	Ok et donc qu'est-ce que ça apporte aux personnes que vous accompagnez.		
02'26	Ergothérapeute 3	Eh ben qu'est-ce que ça apporte ? ça leur permet je trouve de... ça les aide à identifier des problématiques du quotidien et du coup ça m'aide à identifier les premiers objectifs que je vais mettre en place avec eux.	La MCRO permet d'identifier les « objectifs que je vais mettre en place avec eux. ».	Personne : Collabore/ négocie objectifs
02'39	Etudiante ergothérapeute	D'accord.		
02'40	Ergothérapeute 3	Je l'utilise vraiment... alors moi c'est vraiment la MCRO que j'utilise, alors je l'utilise finalement comme un entretien quoi, dans les premières sessions que je vois le patient et c'est vraiment un guide qui me permet de bien... ça leur permet en plus de bien comprendre où on se situe en tant qu'ergothérapeute et ça me permet voilà d'identifier les problématiques et donc les objectifs qui en découlent derrière. Le patient nous amène ses objectifs...	L'ergothérapeute explique que la MCRO « ça me permet voilà d'identifier les problématiques et donc les objectifs qui en découlent derrière. Le patient nous amène ses objectifs... »	Personne : Collabore/ négocie objectifs
03'10	Etudiante ergothérapeute	D'accord Et donc ma question qui allait suivre c'est qu'est-ce qui guide la construction des objectifs d'accompagnement ?		
03'18	Ergothérapeute 3	Je n'ai pas entendu le début.		
03'20	Etudiante ergothérapeute	Qu'est-ce qui guide la construction des objectifs d'accompagnement ?		
03'24	Ergothérapeute 3	Oui donc c'est le patient par le biais de la MCRO, alors évidemment on est sur prescription médicale, donc évidemment je suis la prescription médicale mais	« c'est le patient » qui guide la	Personne : Collabore/

XLIII

		voilà on est dans un centre de rééducation où les médecins ont très bien compris quel bilan on fait passer et que du coup ils savent très bien qu'on fait passer la MCRO et que c'est avec ça qu'on élabore nos objectifs. Globalement on a souvent comme objectif des médecins analyse des besoins de vie.	construction des objectifs.	négoce objectifs
03'51	Etudiante ergothérapeute	Oui.		
03'52	Ergothérapeute 3	Donc du coup la MCRO rentre dans la prescription médicale mais voilà, on est quand même sujet à la prescription médicale.		
03'58	Etudiante ergothérapeute	Oui et donc pour répondre à ses objectifs quels moyens utilisez-vous ?		
04'04	Ergothérapeute 3	On utilise beaucoup de mises en situation, on utilise vraiment beaucoup de mises en situation, on a un plateau technique qui est vraiment... enfin qui est complètement versus mises en situation du quotidien donc on a un appartement thérapeutique avec toutes les pièces comme à la maison cuisine salon chambre salle de bain ça nous permet vraiment de faire des mises en situation et puis on a aussi à côté de l'appartement, tous le plateau technique qui est centrée sur le quotidien des patients donc on a aussi une salle à manger, un coin bibliothèque enfin vraiment on a la chance d'avoir ce plateau technique là qui nous permet d'être en mise en situation du quotidien en permanence.	Comme moyens d'intervention, l'ergothérapeute utilise beaucoup de « mises en situation », des « mises en situation du quotidien ».	Occupation : constante
			Dans son service, les ergothérapeutes ont et utilisent un « appartement thérapeutique avec toutes les pièces comme à la maison cuisine salon chambre salle de bain ». Ils utilisent « l'appartement » pour représenter le quotidien du patient.	Environnement : physique naturel, habituel

04'48	Etudiante ergothérapeute	D'accord et comment, pour chaque personne, vous allez choisir l'occupation ?		
04'55	Ergothérapeute 3	Eh ben c'est avec la MCRO, selon les résultats et selon les cinq activités prioritaires que les patients vont nous avoir mis en avant et ben on va directement vers ces activités-là.	Le patient choisit « cinq activités prioritaires que les patients vont nous avoir mis en avant et ben on va directement vers ces activités-là. »	Personne : choix de l'occupation
05'06	Etudiante ergothérapeute	D'accord et donc qu'est-ce que vous allez rechercher dans cette mise en situation comment la personne connaît cette activité ?		
05'17	Ergothérapeute 3	Alors du coup si on est... alors oui, faut que je garde bien en tête qu'on est sur l'hémiplégique, du coup ça va être soit, la mise en situation va... juste, est-ce que tu peux me reposer la question, j'ai oublié la fin ?		
05'31	Etudiante ergothérapeute	Qu'est-ce que vous recherchez à travers la mise en situation et quelle est la connaissance de cette occupation par la personne ?		
05'38	Ergothérapeute 3	La personne c'est elle qui va m'avoir donné l'activité qui lui pose problème donc dans le cas d'un patient, je pense à une patiente hémiplégique, j'ai une patiente hémiplégique en tête, il y avait une situation problème au niveau de la toilette habillage donc les premières séances on était dans la salle de bain à se mettre vraiment en situation habillage-déshabillage et du coup à voir avec elle les moyens de compensation ou aide-techniques qu'elle pourrait avoir besoin pour être indépendantes dans ces activités-là.	« La personne c'est elle qui va m'avoir donné l'activité » Si la personne se déshabille dans la salle de bain, « on était dans la salle de bain à se mettre vraiment en situation habillage-déshabillage »	Personne : choix de l'occupation Environnement : physique naturel, habituel
06'08	Etudiante ergothérapeute	D'accord.		

XLV

06'09	Ergothérapeute 3	On utilise les mises en situation à la fois, quand c'est au tout début, pour évaluer les capacités du patient et ensuite on utilise aussi les mises en situation pour aider le patient à rechercher des moyens de compensation soit gestuels, soit avec aide-techniques.	L'ergothérapeute utilise des « mises en situation » pour évaluer mais aussi des « mises en situation » comme moyen d'intervention.	Occupation
06'26	Etudiante ergothérapeute	D'accord et donc comment agissez- vous sur cette occupation ?		
06'34	Ergothérapeute 3	Selon ce que je vais voir dans la difficulté, si je vois que c'est une difficulté qui peut disparaître ou en tout cas être limités et bah du coup je vais aider la personne a trouvé une autre stratégie gestuelle pour pallier à une incapacité physique ou une incapacité cognitive on va dire, le but c'est que je vais essayer...on fonctionne beaucoup à faire de la vidéothérapie, donc du coup il y a aussi souvent des mises en situation qui sont filmées et qui sont ensuite montrées au patient et on travaille pas mal sur l'éducatif là-dessus. Donc en même temps que les mises en situation, on utilise beaucoup la vidéothérapie.	L'ergothérapeute utilise des « mises en situation » et aide la personne à s'adapter à la difficulté.	Occupation : juste défi, adapter
07'22	Etudiante ergothérapeute	D'accord et est-ce que vous permettez l'échec ?		
07'25	Ergothérapeute 3	Oui, ça dépend des situations mais si cognitivement la personne est capable d'aller à l'échec, oui je vais permettre l'échec.	L'ergothérapeute va permettre l'échec si la « personne est capable d'aller à l'échec »	Occupation : adapter, ajuster
07'35	Etudiante ergothérapeute	D'accord.		
07'37	Ergothérapeute 3	Si je sais que, si je sais que derrière je vais être capable de rebondir sur l'échec quoi, je ne vais pas laisser je sais pas mettre une personne en échec un vendredi après-midi et la laisser partir en weekend sans lui donner une réponse échec relativiser et il est travaillé.		

07'58	Etudiante ergothérapeute	Et donc vous m'en avez un petit peu parlé de l'environnement, est-ce que vous avez vous avez besoin d'un environnement particulier ?		
08'05	Ergothérapeute 3	Ah bah oui il faut qu'on soit dans un environnement qui reproduit au maximum le lieu de vie quoi, on utilise vraiment très très souvent l'appartement de simulation parce que du coup ça permet de voilà... on travaille la toilette habillage dans la salle de bain si le patient habituellement le patient... sa toilette il l'a fait dans salle de bain mais si l'habillage est réalisé dans la salle de bain, on est dans la salle de bain, mais si le patient dit qu'habituellement il s'habille dans la chambre, je vais le mettre dans sa chambre donc oui l'environnement est indispensable je trouve.	L'ergothérapeute utilise « un environnement qui reproduit au maximum le lieu de vie », par exemple « si le patient dit qu'habituellement il s'habille dans la chambre, je vais le mettre dans sa chambre ». « l'environnement est indispensable »	Environnement : physique naturel et habituel
			L'ergothérapeute part de ce que « le patient [fait] habituellement »,	Occupation : constante
08'37	Etudiante ergothérapeute	D'accord et quelle est la place de l'environnement social dans l'accompagnement ?		
08'44	Ergothérapeute 3	C'est à dire avec les aidants ?		
08'46	Etudiante ergothérapeute	Oui.		
08'47	Ergothérapeute 3	Et bien du coup on inclut les aidants dès qu'il y a besoin et dès qu'on peut c'est-à-dire que on peut très bien soit faire venir les aidants à l'****, soit nous nous déplacer sur le lieu de vie de la personne directement et à ce moment-là	L'ergothérapeute souhaite que « l'aidant soit	Environnement : social

XLVII

		rencontrer l'aidant, donc soit quelqu'un de la famille soit une aide humaine de l'extérieur. Si la personne... si c'est le patient qui est en difficulté, Et que du coup on a travaillé une stratégie en particulier à l'**** qu'il faut reproduire au domicile, eh ben du coup l'intérêt c'est que l'aidant soit... que j'explique à l'aidant qu'est-ce qu'on a mis comme solution ,qu'est-ce qu'on a trouvé comme solution, que ce soit des stratégies gestuelle ou des aide-techniques et que l'aidant soit complètement impliqués sur la nouvelle solution apportée pour que la personne soit autonome, s'il y a possibilité que la personne soit autonome.	complètement impliqués sur la nouvelle solution apportée pour que la personne soit autonome »	automisant, facilitateur
09'46	Etudiante ergothérapeute	Et donc plus globalement, qu'est-ce que le modèle a apporté à votre pratique ?		
09'53	Ergothérapeute 3	Eh bien Ça permet d'être beaucoup plus proche des objectifs réel du patient c'est-à-dire que moi j'ai commencé, quand j'ai commencé ma carrière, c'était le médecin qui donnait les objectifs et moi je suivais les objectifs du médecin je m'octroyais moins la possibilité de plutôt rentrer dans la problématique concrète du patient et d'être avec les objectifs du patient là ça nous permet vraiment que le patient soit acteur de sa prise en charge complètement parce que du coup on est sur des situations qui nous a donné comme étant problématique du coup, il comprend pourquoi on les travaille ça permet une implication, vraiment plus importante du patient, ça prend sens.	L'utilisation du modèle permet d'être plus proche « des objectifs réels du patient », ce sont « les objectifs du patient là ».	Personne : collabore, négocie objectifs
			Ce modèle permet « que le patient soit acteur de sa prise en charge complètement ».	Personne : actrice
			Ce modèle permet de travailler des situations qui posent vraiment problème à la personne, « ça permet une implication »	Personne : actrice

XLVIII

			Les situations travaillées permettent une implication « importante du patient, ça prend sens »	Satisfaction : sens, intérêt
10'42	Etudiante ergothérapeute	D'accord, du coup est-ce que vous avez d'autres éléments à ajouter pour compléter l'entretien ?		
10'49	Ergothérapeute 3	Je... non pas forcément, voilà juste que moi au démarrage en sortie de formation j'utilisais pas du tout le modèle de MCREO et la mesure, je l'utilise vraiment depuis que je travaille à l'**** parce que notre coordinatrice est convaincue par ce modèle et cette évaluation et que du coup, elle nous a formé et que ça m'a permis d'enrichir ma pratique quoi, c'est vraiment un modèle et une évaluation qui m'ont permis d'évoluer dans ma pratique et je pense d'être plus efficace et plus pertinente.		
11'20	Etudiante ergothérapeute	C'est-à-dire.		
11'22	Ergothérapeute 3	Eh ba du coup étant donné qu'on prend vraiment en compte la problématique où les problématiques des patients ben voilà il y a plus à se demander qu'est-ce que je vais faire en ergothérapie le patient comprends vraiment le sens de l'ergothérapie on a plus de difficultés, on n'a pas de difficulté pour ça.	Le patient comprend « vraiment le sens » de l'ergothérapie.	Satisfaction : sens, intérêt
11'45	Etudiante ergothérapeute	D'accord, oui effectivement, vous êtes vraiment sur la mise en situation.		
11'54	Ergothérapeute 3	Oui, on ne fait pas du tout d'analytique, on en fait quasiment plus, on n'a pas du tout un plateau technique comme les autres, on n'a pas de cônes, de bâtonnets, non on a vraiment les objets du quotidien.		
12'06	Etudiante ergothérapeute	Oui c'est ce que j'ai cru comprendre.		
12'07	Ergothérapeute 3	Oui parce que tu as déjà dû avoir B***** au téléphone je crois ?		

12'11	Etudiante ergothérapeute	Non je ne les ai pas encore eus mais j'ai rencontré Mme ***** lors du congrès à Toulouse.		
12'19	Ergothérapeute 3	D'accord ok, oui donc tu as assisté à sa conférence.		
12'24	Etudiante ergothérapeute	Oui.		
12'25	Ergothérapeute 3	Oui ba voilà tout est dit dans sa conférence je pense, non non mais c'est ce qu'on fait au quotidien réellement je pense que tout ce qu'elle a pu présenter à la conférence on est vraiment là-dedans.		
12'41	Etudiante ergothérapeute	D'accord.		
12'42	Ergothérapeute 3	Je ne sais pas si elle avait présenté des photos du plateau technique.		
12'46	Etudiante ergothérapeute	Je ne sais plus mais je sais que dans un article qu'elle avait écrit j'en ai vu, mais elle a dû en remonter.		
12'54	Ergothérapeute 3	On a vraiment en plus de l'appartement, même notre plateau technique est vraiment orienté vers les activités du quotidien , on est sur du fonctionnelle, on travaille plus du tout en analytique ou des rares fois ça peut nous arriver mais c'est très rare.	Le plateau technique est orienté vers les « activités du quotidien ».	Occupation : constante
13'15	Etudiante ergothérapeute	Eh ben merci beaucoup pour l'entretien.		
13'19	Ergothérapeute 3	Mais de rien.		
13'20	Etudiante ergothérapeute	Est-ce que vous souhaitez que je vous envoie une synthèse de mon mémoire ou mon mémoire intégralement.		
13'24	Ergothérapeute 3	Oui je veux bien, oui à la limite je veux bien avoir le mémoire en intégralité, après voilà pas de date buttoir mais oui ça peut être intéressant vu qu'on va être plusieurs à avoir répondu ça m'intéresse de savoir tout le travail que tu auras fait autour.		
13'43	Etudiante ergothérapeute	Je le rends dans un mois. J'attends d'avoir une réponse de vos collègues et je continue mon travail. Merci beaucoup.		

13'53	Ergothérapeute 3	Ok super, de rien et bon courage.		
13'56	Etudiante ergothérapeute	Merci au revoir.		
14'00	Ergothérapeute 3	Au revoir.		

Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute 4 (22'40)

Temps	Code	Discours	Indicateurs	
00'00	Etudiante ergothérapeute	Voilà donc voilà l'étude que je réalise pour mon mémoire de recherche s'intéresse à l'utilisation du modèle du MCREO.		
00'14	Ergothérapeute 4	Attendez est-ce qu'on peut changer l'orientation quelque chose parce que je vous entends vraiment très mal.		
00'18	Etudiante ergothérapeute	Est-ce que vous m'entendez mieux comme ça ?		
00'21	Ergothérapeute 4	Oui beaucoup mieux.		
00'22	Etudiante ergothérapeute	Parfait, donc je disais que mon étude s'intéresse à l'utilisation du modèle du MCREO dans les 6 premiers mois à la suite d'un AVC, c'est pourquoi je vous ai contacté.		
00'42	Ergothérapeute 4	D'accord.		
00'43	Etudiante ergothérapeute	Bien entendu il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse, le mieux c'est d'exprimer votre expérience et votre ressenti.		
00'50	Ergothérapeute 4	D'accord.		
00'51	Etudiante ergothérapeute	Donc pour commencer je voulais vous demander de me décrire un peu votre parcours ? depuis combien de temps vous êtes ergothérapeute ?		

00'57	Ergothérapeute 4	Alors je suis ergothérapeute depuis 1998 depuis 88 pardon, je me rajeunie.		
01'06	Etudiante ergothérapeute	Et donc vous avez travaillé dans quel secteur ?		
01'12	Ergothérapeute 4	J'ai commencé à travailler à côté de L**** avec des enfants dans un centre hospitalier, et ensuite je suis venu ici pour travailler avec des adultes à l'Institut de rééducation où j'y suis depuis un peu près 20 ans.		
01'30	Etudiante ergothérapeute	D'accord, et vous utilisez le MCREO depuis combien de temps ?		
01'39	Ergothérapeute 4	Ohlala c'est assez difficile à dire parce que c'est venu par petites tranches, on va dire au début... il faut s'habituer donc c'était vraiment plus fractionné, c'était partiel, ce n'était pas ça mais bon, vraiment beaucoup je dirais 5-6 ans peut être.		
02'02	Etudiante ergothérapeute	D'accord et vous utilisez la mesure également ?		
02'07	Ergothérapeute 4	Oui oui oui, maintenant je l'utilise plus partiellement, si je l'utilise, je l'utilise.		
02'17	Etudiante ergothérapeute	D'accord, et qu'est-ce que ce modèle à apporter à votre pratique ?		
02'24	Ergothérapeute 4	Eh bien on va dire que quand ça se passe bien, c'est vraiment un bon outil pour entrer en matière et ça cible vraiment, ça évite de s'égarer, ça évite de chercher, la personne cherche elle-même, elle exprime vraiment les problèmes qui lui tiennent à cœur.	« la personne cherche elle-même » grace au modèle.	Personne : actrice
			La MCRO lui permet de s'« exprime[r] »	Personne : actrice
			La personne fait part des « problèmes qui lui tiennent à cœur ».	Satisfaction : intérêt
02'45	Etudiante ergothérapeute	D'accord.		
02'46	Ergothérapeute 4	Mais bon je dis bien quand ça fonctionne, parce qu'effectivement, il y a bien des personnes qui sont déroutées et qui ne trouvent pas de problème.		

02'53	Etudiante ergothérapeute	D'accord et donc comment vous allez agir avec eux ?		
02'56	Ergothérapeute 4	Ah ba là on insiste, c'est à dire qu'on fait tous le déroulé d'une journée et puis, on questionne pour chaque activité, est-ce que c'est difficile, est-ce que c'est important...	L'ergothérapeute questionne la personne, est-ce que « c'est important » de faire cette activité ?	Satisfaction : plaisir, aime
03'11	Etudiante ergothérapeute	Et donc ma question suivante s'y rattache un peu, c'était, qu'est-ce que cela apporte aux personnes que vous accompagnez ?		
03'19	Ergothérapeute 4	Souvent ces personnes-là qui comprennent la démarche réalise ce qu'on peut leur apporter, ça met vraiment du concret sur ce qu'on peut améliorer.		
03'32	Etudiante ergothérapeute	D'accord.		
03'34	Ergothérapeute 4	Sinon la vision de la profession est un peu floue.		
03'38	Etudiante ergothérapeute	Donc surtout pour percevoir ce qu'est l'ergothérapie ?		
03'41	Ergothérapeute 4	Oui il y a de ça et du coup quand ils ont bien compris ce qu'est l'ergothérapie et ben au fil des jours qui suivent ou des semaines ou durant tout le séjour et ben dès qu'ils sont confrontés à un problème nouveau, enfin qu'il découvre nouvellement mais qui existait déjà, ils se disent "ah oui tiens j'ai pas parlé de ça, faudra que j'en parle à l'ergothérapeute" et dans les jours qui suivent on en parle donc finalement ça ne sert pas qu'à un bilan d'entrée parfois j'ai l'exemple ces derniers jours, un monsieur qui régulièrement recommence une nouvelle activité et il me dit "j'ai pas réussi à faire ça, est-ce qu'on peut voir comment on peut faire?"	Le patient est acteur de sa PEC, il identifie les problèmes, « et il me dit "j'ai pas réussi à faire ça, est-ce qu'on peut voir comment on peut faire ?" »	Personne : actrice
04'26	Etudiante ergothérapeute	D'accord.		
04'27	Ergothérapeute 4	Et ce n'était plus un bilan c'est vraiment pour continuer à améliorer sa vie, ça améliore vraiment sa qualité de vie, ça l'encourage à redevenir actif, ça c'est clair.	Il participe, ça améliore sa qualité de vie et « ça	Personne : actrice

			l'encourage à redevenir actif »	
04'44	Etudiante ergothérapeute	D'accord, et qu'est-ce qui guide la construction des objectifs d'accompagnement ?		
04'48	Ergothérapeute 4	C'est le patient.	« C'est le patient » qui guide la construction des objectifs.	Personne : collabore/négocie objectifs
04'54	Etudiante ergothérapeute	C'est-à-dire ?		
04'56	Ergothérapeute 4	Eh bien quand il donne une importance à une activité ou à une autre, on commence par celle qui est la plus importante et la plus difficile donc du coup c'est celle-ci qui est mise en valeur et qu'on doit résoudre en premier.	L'ergothérapeute commence par l'« activité » qui est « mise en valeur » par la personne	Personne : choix de l'occupation
			L'ergothérapeute débute par l'activité « la plus importante » pour la personne.	Satisfaction : plaisir, aime
05'10	Etudiante ergothérapeute	Alors justement, ma question suivante c'était, quel moyen utilisez-vous ?		
05'17	Ergothérapeute 4	L'activité autant que possible.	L'ergothérapeute utilise « l'activité » comme moyen d'intervention.	Occupation
05'20	Etudiante ergothérapeute	De quelle façon ?		
05'24	Ergothérapeute 4	Eh bien une personne qui est bricoleur ou jardinier eh bien on va aller directement dans notre petit jardin, on va aller voir à quelle hauteur il peut tailler les petits arbustes, on va regarder comment est-ce qu'il peut s'agenouiller, mettre un petit banc pour travailler directement au sol, on va voir quel genre d'outils il peut utiliser, si la terre est un peu dur, et des choses comme ça.	L'ergothérapeute recherche les activités que la personne faisait et qu'elle aime, par exemple si c'était un « bricoleur ou	Occupation : de longue date

			jardinier », elle va le mettre en situation directement dans le jardin.	
05'54	Etudiante ergothérapeute	C'est intéressant car vous anticipez toujours un petit peu mes questions, j'allais vous demander, comment choisissez-vous l'occupation ?		
06'06	Ergothérapeute 4	<p>Oui j'ai pas complètement répondu parce que quelques fois, pour la personne à laquelle je pense par exemple, c'est évident la personne, elle en parle beaucoup et on va vraiment vers ses occupations qui sont toujours d'actualité, et puis il y a d'autres personnes, soit elles n'avaient pas d'occupation autre que leur profession par exemple, j'ai fait ça avec un monsieur qui ne concevait pas... alors qu'il était à la retraite depuis deux ans, il ne concevait pas faire autre chose, alors là vraiment c'est difficile, voilà parce qu'on se rabatte plus sur l'habillement, l'entretien, la toilette, tous les soins personnels, comme c'est quelqu'un qui ne faisait pas du tout du tout de ménage ni de cuisine, son occupation c'était d'attendre qu'il récupère entièrement, donc c'était un peu compliqué là.</p> <p>On essaye de trouver une occupation qui est importante, on essaye mais c'est pas toujours... on y arrive pas toujours. Quand je pense à ce monsieur là, pour lui finalement la seule occupation qu'on avait pu trouver c'était la conduite automobile pour qu'il puisse aller retravailler donc c'est rester sur sa profession bien qu'il était censé y renoncer.</p>	L'occupation est choisie par la personne, « elle en parle beaucoup »	Personne : choix de l'occupation
			L'ergothérapeute explique qu'il y a deux possibilités : soit les « occupations qui sont toujours d'actualité » ou alors il faut trouver de nouvelles activités qui ont du sens.	Occupation : de longue date
			Il faut trouver une « occupation qui est importante », des fois une nouvelle.	Satisfaction : plaisir, aime
07'26	Etudiante ergothérapeute	D'accord.		
07'27	Ergothérapeute 4	Donc on est parfois dans des positions un petit peu bizarre, c'est-à-dire qu'on respecte ce que la personne souhaite et puis vu que c'était une personne qui était à son compte, ça a pu se faire, on a eu beaucoup de chance finalement donc son occupation c'était conduire, pouvoir conduire.	L'ergothérapeute « respecte ce que la personne souhaite »	Personne : actrice

07'54	Etudiante ergothérapeute	D'accord et donc qu'est-ce que vous recherchez à travers ces mises en situation ?		
07'59	Ergothérapeute 4	Qu'il puisse refaire l'activité si elle est compliquée ou si elle est fatigante ou s'il faut des aménagements, il faut par exemple aménager le reste de la journée pour pouvoir faire cette activité voilà.	Les mises en situation ont pour but que la personne puisse « refaire l'activité »	Occupation : de longue date
08'18	Etudiante ergothérapeute	D'accord.		
08'19	Ergothérapeute 4	On fait tout ce qu'il faut pour qu'elle soit de nouveau possible car elle est importante pour lui.	L'activité, « elle est importante pour lui »	Satisfaction : plaisir, aime
08'23	Etudiante ergothérapeute	Et donc est-ce que c'est une occupation que la personne avait déjà auparavant ?		
08'28	Ergothérapeute 4	Oui dans tous ces cas-là oui. j'ai d'autres exemples de personne qui... alors elle c'était à plus de six mois quand on a commencé parce qu'on a mis beaucoup de temps à trouver l'occupation mais c'est quelqu'un qui avait il y a fort longtemps fait de la peinture dans sa jeunesse et pour occuper ses journées vu qu'elle pouvait plus faire ses activités précédentes il fallait qu'elle change de latéralité et donc ça a été très compliqué car elle voyait pas comment elle allait pouvoir repeindre en changeant de main, elle s'estimait pas assez adroite et puis ça a finit par se faire avec l'entraînement.	L'occupation était connu par la personne « dans tous ces cas-là oui » par exemple une personne « avait il y a fort longtemps fait de la peinture »	Occupation : de longue date
09'10	Etudiante ergothérapeute	Et donc comment agissez-vous sur cette occupation ?		
09'17	Ergothérapeute 4	Alors en fait j'ai rusé avec cette dame-là, j'ai fait une petite ruse elle ne voulait pas faire la peinture qui était pourtant quelque chose qui lui plaisait au prétexte qu'elle ne serait pas assez performante donc je lui dit « mais vous savez vous avez besoin d'écrire, vous faites des jeux lettres et vous trouvez que vous écrivez pas assez bien donc on peut entraîner le bras gauche en faisant des gribouillages, n'importe quoi et puis comme ça, ça va entraîner pour mieux écrire » et puis on est partis en faisant des lettres avec un pinceau, avec des grands traits et puis on a eu une chance d'avoir une art-thérapeute qui est venue en stage et j'ai dit à la dame « écoutez, on a une art-thérapeute, peut être que elle, elle a des techniques que moi je n'ai pas donc	L'ergothérapeute a « rusé » et a adapté l'activité pour que la personne accepte de la refaire car elle savait que ça lui plairait.	Occupation : adaptation

		est-ce qu'on pourrait aller explorer la peinture cette fois-ci? "et ça s'est fait avec l'intermédiaire de l'art-thérapeute.		
10'11	Etudiante ergothérapeute	D'accord.		
10'13	Ergothérapeute 4	Voilà, et puis après la dame elle est repartie sur la peinture toute seule, c'est un plaisir.	La reprise d'activité, « c'est un plaisir ».	Satisfaction : plaisir
10'25	Etudiante ergothérapeute	D'accord et est-ce que vous allez permettre l'échec ?		
10'31	Ergothérapeute 4	Est-ce que ? Pardon je n'ai pas compris.		
10'32	Etudiante ergothérapeute	Est-ce que vous allez permettre l'échec ?		
10'34	Ergothérapeute 4	Oui bien sur je le permet, c'est lui des fois qui se permet pas, c'est tout à discuter, c'est-à-dire que... par exemple j'ai une autre personne qui est en cours d'activité professionnelle enfin qu'il l'était, elle pourra pas reprendre son travail et donc toute la démarche c'est de lui montrer que le travail ne sera pas possible.	L'échec ; « je le permet », pour une prise de conscience si cela est travaillé.	Occupation : adapter, ajuster
11'03	Etudiante ergothérapeute	D'accord, pour une prise de conscience ?		
11'06	Ergothérapeute 4	Voilà par contre effectivement proposé autre chose exploré sur autre chose ce qu'elle pourra faire à la place de son travail.		
11'12	Etudiante ergothérapeute	D'accord.		
11'13	Ergothérapeute 4	Voilà, c'est comme ça en fait qu'on fait passer les échecs, en tout cas moi.		
11'17	Etudiante ergothérapeute	D'accord et est-ce que vous avez besoin d'un environnement particulier ?		
11'24	Ergothérapeute 4	J'ai envie de dire le mieux c'est l'environnement où se déroule l'activité, c'est-à-dire au domicile de la personne quand c'est possible, sur le lieu de profession ça on peut pas le faire parce que certains sont arrêtés mais après chez nous on est privilégié parce qu'on a un jardin, un vrai appartement, on	L'ergothérapeute préfère utiliser « l'environnement où se déroule l'activité », c'est	Environnement : physique naturel, habituel

		a quand même beaucoup de possibilités d'essayer de reproduire au plus proche de ce qui est la réalité de la personne.	à dire le « domicile de la personne » ou le « lieu de profession ». Le service « a un jardin, un vrai appartement », cela permet « de reproduire au plus proche de ce qui est la réalité de la personne ».	
12'00	Etudiante ergothérapeute	D'accord.		
12'02	Ergothérapeute 4	Donc quelquefois effectivement on ne peut pas complètement reproduire, donc on est... il faut rester modeste on sait pas si ça sera possible après chez la personne et puis quelquefois on peut se déplacer sur les lieux de loisirs aussi, voilà on a vraiment beaucoup de chance on peut s'organiser comme on veut.	L'ergothérapeute peut « se déplacer sur les lieux de loisirs ».	Environnement : physique naturel, habituel
12'28	Etudiante ergothérapeute	Oui vous avez des possibilités d'avoir un environnement qui est plus ou moins semblable à l'environnement antérieur.		
12'36	Ergothérapeute 4	Oui voilà au plus proche et quand c'est possible c'est l'environnement chez la personne ou sur son lieu de loisirs, on le fait au moins une fois parce que comme ça avec les photos qu'on peut faire et les films, on peut effectivement reproduire un secteur, voilà, je repense à une dame qui avait des grandes chances de chuter lors de la douche je suis allé à son domicile une fois c'était l'ancien domicile et puis elle a déménagé donc on est allé au nouveau domicile on a fait des essais sur place on a reproduit ici et on est retourné encore une fois chez elle pour voir si elle avait bien intégré le travail qu'on avait fait.	L'ergothérapeute souhaite être « au plus proche » de l'environnement naturel de la personne. « l'environnement chez la personne ou sur son lieu de loisirs », L'ergothérapeute recherche à « reproduire un secteur ».	Environnement : physique naturel, habituel
13'24	Etudiante ergothérapeute	D'accord, justement quand vous me parlez du domicile, quelle est la place de l'environnement social dans l'accompagnement ?		

LVIII

13'35	Ergothérapeute 4	Moi je fais appel à l'assistante sociale régulièrement parce que souvent... enfin dans les cas les plus difficiles les aidants peuvent être très fatigué, très démunis ou manquer de moyens et dans ces cas-là, dès que je ressens ce genre de besoins je fais appel à l'assistante social pour qu'on puisse faire le point.		
14'04	Etudiante ergothérapeute	D'accord.		
14'06	Ergothérapeute 4	Et même parfois pour des séjours de répit par exemple.		
14'08	Etudiante ergothérapeute	Ok et quel est le rôle de l'environnement social ?		
14'18	Ergothérapeute 4	Avec d'autres personnes que des accidents vasculaires ?		
14'26	Etudiante ergothérapeute	Non en restant avec des personnes qui ont eu un AVC mais quel est le rôle de la famille et de l'entourage ?		
14'36	Ergothérapeute 4	Ah la famille et l'entourage, et bien parfois elle va juste permettre à la personne de continuer son activité , parfois j'ai besoin de cet environnement là pour avoir la réalité des faits parce que des fois les patients sous-estime ou sur-estime leurs capacités donc on a besoin d'un autre regard, parfois j'ai besoin de... quelqu'un qui veut vraiment continuer à travailler par exemple peut sous-estimer ses chutes ou ses choses-là, quand il y a des chutes j'aime bien savoir moi dans quelles circonstances pour pouvoir voir, pour éviter ces chutes donc j'ai besoin du témoignage de l'environnement.	Selon l'ergothérapeute, l'environnement social doit « permettre à la personne de continuer son activité »	Environnement : social automisant, facilitateur
15'24	Etudiante ergothérapeute	D'accord.		
15'25	Ergothérapeute 4	D'éviter le danger en général et puis quelquefois les besoins des aidants sont très différents des besoins du patient donc si on peut aussi satisfaire les besoins des aidants c'est un plus pour la personne accidentée.		
15'46	Etudiante ergothérapeute	C'est à dire ?		

15'47	Ergothérapeute 4	Par exemple un monsieur qui travaillait et qui retourne chez lui suite à un accident vasculaire et puis il avait un gros jardin mais du coup avec ses problèmes il a plus du tout envie d'y aller ni même de s'en occuper en déléguant par exemple et bien l'épouse par exemple pourrait très bien avoir besoin qu'on organise l'aide pour le jardin par exemple, donc par exemple encourager la personne à s'occuper du jardin, au moins à dire que faire et rechercher un employé qui pourrait faire.		
16'36	Etudiante ergothérapeute	D'accord.		
16'37	Ergothérapeute 4	Alors que ce n'est pas dans la préoccupation de la personne.		
16'41	Etudiante ergothérapeute	Ok je vois, si je peux me permettre de résumer l'entretien, grâce à cette approche, ce modèle, vous cherchez des occupations qui sont importantes pour la personne pour qu'elle réussisse à les refaire ou si elle ne les perçoit pas les activités importantes, l'aider à retrouver des activités qui pourrait avoir du sens pour elle.		
17'06	Ergothérapeute 4	Oui.		
17'07	Etudiante ergothérapeute	C'est bien ça ?		
17'09	Ergothérapeute 4	Oui c'est ça.		
17'10	Etudiante ergothérapeute	D'accord, si vous avez d'autres choses à rajouter sur ce que ça apporte à votre pratique...		
17'16	Ergothérapeute 4	L'idée c'est que si on permet à cette personne quand même de retrouver des activités antérieures ou qui peuvent avoir un nouveau sens, ça lui permet de redevenir actif et quelque part d'exister, d'être autonome au maximum et de repousser d'autres accident vasculaire possible, c'est dans la prévention de beaucoup de choses.	L'ergothérapeute souhaite permettre « des activités antérieures » L'ergothérapeute peut aider la personne à trouver « un nouveau sens ».	Occupation : de longue date, constante Satisfaction : sens

			L'ergothérapeute soir permettre à la personne de « redevenir actif », « d'exister, d'être autonome »	Personne : actrice
17'46	Etudiante ergothérapeute	Ok je n'avais pas forcément cette notion de prévention mais c'est intéressant aussi.		
17'52	Ergothérapeute 4	Parce que quelqu'un qui ne veut plus rien faire, alors on parlait d'échec tout à l'heure, j'ai une personne actuellement, c'est son deuxième séjour, donc on est loin de l'accident vasculaire mais c'est quelqu'un qui ne veut plus rien faire, je me bat quand même contre cette volonté de ne rien faire parce que je lui explique qu'en ne faisant rien il empire son problème, j'essaie de le convaincre malgré tout, alors l'échec je ne sais pas où il est, je ne sais pas si la personne refuse de faire quoi que ce soit, si en repartant elle refuse encore de faire quoi que ce soit, ou si moi quand j'ai refusé son refus, je suis dans l'échec ? C'est compliqué hein.		
18'40	Etudiante ergothérapeute	Oui, mais il me semble que vous essayez de le mettre en activité.		
18'45	Ergothérapeute 4	Oui c'est ça, j'essaie de l'engager dans des activités, parce que je lui montre que son état physique empire s'il ne fait rien.	L'ergothérapeute essaye de « l'engager dans des activités »	Engagement
18'55	Etudiante ergothérapeute	Oui ok.		
18'59	Ergothérapeute 4	Ça sera meilleur pour sa santé d'être actif, c'est un peu aussi ce qui se dit dans toutes les publicités, l'activité est bonne pour la santé.		
19'10	Etudiante ergothérapeute	Oui surtout avec les facteurs de risque de l'accident vasculaire cérébral.		
19'15	Ergothérapeute 4	Tout à fait, tout à fait, donc on fait quand même de la prévention même si c'est une petite activité, rien que la toilette c'est une activité. Je pense que moi je me sens responsable si une personne reste inactive et qu'elle a d'autres problèmes et je me sentirais un peu responsable après si je fais rien, enfin du moins si je n'ai pas essayé.		

19'46	Etudiante ergothérapeute	D'accord et donc est-ce que vous avez d'autres choses à rajouter pour compléter l'entretien ?		
19'53	Ergothérapeute 4	Alors on pourrait parler comme ça pendant longtemps mais je pense que j'ai dit l'essentiel.		
19'58	Etudiante ergothérapeute	Oui, en tout cas je pense avoir bien cerné comment vous voyez cette approche et comment vous l'utilisez avec les personnes que vous accompagnez.		
20'07	Ergothérapeute 4	Ah si, ce que je n'ai pas dit c'est que l'utilisation de cette mesure est plus difficile voire même j'étais très en difficulté voir je n'ai pas pu le faire avec des personnes aphasiques.		
20'22	Etudiante ergothérapeute	Oui.		
20'23	Ergothérapeute 4	Là le besoin des aidants est vraiment important.		
20'27	Etudiante ergothérapeute	Oui, effectivement.		
20'29	Ergothérapeute 4	Et j'ai eu un autre, y a pas longtemps, un monsieur aphasique qui vivait donc seule et donc on avait juste son frère qui venait de temps en temps mais qui ne vivait pas avec lui et c'était un monsieur qui refusait, qui ne faisait que ce qu'ils voulaient mais qui était actif et donc en fait, en le regardant faire des fois j'avais parfois les réponses à mes questions et de toute façon quand il arrivait pas à faire il arrivait à se débrouiller avec un aidant, il donnait ses ordres et voilà et là j'ai pas du tout fait la mesure classique avec ce monsieur-là.		
21'06	Etudiante ergothérapeute	Oui il y a quand même certaines limites mais même quand vous dites que vous aidez des proches finalement, vous voulez quand même avoir les attentes, les besoins de la personne.		
21'22	Ergothérapeute 4	J'essaye mais j'avoue qu'avec le monsieur dont je vous parlais juste avant, ça n'a pas été facile, je crois bien que dans les six premiers mois j'ai pas eu de réponses.		

21'34	Etudiante ergothérapeute	D'accord.		
21'35	Ergothérapeute 4	J'ai proposé des activités classiques à l'ancienne j'ai envie de dire, faire bouger son bras, manipuler son bras, transporter des objets, j'y suis aller un petit peu à l'aveuglette et puis petit à petit on a découvert le bricolage, il s'est mis à bricoler mais ça a pris des mois.		
21'54	Etudiante ergothérapeute	D'accord.		
21'57	Ergothérapeute 4	Voilà.		
22'02	Etudiante ergothérapeute	Eh bien merci.		
22'04	Ergothérapeute 4	Je vous en prie, j'espère que j'ai bien contribuer à votre recherche.		
22'07	Etudiante ergothérapeute	Oui parfaitement, est-ce que vous souhaitez que je vous envoie une synthèse de mon mémoire ou mon mémoire en intégralité ?		
22'15	Ergothérapeute 4	Oh oui une synthèse c'est bien, mais faites-le une seule fois on se le partage en général.		
22'25	Etudiante ergothérapeute	Parfait, je vous envoie ça courant juin, une fois que j'aurai rendu mon travail.		
22'35	Ergothérapeute 4	Ok d'accord.		
22'37	Etudiante ergothérapeute	Merci beaucoup.		
22'38	Ergothérapeute 4	Merci beaucoup.		
22'39	Etudiante ergothérapeute	Au revoir.		
22'40	Ergothérapeute 4	Au revoir.		

Annexe 12 : *Analyse des participants à l'étude*

	Pays/ région d'exercice	Utilisation du MCREO	Service	Population accompagnée
Ergothérapeute 1	Canada (Québec)	Formation au MCREO au Québec. Utilisation depuis 8 mois. Codage : 1	Service temporaire de réadaptation fonctionnelle gériatrique	Personnes avec fracture de hanche, personnes âgées déconditionnées, personnes victimes d'AVC
Ergothérapeute 2	France (Isère)	Formation au MCREO en France. Utilisation partielle puis permanente depuis 8 mois. Codage : 1	Service de Soins de Suite et Réadaptation neurologique adulte	Blessés médullaire, traumatisés crânien, lésés cérébraux
Ergothérapeute 3	France (Normandie)	Formation au MCREO en France. Utilisation de façon permanente depuis 5-6 ans. Codage : 1	Service de Soins de Suite et Réadaptation adulte	Au niveau de l'appareil locomoteur : PTG, coiffe des rotateur, prothèse d'épaule, lombalgies, amputés Au niveau neurologie : AVC, maladie de Parkinson, SEP, blessés médullaires
Ergothérapeute 4	France (Normandie)	Formation au MCREO en France. Utilisation de façon permanente depuis 5-6 ans. Codage : 1	Service de Soins de Suite et Réadaptation adulte	Au niveau de l'appareil locomoteur : PTG, coiffe des rotateur, prothèse d'épaule, lombalgies, amputés Au niveau neurologie : AVC, maladie de Parkinson, SEP, blessés médullaires

Annexe 13 : Analyse catégorielle de la variable dépendante

Analyse de la catégorie : rôle de la personne

Le rôle de la personne			
	Personne actrice avec des demandes et attentes	Collaboration et négociation pour élaborer les objectifs	Choix de l'occupation par la personne
Entretien E1	<p>(04'38) L'ergothérapeute et la personne vont travailler ensemble pour faire une évaluation globale. « Elle va travailler avec moi ».</p> <p>(17'02) L'ergothérapeute part des « attentes » de la personne, de ce qu'elles « désirent ».</p> <p>(18'01) Les occupations réalisées partent d'« une demande », surtout au niveau des loisirs.</p> <p>Codage : 1</p>	<p>(12'21) L'ergothérapeute va « discuter avec la personne » pour construire les objectifs à partir de l'autonomie antérieure souvent.</p> <p>(12'21) Les objectifs ont un lien « avec ce que le patient me dit ».</p> <p>Codage : 1</p>	<p>(18'01) Les personnes « vont choisir leur occupation ».</p> <p>(20'35) L'ergothérapeute recherche si c'est le « souhait » de la personne de réaliser cette occupation.</p> <p>(28'58) Mais aussi se renseigner sur « ce qu'ils veulent faire maintenant »</p> <p>Codage : 1</p>
Entretien E2	<p>(02'37) L'ergothérapeute dit qu'il faut rendre le « patient acteur ».</p> <p>(03'43) Le modèle apporte une « réponse à des demandes réel ».</p> <p>(03'43) Les patients vont pouvoir « exprimer » leur problématique quotidienne, de façon plus libre.</p> <p>(06'47) L'ergothérapeute répond aux « besoins de la personne » et non aux besoins institutionnels.</p> <p>(12'34) L'ergothérapeute souhaite que le patient soit acteur et que « le patient trouve sa solution lui-même ».</p> <p>(12'34) L'activité va être ajuster « en accord avec le patient ».</p> <p>(21'41) L'ergothérapeute va chercher les « besoins » de la personne à combler.</p>	<p>(05'06) Les objectifs sont établis « en partenariat » avec le patient.</p> <p>Codage : 1</p>	<p>(05'06) L'ergothérapeute explique que les activités vont être celles que « le patient veut ».</p> <p>(22'54) Le « choix de l'activité » permet la motivation</p> <p>Codage : 1</p>

	Codage : 1		
Entretien E3	<p>(09'53) Ce modèle permet « que le patient soit acteur de sa prise en charge complètement ».</p> <p>(09'53) Ce modèle permet de travailler des situations qui pose vraiment problème à la personne, « ça permet une implication »</p> <p>Codage : 1</p>	<p>(02'26) La MCRO permet d'identifier les « objectifs que je vais mettre en place avec eux. ».</p> <p>(02'40) L'ergothérapeute explique que la MCRO « ça me permet voilà d'identifier les problématiques et donc les objectifs qui en découlent derrière. Le patient nous amène ses objectifs... »</p> <p>(03'24) « c'est le patient » qui guide la construction des objectifs.</p> <p>(09'53) L'utilisation du modèle permet d'être plus proche « des objectifs réels du patient », ce sont « les objectifs du patient là ».</p> <p>Codage : 1</p>	<p>(04'55) Le patient choisit « cinq activités prioritaires que les patients vont nous avoir mis en avant et ben on va directement vers ces activités-là. »</p> <p>(05'38) « La personne c'est elle qui va m'avoir donné l'activité »</p> <p>Codage : 1</p>
Entretien E4	<p>(02'24) « la personne cherche elle-même » grâce au modèle.</p> <p>(02'24) La MCRO lui permet de s'« exprime[r] »</p> <p>(03'41) Le patient est acteur de sa PEC, il identifie les problème, « et il me dit "j'ai pas réussi à faire ça, est-ce qu'on peut voir comment on peut faire ?" »</p> <p>(04'27) Il participe, ça améliore sa qualité de vie et « ça l'encourage à redevenir actif »</p> <p>(07'27) L'ergothérapeute « respecte ce que la personne souhaite »</p> <p>(17'16) L'ergothérapeute soit permettre à la personne de « redevenir actif », « d'exister, d'être autonome »</p> <p>Codage : 1</p>	<p>(04'48) « C'est le patient » qui guide la construction des objectifs.</p> <p>Codage : 1</p>	<p>(04'56) L'ergothérapeute commence par l'« activité » qui est « mise en valeur » par la personne.</p> <p>(06'06) L'occupation est choisie par la personne, « elle en parle beaucoup »</p> <p>Codage : 1</p>

Synthèses	<p>Les ergothérapeutes sont d'accord pour dire que les demandes et les attentes réelles de la personne sont exprimées. Trois ergothérapeutes expriment que le modèle permet à la personne d'être actrice, d'identifier ses problématiques et de trouver ses propres solutions.</p> <p>Codage : 4/4, Occurrences : 18</p>	<p>Les quatre ergothérapeutes expliquent que le patient participe à l'élaboration des objectifs, soit par le biais d'une discussion, soit par le biais de la MCRO. Il y a une réelle collaboration entre le thérapeute et la personne.</p> <p>Codage : 4/4, Occurrences : 8</p>	<p>Tous les ergothérapeutes expriment que c'est la personne qui choisit l'occupation. Elle réalise ce qu'elle veut faire et cela la motive. Elle peut faire part des activités qui sont importantes pour elle par le biais de la MCRO.</p> <p>Codage : 4/4, Occurrences : 9</p>
-----------	---	--	--

Analyse de la catégorie : satisfaction

Satisfaction pour l'occupation		
	Sens, intérêt	Plaisir, aime
Entretien E1	<p>(17'02) Les occupations doivent avoir un « intérêt » pour la personne.</p> <p>(18'01) Il faut trouver des loisirs qui font « sens », les loisirs antérieurs ne font peut-être plus sens.</p> <p>(18'01) L'ergothérapeute cherche à savoir si l'occupation l'« intéresse » toujours.</p> <p>(22'55) L'ergothérapeute explique que l'occupation doit avoir du « sens », que l'objectif va être rédigé en fonction de cela.</p> <p>(28'58) Il faut se renseigner car les occupations, « ça peut ne plus avoir de sens ».</p> <p>(29'37) Le juste défi permet de maintenir l'« intérêt »</p> <p>Codage : 1</p>	<p>(18'01) Les occupations qu'il « aimait ».</p> <p>Codage : 1</p>
Entretien E2	<p>(07'48) Les exercices analytiques ce n'est pas « intéressant » pour les patients.</p>	<p>(03'43) Ce modèle permet de faire émerger des activités « importantes » dans le quotidien de la personne.</p> <p>(10'15) L'ergothérapeute s'intéresse à ce que le patient « aimait ».</p>

LXVII

	<p>(10'15) L'ergothérapeute dit que ça n'a pas de « sens » de faire une activité qu'il ne faisait pas avant, comme la cuisine ou le ménage par exemple.</p> <p>(21'41) Les activités importantes vont permettre d'avoir de l'« intérêt »</p> <p>Codage : 1</p>	<p>(12'34) Lorsque le patient est acteur, il est « content » et « valorisé ».</p> <p>(21'41) L'ergothérapeute va chercher des activités qui « plaisent » à la personne.</p> <p>(21'41) Pour combler les besoins de la personne, l'ergothérapeute va solliciter des activités qui sont « importantes » pour la personne. Il est « important » de retrouver un rôle social.</p> <p>(21'41) Avec des activités « importantes », la personne va se motiver.</p> <p>Codage : 1</p>
Entretien E3	<p>(09'53) Les situations travaillées permettent une implication « importante du patient, ça prend sens »</p> <p>(11'22) Le patient comprend « vraiment le sens » de l'ergothérapie.</p> <p>Codage : 1</p>	<p>Codage : 0</p>
Entretien E4	<p>(02'24) La personne fait part des « problèmes qui lui tiennent à cœur ».</p> <p>(17'16) L'ergothérapeute peut aider la personne à trouver « un nouveau sens ».</p> <p>Codage : 1</p>	<p>(02'56) L'ergothérapeute questionne la personne, est-ce que « c'est important » de faire cette activité ?</p> <p>(04'56) L'ergothérapeute débute par l'activité « la plus importante » pour la personne.</p> <p>(06'06) Il faut trouver une « occupation qui est importante », des fois une nouvelle.</p> <p>(08'19) L'activité, « elle est importante pour lui ».</p> <p>(10'13) La reprise d'activité, « c'est un plaisir ».</p> <p>Codage : 1</p>
Synthèses	<p>Les ergothérapeutes expliquent qu'il est indispensable que l'accompagnement ait un sens et un intérêt pour la personne. Pour cela, ils s'éloignent des exercices analytiques et proposent des activités importantes pour eux.</p> <p>Codage : 4/4, Occurrences :13</p>	<p>Trois ergothérapeutes sur quatre recherchent les activités que la personne aime, qui lui plaise, qui sont importantes pour elle dans le but de la motiver. Les activités auront alors plus de sens pour la personne.</p> <p>Codage : 3/4, Occurrences : 12</p>

Analyse de la catégorie : l'occupation

L'occupation				
	Occupation comme moyen	Occupation quotidienne, constante	Occupation de longue date, antérieure	Occupation adaptée, ajustée
Entretien E1	<p>(04'38) L'ergothérapeute va réaliser des « Mises en situation » pour évaluer les activités relevées comme problématique lors de l'échange.</p> <p>(08'15) Comme moyen d'intervention, l'ergothérapeute utilise des « Mises en situation ».</p> <p>(09'40) Comme moyen d'intervention, l'ergothérapeute utilise des « simulation de tâches, d'activités »</p> <p>(17'02) Les occupations qui sont travaillées, sont « propres à la personne ».</p> <p>Codage : 1</p>	<p>(09'40) Des occupations basées sur « les AVQ et les AVD. »</p> <p>Codage : 1</p>	<p>(09'40) L'ergothérapeute se renseigne sur « l'autonomie antérieure » pour connaître les activités et le niveau de la personne pour formuler ses, « objectifs sur l'autonomie antérieure », soit en lien avec les occupations antérieures.</p> <p>(28'58) L'ergothérapeute va partir des « activités que la personne faisait avant ».</p> <p>Codage : 1</p>	<p>(25'56) L'ergothérapeute va favoriser le « juste défi », c'est-à-dire un niveau ni trop facile, ni trop difficile.</p> <p>(29'37) Le « juste défi » permet une motivation.</p> <p>Codage : 1</p>
Entretien E2	<p>(07'48) Comme moyen d'intervention, l'ergothérapeute va utiliser des « mises en situation ». Cependant, les « mises en situation » car il n'a pas toujours accès au domicile.</p> <p>Codage : 1</p>	<p>(05'54) L'ergothérapeute va rechercher les occupations que la personne faisait quotidiennement et qui avait du sens, il va rechercher ensuite si c'est important pour elle de la refaire comme par exemple : « La trottinette ça lui permettait de se déplacer ».</p> <p>(10'15) L'ergothérapeute part de l'« habitude » du patient.</p>	<p>(10'15) Il s'intéresse particulièrement aux « habitudes antérieures ».</p> <p>Codage : 1</p>	<p>(12'34) L'échec est « une réalité d'apprentissage »</p> <p>(12'34) L'ergothérapeute va « ajuster l'activité avec le patient »</p> <p>Codage : 1</p>

LXIX

		<p>(10'15) Il doit conserver son « habitude » si elle est importante pour lui.</p> <p>(15'28) Il faut garder son « habitude ».</p> <p>Codage : 1</p>		
Entretien E3	<p>(06'09) L'ergothérapeute utilise des « mises en situation » pour évaluer mais aussi des « mises en situation » comme moyen d'intervention.</p> <p>Codage : 1</p>	<p>(04'04) Comme moyens d'intervention, l'ergothérapeute utilise beaucoup de « mises en situation », des « mises en situation du quotidien ».</p> <p>(08'05) L'ergothérapeute part de ce que « le patient [fait] habituellement ».</p> <p>(12'54) Le plateau technique est orienté vers les « activités du quotidien ».</p> <p>Codage : 1</p>	Codage : 0	<p>(06'34) L'ergothérapeute utilise des « mises en situation » et aide la personne à s'adapter à la difficulté.</p> <p>(07'35) L'ergothérapeute va permettre l'échec si la « personne est capable d'aller à l'échec »</p> <p>Codage : 1</p>
Entretien E4	<p>(05'17) L'ergothérapeute utilise « l'activité » comme moyen d'intervention.</p> <p>Codage : 1</p>	<p>(06'06) L'ergothérapeute explique qu'il y a deux possibilités : soit les « occupations qui sont toujours d'actualité » ou alors il faut trouver de nouvelles activités qui ont du sens.</p> <p>(07'59) Les mises en situation ont pour but que la personne puisse « refaire l'activité »</p> <p>Codage : 1</p>	<p>(05'24) L'ergothérapeute recherche les activités que la personne faisait et qu'elle aime, par exemple si c'était un « bricoleur ou jardinier », elle va le mettre en situation directement dans le jardin.</p> <p>(08'28) L'occupation était connue par la personne « dans tous ces cas-là oui » par exemple une personne « avait il y a fort longtemps fait de la peinture »</p>	<p>(09'17) L'ergothérapeute a « rusé » et a adapté l'activité pour que la personne accepte de la refaire car elle savait que ça lui plairait.</p> <p>(10'34) L'échec ; « je le permet », pour une prise de conscience si cela est travaillé.</p> <p>Codage : 1</p>

			(17'16) L'ergothérapeute souhaite permettre « des activités antérieures » Codage : 1	
Synthèses	Les ergothérapeutes utilisent tous des mises en situation. Les ergothérapeutes 1 et 3 les utilisent comme évaluation et comme moyen d'intervention. Les autres ergothérapeutes en parlent selon comme un moyen d'intervention. Codage : 4/4, Occurrences : 7	Les ergothérapeutes utilisent des occupations qui étaient quotidiennes, ses habitudes. Le but des ergothérapeutes est que la personne puisse refaire l'activité qu'elle faisait de manière régulière. Codage : 4/4, Occurrences : 10	Trois ergothérapeutes s'intéressent aux occupations antérieures, de longue date. Ils vont chercher à savoir si la personne souhaite refaire ces activités ou si elle souhaite réaliser de nouvelles activités. Codage : 3/4, Occurrences : 6	Les quatre ergothérapeutes vont adapter l'activité avec la personne. L'ergothérapeute 1 va rechercher le juste défi, c'est-à-dire une activité ni trop facile, ni trop difficile. Les autres ergothérapeutes autorisent l'échec s'il est constructif. Il peut permettre à la personne de trouver ses solutions, de prendre conscience de ses difficultés. Codage : 4/4, Occurrences : 8

Analyse de la catégorie : environnement de la personne

Environnement de la personne		
	Environnement physique : naturel, habituel	Environnement social : automatisant, facilitateur
Entretien E1	(24'43) L'ergothérapeute va se renseigner sur « l'environnement antérieur » dans le but de « stimuler le plus l'environnement réel ». (25'17) L'ergothérapeute va essayer d'aller dans « l'environnement antérieur », elle va faire des « visites à domicile ». Codage : 1	(20'12) L'ergothérapeute explique que « l'environnement est facilité », elle souhaite savoir si l'environnement social « facilite ou non l'occupation » (22'55) « L'environnement [social] pourrait permettre d'être autonome » Codage : 1

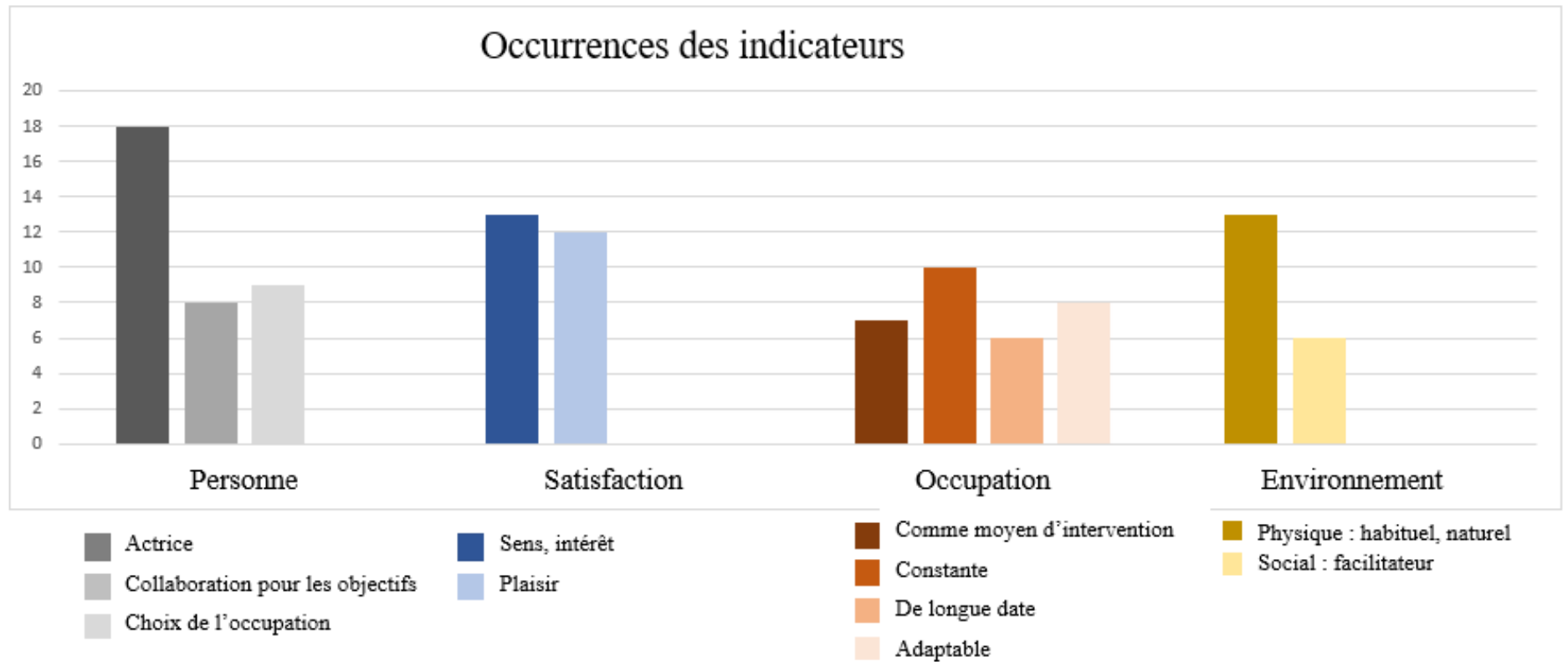
Entretien E2	<p>(07'48) L'ergothérapeute souhaiterait « aller à domicile » cependant ce n'est pas toujours possible.</p> <p>(09'05) L'ergothérapeute va rechercher « une réalité » par l'environnement mais aussi par l'activité.</p> <p>(10'15) L'ergothérapeute va proposer des occupations au « plus proche de la vie du patient ».</p> <p>(15'28) Selon l'ergothérapeute, le mieux c'est « d'être chez les personnes » ou du moins dans la « situation la plus proche du quotidien ».</p> <p>(15'28) L'ergothérapeute explique que des « salles de rééducation dès que je peux en sortir, j'en sors », il préfère être sur le lieux de vie, dans un environnement réel.</p> <p>Codage : 1</p>	<p>(16'56) L'ergothérapeute souhaiterait que la famille « soit facilitatrice ».</p> <p>(20'17) L'ergothérapeute explique que certaines familles sont « soutenante », d'autres moins. Il faut s'adapter.</p> <p>Codage : 1</p>
Entretien E3	<p>(04'04) Dans son service les ergothérapeutes ont et utilisent un « appartement thérapeutique avec toutes les pièces comme à la maison cuisine salon chambre salle de bain ». Ils utilisent « l'appartement » pour représenter le quotidien du patient.</p> <p>(05'38) Si la personne se déshabille dans la salle de bain, « on était dans la salle de bain à se mettre vraiment en situation habillage-déshabillage ».</p> <p>(08'05) L'ergothérapeute utilise « un environnement qui reproduit au maximum le lieu de vie », par exemple « si le patient dit qu'habituellement il s'habille dans la chambre, je vais le mettre dans sa chambre ». « l'environnement est indispensable ».</p> <p>Codage : 1</p>	<p>(08'47) L'ergothérapeute souhaite que « l'aidant soit complètement impliqués sur la nouvelle solution apportée pour que la personne soit autonome ».</p> <p>Codage : 1</p>
Entretien E4	<p>(11'24) L'ergothérapeute préfère utiliser « l'environnement où se déroule l'activité », c'est à dire le « domicile de la personne » ou le « lieu de profession ». Le service « a un jardin, un vrai appartement », cela permet « de reproduire au plus proche de ce qui est la réalité de la personne ».</p> <p>(12'02) L'ergothérapeute peut « se déplacer sur les lieux de loisirs ».</p> <p>(12'36) L'ergothérapeute souhaite être « au plus proche » de l'environnement naturel de la personne. « l'environnement chez la personne ou sur son lieu de loisirs », L'ergothérapeute recherche à « reproduire un secteur ».</p> <p>Codage : 1</p>	<p>(14'36) Selon l'ergothérapeute, l'environnement social doit « permettre à la personne de continuer son activité »</p> <p>Codage : 1</p>

Synthèses	Tous les ergothérapeutes sont en accord pour dire que l'intervention dans le milieu de vie de la personne est très pertinente, ils se rendent certaines fois à domicile. Sinon, ils tentent de reproduire au maximum les lieux de vie, en se renseignant sur l'environnement antérieur, en utilisant des appartements thérapeutiques. Par exemple ils vont réaliser l'habillage dans la salle de bain le matin si auparavant, l'activité était réalisée dans ces conditions. Codage : 4/4, Occurrences : 13	Les ergothérapeutes ont expliqué rencontrer parfois des difficultés à travailler avec les aidants. Mais ils cherchent à savoir s'ils sont facilitateurs ou non. Ils souhaitent que les proches permettent à la personne d'être autonome, de reprendre une activité. Codage : 4/4, Occurrences :6
-----------	---	--

Catégorie : données supplémentaires

Autres données	
Entretien E1	Le modèle l'aide à cadrer sa collecte de données (02'27). Lorsqu'elle évalue juste une activité, elle utilise le modèle PEO « Personne-Environnement-Occupation », elle dit que le MCREO permet une évaluation plus globale (03'09)
Entretien E2	Il dit que l'institution peut limiter notre pouvoir d'agir, elle impose des activités (06'47 ; 10'15). Il utilise l'approche CO-OP, ce qui oblige le patient à trouver lui-même sa solution et de ce fait, il est content (12'34). Selon lui le MCREO ne permet pas de motiver la personne mais de trouver les motivations (21'33). En choisissant des activités qui sont importantes pour la personne, elle y verra plus d'intérêt, cela la motivera et lui permettra de s'engager pour les réaliser (22'54)
Entretien E3	L'ergothérapeute dit qu'elle utilise la vidéothérapie comme moyen éducatif (06'34). Elle utilise la MCRO (02'40).
Entretien E4	Elle fait également des films au domicile afin de reproduire la réalité (12'36). L'utilisation de la MCRO aide le patient à comprendre ce que l'ergothérapie peut lui apporter (03'19 ; 03'41). Le fait de rendre le patient acteur permet selon l'ergothérapeute de prévenir les risques de récives (17'16). La limite de l'utilisation de la MCRO est avec les patients aphasiques (20'07).
Synthèses	En parallèle du modèle du MCREO, les ergothérapeutes utilisent d'autres outils, tel que le modèle du PEO (E1), l'approche CO-OP (E2), la vidéo-thérapie (E3) et la mesure MCRO (E4).

Annexe 14 : Relevé d'occurrences



Annexe 15 : Codage binaire des données de la variable dépendante

	La place de la personne			La satisfaction		L'occupation				L'environnement		Total codage
Indices	Actrice	Collaboration objectifs	Choix des occupations	Sens, intérêt	Plaisir	Moyen d'intervention	Constante	Longue date	Adaptable	Physique	Social	
E1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11/11
E2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11/11
E3	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	9/11
E4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11/11
Total codage	4/4	4/4	4/4	4/4	3/4	4/4	4/4	3/4	4/4	4/4	4/4	42/44

Annexe 16 : *Tableau des résultats de l'étude de Caire (à paraître) par Caire & Morel-Bracq (2018, p.92)*

Énoncés retenus	N	%
Intérêts	24	100
1. Donne une cotation du rendement et de la satisfaction	24	100
2. Permet de partir des activités qui ont du sens	24	100
3. Favorise l'implication de la personne	24	100
4. Permet de sortir d'une logique centrée sur la pathologie	24	100
5. Permet de mesurer les résultats de l'intervention	24	100
6. Permet de recueillir la parole du client	24	100
7. Favorise l'engagement de la personne	24	100
8. Donne la possibilité de faire des choix	24	100
9. Favorise la négociation entre le client/l'ergothérapeute	24	100
10. Favorise la décision de la personne	24	100
11. Responsabilise le client et l'ergothérapeute	23	95,8
12. Redonne le pouvoir de décider de ses objectifs	23	95,8
13. Donne du sens à l'action de l'ergothérapeute	23	95,8
14. Permet d'identifier les représentations de la personne	23	95,8
15. Permet de partir besoins des activités qui ont du sens	23	95,8
16. Favorise l'approche centrée sur l'occupation	23	95,8
17. Participe au diagnostic ergothérapique	22	91,7
18. Envisage l'environnement à travers le discours	22	91,7
19. Permet les orientations thérapeutiques	22	91,7
20. Ouvre l'accompagnement sur des domaines nouveaux	22	91,7
21. Favorise l'approche psychosociale	22	91,7
22. Favorise le dialogue	22	91,7
23. Donne des arguments pour les synthèses d'équipe	22	91,7
24. Permet de mettre en place des objectifs négociés	22	91,7
25. Permet de comprendre les problèmes du quotidien	21	87,5
26. Identifie les problèmes spécifiques de la personne dans le quotidien	21	87,5
27. Évalue la performance et la satisfaction	21	87,5
28. Assure une réévaluation	20	83,3
29. Donne la parole à la personne	20	83,3
30. Permet l'habilitation	20	83,3
31. Laisse un espace d'expression des envies	20	83,3
32. Étudie les activités dans le contexte de vie habituel		
Limites	23	95,8
33. Les troubles attentionnels, de compréhension ou de comportements majeurs		

Tableau 6.1 : Liste finale suite à la troisième consultation des experts ($n = 24$).

Abstract

En France, le concept d'engagement occupationnel revient au gout du jour en ergothérapie. En effet, avec le développement de la science de l'occupation et de la pratique centrée sur la personne, ce concept apparaît intéressant pour les ergothérapeutes. L'engagement de la personne dans la rééducation a un fort potentiel thérapeutique. Cependant, de nombreuses personnes ont des difficultés pour s'engager dans la rééducation. D'autant plus, pour les personnes victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC) puisqu'elles souffrent de troubles cognitifs et psycho-affectifs rendant difficile leur implication sur le long terme. De plus, l'AVC est un phénomène de santé publique car il affecte 150 000 personnes par an. La question est alors de savoir si la pratique centrée sur la personne facilite l'engagement en rééducation, en particulier par l'utilisation du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO). Ainsi, quatre entretiens qualitatifs ont été réalisés avec des ergothérapeutes. Le résultat de cette étude montre que l'utilisation du MCREO facilite l'engagement des personnes victimes d'AVC. En effet, les ergothérapeutes s'intéressent à la personne, son environnement et ses occupations significatives. Donc, l'utilisation du MCREO semble essentielle en rééducation ergothérapique.

Mots clés : ergothérapie, engagement, centrée sur la personne, MCREO, AVC, rééducation.

Abstract

In France, the concept of occupational engagement seems to be up-to-date in occupational therapy. Indeed, this concept has appeared through occupational science and client-centered practice to be interesting for occupational therapists. The client's engagement has a powerful therapeutic impact in rehabilitation. However, lots of clients have difficulties in engaging in rehabilitation. That is even more true in the long term for stroke survivors because they have cognitive disorders and psychological problems. Moreover, the stroke is a public health phenomenon because it involves more than 150 000 people a year. The question is to know how the client-centered practice encourages the engagement in rehabilitation, by using the Canadian occupational performance model (MCRO-P). Thus, four qualitative interviews have been conducted with occupational therapists (OTs) that use MCRO-P with stroke survivors. The result of this study shows that the use of MCRO-P encourages the engagement of stroke survivors. Indeed, OTs are interested in the person, his environment and his meaningful occupations. So, the use of MCRO-P seems essential in rehabilitation in occupational therapy.

Key words: occupational therapy, engagement, client-centered, MCRO-P, stroke, rehabilitation.