

Institut de Formation en Ergothérapie La Musse



L'impact de l'environnement des services d'ergothérapie sur l'engagement thérapeutique des patients

Mémoire d'initiation à la recherche

MONJEOT Alicia
Promotion 2017-2020

LE DIBERDER Gilles
Maître de mémoire



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

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

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

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

Article 1 :

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

Article 2 :

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

Article 3 :

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

Article 4 :

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

Je soussignée, MONJEOT Alicia , atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS de Normandie et de m'y être conformée.

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

Fait à Evreux **Le** 03/05/2020

Signature :

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

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

iii Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

27 octobre 2017 Siège : Immeuble Normandie II - 55, rue Amiral Cécille - 76179 ROUEN Cedex 1

- Tél. 02 32 18 15 20 – Fax 02 32 18 15 99 www.normandie.drjscs.gouv.fr

Remerciements

Avant de débiter ce mémoire de fin d'études, je tiens à remercier l'ensemble des personnes m'ayant accompagnée et soutenue tout au long de ce travail.

Monsieur LEDIBERDER Gilles, maître de mémoire, pour son accompagnement.

L'équipe pédagogique de l'Institut de Formation de la Musse, pour la qualité de leur enseignement et leurs précieux conseils durant ces trois années de formation.

Les ergothérapeutes, sans qui ce travail n'aurait pas pu aboutir. Je remercie tous ceux qui m'ont été source d'inspiration et qui ont enrichi mes pensées.

Et enfin, ma famille et mes amis pour leur réconfort, leur patience et leur soutien dans chaque projet que j'entreprends.

Table des matières

Introduction.....	1
1 Cadre contextuel	3
1.1 Situations d'appel.....	3
1.2 Cheminement réflexif pour arriver au thème	4
2 Cadre conceptuel.....	7
2.1 Le processus d'intervention en ergothérapie.....	7
2.1.1 L'entretien initial	7
2.1.2 La co-construction des objectifs thérapeutiques.....	8
2.2 L'engagement, un grand concept en ergothérapie.....	8
2.2.1 L'engagement.....	9
2.2.2 L'engagement thérapeutique.....	9
2.3 L'ergothérapie, une pratique centrée sur les occupations du patient.....	11
2.3.1 Les occupations de vie	12
2.3.2 L'environnement	14
2.3.3 Les mises en situation.....	15
2.4 Des modèles conceptuels en ergothérapie	16
2.4.1 Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO).....	17
2.4.2 Le modèle de l'occupation humaine (MOH).....	18
3 Question de recherche et hypothèse.....	19
4 Cadre expérimental.....	20
4.1 Méthode de recherche.....	20
4.1.1 Population cible.....	20
4.1.2 Outil de recherche.....	21
4.1.3 Méthode de diffusion du questionnaire.....	21
4.1.4 Méthodologie d'analyse du questionnaire.....	22
4.2 Résultats et analyse des données.....	22
4.2.1 Analyse du profil des ergothérapeutes de cette étude.....	23
4.2.2 Analyse de la place des patients dans leur processus d'intervention en ergothérapie.....	25
4.2.3 Analyse de la notion d'engagement thérapeutique.....	27
5.2.4 Analyse de la pratique des modèles conceptuel en ergothérapie.....	31

5.2.5 Analyse de la pratique des ergothérapeutes en lien avec leur environnement de travail.....	32
4.3 Discussion	35
4.3.1 Limites et biais de l'enquête.....	35
4.3.2 Évaluation de l'hypothèse.....	37
4.3.3 Apports et perspectives.....	38
Conclusion.....	39
bibliographie.....	41
Annexe.....	44

Introduction

Lors de notre formation en ergothérapie, nous recevons de multiples enseignements. Cet apport nous permet d'obtenir un bagage nécessaire pour faire face à la réalité du terrain. En complément, nous réalisons plusieurs stages dans des domaines variés. La combinaison de ces méthodes d'apprentissage nous permet de mettre en pratique les concepts appris, d'expérimenter les techniques étudiées et de commencer à forger notre expérience professionnelle.

Au regard de ce que nous avons pu apprendre, nous dirigeons nos recherches dans le domaine des services de rééducation/réadaptation. Nous ciblons notre étude sur le travail des ergothérapeutes dans des établissements comme les services de soins de suite et de réadaptation (SSR), les centres de médecine physique et de réadaptation (CMPR) et les centres de rééducation fonctionnelle (CRF). Nous avons pu être immergés dans ces secteurs lors du stage de première année, mais également en deuxième et troisième années. Ces expériences ont été riches de questionnement concernant l'engagement des patients dans leur processus d'intervention en ergothérapie.

Au regard de ces réflexions et observations, l'objectif de notre recherche est d'étudier la notion d'engagement thérapeutique des patients en rééducation/réadaptation. Nous étudierons cette notion uniquement sous le regard d'un ergothérapeute, en écartant les autres disciplines. Toutefois, l'ergothérapeute est un professionnel qui travaille au sein d'une équipe pluridisciplinaire, mais il est avant tout un professionnel qui « *prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. L'ergothérapeute (occupational therapist) est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société* » (ANFE, 2019). Nous gardons néanmoins à l'esprit que les notions de travail d'équipe, de collaboration interdisciplinaire et pluridisciplinaire existent et sont des ressources à l'exercice de cette profession.

Dans un premier temps, nous développerons notre cheminement réflexif qui a abouti au thème de notre étude qui est l'engagement thérapeutique.

Dans un second temps, nous définirons les concepts clés du sujet en nous appuyant sur des revues de littérature. Tout d'abord, le processus d'intervention en ergothérapie sera abordé au travers de la co-construction élaborée entre le thérapeute et le patient. Nous focaliserons nos recherches autour de la notion d'engagement et plus particulièrement d'engagement thérapeutique. Puis, nous présenterons le cœur du métier d'ergothérapeute : les occupations. Enfin, nous nous intéresserons aux modèles conceptuels.

Dans un troisième temps, nous annoncerons notre question de recherche avec son hypothèse qui en découle. Une phase expérimentale sera alors menée. Puis, nous présenterons et analyserons la méthodologie employée. En outre, une discussion mettra en lumière les biais et limites de l'étude, mais également pour valider ou invalider notre hypothèse. Nous apporterons également nos perspectives. Enfin, nous conclurons notre recherche.

1 Cadre contextuel

Cette partie est dédiée à la présentation des situations d'appel. Elle illustre et explique le cheminement réflexif nous ayant conduit au thème de cette étude.

1.1 Situations d'appel

En deuxième année de formation en ergothérapie, nous avons des enseignements concernant la motivation et les entretiens motivationnels. Ce sont des enseignements qui nous ont particulièrement intéressés et questionnés. Étant sportive, la motivation est un sujet qui nous parle particulièrement, mais qui nous semble à la fois très abstrait. Selon le dictionnaire Larousse (2019), la motivation se définit comme étant « *ce qui motive, explique, justifie une action quelconque* » mais également une « *Grande catégorie de déterminants internes des comportements, des activités psychologiques et des états subjectifs* ». Au cours de notre formation, madame Marchalot, ergothérapeute, est intervenue pour aborder les nouveaux concepts en ergothérapie comme les occupations de vie, l'approche collaborative et l'engagement. Nous nous sommes senties concernées par ses propos qui renvoient à notre vision du métier. De par l'expérience de nos stages et des compétitions sportives, l'engagement et la collaboration sont, pour nous, des composantes importantes dans l'exécution d'une activité.

En parallèle, nous avons réalisé des stages dans divers secteurs. Notre attrait étant plus fort pour le domaine de la rééducation et la réadaptation, nous avons majoritairement été émergés dans ce milieu. Nous avons pour habitude de prendre des notes sur nos missions, nos découvertes et nos questionnements. En les relisant, nous remarquons que nous nous interrogeons beaucoup sur la manière d'impliquer le patient afin qu'il soit plus acteur dans son parcours de soin. Nous nous sommes donc retrouvées avec des questionnements sur l'accompagnement des patients en service de rééducation/réadaptation et l'engagement de celui-ci dans ses séances d'ergothérapie.

Suite à nos réflexions, nous avons commencé à nous intéresser plus particulièrement aux termes d'engagement et de motivation, car ce sont des termes qui sont souvent utilisés comme des synonymes dans le langage courant. Ainsi,

nous avons pu comprendre, définir et faire des liens entre ces deux notions. De notre point de vue, on parle souvent de la motivation, mais l'engagement est moins abordé au quotidien. Ce sont deux termes qui vont pourtant de pair. Il y a une corrélation entre eux. En effet, un engagement peut nous motiver à agir d'une certaine façon. Inversement, la motivation peut nous pousser à nous engager. Ce sont donc deux mots étroitement liés qui mènent à un cercle vertueux. Certains auteurs diront même que « *la motivation est la force qui pousse l'apprenant à faire le premier pas vers l'action, [...] l'engagement est [celle] qui propulse, amène à faire le deuxième pas et les suivants.* » (Parent, 2014).

Afin d'être en accord avec les nouveaux concepts en ergothérapie, nous avons fait le choix de diriger notre mémoire autour du thème de l'engagement thérapeutique.

1.2 Cheminement réflexif pour arriver au thème

Suite à ce constat, il est pertinent de se questionner sur l'engagement du patient dans sa rééducation en ergothérapie, dans la mesure où un travail de co-construction est instauré entre le patient et le professionnel. « *La co-construction est un processus reposant sur une mise en forme d'interactions entre des acteurs afin que ceux-ci élaborent au fil de leurs interactions des accords visant à rendre compatibles des définitions relatives à un changement, à un projet, à une méthode de travail* » (Foudriat, 2016). En outre, la co-construction fait référence à une interaction entre plusieurs individus, dont le but est de mener une action pour atteindre un objectif. Une relation de co-construction n'est pas une relation ascendante, où le thérapeute impose une prise en soin pour le patient. Nous, ergothérapeute, concentrons notre pratique sur l'analyse holistique de la personne mettant en tension ses occupations, son environnement (environnement humain, matériel, social et culturel), ses capacités, mais aussi ses besoins. De ce fait, le patient doit être un acteur dans son processus de soins afin qu'il s'exprime et prenne des décisions.

En théorie, cela semble logique lorsque nous sommes encore en formation, car nous n'avons pas les composantes de la réalité de terrain qui rentre en jeu. Dans la pratique, nous avons pu remarquer que le patient n'est pas un acteur à

proprement dit. Certes, il est en centre de la prise en soins et c'est bien cela qui nous questionne. Les professionnels gravitent autour du patient sans forcément qu'il y ait une réelle interaction avec lui.

Durant nos stages en SSR, CRF et CRMPR, nous avons accompagné des personnes qui étaient à différents moments de leur prise en soin (admission, séjour, fin de séjour et hôpital de jour). Le début du processus d'intervention est le moment où le patient énonce ses objectifs et son projet. Cette étape est selon nous source d'engagement, car c'est une phase de dialogue où il s'exprime sur ce qu'il souhaite. Cependant, au cours du processus d'intervention nous avons constaté auprès de différents patients, quelle que soit leur situation de handicap, une digression de cet entrain par les dires et les comportements de plusieurs d'entre eux. Cela nous fait penser aux résolutions du début d'année qui ne sont pas toujours maintenues sur le long terme.

Dans un service de SSR «*la durée moyenne de séjour s'élève à 35,6 jours* » (Ministère de la santé, 2019). De ce fait, nous nous demandons si le patient arrive à maintenir son engagement tout au long de cette période. De plus, nous nous questionnons sur l'impact que cela pourrait avoir dans son processus de soins, s'il y a un désengagement. Néanmoins, l'ergothérapie est une profession riche par ses nombreux moyens d'action. Mais de quoi dispose-t-elle pour maintenir l'engagement du patient tout au long de sa prise en soin ? L'ensemble de ces questionnements nous amène à diriger notre mémoire dans cette direction.

Les 11 et 12 avril 2019, au cours de notre deuxième année de formation, nous avons eu l'opportunité de participer aux 4^{èmes} Assises Nationales de l'Ergothérapie. Lors de cet événement, madame Marchalot était présente afin de partager son expérience professionnelle. Elle aborde le travail en collaboration avec le patient en comparaison au travail centré sur le patient. Elle parle du sentiment d'isolement qui pouvait être généré par les patients, car ils n'étaient pas en mesure d'échanger avec les professionnels. En effet, les professionnels sont tous autour du patient, qui lui est au centre, sans qu'il y ait d'interactions entre eux. Elle nous a également évoqué l'importance d'intégrer, de rendre acteur, le patient dans sa démarche de soins afin qu'il puisse être plus rapidement autonome et indépendant. De plus, elle nous a fait

part de ses méthodes de travail. Madame Marchalot a modifié l'environnement des salles d'ergothérapie du service où elle travaille, qui étaient très « *basiques* », « *médicalisées* », « *qui n'aident pas les patients à se projeter dans un environnement familial* » (Marchalot, 2019). Actuellement, le service d'ergothérapie où elle travaille se décompose en plusieurs espaces : «*espace habitat (salon, chambre, salle de bain, buanderie, salle à manger, bureau, cuisine), espace extérieur [...] espace industriel, espace métier du bâtiment, espace bureautique, espace d'expertise posturale au fauteuil roulant et espace d'expertise à la conduite automobile.*» (Marchalot, 2019, p. 449).

Suite à ses explications, elle a donné la parole à l'une de ses patientes afin qu'elle puisse donner son avis et témoigner. Cette patiente a exprimé son sentiment d'appartenance, de reconnaissance, mais aussi de réussite. Elle trouvait que c'était plus concret pour elle de s'exercer à étendre le linge, que de faire des exercices qui n'avaient pas de sens pour elle. Cette intervention a été source d'interrogation, mais a surtout conforté nos pensées. Nous nous sommes rendu compte que nous ne sommes pas les seules à nous questionner sur l'engagement des patients et leur implication dans leur processus de soins.

Suite aux stages précédemment effectués et aux enseignements reçus au sein de l'institut de formation, nous envisageons de diriger notre future activité professionnelle vers le domaine de la rééducation. C'est un secteur qui nous intéresse tout particulièrement. Voulant axer notre mémoire sur le thème de l'engagement thérapeutique, l'objet de notre mémoire se construira autour des patients en service de rééducation et de réadaptation.

Faisant suite à nos lectures et réflexions, nous sommes arrivées à la question de départ suivante : **En ergothérapie, de quoi dispose-t-on pour favoriser l'engagement des patients dans leur processus de soins ?**

2 Cadre conceptuel

Dans cette nouvelle partie, nous allons vous présenter nos diverses recherches littéraires concernant le processus d'intervention en ergothérapie, l'engagement, les occupations de vie et les modèles conceptuels ergothérapeutiques.

2.1 Le processus d'intervention en ergothérapie

L'ergothérapie est une profession qui est riche par sa diversité de moyens de prise en soins. Nous nous sommes donc informées sur les processus d'intervention des ergothérapeutes exerçant dans le secteur de la rééducation. Celui de l'ergothérapeute consiste à accompagner la personne en tenant compte de l'ensemble des facteurs qui compose, entoure et singularise l'individu. Le processus d'intervention est composé de multiples étapes, de l'entretien initial à la préparation du retour à domicile, en passant par les évaluations, le suivi ou les phases d'entraînement et d'apprentissage.

2.1.1 L'entretien initial

L'entretien initial d'un patient a plusieurs objectifs. Tout d'abord, il permet de faire connaissance avec le patient. C'est donc un moyen de recueillir des données en complément du dossier médical. C'est notre première évaluation. Lors de l'entretien, nous adoptons une attitude d'écoute et d'observation. De plus, l'entretien initial permet d'instaurer une alliance thérapeutique avec le patient. Cette relation est la base de notre processus d'intervention afin de mettre en place un climat de confiance. « *L'alliance thérapeutique est un concept qui nous vient de Freud, défini en 1913. Pour lui, ce terme soulignait la nécessité d'une relation forte entre patient et thérapeute, avec l'importance d'une compréhension bienveillante et surtout d'un véritable intérêt porté au patient par le ou la thérapeute. Il soulignait alors les notions de collaboration et d'obligation réciproque.* » (Ergopsy, 2015). Lors de l'entretien, le patient exprime ses besoins et ses envies. Dans notre discipline, pour qu'une personne s'engage dans une démarche de collaboration avec le professionnel, il doit exprimer une demande d'aide. Cela nous aidera pour identifier et établir des objectifs ensemble, co-construit afin de répondre au projet de vie de la personne.

2.1.2 La co-construction des objectifs thérapeutiques

Au sein d'un processus d'intervention, nous partageons avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire des objectifs communs pour le patient. Néanmoins, en ergothérapie, nous avons des objectifs spécifiques à notre profession. Idéalement, nous devons être en co-construction avec le patient afin d'établir des objectifs de rééducation qui coïncident avec son projet. Pour se faire, il y a plusieurs façons de procéder. Le thérapeute peut utiliser un outil afin de cadrer sa prise en soin. L'outil en question peut être en lien avec un modèle conceptuel ou un outil dit « maison » réalisé par le thérapeute lui-même. Le choix de l'outil est un parti-pris du thérapeute, il choisit sa méthode de travail au regard de ce qu'il possède et de ce qu'il souhaite.

L'engagement du patient dans son parcours de soin sera d'autant plus présent quand celui-ci comprendra et ressentira l'intérêt des séances. *« Cela ne pourra se faire que grâce aux compétences de l'ergothérapeute, sa collaboration avec la (ou les) personne(s) pour identifier les objectifs thérapeutiques pertinents et sa capacité à ajuster l'intervention aux objectifs décidés ensemble. »* (Morel-Bracq, 2018). Il est donc important de fixer les objectifs de prise en soin en co-construction. Le thérapeute aide la personne à déterminer les occupations de vie qui lui posent problème ou non afin de solliciter son engagement, son investissement dans son parcours de soins. En effet, *« l'attrait, et ainsi l'engagement dans une activité ou une occupation, est d'autant plus fort que la personne va expérimenter du plaisir, de la productivité et du ressourcement lors de la mise en situation. »* (Morel-Bracq, 2018).

Après vous avoir abordé la notion de co-construction dans le processus d'intervention en ergothérapie, nous allons nous focaliser sur un concept important qui est l'engagement.

2.2 L'engagement, un grand concept en ergothérapie

À la fin des années 80, les sciences de l'occupation font leur apparition aux États-Unis. Cela marque *« le retour de l'ergothérapie vers un paradigme occupationnel »* (Meyer in Bertrand, Tétrault, Kühne et al., 2019) et fait émerger plusieurs concepts comme celui de l'engagement occupationnel.

2.2.1 L'engagement

Selon le dictionnaire Larousse, en philosophie, l'engagement signifie un « *acte par lequel l'individu assume les valeurs qu'il a choisies et donne grâce à ce libre choix, un sens à son existence.* » , en comptabilité cela désigne un « *ensemble des obligations envers des tiers* ». Plus généralement, le dictionnaire Larousse énoncera que l'engagement est un « *acte par lequel on s'engage à accomplir quelque chose ; promesse, convention ou contrat par lesquels on se lie* ».

En ergothérapie, « *L'engagement est 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, 2018, p. 21). Cela signifie que l'engagement est un concept subjectif qui émane de l'expérience vécue. Doris Pierce précisera cette définition en disant que l'engagement est un « *déterminant de la santé et du bien-être* » (Pierce, 2016, p. 125). Au regard de ces définitions, nous pouvons nous approprier cette notion comme étant : une implication personnelle qui rend la personne actrice dans l'ensemble des actions qu'elle entreprend.

Le concept d'engagement et plus précisément, d'engagement occupationnel, est un déterminant clés de notre profession car « *L'être humain à besoin de s'engager dans des activités pour maintenir et développer ses capacités, sa vie en société et sa santé.* » (Wilcock in Caire et Morel-Bracq, 2018, p. 84).

2.2.2 L'engagement thérapeutique

Un article apporte des précisions sur la notion d'engagement thérapeutique en disant que : « *La notion d'engagement dans la thérapie est également fondamentale pour que la personne entre dans une position active dans le processus de thérapie en vue d'atteindre les objectifs nécessaires à son projet de vie.* » (Ergopsy, 2015). Dans la continuité de cet article, il sera également dit que le principe d'engagement, pour impliquer les habiletés physiques et mentales, est le commencement pour effectuer une activité signifiante. Nous définirons précisément le terme d'occupation dans la partie suivante. Cependant, nous pouvons désormais dire qu'une thérapie est une occupation. En effet, la thérapie fait partie intégrante des occupations de vie de la personne durant la rééducation. Les journées des personnes hospitalisées sont

rythmées par les rendez-vous médicaux et les séances de rééducation. De ce fait, la notion d'engagement thérapeutique peut être assimilée à la notion d'engagement occupationnel.

« *Le concept d' « engagement dans la thérapie de réadaptation » est décrit ici sur le plan opérationnel comme un effort délibéré et un engagement à travailler à la réalisation des objectifs de la thérapie de réadaptation, généralement démontré par la participation active et la coopération avec les professionnels de santé.* » (traduction libre) (Lequerica, Donnelle et Tate, 2009, p. 753). Cette définition montre l'impact et le rôle que jouent les thérapeutes dans ce concept d'engagement thérapeutique. Il importe donc pour les ergothérapeutes que le patient soit un acteur dans cette démarche et non un spectateur.

Afin de maîtriser ce concept, il faut le différencier des autres concepts comme la participation et la performance. D'une part, la participation « *manifeste la dimension sociale et sociétale de l'occupation* » (Meyer, 2018, p. 23). En outre, cela exprime le fait d'agir, de prendre part au monde au travers des occupations « *qui met directement ou indirectement des personnes en interactions et qui contribue à la fabrication de la société* » (Meyer, 2018, p. 22). En comparaison, la participation peut être passive, contrairement à l'engagement qui sera nécessairement actif. D'autre part, selon Meyer, la performance fait écho à l'organisation et la réalisation d'une occupation en interaction avec un environnement (Meyer, 2018). « *la performance est en ergothérapie le versant opérationnel d'une occupation ou d'une activité* » (Reed in Meyer, 2018, p. 20).

« *A l'opposé de l'engagement il y a l'ennui, la perte de sens associés aux occupations aliénantes* » (Marshall, Lysaght et Krupa in Meyer, 2018, p. 21). Il n'est pas rare que les patients soient dans une optique « d'occupation » dans le sens de prendre du plaisir sans forcément mettre du lien avec leur quotidien. Qu'ils aient le désir de faire quelque chose sans forcément percevoir l'intérêt thérapeutique sous-jacent. « *Dans ce cas, la perte de performance est toujours présente mais souvent moins efficace et plus pénible ; la personne se désengage.* » (Morris et Cox in Meyer, 2018, p.21). Le désengagement occupationnel, dans la thérapie a donc un impact sur la performance. Ainsi, en tant que professionnel, il est important d'appréhender au mieux ce concept, c'est-à-dire d'analyser l'ensemble des facteurs

externes et internes de la personne. Des auteurs parleront du niveau d'engagement occupationnel en disant qu'il « *est influencé par plusieurs facteurs externes et internes à la personne, tels que le sens de l'occupation pour la personne en fonction de son contexte socioculturel, ou de la correspondance entre les capacités d'une personne et le défi que représente l'occupation pour elle.* » (Kennedy, Davis, Morris et al., in Bertrand, Tétreault, Kühne et al., 2019). Une étude a été réalisée auprès de personnes souffrant d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) afin de comprendre et identifier les effets de l'intervention en ergothérapie sur l'engagement occupationnel. Les résultats de cette enquête ont permis d'identifier quatre thèmes qui sont « une meilleure connaissance de la MPOC, une prise en charge de la maladie et un réengagement dans les activités, un allègement du fardeau mental et le soutien de leurs pairs et des professionnels de santé. » (traduction libre) (Chi Chung Chan, 2004). Les participants ont donc démontré que leur prise en soins en ergothérapie a joué un rôle important dans leur engagement.

Des auteurs comme Fisher pointeront l'importance de la prise en compte de l'engagement occupationnel dans leur processus de soins. « *Fisher considère que « l'engagement de la personne dans l'occupation est la perspective principale de l'ergothérapeute et que l'utilisation thérapeutique de l'occupation est notre principal moyen pour améliorer cet engagement* » (Fisher in Mignet, 2019, p. 53).

Maintenant que nous avons abordé la notion d'engagement thérapeutique nous allons nous focaliser sur le cœur de métier des ergothérapeutes, les occupations.

2.3 L'ergothérapie, une pratique centrée sur les occupations du patient

L'ergothérapeute est un professionnel se trouvant à la jonction entre le médical et le social. Ils prennent en considération l'intégralité des déterminants qui compte l'ensemble des « *interactions entre la personne, ses activités et occupations, et son environnement.* » (Morel-Bracq, 2018, p. 3)

2.3.1 Les occupations de vie

« S'il est clair qu' « ergothérapie » est traduite en anglais par « occupational therapy », le mot « occupation » est loin de faire consensus parmi les ergothérapeutes français. L'une des raisons connues, souvent invoquées par les ergothérapeutes est que le terme « occupation » renvoie aux « activité récréative » en français » (Meyer in Mignet, 2019, p. 51). Le terme activité de la vie quotidienne est encore prédominant dans les échanges, les transmissions ou les comptes-rendus par exemple. Néanmoins, plusieurs professionnels ciblent le terme occupation et en font la promotion. Selon Mignet, nous pouvons remarquer une évolution des concepts employés dans les grands événements comme les 3^{èmes} Assises Nationales de l'Ergothérapie en 2015 qui se nomme : « *L'activité humaine, un potentiel pour la santé ?* », qui « *s'intéressent à l'activité humaine* » (Mignet, 2019, p. 52). En 2019, les 4^{èmes} Assises Nationales de l'Ergothérapie suivent la dynamique du concept de l'occupation en se nommant « *Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive* ». Nous remarquons que l'ergothérapie se singularise et se différencie des autres disciplines en revenant à l'origine de sa profession. « *Un retour aux sources pour certains, puisque l'activité longtemps considérée comme le cœur du métier d'ergothérapeute, retrouve une place centrale, alors qu'elle avait notamment cédé du terrain au modèle biomédical.* » (Mignet, 2019, p. 52).

Pour une raison d'harmonisation des termes, le terme occupation sera employé et traduit dans plusieurs ouvrages. En anglais, le terme occupation « *recouvre toutes les activités humaines signifiantes et significatives pour la personne* » (Caire et Rounault, 2017, p. 87). Cela signifie l'ensemble des actions qui ont du sens pour la personne, mais également au regard de la société. Les occupations sont définies par l'American Occupational Therapy Association (AOTA) en 2014 comme étant « *divers types d'activités de la vie dans lesquelles les personnes, les groupes ou les populations s'engagent. Elles comprennent les activités de la vie quotidienne, les activités instrumentales de la vie quotidienne, le repos et le sommeil, l'éducation, le travail, le jeu, les loisirs et la participation sociale.* » (AOTA in Mignet, 2019, p. 50). Au regard de cette définition, nous pouvons dire que les occupations renvoient à l'ensemble des actions que nous faisons au cours de notre journée.

Selon Jean-Michel Caire et Lucas Rounault, le langage de l'occupation se décompose en : « *mouvement volontaire ou un processus mental, action, tâche, activité et enfin occupation qui est le niveau le plus haut, puisqu'il inclut l'environnement habituel ou nouveau, les valeurs, les sens et la culture.* » (Caire et Rounault, 2017, p. 87). Nous pouvons comprendre que les occupations incluent donc un sens social et culturel.

Madame Marie-Chantal Morel-Bracq et ses partenaires ont traduit l'ouvrage de madame Doris Pierce « *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* » (2016), ce qui a permis aux ergothérapeutes français de s'imprégner de la notion d'occupation. Afin de proposer une définition étayée, Doris Pierce différencie le terme occupation du terme activité. Pour elle « *Une occupation est une expérience spécifique, individuelle, construite personnellement et qui ne se répète pas. C'est-à-dire qu'une occupation est un événement subjectif dans des conditions temporelles, spatiales et socio-culturelle perçues qui sont propres à cette occurrence unique. Une occupation à une forme, une cadence, un début et une fin, un aspect partagé ou solitaire, un sens culturel pour la personne et un nombre infini d'autres qualités contextuelles perçues.* » (Pierce, 2016, p. 25). Une occupation est alors très influencée par son contexte. C'est une « *expérience individuelle* » (Pierce, 2016, p. 25).

Une activité, quant à elle, se « *définit culturellement* » (Pierce, 2016, p. 25). Une activité se différencie d'une occupation par le fait qu'elle ne s'inscrit pas dans un contexte particulier et permet « *de communiquer à propos de catégories généralisées d'expériences occupationnelles d'une façon large* ». (Pierce, 2016, p. 25). Pour les ergothérapeutes, il est donc primordial de saisir les composantes et les circonstances dans lesquelles une occupation se déroule.

La science de l'occupation commence à voir le jour à la fin des années 80 au travers de multiples études qui ont le désir d'apporter des connaissances supplémentaires concernant la notion d'occupation. Il y a également une volonté de renforcer la pratique de l'ergothérapie avec des recherches et des études. Les prémices de cette science se sont développées par « *les Dr Elizabeth Yerxa, Ruth Zemke, Florence Clark et Diane Parham* » (Pierce, 2016). L'ouvrage de « *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* » écrit en 2016 par Doris Pierce donne un élan à cette discipline en partageant sa vision du métier. La science de l'occupation à de

multiples objectifs permis lesquels il y a : « *soutenir l'ergothérapie à travers la recherche sur l'occupation* » (Pierce, 2016, p. 23), « *mieux comprendre notre concept fondamental qu'est l'occupation et son potentiel pour la santé et le bien-être* » (Morel-Bracq, 2018, p. 3).

Selon madame Marchalot, le virage de l'ergothérapie (re)plaçant les occupations au cœur de notre pratique permet de faciliter l'engagement et la participation des personnes en restriction occupationnelle (Marchalot, 2019, P. 444). Les occupations sont réalisées à un moment donné dans un lieu. Ce lieu impacte notre façon d'agir car « *quelle que soit l'occupation en cours, nous (personne) sommes toujours dans un environnement donné. Nous utilisons nos expériences passées et nos aptitudes physiques et mentales (personne) pour agir (occupation)* » (Mignet, 2019, p. 50). Au regard des définitions données par différents auteurs sur la notion d'occupation, nous rejoignons les propos de madame Marchalot qui se questionne sur l'environnement de travail des ergothérapeutes : « *notre environnement de travail doit-il évoluer afin de faciliter cette pratique ?* » (Marchalot, 2019, p. 444).

2.3.2 L'environnement

L'environnement peut être catégorisé en environnement humain, matériel/physique, mais également social et culturel. L'environnement humain définit l'ensemble de notre entourage comme notre famille, nos collègues ou encore nos amis. Ce sont l'ensemble des personnes qui nous entourent. L'environnement matériel/physique définit les « équipements » qui nous entourent comme une maison, une salle de bain avec une baignoire ou encore une voiture automatique. « *l'environnement humain et l'environnement matériel sont des facteurs déterminants qui interagissent* » (HAS, 2001) et qui ont également une incidence sur nos occupations. De plus selon le dictionnaire en ligne « Lesdéfinitions », l'environnement social « *d'un individu est formé de ses conditions de vie et de travail, des études qu'il a poursuivies, de son niveau de revenu et de la communauté dont il fait partie* ». Enfin, l'environnement culturel constitue les croyances et religions de chacun. Ici, dans notre travail de recherche, nous n'aborderons pas davantage les

notions d'environnement social et culturel malgré le fait qu'une étude serait tout aussi intéressante à réaliser.

L'environnement est alors un composant à prendre en compte lors de nos séances d'ergothérapie. L'ergothérapeute accompagne une personne en situation de handicap en analysant et en prenant en compte la personne dans sa globalité. En outre, nous devons prendre en compte l'ensemble des déterminants de la personne pour optimiser notre projet d'accompagnement. Cela inclut l'environnement, les habitudes de vie, la profession et les loisirs par exemple.

Au regard de notre pratique professionnelle, de nos concepts et de nos champs de compétence, une question se pose concernant notre environnement de travail. En effet, nous avons connaissance des composantes d'une occupation qui s'inscrit dans un environnement physique, humain, temporel, social et culturel. Cependant, de notre point de vue, l'ensemble des ergothérapeutes français ne sont pas tous en mesure de dire que leur environnement de travail favorise l'engagement des patients dans leur séance d'ergothérapie. Certains patients disent même que les salles d'ergothérapie ressemblent à « *une salle de kinésithérapie ou de neuropsychologue, d'une école maternelle ou d'une salle de classe avec des tables alignées [...] voire de stockage de matériel technique de compensation.* » (Marchalot, 2019, p. 446).

Certains lieux d'exercice possèdent un appartement thérapeutique, une cuisine thérapeutique ou même une salle de bain thérapeutique afin d'immerger la personne dans un lieu de vie pour réaliser des mises en situation.

2.3.3 Les mises en situation

Les mises en situation des occupations de vie sont un moyen thérapeutique propre à notre pratique. Le but est de faire agir la personne, de la mettre en situation afin que nous, professionnel, puissions visualiser comment la personne procède. C'est également un moyen utilisé pour que la personne décèle concrètement ses capacités et de ses incapacités. En outre, les mises en situation sont un outil d'évaluation et d'entraînement. Ce moyen thérapeutique est une simulation dans un

environnement se rapprochant au plus près d'un lieu de vie. Il ne correspond donc pas à l'environnement propre de la personne. Les mises en situation permettent aux patients de se plonger dans ce qui pourrait être un lieu de vie, mais il ne faut pas oublier que les contraintes environnementales, propres au lieu de vie de la personne, ne seront pas identifier par le biais de cet outil. L'exécution concrète d'une tâche permet parfois d'identifier des incapacités ou des capacités d'une personne qu'on n'aurait pas décelées par le biais d'autres méthodes. Par exemple, la personne peut nous affirmer ne pas être capable de faire la cuisine, mais une fois en action, peut se prouver à elle-même quelle en est capable et qu'elle arrive à s'adapter. Nous pouvons dire que c'est un moyen thérapeutique adapté pour que la personne prenne de l'assurance outre l'autonomie et l'indépendance. Quand la personne s'exerce à réaliser des actes qui font partie de son quotidien, cela lui permet d'appréhender au mieux son retour à domicile. Notre pratique, plaçant les occupations de vie de la personne comme objectif, utilise les mises en situation « *dans l'environnement réel ou reproduisant le plus possible lieu de vie afin d'évaluer les freins, les leviers et la motivation à l'engagement.* » (Marchalot, 2019, p. 446).

L'environnement est un déterminant que nous pouvons retrouver dans plusieurs modèles conceptuels. En effet, nous avons évoqué le lien entre les occupations et l'environnement dans les parties précédentes. Les occupations étant le cœur de métier des ergothérapeutes, les modèles conceptuels ergothérapeutiques abordent naturellement l'ensemble des déterminants d'une occupation, dont l'environnement. L'intérêt pour les ergothérapeutes d'utiliser un modèle conceptuel est de permettre l'utilisation d'outils d'évaluation garantissant une démarche de qualité. Ils permettent également d'axer leur prise en soin sur les occupations et besoins de la personne. Ainsi, nous allons aborder les modèles conceptuels en ergothérapie dans la partie suivante.

2.4 Des modèles conceptuels en ergothérapie

Un modèle conceptuel est « *une représentation mentale simplifié d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique.* » (Morel-Bracq, 2017, p. 2). En d'autres termes, c'est

un outil qui permet d'expliquer un fonctionnement, une situation ou un phénomène. Il peut être exclusivement destiné aux ergothérapeutes ou à la portée de l'ensemble des professionnels de santé. Cet outil peut être à la fois théorique, c'est-à-dire qui permet d'établir une vision globale de la personne en situation de handicap. Mais il peut être également pratique car il instaure un cadre d'intervention structuré. Nous allons vous présenter deux modèles conceptuels qui sont « *reconnus au niveau européen et mondial par les ergothérapeutes* » (TUMING in Morel-Bracq, 2017, p. 52).

2.4.1 Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO)

Le MCREO est un outil inventé par « *les ergothérapeutes canadiens, mettant en évidence les liens qui existent entre la personne, son environnement, ses occupations, le sens qu'elle donne à sa vie et sa santé* » (Caire, Morel-Bracq, 2018, p. 85) (cf Annexe I). Il a été « *traduit pendant quelques années « modèle canadien du rendement occupationnel » (MCRO), puis « modèle canadien de la performance occupationnel et de participation » (MCPO), et encore « modèle canadien du rendement occupationnel et de participation » (MCRO-P)* » (Caire, Rouault, 2017, p. 85).

Ce modèle s'appuie principalement sur l'approche centrée sur le patient. Il s'intéresse à l'ensemble des aspects cognitif, physique, affectif ainsi que spirituel en tenant compte de l'environnement de la personne. L'utilisation de ce modèle permet aux ergothérapeutes de mettre rapidement en lumière les occupations de vie importantes (signifiantes et significatives) de la personne afin de s'en servir comme support dans la prise en soin comme objectif ou moyen thérapeutique.

La MCRO (mesure canadienne du rendement occupationnel) est l'outil d'évaluation de ce modèle. Elle a été élaborée dans les années 90 et a fait l'usage de plusieurs éditions tout en gardant son objectif premier qui est d'« *aider la personne à cibler des activités relatives aux soins personnels, à la productivité ou aux loisirs qui sont importants pour elle et qu'elle aimerait améliorer* » (Caire, Morel-Bracq, 2018, p. 86). C'est un outil standardisé qui est sous la forme d'un entretien semi-structuré. Les occupations de vie sont divisées en catégories : les soins

personnels, la productivité, les loisirs et le repos. Elle permet d'établir une cotation du rendement et de la satisfaction du patient.

La traduction de la MCRO est très rapidement arrivée en France afin d'étendre son champ d'utilisation. Cependant, les ergothérapeutes français ne l'ont intégré que récemment à leur pratique. Le vocabulaire utilisé dans ce modèle « *perturbe les ergothérapeutes québécois, mais encore plus les Français !* » (Caire et Morel-Bracq, 2018, p. 86), ce qui pourrait expliquer le fait qu'il n'est pas très utilisé dans les centres de rééducation, « *d'autant plus que le contexte médical en France est fortement centré sur la pathologie et la déficience* » (Caire et Morel-Bracq, 2018, p. 86).

2.4.2 Le modèle de l'occupation humaine (MOH)

En 1975 aux États-Unis, le MOH est principalement développé par Gary Kielhofner. Il est dit que « *C'est « l'un des modèles de références les plus cités par les ergothérapeutes » dans le monde.* » (Manidi in Mignet, 2015, p. 98). Pour Kielhofner, l'homme devient ce qu'il est en agissant. Il met en lien la personne et l'occupation humaine. Il définit l'occupation humaine comme étant « *une large gamme d'activités (travail, loisir et activités de vie quotidienne) réalisées dans un contexte physique, temporel et socioculturel.* » (Kielhofner in Mignet, 2015, p. 98). L'environnement physique et social est un déterminant qui « *offre des opportunités, des ressources, ainsi que des demandes et des contraintes.* » (Kielhofner in Mignet, 2015, p. 98). Dans ce modèle, les composantes de la personne sont la volition, l'habituatation et la capacité de performance (cf. Annexe II). Kielhofner définit la volition comme étant « *la motivation d'une personne à agir sur l'environnement. C'est le processus qui va permettre à la personne de s'engager dans une activité.* » (Mignet, 2015, p. 99). Quand la personne est en action, agit, le modèle décrit trois niveaux d'action : la participation occupationnelle, la performance occupationnelle et l'habileté.

Le MOHOST (Model Of Human Occupation Screening Tool) est l'outil d'évaluation du modèle de l'occupation humaine. Il a été élaboré par Parkinson, Forsyth et Kielhofner dans les années 1975. Cet outil permet de se concentrer sur

les activités de la personne et sur son environnement. En d'autres termes, cela permet aux ergothérapeutes d'adopter plus facilement un regard occupationnel. Il est composé de 24 items répartis dans 6 groupes : la motivation pour l'occupation, le profil d'occupation, les habiletés de communication et d'interaction, les habiletés procédurales, les habiletés motrices et l'environnement. En outre, cet outil prend en compte la participation occupationnelle de la personne (l'être, l'agir et le devenir) et « *explore la façon dont l'environnement soutient ou non la personne.* » (Mignet, 2015, p. 101).

3 Question de recherche et hypothèse

Précédemment, nous avons essayé de démêler et de mettre en exergue des éléments-clé du processus d'intervention en ergothérapie. Au regard de l'exploration menée, nous pouvons dire qu'il existe une corrélation entre les pratiques de l'ergothérapeute et l'engagement thérapeutique des patients. Nous pouvons également remarquer l'importance de l'environnement dans divers modèles conceptuels en ergothérapie.

La pratique de l'ergothérapie consiste à prendre en compte l'ensemble des composantes de la vie d'une personne afin de l'accompagner au mieux dans son projet de vie. Le courant actuel tend à impliquer au maximum la personne pour qu'elle devienne actrice dans son processus de soins. Il faut alors mêler la demande et les besoins du patient avec la prescription médicale et les compétences du professionnel. La notion d'engagement thérapeutique est également à prendre en compte dans l'optique d'un accompagnement optimal. Tenant compte de l'importance de l'environnement dans les occupations d'une personne, nous nous questionnons sur la concordance entre notre activité professionnelle, nos concepts et notre environnement de travail.

Rappelons que la question de départ est : En ergothérapie, de quoi dispose-t-on pour favoriser l'engagement des patients dans leur processus de soins ?

Au regard du travail de recherche réalisé, notre questionnement s'étaye et des pistes de travail émergent. Ce cheminement nous amène à poser une question de recherche qui est la suivante : **En quoi l'environnement des services**

d'ergothérapie impacte l'engagement thérapeutique des patients dans leur processus de soins ?

L'approche hypothético-déductive nous a permis d'émettre l'hypothèse suivante au regard du cadre conceptuel et de la question de recherche :

Un service d'ergothérapie aménagé en espace habitat facilite l'engagement thérapeutique des patients.

4 Cadre expérimental

Afin de valider ou d'invalider notre hypothèse de recherche, nous avons réalisé une étude. Cette étape nous permettra de confronter notre recherche théorique avec le point de vue d'ergothérapeutes sur le terrain. Dans cette optique, nous présenterons notre méthode de recherche. Puis, nous analyserons les résultats obtenus. Enfin, dans une discussion, nous aborderons les limites et biais de l'enquête, la validation ou l'invalidation de l'hypothèse et l'apport et les perspectives de celle-ci.

4.1 Méthode de recherche

Nous allons vous présenter notre population cible avant de vous expliquer notre outil de recherche et notre méthodologie de diffusion et d'analyse du questionnaire.

4.1.1 Population cible

Afin de répondre à notre questionnement, nous avons défini des critères d'inclusion pour définir une population cible. Au regard du cadre conceptuel et de notre question de recherche, nous faisons le choix de nous adresser aux ergothérapeutes français diplômés d'État, exerçant dans un service de rééducation et/ou de réadaptation. Ainsi, nous prenons en compte les ergothérapeutes travaillant dans des services comme les services de soins de suite et de réadaptation, les centres de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, les centres de médecine

physique et de réadaptation. La population cible, notre population d'étude, est en accord avec le cadre de la loi « Jardé ».

4.1.2 Outil de recherche

Tout d'abord, nous avons la volonté d'obtenir des résultats qualitatifs et quantitatifs. Cet outil doit nous permettre d'élaborer un recueil d'informations sur l'engagement thérapeutique des patients et sur la pratique des professionnels. De plus, la situation de crise sanitaire due au covid-19 nous a incité à utiliser un outil de recherche qui permettait la distanciation entre les personnes et qui s'adapterait aux plannings des professionnels. Ainsi, nous faisons le choix d'utiliser le questionnaire comme outil de notre recherche. Cet outil permet également l'obtention d'un grand nombre de réponses dû à sa facilité de diffusion.

Le questionnaire est introduit par un court texte présentant le contexte et le thème de notre recherche. Nous évoquons également l'objectif de cette étude. Il est composé de 21 questions dont 10 questions ouvertes et 11 questions fermées. Concernant les questions fermées, il y a 4 questions dichotomiques, 4 à choix multiples et 3 avec une échelle d'attitude. Chaque question fermée disposait d'une case « autre » laissant la possibilité aux ergothérapeutes d'apporter d'avantage d'informations. La dernière question, est une question ouverte invitant les professionnels à faire des remarques ou à apporter des précisions. Nous avons également introduit une partie permettant de définir des termes afin de nous assurer que nous abordons tous le même sujet et qu'il n'y ait pas d'incompréhensions.

4.1.3 Méthode de diffusion du questionnaire

Nous faisons le choix de réaliser notre questionnaire sur un éditeur de formulaire en ligne : Google Forms. Cet outil nous permet d'élaborer une mise en pages, d'enregistrer et de synchroniser les réponses. Il offre également l'avantage de pré analyser les résultats automatiquement. Nous avons préétabli un questionnaire afin d'essayer nous-même son utilisation et d'observer ses capacités d'analyse automatique. Nous voulions nous rendre compte du potentiel rendu. En effet, nous étions encore novices avec cet outil.

Nous diffusons notre questionnaire sur les réseaux sociaux (groupe Facebook concernant l'ergothérapie) afin de toucher un grand nombre de professionnels. En effet, un grand nombre d'ergothérapeutes répondant au questionnaire nous permet d'objectiver les résultats de notre enquête. Nous avons également pris contact par mail avec nos anciens tuteurs de stage afin de diffuser personnellement notre questionnaire. Cet outil a été accessible pendant 19 jours.

Ayant créé une dernière question ouverte pour que les professionnels puissent s'exprimer, nous avons eu beaucoup de retour. Tout d'abord, nous avons eu des contacts avec des ergothérapeutes qui nous ont proposé de diffuser le questionnaire dans leur établissement. Nous avons eu également des remarques concernant le choix de notre outil. Plusieurs professionnels auraient préféré un entretien afin de pouvoir échanger sur le sujet. Enfin, nous avons reçu des messages de soutien et d'encouragement.

4.1.4 Méthodologie d'analyse du questionnaire

Dans le but d'analyser les résultats obtenus, nous avons commencé par organiser les réponses. Pour les questions fermées, dichotomiques et à choix multiples, nous avons fait des graphiques pour que cela soit plus visuel. Concernant les questions ouvertes, nous avons regroupé les réponses (question par question). Puis, nous avons réalisé des tableaux afin de faire ressortir les idées prédominantes en dessous-sous de celle-ci (cf. Annexe IV). Ensuite, nous avons effectué une lecture plus approfondie en analysant l'ensemble des questions. Une fois ces étapes réalisées, nous avons fait du lien entre elles et notre cadre conceptuel.

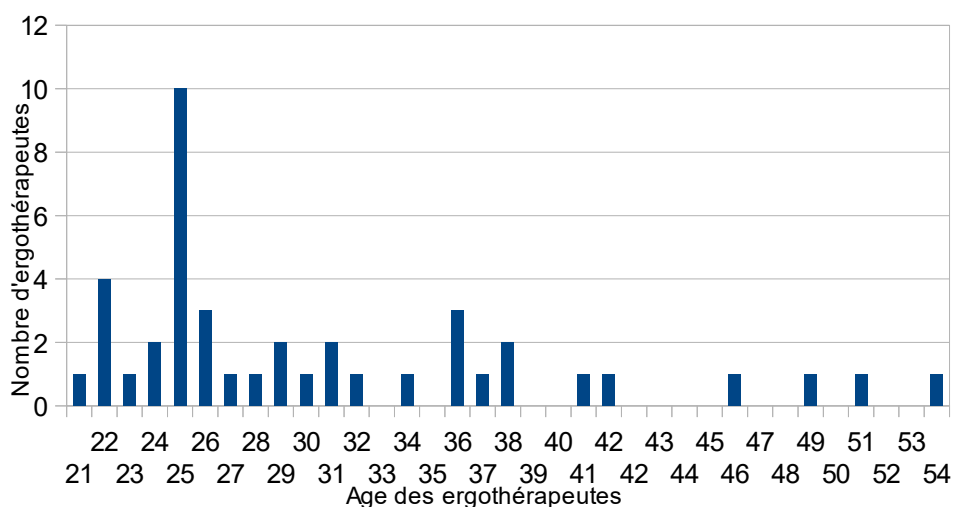
4.2 Résultats et analyse des données

Quarante-trois ergothérapeutes ont répondu au questionnaire. L'un des questionnaires n'est pas exploitable, car les réponses n'étaient pas toutes adaptées : blague, numéro et autre contenu non-désirable. Nous l'avons supprimé et nous comptabilisons alors quarante-deux questionnaires. Lors de la lecture approfondie des données, nous avons pu faire ressortir des thèmes qui feront l'objet de sous-

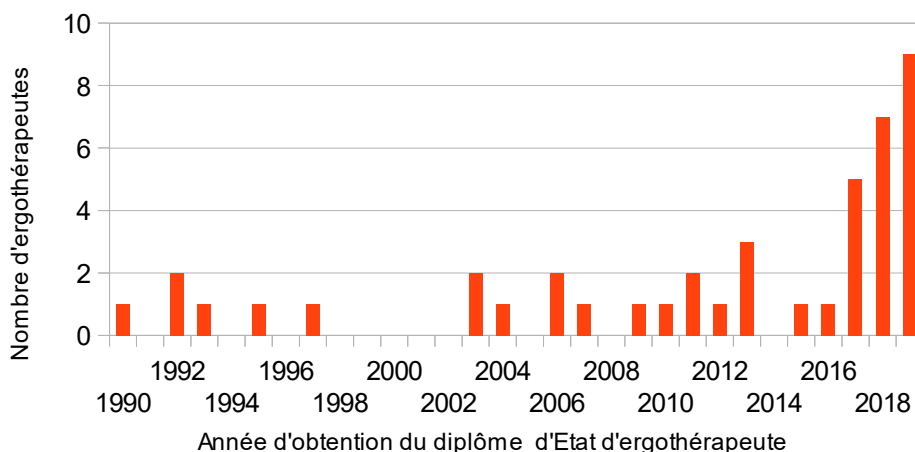
partie dans notre analyse. Nous débuterons dans une première partie avec une analyse de l'échantillon d'ergothérapeutes. Nous allons également analyser la place des patients dans leur processus d'intervention en ergothérapie. Nous aborderons par la suite l'analyse de la pratique des modèles conceptuels en ergothérapie. Puis, nous ferons l'analyse de la notion d'engagement thérapeutique. Enfin, nous terminerons notre analyse en parlant de la pratique des ergothérapeutes en lien avec leur environnement de travail.

4.2.1 Analyse du profil des ergothérapeutes de cette étude

Pour analyser l'ensemble des données, il est indispensable d'identifier le profil de l'échantillon de l'enquête. Ainsi, nos premières questions consistent à recueillir des données sociodémographiques.

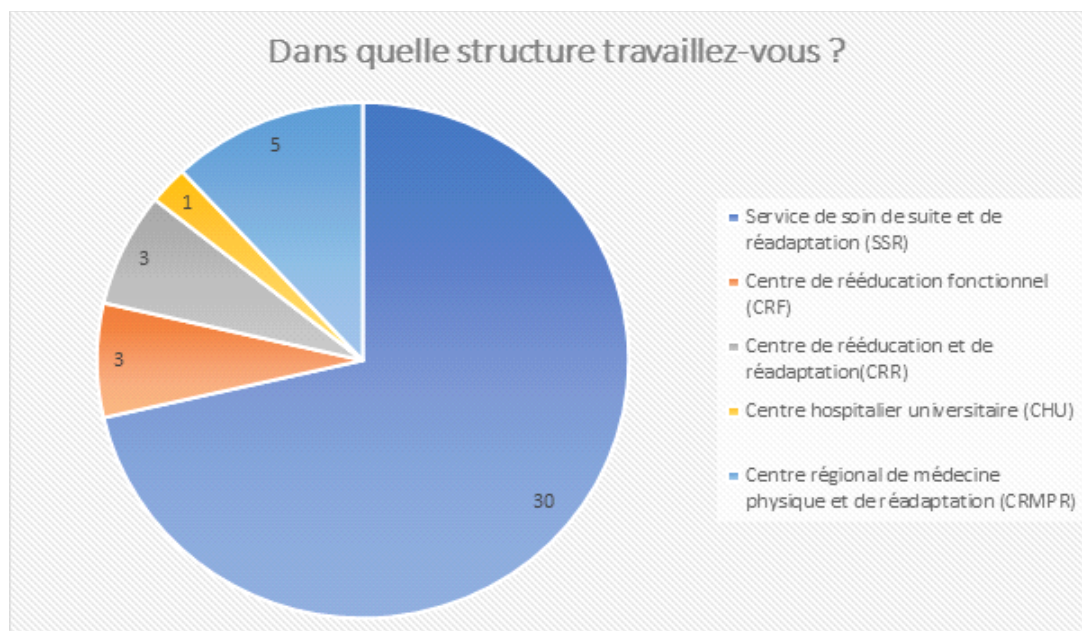


Graphique 1: Age des ergothérapeutes de l'échantillon



Graphique II: Année d'obtention du diplôme d'Etat d'ergothérapeute de l'échantillon

Comme présenté dans les graphiques, ci-dessus, la majorité des répondants (soit 59,5 %) ont entre 21 et 29 ans. De plus, nous pouvons remarquer que 50 % de notre échantillon a obtenu leur diplôme d'État d'ergothérapeute en 2017, 2018 ou 2019.



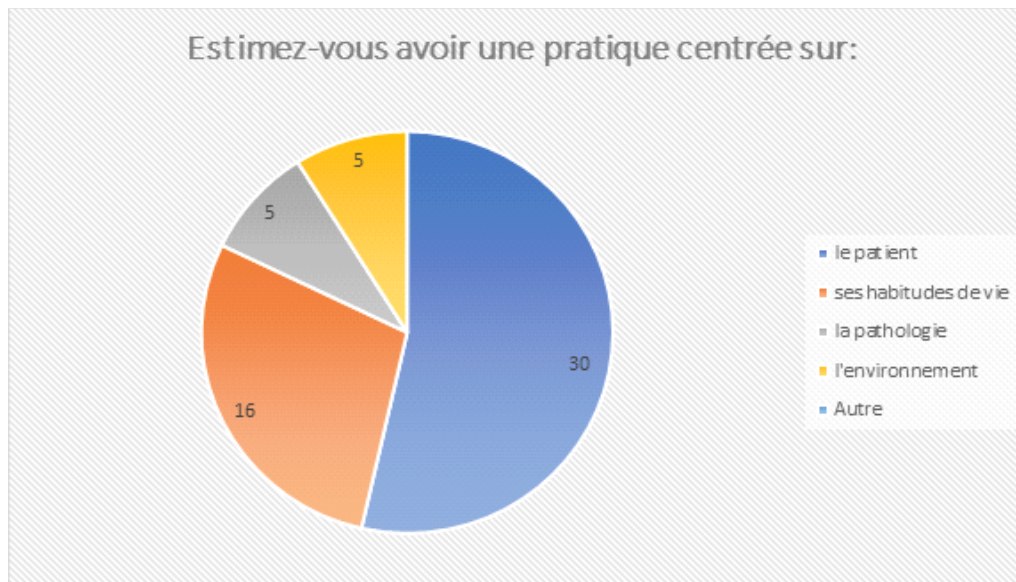
Graphique III: structures où les ergothérapeutes de l'échantillon travaillent

L'ensemble des ergothérapeutes répondants au questionnaire exercent dans le secteur de la rééducation et/ou la réadaptation (graphique ci-dessus). Nous pouvons relater qu'il y a une diversité dans le service d'activité, mais que la majorité des professionnels (30 réponses, soit 71,5 %) travaillent dans un service de soins de suite et de réadaptation (SSR). Ainsi, les données recueillies par l'échantillon permettent d'obtenir un point de vue professionnel en accord avec notre sujet de recherche.

4.2.2 Analyse de la place des patients dans leur processus d'intervention en ergothérapie

Nous avons cherché à identifier et définir la pratique professionnelle de notre échantillon d'ergothérapeute. Nous nous focalisons sur la notion de co-construction entre le thérapeute et le patient. Notre objectif est de comprendre quelle est la place des patients dans leur processus de soins. Nous avons alors posé trois questions, afin que les professionnels identifient leur propre accompagnement.

Premièrement, nous avons demandé aux professionnels d'estimer si leur pratique est centrée sur le patient, ses habitudes de vie, la pathologie, l'environnement ou sur un autre facteur (graphique ci-dessous). Lors de recueil de données, nous nous sommes rendu compte que notre question n'était pas assez précise, car la notion de pratique centrée sur le patient ou sur ses habitudes de vie, sa pathologie ou un environnement n'était pas assez détaillée et expliquée pour pouvoir nuancer et préciser leur propos. Néanmoins, étant une question à choix multiples, nous pouvons tout de même relever que majoritairement les ergothérapeutes estiment avoir une pratique centrée sur le patient et ses habitudes de vie.



Graphique III: Avis des ergothérapeutes sur leur pratique professionnelle

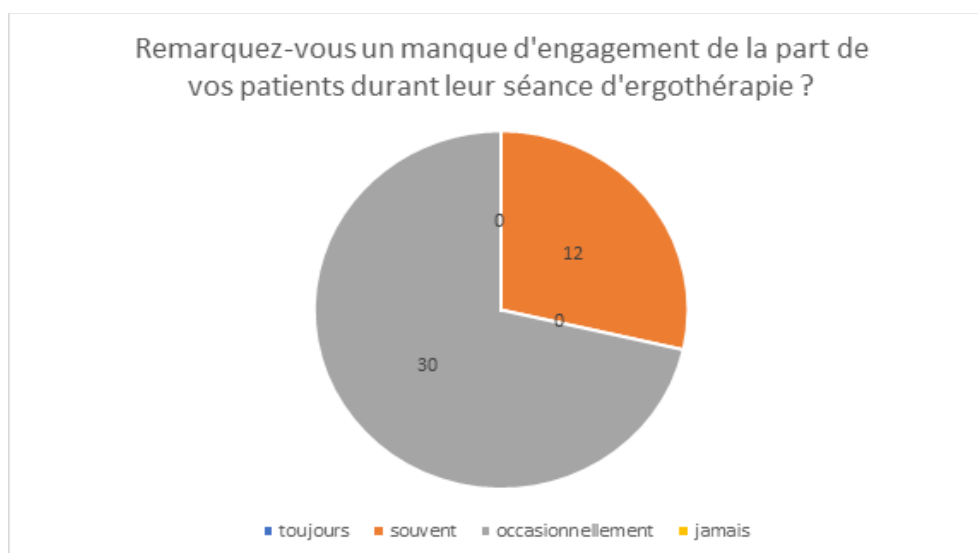
Dans un second temps, nous observons que 95 % des ergothérapeutes ont affirmé mettre en place un accompagnement en co-construction avec leur patient (cf. Annexe IV). Pour se faire, plus de 50 % des ergothérapeutes nous informent qu'ils utilisent des entretiens dit « maison », en demandant au patient leurs objectifs. Ayant la possibilité de façonner leurs réponses, un ergothérapeute dira : « je demande ce que le patient veut et j'adapte mon plan d'intervention en fonction ». Il y a également 12 ergothérapeutes qui ont coché la case « Utilisation d'un modèle conceptuel ». De plus, nous pouvons nous apercevoir que certains professionnels (4 %) ont une volonté d'utiliser un modèle conceptuel même s'ils ne l'utilisent pas officiellement. Enfin, il y a également 4 % de notre échantillon qui multiplie les outils en utilisant à la fois un entretien dit « maison » et un modèle conceptuel (cf. Annexe IV).

Nous pouvons en déduire que la majorité des ergothérapeutes de cette enquête, mettent en place un plan d'intervention en co-construction avec leur patient à l'aide d'un entretien qu'ils ont créé eux même ou qui a été créé par leur établissement. Cependant, les outils conceptuels, comme les modèles conceptuels, sont également un support pour certains d'entre eux. Néanmoins, quel que soit l'outil utilisé, la grande majorité des ergothérapeutes de cette enquête indique de co-construire leur accompagnement avec le patient. Ces données montrent également une évolution dans la pratique de l'ergothérapie. Dans notre cadre conceptuel, nous avons pu relater que « *le contexte médical en France est fortement centré sur la*

pathologie et la déficience » (Caire et Morel-Bracq, 2018, p. 86). Ici, notre échantillon d'ergothérapeute nous prouve que les pratiques changent, ou devrions-nous dire, reviennent aux sources. En effet, la volonté des ergothérapeutes est de prendre en considération l'ensemble des déterminants qui compte l'ensemble des « *interactions entre la personne, ses activités et occupations, et son environnement* » (Morel-Bracq, 2018, p. 3) et non uniquement la pathologie. Cependant, nous pouvons relater que l'utilisation des modèles conceptuels n'est pas encore encrée dans l'ensemble des accompagnements en ergothérapie.

4.2.3 Analyse de la notion d'engagement thérapeutique

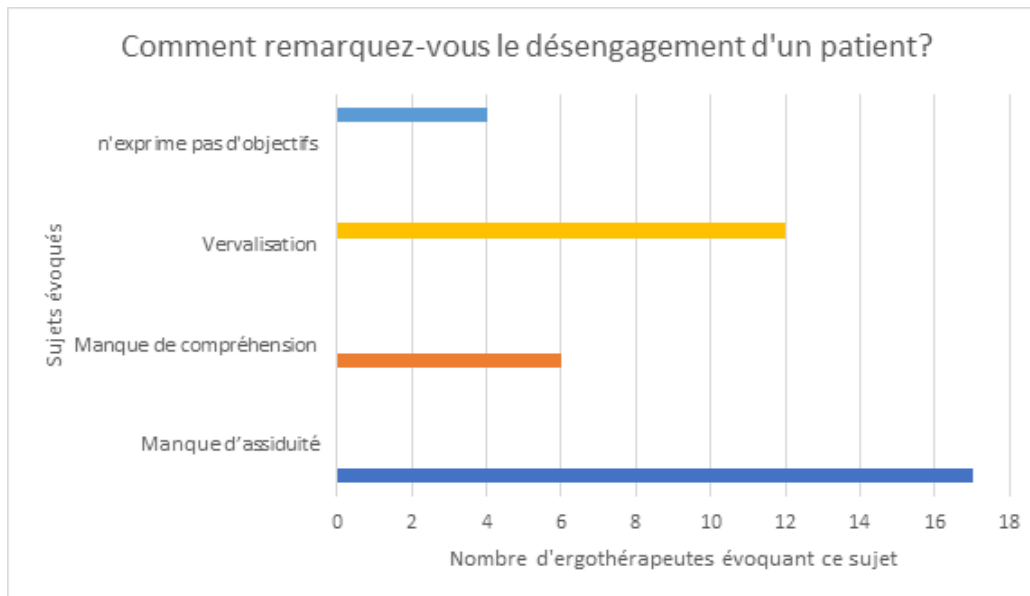
Dans un troisième temps, nous avons cherché à obtenir l'avis des professionnels concernant la notion d'engagement thérapeutique de leurs patients. Tout d'abord, nous avons cherché à identifier la fréquence à laquelle les professionnels observent une situation de désengagement thérapeutique de la part de leur patient. Cette donnée est bien évidemment à l'appréciation des professionnels. Nous pouvons observer que la majorité des ergothérapeutes (71 %) rencontre occasionnellement cette situation (graphique ci-dessous).



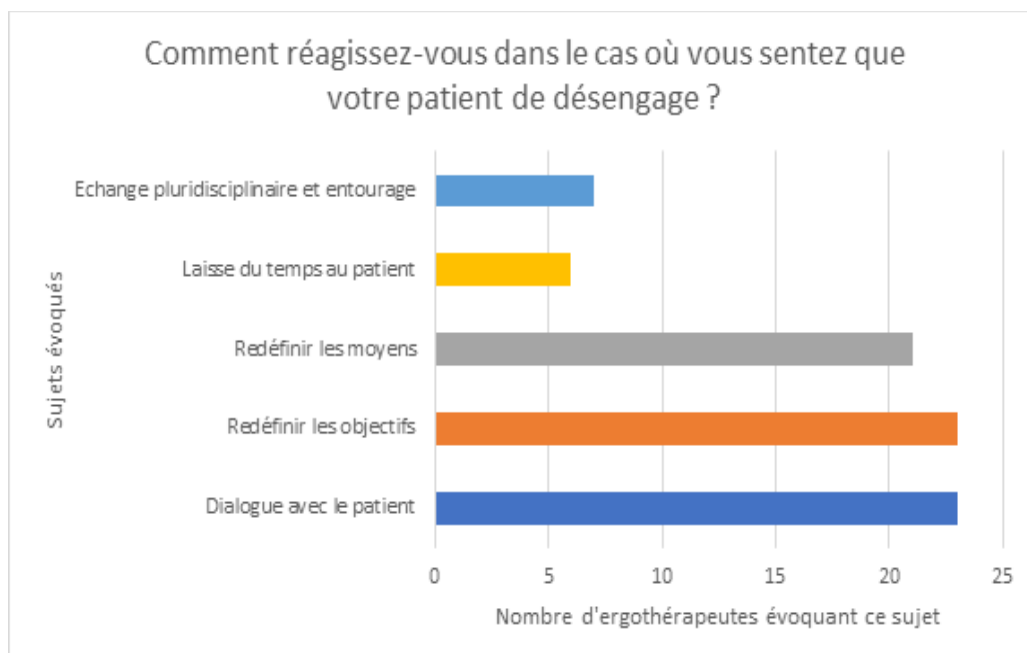
Graphique IV: Le manque d'engagement thérapeutique

À la suite de ce constat, nous avons cherché à déterminer la manière dont ils identifiaient ce sentiment (graphique ci-dessous). De plus, nous voulions obtenir des

informations sur les moyens d'adaptations qu'ils mettent en place en cas de désengagement de la part de leurs patients.



Graphique V: Identification du désengagement par les ergothérapeutes



Graphique VI: Adaptation des professionnels face au désengagement

Les ergothérapeutes identifient principalement (40 %) un désengagement thérapeutique de la part de leur patient par un manque d'assiduité dans les séances. L'absentéisme revient à de nombreuses reprises dans les données (« refus de venir aux séances », « Absence », « ne vient pas » évoqués par l'échantillon). En réponse à cela, ils sont 54 % à dialoguer avec le patient pour identifier la cause de ce

désengagement et pour redéfinir les objectifs d'intervention. (Illustration ci-dessus). Enfin, nous les avons interrogés sur les facteurs et déterminants qui, selon eux, seraient favorable ou défavorable à l'engagement thérapeutique des patients. Nous avons pu mettre en exergue les éléments de réponse en les analysants par le biais d'un tableau récapitulatif. À l'aide de cet outil, nous avons pu mettre en lumière les thématiques qui revenaient le plus souvent dans les réponses des ergothérapeutes.

Facteurs et déterminants favorisant l'engagement thérapeutique des patients	Nombre de fois que les ergothérapeutes évoquent ce sujet	Facteurs et déterminants défavorable à l'engagement thérapeutique des patients	Nombre de fois que les ergothérapeutes évoquent ce sujet
L'approche occupationnelle	26	Le patient non-acteur dans son processus d'intervention	16
La co-construction	20	Les éléments médicaux	13
L'explication et la compréhension de notre profession et de nos moyens thérapeutiques	19	L'incompréhension	11
La relation thérapeutique	14	L'environnement	8
Caractère de la personne	9	Le cadre et les moyens thérapeutiques	4
L'environnement humain de la personne	7		
La progression dans la rééducation	6		

Tableau 1: Éléments favorables et défavorables à l'engagement thérapeutique des patients

L'approche occupationnelle : Au regard de ces données, nous pouvons dire que notre cœur de métier, les occupations, sont essentielles pour favoriser l'engagement thérapeutique du patient. En effet, sur l'ensemble des 42 ergothérapeutes répondants à cette enquête, l'idée de l'approche occupationnelle a été citée par 26 d'entre eux, soit 61 % de notre échantillon. Les ergothérapeutes pointent le fait que nous proposons une réponse concrète aux besoins du patient, « faire des mises en situation dans un appartement thérapeutique par exemple » (évoqué par l'échantillon). Ils sont également 64 % à préciser dans une autre question que les moyens thérapeutiques utilisés facilitent la projection du patient. Cela rejoint l'idée évoquée dans les parties précédentes disant : « *Fisher considère que « l'engagement de la personne dans l'occupation est la perspective principale de l'ergothérapeute et que l'utilisation thérapeutique de l'occupation est notre principal moyen pour améliorer cet engagement »* (Fisher in Mignet, 2019, p. 53). Les professionnels (57 %) nous informent également que la singularité de l'ergothérapie sur l'utilisation d'une prise en soin global de la personne est une spécificité qui favorise davantage l'engagement thérapeutique des patients.

Le patient acteur dans le processus d'intervention : L'implication du patient dans la fixation des objectifs et dans le choix des moyens thérapeutiques utilisés est citée de manière cohérente dans les données favorables et défavorables à l'engagement thérapeutique du patient. Nous pouvons lier cette donnée à celle de la compréhension de notre pratique et de nos moyens thérapeutiques utilisés. Dans le cadre conceptuel, nous avons évoqué l'engagement thérapeutique du patient et, à travers une citation, nous avons dit que « *Cela ne pourra se faire que grâce aux compétences de l'ergothérapeute, sa collaboration avec la (ou les) personne(s) pour identifier les objectifs thérapeutiques pertinents et sa capacité à ajuster l'intervention aux objectifs décidés ensemble.* » (Morel-Bracq, 2018, préface p. XX). En effet, si le patient est acteur dans son processus de soin, les moyens thérapeutiques utilisés seront en adéquation avec les objectifs co-construits par le thérapeute et le patient. Ainsi, le patient comprendra le but de la séance. « Une approche patient centrée, où ils sont au centre de l'accompagnement, et où ils ont un pouvoir décisionnaire, où on reconnaît leur savoir expérientiel, leurs rôles et valeurs... » (évoqué par l'échantillon).

Les éléments médicaux : Les éléments médicaux, comme « la pathologie », « les capacités cognitives », « les incapacités », mais également « la dépression » et « le moral » sont cités par 30 % des ergothérapeutes comme étant des facteurs défavorables à l'engagement thérapeutique des patients. À contrario, la notion de progression dans la rééducation représente 14 % des facteurs favorables à l'engagement thérapeutique des patients. Ces données concordent pour dire qu'ils ont une influence sur l'engagement des patients dans leur prise en soins.

L'environnement : La notion de l'environnement revient à la fois dans les données favorables et défavorables. Nous relatons que la notion d'environnement humain est citée par 16 % des ergothérapeutes répondants. Les professionnels évoquent « manque de soutien », « solitude » ou « bon entourage » (évoqués par l'échantillon). Il a également été dit que l'environnement peut mettre en difficulté le patient (« environnement qui met en difficulté » évoqué par l'échantillon). Rappelons que dans le cadre conceptuel, nous avons cité les dires de madame Mignet qui affirmait que « *quelle que soit l'occupation en cours, nous (personne) sommes toujours dans un environnement donné. Nous utilisons nos expériences passées et nos aptitudes physiques et mentales (personne) pour agir (occupation)* » (Mignet, 2019, p. 50). Nous avons également dit que l'environnement dans lequel nous sommes influe sur notre façon de faire et sur nos occupations. Les réponses des ergothérapeutes, disant que l'environnement peut être à la fois favorable et défavorable à l'engagement thérapeutique des patients, sont alors en cohérence avec les notions évoquées dans le cadre conceptuel.

5.2.4 Analyse de la pratique des modèles conceptuel en ergothérapie

Dans un quatrième temps, nous avons questionné les professionnels sur les modèles conceptuels. Nous avons cherché à déterminer quels modèles conceptuels les professionnels connaissaient et s'ils en utilisaient. La totalité de l'échantillon nous indique en connaître. Dans la question suivante, ils ont la possibilité de préciser lesquels exactement. Nous pouvons remarquer que 85 % des professionnels connaissent le modèle canadien du rendement occupationnel (MCRO), 60 %

connaissent le modèle de l'occupation humaine (MOH) ainsi que 35 % connaissent le processus de production du handicap (PPH). Cependant, 43 % nous informent ne pas les utiliser dans leur pratique professionnelle (cf. Annexe IV).

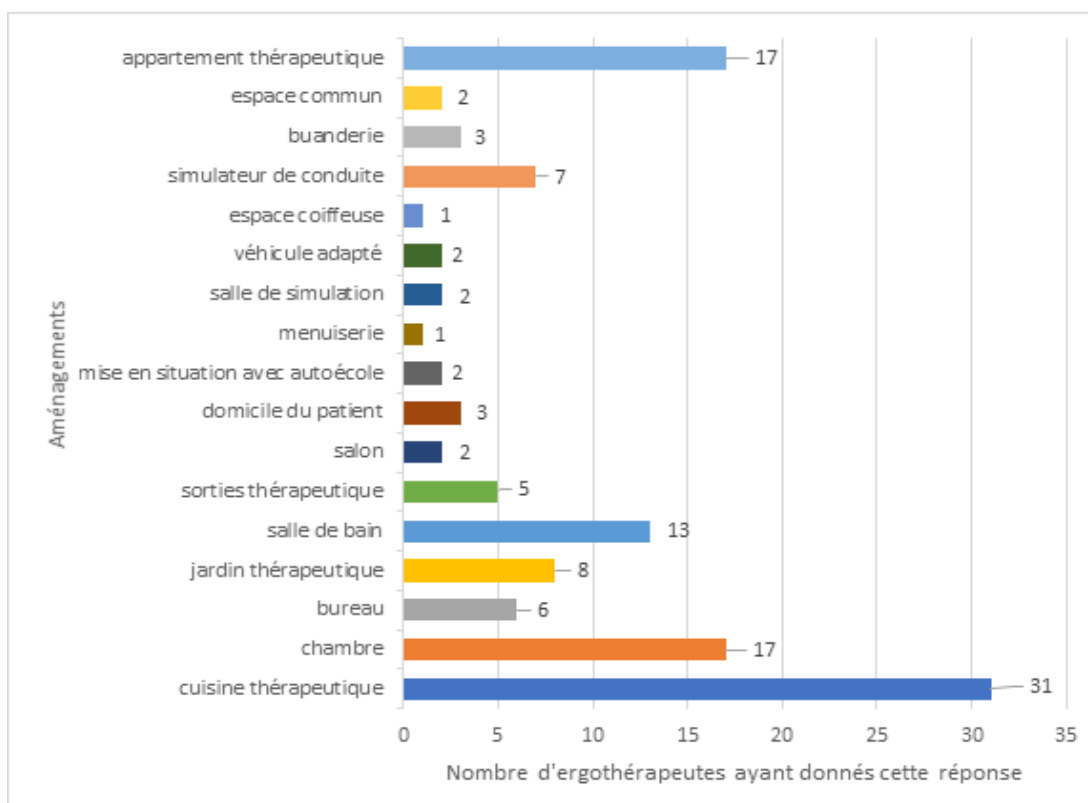
Les résultats démontrent tout de même que l'utilisation des modèles conceptuels ne fait pas la majorité. Nous ne sommes pas en mesure d'évoquer la ou les raisons, mais cela révèle des informations sur leur pratique professionnelle. Rappelons qu'un modèle conceptuel est « *une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique.* » (Morel-Bracq, 2017, p. 2). Comme nous l'avons précédemment évoqué, cet outil permet de structurer et d'aider les ergothérapeutes à co-construire leur prise en soins en permettant aux patients d'être acteur dans leur rééducation. Si nous croisons ces questions avec celles précédemment analysées dans la partie « Analyse de la place des patients dans leur processus d'intervention en ergothérapie », nous observons que près de 50 % des ergothérapeutes utilisent un modèle conceptuel pour élaborer une prise en soins co-construite. Dans une des questions qui suit, ils nous indiquent également que près de 50 % d'entre eux connaissent des modèles conceptuels. Ces résultats sont donc cohérents. Nous pourrions être amenées à nous demander si les ergothérapeutes n'utilisent pas les modèles conceptuels dans le but de rendre le patient acteur dans son projet de soin. N'ayant pas posé la question précisément, nous ne pouvons pas affirmer ou infirmer cette réflexion.

5.2.5 Analyse de la pratique des ergothérapeutes en lien avec leur environnement de travail.

Dans la dernière partie du questionnaire, nous avons cherché à recueillir des informations sur la pratique des professionnels en lien avec leur environnement de travail. Nous avons commencé par les interroger sur leurs utilisations des mises en situations comme moyen thérapeutique. Nous constatons que 52 % des ergothérapeutes affirment utiliser « souvent » ce moyen thérapeutique. Nous poursuivons nos questionnements sur le thème de l'aménagement de leur environnement de travail. 61 % des professionnels nous indiquent disposer d'un environnement de travail adapté pour effectuer des mises en situations. Afin d'avoir

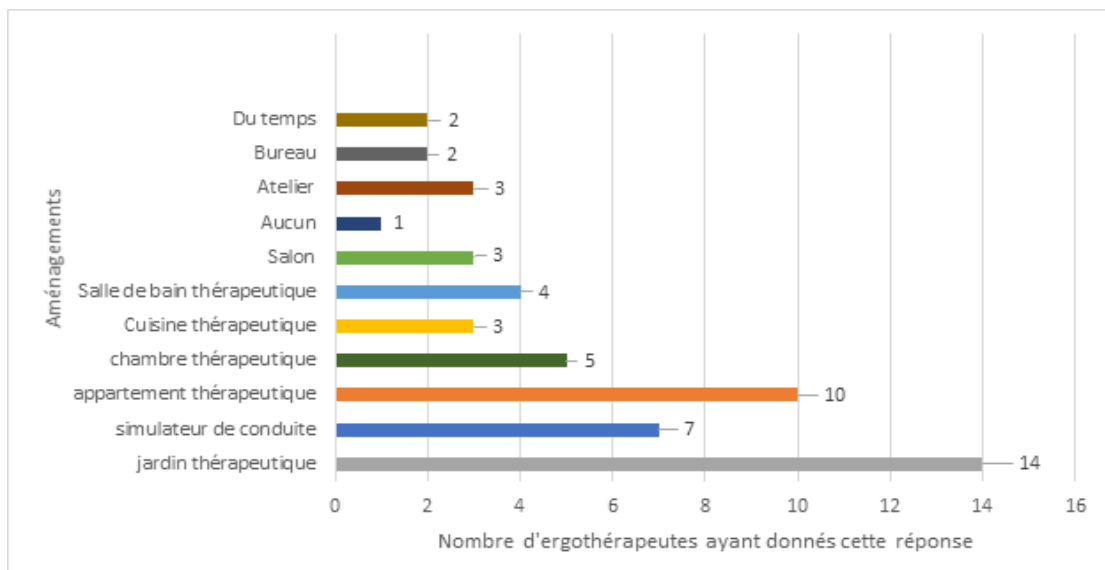
plus d'information sur l'aménagement de leur environnement de travail, nous les avons questionnés sur ce dont ils disposaient.

D'après les réponses recensées dans le graphique ci-dessous, les professionnels affirment disposer d'une cuisine thérapeutique (74 %), d'une chambre (40 %), d'un appartement thérapeutique (40 %), d'une salle de bain (30 %) et d'un simulateur de conduite (16 %). Une minorité nous indique disposer d'autres aménagements comme un jardin thérapeutique, un bureau ou encore une buanderie.



Graphique VII: Aménagements dont disposent les ergothérapeutes

Ayant pu déterminer les aménagements dont ils disposaient, nous voulions également obtenir leur avis sur les aménagements dont ils estiment manquer. Comme illustré dans le graphique ci-dessous, 33 % d'entre eux estiment manquer d'un jardin thérapeutique, 23 % d'un appartement thérapeutique et 16 % d'un simulateur de conduite. En minorité, d'autres aménagements sont évoqués par certains professionnels.



Graphique VIII: Aménagements dont les ergothérapeutes estiment manquer

Au regard des données exploitées, nous pouvons dire que les mises en situation sont un moyen thérapeutique utilisé par la majorité des ergothérapeutes. Ce résultat est cohérent avec notre pratique professionnelle. En effet, l'ergothérapie s'intéresse aux occupations de vie des patients et propose des moyens thérapeutiques concrets. Il met la personne en situation afin d'évaluer les capacités et incapacités du patient ainsi que les éléments obstacles et facilitateurs de l'environnement. Cependant, on relève un pourcentage significatif (39 %) d'ergothérapeutes répondants qui estiment ne pas avoir un environnement de travail adapté pour effectuer des mises en situations.

Si nous regardons de plus près les réponses données par les ergothérapeutes sur les aménagements de leur environnement de travail, nous pouvons observer qu'une grande partie de ces derniers sont axés autour des occupations dites élémentaires. En effet, nous remarquons une tendance pour les équipements des pièces de vie comme la chambre, la salle de bain ou encore la cuisine. L'appartement thérapeutique est également constitué de ces pièces. Cela a suscité notre curiosité quant à la question des occupations de loisirs et productive/professionnelle. En effet, nous relevons peu d'aménagement comme les jardins thérapeutiques, les ateliers de menuiserie ou même les bureaux. Cette réflexion ne peut pas être poursuivie, car nous n'avons pas posé de questions supplémentaires.

4.3 Discussion

Dans cette cinquième partie, nous allons prendre du recul sur cette recherche et sur cette analyse. Nous allons définir des limites et biais de notre enquête. Nous allons également évaluer notre hypothèse. Enfin, nous allons parler de l'apport de cette étude et des perspectives envisagées.

4.3.1 Limites et biais de l'enquête

Ce travail de recherche est bien évidemment composé de limites et de biais, ce qui implique que les données sont à manipuler avec précautions.

En abordant l'engagement thérapeutique, nous avons également abordé le sujet de la co-construction, de l'environnement des services d'ergothérapie, mais également des modèles conceptuels. Nous avons conscience que la notion de co-construction et d'implication du patient dans son processus d'intervention ne sont pas des sujets auxquels tous les ergothérapeutes sont sensibilisés. Ce sont des notions en pleine essor qui ne sont pas encore dans le langage et les pratiques de l'ensemble des ergothérapeutes. Ceci peut constituer un biais de compréhension à notre enquête.

Dans cette étude, nous ne sommes pas en mesure d'affirmer ou non si les répondants ont souhaité répondre conformément aux attentes socialement désirables au détriment de l'expression sincère de leurs opinions. Par conséquent, cela constitue un biais de désirabilité et engendre une réduction de la véracité de l'analyse qui en découle.

La formulation des choix de réponse à la question 4 qui est « Estimez-vous avoir une pratique professionnelle centrée sur: » en leur proposant « le patient », « la pathologie », « les habitudes de vie », « l'environnement » ou « autre », n'était pas judicieuse. En effet, lors de l'analyse nous nous sommes aperçus que nous-même n'étions pas capable de faire la différence entre ce que représentait de répondre « le patient » ou une autre réponse. La notion de patient peut avoir plusieurs interprétations. Cela peut signifier à la fois vouloir dire la personne avec ses

habitudes de vie, sa pathologie dans son environnement. Cela constitue alors un biais méthodologique à notre étude.

Nous avons longuement hésité sur le choix de notre outil de recherche. Au regard de la crise sanitaire, le questionnaire était l'outil le plus adapté, afin que d'obtenir un nombre de réponses suffisants pour que notre enquête soit « étudiable ». Cependant, certains des professionnels ayant répondu à cette étude, ont pu m'informer qu'ils auraient préféré un entretien afin d'approfondir leurs réponses et d'échanger ensemble sur le sujet. Des ergothérapeutes m'ont fait remonter leur sentiment de frustration à l'égard de cet outil. De notre point de vue, il est vrai que nous avons cherché à obtenir un grand nombre d'informations quantitatives, en plus des données qualitatives. Il nous a également été frustrant de ne pas avoir eu la possibilité de rebondir sur les réponses et remarques des professionnels. Un échange verbal aurait apporté des réponses plus précises et sûrement un raisonnement plus pointu. La dernière question de notre outil, à destination des remarques des ergothérapeutes, nous a apporté un atout majeur pour obtenir de nouvelles informations.

Lors de la conception de notre outil de recherche avec l'éditeur de formulaire en ligne « Google Forms », nous avons commis une erreur. Malgré l'essai que nous avons réalisé, nous n'avons pas perçu l'inversion que nous avons fait en paramétrant les questions. En effet, nous avons donné la possibilité aux professionnels de répondre aux questions, normalement à choix unique, de façon multiple et inversement. Cela ne semble pas avoir perturbé les professionnels, car la possibilité de répondre « autre » leur permettait d'écrire exactement ce qu'ils souhaitaient. Cela a surtout annulé la fonction d'analyse automatique, ce qui ne nous a aucunement facilité la tâche. Cette erreur constitue néanmoins un biais à notre questionnaire, car nous ne sommes pas en mesure de dire si cela a dérangé ou non les professionnels répondant aux questionnaires. Nous pouvons imaginer que l'exercice était davantage contraignant de rédiger l'intégralité de leurs réponses.

D'une approche occupationnelle à une approche plus analytique en revenant à son origine occupationnelle, les ergothérapeutes ont vu leur profession évoluer. En observant les données concernant la question sur l'année d'obtention du diplôme d'ergothérapeute, nous remarquons la différence entre la donnée la plus ancienne (1990) et la plus récente (2019). L'étendue est donc de 29 ans, cela constitue une

limite à notre étude. En effet, les formations étant différentes et les formations continues pas forcément identiques, la pratique professionnelle des ergothérapeutes peut diverger. Une analyse différente des données en séparant les réponses selon l'année d'obtention du diplôme aurait pu être également pertinente.

Enfin, nous avons fait le choix de diffuser notre questionnaire sur les réseaux sociaux (Facebook) et plus particulièrement sur les groupes d'ergothérapeutes. Cependant, nous ne pouvons pas affirmer que l'identité des répondants correspond à l'échantillon que nous avons sollicité. Il se peut qu'il n'y ait pas uniquement des ergothérapeutes diplômés d'État qui ont répondu. Un étudiant avait également la possibilité de répondre même s'il ne faisait pas partie de notre population cible.

4.3.2 Évaluation de l'hypothèse

Faisons un rappel de notre question de recherche qui est : **En quoi l'environnement des services d'ergothérapie impact l'engagement thérapeutique des patients dans leur processus de soins ?**

Notre hypothèse supposait qu'un service d'ergothérapie aménagé en espace habitat facilite l'engagement thérapeutique des patients. Ayant analysé les données des questionnaires et les avoir mis en relation avec les informations évoquées nous pouvons désormais évaluer notre hypothèse. Nous ne sommes pas en mesure de valider cette hypothèse, car cette étude ne révèle pas que l'environnement des services favorise spécifiquement l'engagement thérapeutique des patients. De plus, les services d'ergothérapie semblent satisfaire les professionnels et sont en adéquation avec leur pratique concernant l'engagement thérapeutique de leurs patients. L'engagement thérapeutique des patients peut émaner d'un déterminant différent. Néanmoins, nous pouvons supposer que l'environnement de travail est en lien avec cet engagement, mais est très probablement combiné à d'autres éléments que nous avons pu mettre en lumière lors de l'analyse. En effet, nous avons pu déterminer la corrélation entre l'environnement et les occupations dans le cadre conceptuel. Nous sommes en mesure de dire qu'il y a une relation de cause à effet entre ces notions. De plus, au regard de cette étude les notions de co-construction et d'approche occupationnelle font écho auprès des professionnels concernant le thème de l'engagement thérapeutique.

4.3.3 Apports et perspectives

Au travers de ce mémoire de fin d'étude, nous nous sommes familiarisées avec la méthodologie à adopter pour réaliser un travail de recherche. Nous avons également pu nous rendre compte qu'il y a de nombreux sujets qui pourraient faire l'objet d'une recherche scientifique afin d'enrichir notre profession. Ayant un attrait et un projet professionnel liés au domaine de la rééducation, ce travail nous a permis d'acquérir de nouvelles connaissances. Puis, nous avons également pu adhérer à des notions qui nous étaient encore flou ou du moins, qui n'attisaient pas notre attention. Enfin, il a été à la fois perturbant et plaisant que cette étude est pu désarticuler des idées qui nous étaient préconçues.

Ce travail de recherche nous permet de pousser notre réflexion professionnelle et de faire naître de nouveaux questionnements. En ciblant notre réflexion sur l'impact de l'environnement sur l'engagement thérapeutique, nous avons le désir d'isoler et de trouver une unique réponse à un phénomène complexe. Dans notre future pratique, nous tâcherons de garder en mémoire les éléments favorables à l'engagement thérapeutique des patients dans une optique d'améliorer la performance occupationnelle des patients.

Cependant, cette étude révèle des éléments auxquels nous ne nous étions pas attendues. Les aménagements des services des ergothérapeutes soulèvent un questionnement concernant leur pratique. Nous faisons la promotion de notre profession en affirmant que nous prenons en compte l'ensemble des occupations de vie de la personne afin d'établir, avec le patient, un plan d'intervention en corrélation avec ses besoins et envies. Cependant, nous relatons que les aménagements les plus présents dans les services offrent la possibilité d'effectuer les mises en situation des occupations dites « élémentaires ». Nos propos sont à nuancer, car la cuisine peut être également utilisée pour faire une mise en situation cuisine qui est considérée comme un loisir ou même une passion pour le patient. Afin de poursuivre notre réflexion sur le sujet de l'environnement de travail des ergothérapeutes, nous pouvons alors nous demander si celui-ci permet une pratique centrée sur l'ensemble des occupations des patients.

Conclusion

Dans cette initiation à la recherche, nous avons la volonté d'aborder le sujet de l'engagement thérapeutique. Nous souhaitons mettre du lien entre cette notion et la pratique des ergothérapeutes. Les professionnels ont la possibilité de permettre à leurs patients de devenir acteur dans leur propre processus d'intervention. L'engagement thérapeutique des individus est alors plus fort. Les professionnels sont donc présents pour accompagner les personnes dans une démarche de co-construction. De plus, nous ne pouvions pas ignorer la corrélation qui existe entre le désengagement et la perte de performance.

L'ergothérapeute, dans le secteur de la rééducation, accompagne la personne en lui proposant des moyens thérapeutiques adaptés à son projet de vie. Pour se faire, il exploite le potentiel thérapeutique des mises en situation en permettant aux personnes de s'engager dans des activités qui sont importantes pour elles. La prise en compte de l'environnement est alors fondamentale afin d'appréhender au mieux la réalisation d'une activité. L'environnement des services d'ergothérapie est ainsi une ressource pour réaliser des mises en situation signifiantes et significatives.

Ce sujet de mémoire d'initiation à la recherche est né suite à des réflexions survenues lors de nos stages. La réalisation du cadre conceptuel a mis en exergue la notion de l'environnement qui est un déterminant influant dans les occupations de vie de chacun. Au regard du travail de recherche et de l'étude nous avons obtenue des réponses à nos questions. Cela a également fait naître de nouveau questionnement. Nous pouvons retenir qu'il ne faut pas forcément trouver une réponse unique à un phénomène. Il existe de nombreux facteurs externes et internes qui sont tout aussi influent dans la notion d'engagement thérapeutique comme l'approche occupationnelle, la notion de co-construction pour impliquer davantage le patient dans son accompagnement. Néanmoins, les données recueillies ont attisé notre curiosité quant au sujet de la pratique des ergothérapeutes. En effet, l'étude met en lumière que les aménagements des services d'ergothérapie permettent de proposer principalement des mises en situation des activités « élémentaires ». Étant une profession qui prend en compte l'ensemble des occupations de vie des individus cela a soulevé un questionnement. Notre objectif est donc de poursuivre nos réflexions afin d'enrichir la construction de notre identité de future professionnelle.

bibliographie

ANFE. (2019). La profession. Disponible sur : <https://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession> . (Consulté le 23/02/2020).

Caire, J-M et 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. Et Schabaille, A. *Engagement, occupation et santé* (p.83-96). Paris : ANFE.

Caire, J-M et Rouault, L. (2017). Modèles généraux en ergothérapie. In : Morel-Bracq, M-C. *Les modèles conceptuels en ergothérapie* .(2ème édition, 1-9). De Boeck Supérieur.

Chi Chung Chan, S.(2004). Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Engagement in Occupation. *The American Journal Of Occupational thérapie*, volume 58 (4), (p.408-415) . DOI : 10.5014/ajot.58.4.408

Delaloy, M., Foudriat, M. et Noble, F. (2014). La co-construction : Une option managériale pour les chefs de service. In : Foudriat, M. *Le management des chefs de service dans le secteur social et médico-social* (Chapitre 13, p.229-250). Paris : Dunod

Ergopsy. (2015), Désir, motivation, volition. Disponible sur : <http://www.ergopsy.com/> (consulté le 09/09/2019)

Lequerica, A ; Donnell, C et Tate, D (2009), Patient engagement in rehabilitation therapy : physical and occupational therapist impressions, *Disability and Rehabilitation*, (p.753-760), DOI : 10.1080/09638280802309095.

Marchalot, I (2019). Concevoir un environnement ergothérapeutique facilitant l'engagement dans l'occupation. In : Trouvé, E., Clavreul, H., Poriel, G. et al. *Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive*. (p.443-454). Paris : ANFE.

Marchalot, I. (2019, Avril). Concevoir un environnement de travail facilitant l'engagement dans l'occupation. Communication présentée aux 4^{èmes} Assises Nationale de l'Ergothérapie, Paris (France).

Morel-Bracq, M-C. (2017). Introduction. In : Morel-Bracq, M-C. *Les modèles conceptuels en ergothérapie*. (2ème édition, p. 51-130). De Boeck Supérieur.

Meyer, S (2018). La performance et l'engagement occupationnel comme vecteur de participation. In : Caire, J-M. et Schabaille, A. *Engagement, occupation et santé* (p.17-26). Paris : ANFE.

Mignet, G (2015). Motivation, volition et engagement : éclairage du Modèle de l'occupation humaine. In : Morel-Bracq, M-C., Trouvé, E., Offenstein, E. et al. *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* (p.97-107). Paris : De Boeck solal.

Mignet, G (2019). Vers une ergothérapie centrée sur l'occupation : du postulat à la mise en pratique. In : Trouvé, E., Clavreul, H., Poriel, G. et al. *Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive*. (p.49-69). Paris : ANFE.

Ministère des Solidarités et de la santé. (2019). Soins de suite et de réadaptation-SSR. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr> (consulté le 5/12/2019).

Morel-Bracq, M-C (2018). La science de l'occupation, un défi pour la santé. In : Caire, J-M. et Schabaille, A. *Engagement, occupation et santé* (p.3-16). Paris : ANFE.

Parent, S (2014). De la motivation à l'engagement, *Pédagogie collégiale*. Disponible sur : http://aqpc.qc.ca/sites/default/files/revue/Parent-Vol_27-3.pdf (consulté le 9/09/2019).

Pierce, D (2016). La science de l'occupation Une base de connaissance disciplinaires puissante pour l'ergothérapie. In : Pierce, D. *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (p.9-32). Paris : De Boeck Supérieur.

Pierce, D (2016). Participation et engagement dans les occupations des adultes en situation de handicap. In : Connor, L T., Wolf, T J., Foster, E R. et al. *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. (p.125-137). Paris : De Boeck Supérieur.

Annexe

Annexe I : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels.....	1
Annexe II : Traduction du schéma du processus d'adaptation occupationnelle, Modèle de l'Occupation Humaine.....	2
Annexe III : Questionnaire diffusé aux ergothérapeutes.....	3
Annexe IV : Résultats et analyse des questions.....	8

Annexe I : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels

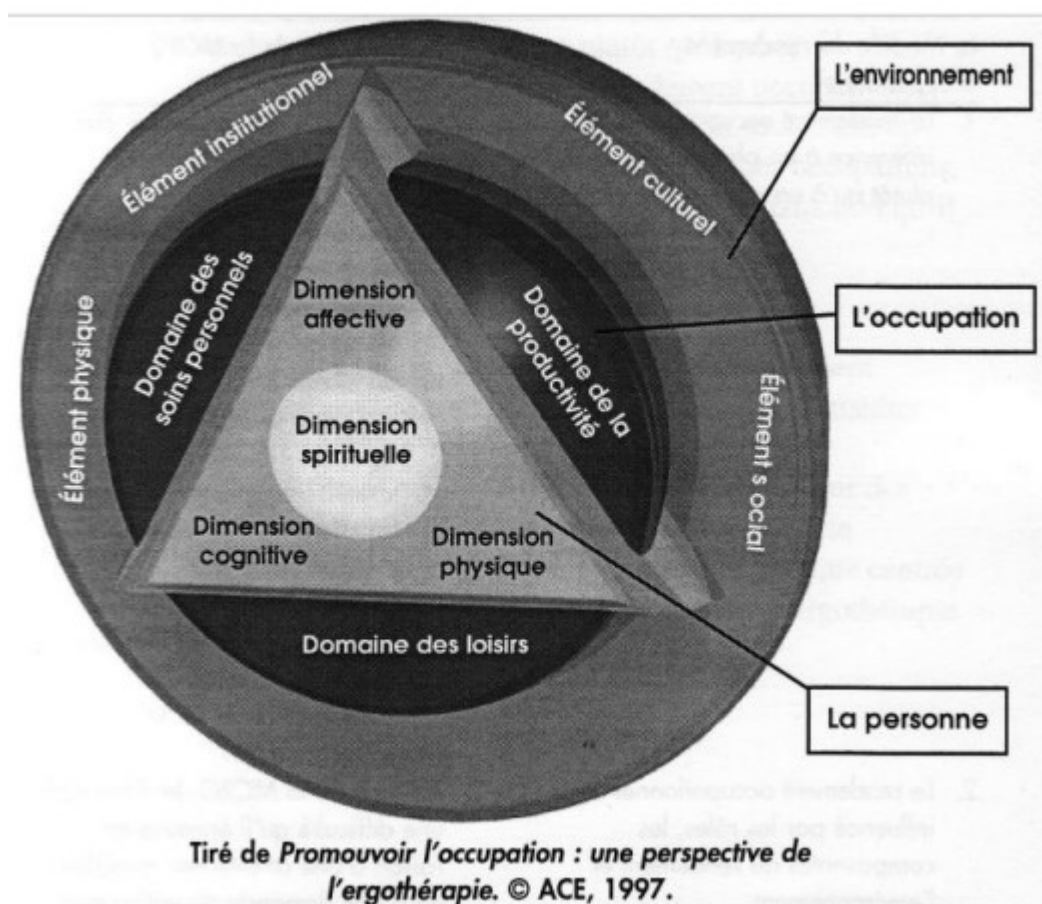


Illustration 1: <http://reseauconceptuel.umontreal.ca/rid=1J2SC24F9-11X85HY-6LP/Cours>

**Annexe II : Traduction du schéma du processus d'adaptation occupationnelle,
Modèle de l'Occupation Humaine**

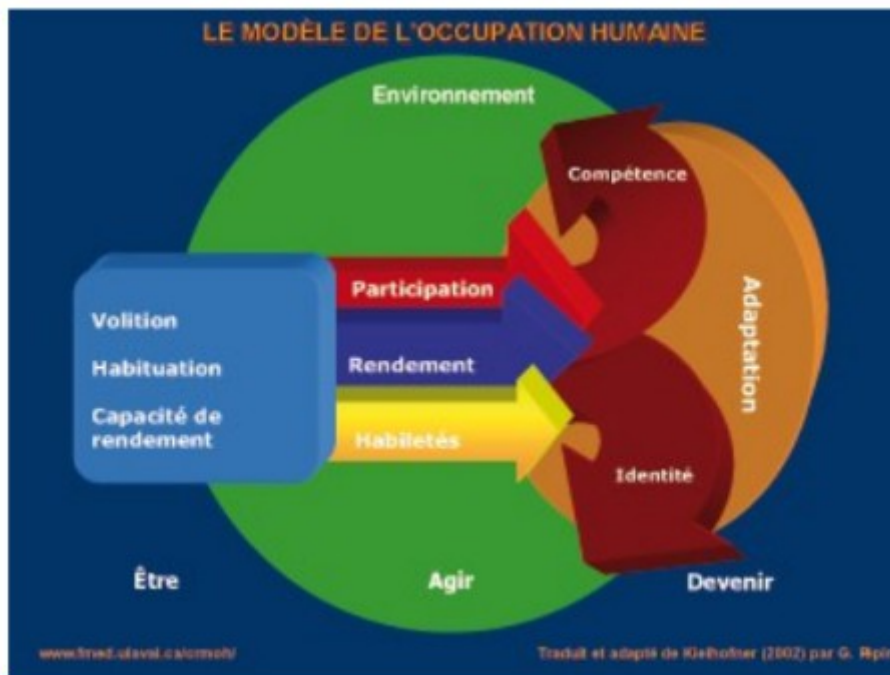


Illustration 2: <https://www.studocu.com/fr-ca/document/universite-laval/fondements-de-lergothérapie/resumes/resume-du-cours-4-erg-1501/1870447/view>

Annexe III : Questionnaire diffusé aux ergothérapeutes

Bonjour, actuellement étudiante en troisième année d'ergothérapie, à l'Institut de Formation La Musse (27180), je réalise mon mémoire de fin d'étude sur le thème de l'engagement thérapeutique des patients adultes en rééducation/réadaptation. Pour ce faire, j'adresse ce questionnaire à tous les ergothérapeutes travaillant dans ce secteur d'activité (SSR, CRRF, CMPR et autre). Ce questionnaire est anonyme et vous prendra 10-15 minutes de votre précieux temps. Je vous remercie par avance du temps que vous allez accorder à ce questionnaire et également à l'aide que vous allez m'apporter.

Questions pour déterminer le profil des ergothérapeutes de cette étude

1. Quel âge avez-vous ?
2. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état d'ergothérapeute ?
3. Dans quelle structure travaillez-vous ?
 - SSR
 - CRF
 - CMPR
 - Autres

Questions pour déterminer la place des patients dans leur processus d'intervention en ergothérapie

4. Estimez-vous avoir une pratique centrée sur :
 - La pathologie
 - Le patient
 - Son environnement
 - Ses habitudes de vie

Pour répondre a ces questions considérez que :

- **le plan d'intervention est composé des objectifs et des moyens que vous mettez en œuvre.**
- **Que « *L'engagement est 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, 2018)**

5. Réalisez-vous votre plan d'intervention en co-construction avec vos patient ?

- Oui
- Non

6. Si oui , comment faites vous?

- Utilisation d'un modèle conceptuel
- Entretien dit « maison »
- Autre

Questions pour déterminer l'utilisation modèles conceptuel en ergothérapie par l'échantillon

7. Connaissez-vous des modèles conceptuels ergothérapique?

- Oui
- non

8. Si oui, le(s)quel(s) ?

9. Utilisez-vous des modèles conceptuels ergothérapique?

- Toujours
- Souvent
- Occasionnellement
- Jamais

Questions pour aborder la notion d'engagement thérapeutique

10. Remarquez-vous un manque d'engagement de la part de vos patient durant leur séance d'ergothérapie ?
- Toujours
 - Souvent
 - Occasionnellement
 - Jamais
11. Comment remarquez-vous le désengagement d'un patient ?
12. Comment réagissez-vous dans le cas où vous sentez que votre patient se désengage ?
13. Selon vous, quels sont les facteurs, déterminants, favorisant l'engagement thérapeutique de vos patients?
14. Selon vous, quels sont les facteurs, déterminants, défavorable à l'engagement thérapeutique de vos patients?
15. Selon vous, que sont les bénéfices spécifique de l'ergothérapie dans l'engagement thérapeutique du patient?

Questions pour Analyse la pratique des ergohtérapeutes en lien avec leur environnement de travail

16. Utilisez-vous les mises en situations comme moyen thérapeutique ?
- Toujours
 - Souvent
 - Occasionnellement
 - Jamais
17. Estimez-vous que votre environnement de travail est adapté pour réaliser des mises en situations avec vos patients ?

- Oui
- Non

18. De quelles aménagements disposez-vous dans votre environnement de travail?

- Appartement thérapeutique
- Cuisine thérapeutique
- Jardin thérapeutique
- Salle de bain, bureaux
- Salon
- Chambre
- Simulateur de conduite
- Autres

19. Utilisez-vous ces espaces thérapeutiques avec vos patients ?

- Toujours
- Souvent
- Occasionnellement
- Jamais

20. De quels aménagements estimez-vous manquer dans votre service d'ergothérapie ?

- Appartement thérapeutique
- Cuisine thérapeutique
- Jardin thérapeutique
- Salle de bain
- Bureaux
- Salon

- Chambre
- Simulateur de conduite
- Autres

Question ouverte pour laisser les professionnels s'exprimer sur le sujet qu'ils souhaitent

21. Avez-vous des remarques ou des précisions à apporter ?

Annexe IV: Résultats et analyse des questions

Question 1 : Quel âge avez-vous ?

Ag e	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	34	36	37	38	41	42	46	49	51	54
No mb re	1	4	1	2	10	3	1	1	2	1	2	1	1	3	1	2	1	1	1	1	1	1

Question2: En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état d'ergothérapeute?

An née	19 90	19 92	19 93	19 95	19 97	20 03	20 04	20 06	20 07	20 09	20 10	20 11	20 12	20 13	20 15	20 16	20 17	20 18	20 19
no mb re	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	3	1	1	5	7	9

Question 3 : Dans quelle structure travaillez-vous ?

Structures	Nombres d'ergothérapeutes
Service de soin de suite et de réadaptation (SSR)	30
Centre de rééducation fonctionnel (CRF)	3
Centre de rééducation et de réadaptation (CRR)	3
Centre hospitalier universitaire (CHU)	1
Centre régional de médecine physique et de réadaptation (CRMPR)	5

Question 4 : Estimez-vous avoir une pratique centrée sur :

Choix possible	Nombre d'ergothérapeutes ayant donné cette réponse
Le patient	30
Ses habitudes de vie	15
La pathologie	5
L'environnement	5
Autres	0

Question 5 : Réalisez-vous votre plan d'intervention en co-construction avec vos patients ?

Réponses	Nombre de réponses
OUI	40
NON	2

Question 6 : Si oui, comment faites-vous ?

Réponses données	Citations :	Nombre d'ergothérapeutes ayant donné cette réponse
« Entretien dit « maison » »	« Bilan complet, entretien maison avec le patient et la famille » « Après le bilan je lui propose des objectifs et lui demande les siens » « Entretien où je demande les objectifs du patient » « Je demande ce que le patient veut et j'adapte	25

	mon plan d'intervention en fonction »	
« Utilisation d'un modèle conceptuel »	Case cochée	13
Volonté d'utiliser un modèle conceptuel	« MCRO maison » « Entretien maison se rapprochant des modèles conceptuels »	2

Question 7 : Connaissez-vous des modèles conceptuels ergothérapeutiques ?

Réponses	Nombre d'ergothérapeutes ayant données cette réponses
OUI	42
NON	0

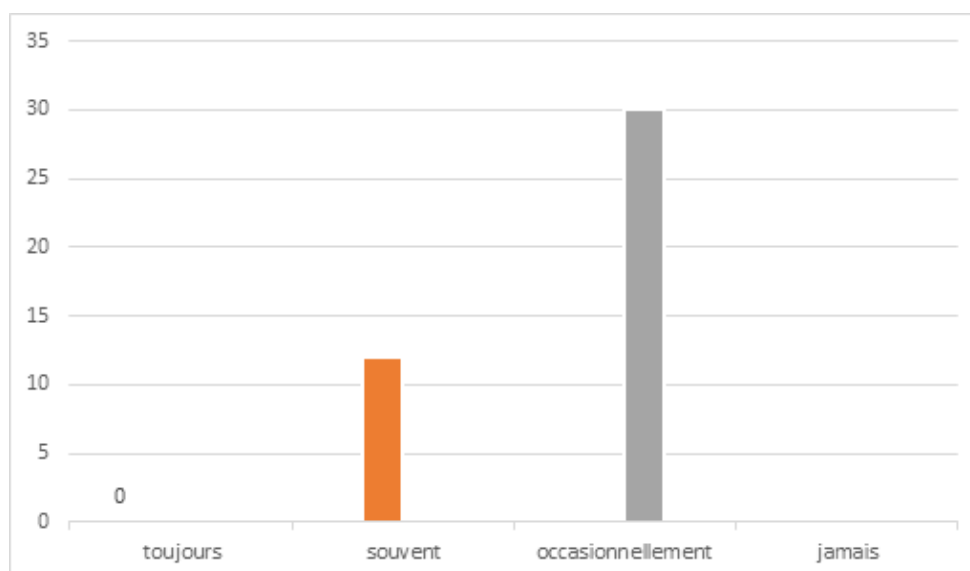
Question 8 : Si oui, le(s)quel(s) ?

Modèles conceptuels	Nombre d'ergothérapeutes ayant données cette réponse
MCRO	36
MOH	25
PPH	15
KAWA	12
CIF	11
Cognitivo-comportemental	3
Systemique	3
Modèle ludique	2
PRPP	1
WOOD	1
POE	1
CO-OP	1
Lifestyle redesign	1

Question 9 : Utilisez-vous des modèles conceptuels ergothérapeutiques ?

Réponses	Nombre d'ergothérapeutes ayant données cette réponses
OUI	26
NON	1

Question 10 : Remarquez-vous un manque d'engagement de la part de vos patients durant leur séance d'ergothérapie ?



Désengagement des patients : question 11 et 12

Questions	Idées générales	Citations	Nombre d'ergothérapeutes ayant donné cette réponse
Question 11 : Comment remarquez-vous le désengagement d'un patient ?	Manque d'assiduité pour venir aux séances	« Manque d'assiduité dans les séances, oubli des séances » « Refus de venir en séances » « Absence répété aux séances » « Retard aux séances, voire absences injustifiés » « manque d'assiduité lors d'autoexercices »	17
	Ne comprend pas l'intérêt des séances et de l'ergothérapie	« Peu d'intérêt pour la réalisation d'une activité thérapeutique » « Difficulté à trouver de l'intérêt dans ce qu'on leur propose malgré les explications données » « Il en comprend pas l'intérêt de la séance ou des exercices » « Ne sait pas pourquoi il/elle effectue un exercice » « Remise en question de l'ergo par rapport à la kiné » « Devoir se justifier sur nos pratiques »	6
	Verbalise ou signe extra-verbal	« Verbalisation » « attitude corporelle » « remarques de leur part » « dit qu'il a assez vécu » « souffle » « il le dit dans son discours »	12
	N'exprime plus	« peu de formalisation	4

	d'objectif, se laisse guider par le thérapeute	d'objectif » « ne donne plus d'objectifs et se laisse guider par le thérapeute »	
Question 12 : Comment réagissez-vous dans le cas où vous sentez que votre patient se désengage ?	Dialogue : - Relationnelle pour identifier la cause de son désengagement	« j'évoque le sujet avec lui » « discussion » « empathie, bienveillance, coaching, moment plus détente avec plus de « relationnelle » pour entretenir et maintenir la relation » « j'échange avec le patient pour identifier les raisons du refus » « refaire un point avec lui » « je lui demande si quelque chose lui tracasse » « moment de discussion à l'écart de la salle de rééducation »	23
	Redéfinir les objectifs : - donner sens aux soins - Identifier les objectifs ou en établir de nouveaux	« revoit les objectifs avec le patient » « ajout d'objectifs intermédiaires » « je lui exprime et revoie les objectifs avec lui » « revoit les objectifs avec le patient » « je demande au patient de me rappeler quels sont ses objectifs » « je réexplique les objectifs des séances, ce que l'on fait travailler, comment et pourquoi »	23
	Redéfinir les moyens thérapeutique : - identification ou se recentrer sur les activités significative pour	« identification des activités signifiantes » « propose d'autre moyens d'intervention » « réadaptation de la séance » « choix ensemble du contenus de séances » « j'essaye de recentrer la prise en charge sur	21

	le patient - nouvelles propositions d'activités	les habitudes du patient » « proposition de mise en situation » « proposer des activités valorisantes, signifiantes et significatives pour la personne »	
	Laisser du temps au patient	« je laisse le temps au patient » « respect de sa forme physique » « je n'insiste pas plus si la personne n'est pas réceptive et/ou trop fatiguée » « certains ont besoin de temps » « respect de la décision du patient »	6
	Echanges pluridisciplinaire et entourage de la personne	« discussion équipe » « j'essaye de discuter avec le patient et les autres professionnels » « discussion avec autres professionnels le suivant et le médecin » « je revois avec le médecin pour arrêter » « je questionne aussi les autres intervenants et , si besoin, j'informe le médecin en réunion pluridisciplinaire » « si cela persiste et se généralise à toute la prise en soins je demande à la psychologue d'intervenir » « contact avec entourage » « échange avec le patient et/ou sa famille)	7

Les facteurs et déterminants impactant l'engagement thérapeutique des patients : Question 13 et 14

Questions	Idées générales	Citations	Nombre d'ergothérapeutes ayant donné cette réponse
<p>Question 13 :</p> <p>Selon vous, quels sont les facteurs, les déterminants, favorable à l'engagement thérapeutique de vos patient ?</p>	<p>La co-construction</p>	<p>« identifier les objectifs avec le patient » « la détermination commune des objectifs » « ne pas se positionner en ergo comme celui qui sait » « objectif définis ensemble » « il est important que le patient soit actif dans sa rééducation » « acteur dans sa rééducation » « co-construction des objectifs » « le patient doit d'exprimer et être entendu » « ils ont un pouvoir décisionnaire, ou on reconnaît leur savoir expérientiel »</p>	<p>20</p>
	<p>L'explication et la compréhension de notre profession et de nos moyens thérapeutique</p>	<p>« informer, montrer ce que l'accompagnement peut apporter aux patients » « l'explication de chaque exercice » « pratique patient centrée » « qu'il comprenne ce qui ne va pas » « bonne compréhension de ce qu'est</p>	<p>19</p>

		l'ergothérapie » « la compréhension de l'intérêt des exercices » « expliquer au patient chaque intervention ergo »	
	L'approche occupationnelle	« activités signifiantes et significatives » « activités qui ont du sens pour la personne » « approche occupation centrée » « faire des mises en situation » « le concret (mise en situation) » « être le plus proche possible de ses habitudes de vie, de ses loisirs »	26
	La relation thérapeutique	« le dialogue » « l'alliance thérapeutique » « la transparence dans les échanges » « la transparence dans les échanges » « lien patient thérapeute positif » « relation de confiance » « être honnête avec lui, dire quand nous aussi on a des doutes, l'encourager »	14
	Le caractère et la personnalité du patient	« Etat psychologique » « favoriser l'engagement par les valeurs des personnes » « facteurs intrinsèques à la personne en elle-même » « disponibilité émotionnel du patient » « personnalité antérieure de la personne »	9
	L'environnement	« environnement du patient	6

	(humain et physique)	porteur (famille proche, bonne intégration sociale) » « l'entourage » « l'environnement facilitateur » « bon entourage »	
	La progression dans la récupération	« les bénéfices apportés » « la progression dans la rééducation » « espoir de récupération » « si une récupération est présente » « conscience de ses troubles »	6
Question 14 : Selon vous, quels sont les facteurs, les déterminants, défavorable à l'engagement thérapeutique de vos patient ?	L'environnements : humain, matériel, culturel et social	« l'environnement humain » « parfois l'entourage » « environnement du patient démotivant » « ne pas pouvoir mettre en situation de la patient dans un lieu adapté donc l'environnement l'exercice qui n'est pas cohérent » « le patient a dû mal a se projeter si on ne fait pas des vrai mises en situation dans une salle de bain ou une chambre par exemple »	8
	L'incompréhension de notre pratique et de nos moyens thérapeutiques	« La non compréhension des objectifs recherchés derrière chaque exercice » « des moyens qui ne parle pas au patient » « le manque de compréhension sur ce qu'on fait, le manque d'explication	11

	et de lien entre l'activité proposé et les objectifs de la personne » « les activités « trop enfantin » « le manque d'information sur l'ergothérapie »	
Le patient n'est pas acteur dans son processus d'intervention	« l'absence de prise en compte de ses habitudes de vie » « activités non significatives » « des objectifs discordant avec les besoins du patient » « désaccord sur les objectifs à fixer » « incompréhension des objectifs, pas de mises en commmun des objectifs soignant-patient, pas de prise en compte de son avis »	16
Le cadre thérapeutique	« un cadre trop lâche ou trop strict » « le temps » « trop de patient en même temps (patient se sent délaissé) » « Moyens infantilisants, trop de patient dans la salle »	4
Eléments médicaux et/ ou pathologique et/ou psychologique	« dépression » « la patholige, la restriction de participation, les incapités » « la méconnaissance de leur pathologie et des troubles qui en découlent » « stagnation voir une baisse des capacités fonctionnelles » « moral »	13

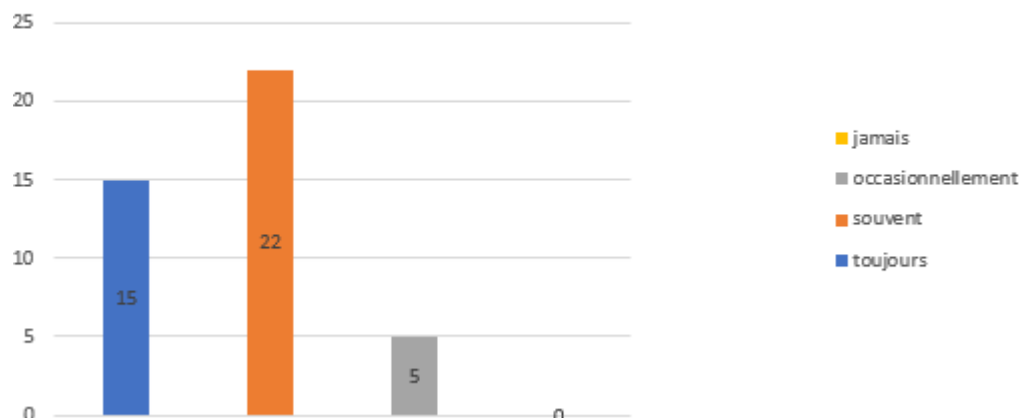
		« certaines atteintes neurologiques »	« troubles cognitifs »	« troubles neuropsychologiques »
--	--	---------------------------------------	------------------------	----------------------------------

Question 15 : Selon vous, quels sont les bénéfices spécifiques de l'ergothérapie dans l'engagement thérapeutique du patient ? :		
Eléments de réponses	Citations	Nombre d'ergothérapeutes ayant donné cette réponse
Une prise en soins global de la personne	<p>« accompagnement centrée sur la personne et ses activités significantes et significatives, tout en tenant compte de l'environnement »</p> <p>« prise en compte de ses habitudes de vie »</p> <p>« on s'intéresse à sa vie, à ses projet, à l'identité propre de la personne »</p> <p>« pratique holistique, centrée sur la personne »</p> <p>« une approche centrée sur la personne et à la fois globale. Prise en compte de l'impact psychologique négatif inhérent à toute</p>	24

	<p>affection »</p> <p>« pas seulement ses capacités motrices ou cognitive. Nous ne nous occupons pas que de la pathologie. »</p>	
<p>Les moyens thérapeutiques facilitant la projection</p>	<p>« le patient a des retours concrets de son évolution, via évaluations écologiques »</p> <p>« utilisation/Mobilisation des occupations de la personne »</p> <p>« nous apportons, la plupart du temps, des choses concrètes »</p> <p>« le lien avec les activités écologiques » « les différentes activités occupationnelles »</p> <p>« modèles conceptuel centrés sur le patient »</p> <p>« la force des mises en situation »</p> <p>« on parle du quotidien au patient, on est dans le concret, la mise en situation »</p> <p>« mise en situation dans un environnement reproduisant un milieu de</p>	<p>27</p>

	vie ou le milieu de vie de la personne »	
La co-construction du plan d'intervention (objectifs, moyens)	<p>« de ce qu'il cherche à retrouver comme compétence »</p> <p>« proposer des objectifs et activités thérapeutique en accord avec le patient »</p> <p>« le patient choisit lui-même des objectifs »</p> <p>« recueil direct des besoins exprimés par le patient par rapport à ses propres problématiques »</p>	9
Autres	<p>« Reprise de confiance en ses capacités, rassurant dans l'accompagnement»</p> <p>« Valorisation, confiance en ses capacités, retour à l'autonomie dans la vie de tous les jours »</p> <p>« relation avec l'ergothérapeute est souvent très différentes d'avec celle des autres professionnels. »</p> <p>« On participe à l'éducation thérapeutique »</p>	3

Question 16 : Utilisez-vous les mises en situation comme moyen thérapeutique ?



Question 17 : Estimez-vous que votre environnement de travail soit adapté pour réaliser des mises en situations ?

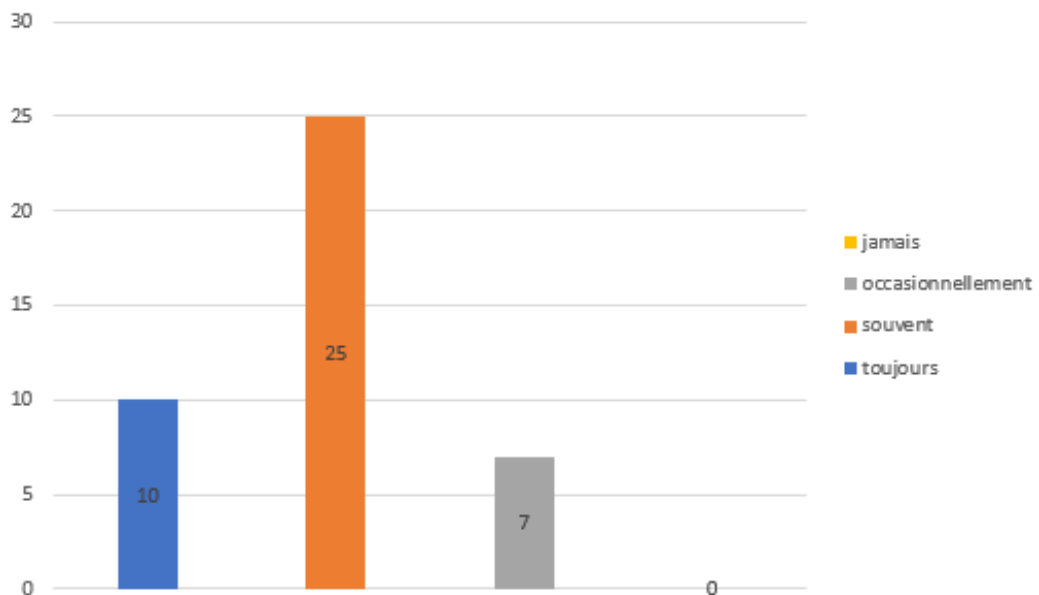
Réponses	Nombre d'ergothérapeutes ayant donnés cette réponses
OUI	26
NON	16

Question 18 : De quels aménagements disposez-vous dans votre environnement de travail ?

Réponses	Nombre d'ergothérapeutes ayant donnés cette réponse
Appartement thérapeutique	17
Espace commum	2
Buanderie	3
Simulateur de conduite	7
Espace coiffeuse	1

Véhicule adapté	2
Salle de simulation	2
Menuiserie	1
Mise en situation avec auto-école	2
Domicile du patient	3
Salon	2
Sorties thérapeutique	5
Salle de bain	13
Jardin thérapeutique	8
Bureau	6
Chambre	17
Cuisine thérapeutique	31

Question 19 : Utilisez-vous ces espaces thérapeutique avec vos patients ?



Question 20 : De quels aménagements estimez-vous manquer dans votre service d'ergothérapie ?

Réponses	Nombre d'ergothérapeutes ayant donné cette réponse
Jardin thérapeutique	14
Simulateur de conduite	7
Appartement thérapeutique	10
Chambre thérapeutique	5
Cuisine thérapeutique	3
Salle de bain thérapeutique	4
Salon	3
Simulateur de conduite	1
Atelier	3
Bureau	2
Du temps	2
Aucun	1

L'impact de l'environnement des services d'ergothérapie sur l'engagement thérapeutique des patients

MONJEOT Alicia

Résumé : L'ergothérapeute concentre sa pratique sur l'analyse holistique de la personne mettant en lien ses occupations, son environnement, ses capacités mais aussi ses besoins. Pour se faire les mises en situations sont un moyen thérapeutique utilisé. Cette approche occupationnelle favorise l'engagement thérapeutique des patients. Cependant, la corrélation entre une occupation et un environnement doit également être réfléchi à l'échelle des services d'ergothérapie. L'objectif de cette étude est de déterminer en quoi l'environnement des services d'ergothérapie impacte l'engagement thérapeutique des patients. À cet effet, un questionnaire a été réalisé et diffusé auprès d'ergothérapeutes exerçant en rééducation/réadaptation. Cette étude met en évidence que l'engagement thérapeutique est favorisé par de multiples facteurs comme l'approche occupationnelle et le fait de rendre le patient acteur dans son accompagnement.

Mots clés: engagement thérapeutique – ergothérapie – environnement des services – mises en situation - occupation

The impact of the environment of occupational therapy services on the therapeutic commitment of patients

Abstract : Occupational therapists focus their practice on a holistic analysis of the person, linking occupations, environment, abilities and needs. To do so, simulations are used as a therapeutic method. This occupational approach fosters therapeutic commitment of patients. However, the connection between the occupation and the environment must also be considered at the level of occupational therapy service. The objective of this study is to determine how the occupational therapy service environment has an impact on patients' therapeutic commitment. For this purpose, a questionnaire was created and shared with occupational therapists working in rehabilitation. This study highlights that therapeutic engagement is favored by numerous factors such as the occupational approach and the fact of making the patient a player of his therapeutic management.

Keywords : therapeutic commitment – occupational therapy – environment of occupational therapy services – simulation - occupation