

Institut de formation en Ergothérapie de Créteil



# L'activité signifiante en ergothérapie, Source de volition ?

Etude auprès de patients victimes d'un accident vasculaire cérébral  
selon le Modèle de l'Occupation Humaine

Mémoire d'initiation à la recherche

Présenté pour le diplôme d'Etat d'ergothérapeute

Session de juin 2017

**FUTSCH Maurine**



## Remerciements

*Je tiens à remercier,*

*Mes deux maitres de mémoire Eponine URIER et Amélie PERRIN pour leur disponibilité et leurs conseils précieux,*

*Les ergothérapeutes qui ont pris le temps de répondre à mes questions,*

*Les deux patients qui m'ont autorisées à les observer en séance,*

*Tous les intervenants de l'IFE de Créteil pour leur suivi tout au long de la rédaction de ce mémoire,*

*Ma famille et mes amis pour leur aide et leur soutien.*

## ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 50 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussignée Maurine FUTSCH étudiante en 3<sup>ème</sup> année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informé(e) des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le 29/05/17

Signature :

## **Note aux lecteurs**

Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de formation d'ergothérapie de Créteil.

<b>Introduction</b> .....	1
<b>Situation d'appel</b> .....	3
<b>PARTIE A : CADRE THEORIQUE</b> .....	5
<b>1. L'accident vasculaire cérébral</b> .....	5
1.1. Définitions .....	5
1.2. Les conséquences de l'AVC .....	6
1.3. Le plan d'action national AVC 2010-2014 .....	9
1.4. AVC et ergothérapie .....	10
<b>2. La volition du patient post-AVC</b> .....	13
2.1. Le Modèle de l'Occupation Humaine .....	13
2.2. La volition : la motivation selon le MOH .....	15
2.3. La pratique centrée sur la personne .....	17
2.4. Les facteurs motivationnels .....	18
<b>3. L'activité en ergothérapie</b> .....	21
3.1. L'ergothérapie, science de l'activité humaine .....	21
3.2. L'activité : outil thérapeutique de l'ergothérapeute .....	22
3.3. Les activités signifiantes et significatives .....	24
3.4. L'importance de l'intérêt de l'activité .....	25
<b>PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESE</b> .....	27
<b>PARTIE B : CADRE EXPERIMENTAL</b> .....	28
<b>1. Méthodologie de l'enquête</b> .....	28
1.1. Objectifs .....	28
1.2. Populations .....	28
1.3. Outils .....	29
1.4. Limites et critique des outils .....	31
<b>2. Résultats et analyse</b> .....	32
2.1. Présentation des résultats des entretiens .....	32
2.2. Présentation des résultats de l'observation .....	36
2.3. Analyse transversale des résultats .....	39
<b>3. Discussion</b> .....	42
3.1. Mise en relation des résultats avec la partie théorique .....	42
3.2. Limites et intérêts de l'étude .....	46
3.3. Apports personnels et professionnels .....	47
3.4. Retour sur l'hypothèse .....	48
<b>Conclusion</b> .....	50
<b>Bibliographie</b> .....	52

## Introduction

En France, l'*accident vasculaire cérébral* (AVC) est la première cause de handicap acquis de l'adulte. D'après le Ministère des Solidarités et de la Santé, c'est également la deuxième cause de démence après la maladie d'Alzheimer et la troisième cause de mortalité. En effet 150 000 nouvelles personnes en sont victimes chaque année, soit un AVC toutes les 4 minutes [site FranceAVC]. Toutefois, l'AVC est souvent responsable de séquelles qui affectent la qualité de vie des patients. A travers ce recueil de données épidémiologiques, il est aisé de comprendre en quoi l'AVC représente un enjeu de santé publique. C'est pourquoi cette population fait l'objet d'un « *plan national d'action 2010-2014* » établi par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Selon les données de l'Agence régionale de santé, le plan a pour objectif d'améliorer la prévention et la prise en charge de cette population.

De ce fait, l'hospitalisation est précoce, intensive et longue afin de maximiser le pronostic de récupération des déficiences en soins de suite et de réadaptation (SSR). En effet, l'AVC entraîne de nombreuses séquelles motrices, cognitives ou comportementales. Elles vont alors bouleverser les habitudes de vie des personnes et favoriser leur perte d'autonomie et d'indépendance. C'est pourquoi l'ergothérapeute intervient auprès de cette population, il

*« doit assurer le traitement des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps de nature somatique, psychique ou intellectuelle, en vue de solliciter, en situation d'activité et de travail, les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles d'adaptation fonctionnelle et relationnelle des personnes traitées, pour leur permettre de maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle »* [décret n°86-1195 du 21 novembre 1986].

Ces changements d'habitudes et l'hospitalisation intensive peuvent amener la personne à perdre sa motivation dans la phase de rééducation. En effet, par des observations sur des terrains de stage, j'ai observé un manque d'investissement de la part des patients post-AVC de manière générale. C'est pourquoi les ergothérapeutes accordent un grand intérêt à la motivation du patient, pour rendre la rééducation plus efficace dans l'accompagnement du patient post-AVC. Ainsi comment l'ergothérapeute peut favoriser la motivation du patient post-AVC ?

A partir de ces questionnements s'est élaborée la question de recherche suivante : **de quelle manière l'ergothérapeute peut-il favoriser la volition de la personne victime d'un accident vasculaire cérébral dans sa rééducation ?** Celle-ci est formulée à partir du terme « *volition* » que l'on définit comme la motivation d'agir. Ce terme est issu du modèle de l'occupation humaine, modèle ergothérapique centré sur la personne, qui conceptualise ce mémoire d'initiation à la recherche.

Dans un premier temps, je présenterai ma situation d'appel expliquant le cheminement jusqu'à la construction de la question de recherche. Pour répondre à cette problématique, cette étude s'appuiera sur des références théoriques en développant la physiopathologie de l'accident vasculaire cérébral, puis le concept de volition et enfin l'activité en ergothérapie. Ensuite pour vérifier la validité de l'hypothèse formulée, je mènerai une enquête pour amener à une discussion et enfin ouvrir le champ des perspectives professionnelles.

## Situation d'appel

La rédaction du mémoire de fin d'étude représente pour tout étudiant, l'incontournable étape venant conclure ces trois années étudiantes de formation en ergothérapie. C'est l'occasion de mener une recherche professionnelle à partir d'un questionnement personnel. C'est pourquoi j'ai choisi de mener cette étude sur une situation de stage ayant suscité de nombreux questionnements.

Tout au long de notre formation, nous sommes sensibilisés à la pratique de l'ergothérapie centrée sur le patient. Cette pratique insiste sur le fait d'impliquer la personne dans sa rééducation, pour que le patient et le thérapeute déterminent ensemble les objectifs et les moyens du plan d'intervention. Cette démarche permet de rendre le patient acteur de ses soins. C'est à travers ces bases théoriques que j'ai vécu mes premiers accompagnements en tant que stagiaire ergothérapeute.

Tout d'abord, ma première expérience dans un centre de rééducation fonctionnelle a eu lieu en deuxième année d'étude en ergothérapie. J'ai alors intégré le service d'hôpital de jour accueillant des pathologies traumatiques, orthopédiques, neurologiques et rhumatologiques pour une population adulte. Les activités utilisées étaient davantage à caractère analytique, c'est-à-dire qu'elles ont une visée de stimulation et de récupération des fonctions déficitaires. Elles n'ont pas de finalité d'action mais une production de mouvement. Ces activités peuvent être perçues comme réductionnistes, mais elles permettent de stimuler la fonction lésée sans pour autant mettre en échec la personne. A titre d'exemple, l'ergothérapeute peut proposer un exercice de déplacement de cônes.

C'est ainsi que j'ai choisi d'appuyer cette réflexion à travers l'accompagnement d'un patient qui m'a interpellé lors de ce stage. Cette personne avait été victime d'un AVC un an plus tôt. Malgré une durée d'hospitalisation longue son membre hémiplégique était encore très spastique, et il présentait également quelques troubles de l'initiative et de la mémoire de travail. Sa réadmission au centre avait pour objectif une réévaluation de ses habiletés. Lors des séances de rééducation, le patient était très peu motivé par le contenu des séances. Etait-ce d'après lui, inutile de réintégrer le centre un an après son AVC ?

Les séances se composaient alors la plupart du temps, de la réalisation d'activités analytiques comme des déplacements de cônes ou de jeu de solitaire. Au fil des séances, le patient exprimait sa lassitude face aux activités qu'il qualifiait d'infantilisante et peu stimulante. Finalement le patient a fini par ne plus se rendre en séance d'ergothérapie. Était-ce une lassitude vis-à-vis du centre de rééducation d'une manière générale ? Était-ce les objectifs ou les moyens de rééducation qui ne correspondaient pas aux désirs de rééducation du patient ? Je me suis alors remise en question sur le contenu des séances, c'est-à-dire sur les moyens utilisés. En effet, comment le patient peut-il s'approprier l'activité si elle est étrangère pour lui ? Comment peut-il être motivé par une activité qui n'a pas de sens pour lui ? Ainsi je me suis davantage intéressée aux activités signifiantes et significatives faisant référence au sens donnée par la personne et au sens social donnée par l'entourage à l'activité [MOREL BRACQ, 2009]. Ma question de départ était alors : **est-ce que le type d'activité employée en ergothérapie peut influencer le comportement du patient vis-à-vis de sa rééducation ?**

En effet, le modèle biomédical était prédominant dans cette institution, le but étant de retrouver le fonctionnement physiologique antérieur. Il s'agit d'un modèle vertical où le thérapeute est expert, il partage ses connaissances au patient. Pour les patients hémiplésiques, les exercices visaient à récupérer les amplitudes articulaires, la force et la dextérité [BIARD N, 2012]. Ce modèle permet de mesurer les performances, de quantifier et d'objectiver l'atteinte de ses troubles. Néanmoins cette approche centre son intention sur l'individu et les moyens utilisés sont loin des occupations du patient. Cette conception biomécanique diverge de la vision holistique de la personne revendiquée par la profession d'ergothérapeute. Ainsi, est-ce cette approche biomédicale qui explique ce manque de motivation ? Je me suis alors davantage intéressée à la démarche centrée sur le patient, dont le Modèle de l'Occupation Humaine se conceptualise, pour établir la question de recherche suivante : **de quelle manière l'ergothérapeute peut-il favoriser la volition de la personne victime d'un accident vasculaire cérébral dans sa rééducation ?**

Au regard de ces différentes investigations, j'ai relevé un point important pour répondre à ma question de recherche, l'utilisation d'activités signifiantes. J'émetts donc l'hypothèse suivante : **Le choix d'une activité signifiante comme moyen de rééducation permet l'implication active du patient dans la prise en soin.**

# PARTIE A : CADRE THEORIQUE

Pour ce travail de recherche, un cadre théorique a été élaboré grâce aux informations issues de la littérature. Il en ressort trois concepts que l'on développera ci-dessous : en premier lieu l'accident vasculaire cérébral, puis la volition et enfin l'activité en ergothérapie.

## 1. L'accident vasculaire cérébral

### 1.1. Définitions

Un accident vasculaire cérébral (AVC) résulte de « *l'interruption de la circulation sanguine dans le cerveau, en général quand un vaisseau sanguin éclate ou est bloqué par un caillot. L'apport en oxygène et en nutriments est stoppé, ce qui endommage les tissus cérébraux* ». [Organisation Mondiale de la Santé, OMS]. Selon PINEL il en existe deux types [2007, p.207] :

Les plus fréquents, dans 80% des cas selon l'INSERM<sup>1</sup>, sont les AVC ischémiques. Il s'agit d'une artère bouchée par un caillot de sang entraînant un blocage de la circulation sanguine.

Le deuxième type correspond aux AVC hémorragiques, soit 20% des AVC selon l'INSERM. Il s'agit d'une rupture d'une artère déclenchant une hémorragie intracérébrale. Celle-ci entraîne une diffusion de sang dans le tissu cérébral formant un hématome dans le cerveau.

Cependant, il arrive que l'accident ne dure que quelques dizaines de secondes ou quelques minutes : il s'agit alors d'un accident ischémique transitoire. Il peut être annonciateur de la survenue d'un accident vasculaire définitif.

Selon la haute autorité de santé, on distingue trois phases d'évolution de l'AVC : la phase aiguë avant le 14<sup>ème</sup> jour, la phase subaiguë entre le 14<sup>ème</sup> et 6 mois et la phase chronique après 6 mois [HAS, 2012].

---

<sup>1</sup> Institut nationale de la santé et de la recherche médical

Pour expliquer un tel accident, des facteurs de risques ont été établis. Il s'agit de caractéristiques de l'individu qui entraînent une probabilité plus élevée de souffrir d'une maladie cardio-vasculaire. Certains d'entre eux sont des facteurs sur lesquels nous ne pouvons agir comme l'âge et les antécédents familiaux. D'autres dépendent de l'hygiène de vie comme l'hypertension artérielle, l'alcoolisme, le tabagisme, l'hypercholestérolémie, le diabète, les cardiopathies, la prise d'une contraception, l'obésité ainsi que les migraines... [BAILLE et al., 2010].

## 1.2. Les conséquences de l'AVC

Néanmoins, les conséquences de l'AVC varient en fonction de la partie du cerveau touchée et de la gravité de l'atteinte [OMS]. Cet accident implique de nombreuses séquelles sur les habiletés du patient impactant son indépendance et son autonomie. Pourtant indissociables, ces deux derniers termes sont distincts par leur définition ; l'*indépendance* est définie comme la « *capacité d'effectuer sans aide les activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, mentales, économiques ou sociale* » tandis que l'*autonomie* comme la « *capacité d'une personne à choisir elle-même les règles de sa conduite, l'orientation de ses actes et les risques qu'elle est prête à courir pour les assumer* » [site web de l'OMS]. Toutefois, l'ergothérapeute va établir les objectifs de son accompagnement en tendant vers ces deux notions en fonction des troubles spécifiques à la personne. C'est pourquoi il est important pour l'ergothérapeute de savoir quelles sont les zones du tissu cérébral touchées pour cibler les évaluations initiales à réaliser lors du début de l'hospitalisation.

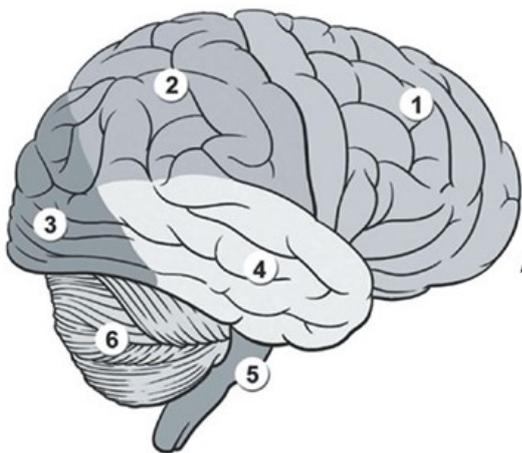


Figure 1 Rappels neuro-anatomique <http://icm-institute.com>

Le cerveau constitue l'ensemble des deux hémisphères cérébraux : l'un à gauche, l'autre à droite. Chaque hémisphère est composé de quatre lobes qui ont une fonction propre à chacun : le **lobe frontal (1)** correspond au lobe de l'action, il gère la motricité volontaire, le raisonnement, la prise de décisions, la planification, l'inhibition et le comportement social. L'ensemble de ces fonctions correspondent aux fonctions exécutives, dites « supérieures ». Puis le **lobe pariétal (2)** contrôle l'orientation spatiale, le toucher et la sensibilité.

Suit le **lobe occipital (3)** correspond au centre de la vision. Enfin le **lobe temporal (4)** gère les informations relatives à l'audition, à l'olfaction et au goût.

Par ailleurs, le **tronc cérébral (5)** intervient dans les fonctions végétatives, c'est-à-dire, les fonctions commandées non volontairement : comme le contrôle de la respiration, de l'activité cardio-vasculaire et de la pression artérielle. Tandis que le **cervelet (6)** permet de réguler de façon précise les actions motrices volontaires, le maintien de l'équilibre et le contrôle du tonus musculaire et de la posture. En résumé il s'agit de l'organe régulateur de la motricité. [TORTORA et DERRICKSON, 2009]

Par conséquent, les séquelles dépendent alors de la localisation de la lésion. Parmi, « *les 130 000 nouveaux cas annuels, [...] seuls 30 000 vont récupérer sans séquelle* » [AZOUVI et al, 2004]. Depuis 2004, nous comptons de plus en plus d'AVC soit 150 000 nouveaux cas en 2015. Par soucis de clarté, les séquelles ont été classées en quatre dimensions de troubles : moteurs, sensitifs, cognitifs et comportementales.

### 1.2.1. Moteurs

Parmi les conséquences de l'AVC, au niveau du système nerveux central, la séquelle la plus caractéristique est l'hémiparésie. Il s'agit de « *la perte plus ou moins complète de la motricité volontaire dans une moitié du corps* » [DE MORAND, 2012]. Elle correspond à un déficit de la commande volontaire de l'hémicorps controlatéral de la lésion cérébrale : si l'AVC a lieu dans l'hémisphère gauche du cerveau, c'est l'hémicorps droit qui est paralysé et vice versa. Toutefois si la paralysie est incomplète, il s'agit d'une hémiparésie. Ce trouble peut s'accompagner d'un trouble du tonus (spasticité) et de la présence de mouvements anormaux (syncinésie). Toutefois dans d'autres cas, la paralysie peut être hypotonique appelée aussi hémiparésie flasque.

Par ailleurs, au niveau du système nerveux autonome, d'autres troubles peuvent être occasionnés : dont l'incontinence urinaire et fécale, les troubles de la déglutition, de la digestion et cardio-respiratoires, ou encore des troubles génitaux et sexuels. Au-delà des troubles moteurs, des déficiences sensitives sur l'hémicorps lésé peuvent être présentes.

### 1.2.2. Sensitifs

Dans cette catégorie, il existe deux niveaux de sensibilité : profond et superficiel. Au niveau profond, les troubles se manifestent par des erreurs de perception des positions ou des mouvements des membres. Tandis qu'au niveau superficiel, il s'agit d'une perte de la sensibilité de la face ou d'un membre, la plupart du temps d'un seul côté du corps [INSERM]. Les déficiences sensitives correspondent à l'insensibilité d'un membre : de la douleur, de la chaleur ou encore du toucher.

### 1.2.3. Cognitifs

Parmi les troubles neuropsychologiques, les troubles sont distincts s'il s'agit d'une personne atteinte de l'hémisphère gauche ou droit. Lors d'une atteinte de l'hémisphère droit, parmi les troubles fréquents nous trouvons : une hémignégligence, une hémiasomatognosie, une anosognosie, une désorientation temporo-spatiale, des troubles de l'imitation des gestes et enfin des apraxies (constructives et de l'habillage) [DE MORAND, 2012]. Tandis que pour une atteinte de l'hémisphère gauche, nous pouvons trouver une aphasie, des troubles de l'imitation du geste et des apraxies (gestuelles, constructives, de l'habillage, et bucco-faciale).

Au niveau des fonctions dites supérieures nous retrouvons des troubles attentionnels, des atteintes mnésiques, des troubles gnosiques, des troubles des fonctions exécutives, et également du comportement et des émotions [DE MORAND, 2012]. Tous ces troubles peuvent conduire la personne vers un bouleversement psychologique.

### 1.2.4. Comportementales

Après la survenue de l'AVC, des modifications de caractère et de comportement peuvent survenir. Parmi ces troubles, la fatigue est le plus important selon le Pr Derkinderen [2010], il la définit comme « *une lassitude résultant d'un effort prolongé* ». Ce trouble est pathologique lorsque le syndrome de fatigabilité s'exprime après un effort minime dans l'activité. Ce syndrome peut être la conséquence d'une dénutrition ou de la prise de certains médicaments. Il est difficilement distinguable de la dépression post-AVC car la fatigue est elle-

même un symptôme de la dépression. En effet 30% des personnes ayant fait un AVC présentent un syndrome dépressif [INSERM]. D'après PARIEL-MADJLESSI [2005, cité par DE MORAND, 2012], la survenue d'une dépression influencerait de manière négative la récupération fonctionnelle de l'individu qui est un facteur déterminant pour l'avenir du patient dans sa vie quotidienne.

Dans certains cas peut apparaître après l'AVC une perte de motivation ou de l'initiative. D'après le Pr DERKINDEREN [2010], dans certains cas peut apparaître également une perte de motivation ou de l'initiative dans les activités de vie quotidienne (AVQ). Ce trouble demande une présence importante des proches dans le quotidien de la personne. C'est pourquoi l'ergothérapeute a un rôle important dans la rééducation du patient pour permettre à la personne de se rendre compte de ses habiletés dans les AVQ. Enfin d'autres troubles comportementaux peuvent apparaître comme des troubles de l'humeur caractérisés par une hyperémotivité ou des crises d'angoisse.

### **1.3. Le plan d'action national AVC 2010-2014**

Par conséquent, l'ensemble de ces troubles entraîne une situation de handicap au quotidien pour la personne qui est victime d'un AVC. D'après la loi n°2005-102, la notion de handicap :

*« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».*

Ainsi l'AVC constitue la première cause de handicap acquis chez l'adulte en France. Il s'agit d'un enjeu de santé public, c'est pourquoi le Ministère des Solidarités et de la Santé a créé le plan d'action national AVC 2010-2014 qui repose sur 4 priorités, déclinées en 17 actions opérationnelles (Site ARS ile de France) :

- Améliorer la prévention et l'information de la population avant, pendant et après l'AVC ;

- Mettre en œuvre des filières de prise en charge et les systèmes d'information adaptés ;
- Assurer l'information, la formation et la réflexion des professionnels ;
- Promouvoir la recherche et veiller aux équilibres démographiques des professionnels de santé.

A travers ces objectifs d'accompagnement de cette population, le Ministère des Solidarités et de la Santé préconise de commencer une prise en charge de manière précoce. Tout en mettant en place une prise en charge en interprofessionnalité et un projet d'éducation thérapeutique pour favoriser l'implication du patient. (Ministère des Solidarités et de la Santé, rapport 2009). Au sein de l'équipe interprofessionnelle, l'ergothérapeute intervient dans la phase de rééducation, de réadaptation et de réinsertion à l'aide de différents moyens.

#### **1.4. AVC et ergothérapie**

Dans cette équipe interprofessionnelle intervient l'ergothérapeute tout au long du parcours de soins : du début de l'hospitalisation, en passant par la rééducation puis jusqu'au retour à domicile.

La première étape du parcours de soins de l'adulte victime d'AVC est la prise en charge en service d'urgence. Cela correspond à la phase aigüe de la prise en charge soit jusqu'à 14 heures après l'AVC. Elle s'opère à l'hôpital général ou en unité neuro-vasculaire (UNV) créée dans le plan d'action national AVC 2010-2014. En effet, l'AVC est à la fois une pathologie aigüe qui nécessite une prise en charge en urgence, mais aussi une pathologie chronique avec des conséquences invalidantes qui entraînent une situation de handicap à long terme [YELNIK & al., 2012]. Dans un premier temps, le suivi par l'ergothérapeute débute par l'installation de la personne au lit et au fauteuil avec pour objectif la prévention de troubles cutanés [Organisation des ergothérapeutes du Québec].

Ensuite le patient est redirigé en soins de suite et réadaptation où une évaluation complète de la situation du patient est réalisée par une équipe pluri professionnelle encadrée par un médecin. Elle permettra d'orienter l'accompagnement du patient et d'établir des objectifs de prise en charge [YELNIK & al., 2012]. Le but est de pallier au maximum aux conséquences de l'AVC sur l'indépendance du patient et sur sa satisfaction personnelle. Elle

durera 1 à 4 mois environ, voire davantage en fonction de l'importance des déficiences et de l'évolution de l'état de santé du patient [YELNIK & al., 2012]. Compte tenu des conséquences fonctionnelles, la personne peut éprouver des difficultés à réaliser la majorité de ses activités : habillage, alimentation, hygiène personnelle, loisirs, travail, etc... L'ergothérapeute commence son suivi par une évaluation des limitations de la personne, ses habiletés, ses intérêts et son niveau d'autonomie et d'indépendance dans la réalisation de ses activités quotidiennes [Organisation des ergothérapeutes du Québec].

Au début de la rééducation, l'ergothérapeute vise la récupération maximale des fonctions atteintes et enseigne des moyens pour compenser ses limitations d'activité pour l'encourager à participer dans ses activités de vie quotidienne. Par exemple il enseignera à une personne droitière gravement paralysée du côté droit, des techniques pour utiliser sa main gauche [Organisation des ergothérapeutes du Québec].

Par la suite afin de préparer son retour à domicile, selon les besoins, l'ergothérapeute peut préconiser des aides techniques ou réaliser une évaluation du domicile, de la conduite automobile, du lieu de travail et des loisirs. [Organisation des ergothérapeutes du Québec]

A l'issue du séjour en SSR, si le patient est en mesure de retourner à domicile. Il pourra poursuivre la rééducation en hôpital de jour, à travers une prise en charge libérale, ou encore grâce à une hospitalisation à domicile avec une équipe mobile spécialisée AVC pour superviser le retour à domicile [YELNIK & al., 2012]. A travers cette prise en charge, l'ergothérapeute intervient du début de l'hospitalisation jusqu'à l'éventuel retour à domicile avec des objectifs adaptés aux différentes étapes de l'hospitalisation.

En parallèle, l'ergothérapeute aide la famille à comprendre les difficultés de la personne au quotidien et à l'accompagner dans sa rééducation [Organisation des ergothérapeutes du Québec]. L'ergothérapeute fait donc en sorte que la personne puisse reprendre ses activités quotidiennes de la manière la plus satisfaisante possible, en dépit des limitations qui pourraient persister. D'une manière générale l'ergothérapeute aide la personne à rendre davantage autonome la personne dans ses activités de vie quotidienne.

Par conséquent, l'ergothérapeute a un rôle important dans la récupération des fonctions déficitaires. Celles-ci entraînent des séquelles qui impactent l'indépendance et l'autonomie de la personne victime d'un AVC. La situation de handicap, dans les activités de vie quotidienne, varie entre les individus selon les déficiences motrices ou cognitives. Mais elle peut également engendrer des difficultés dans les activités professionnelles ou de loisirs. Devant l'ensemble de ces changements, la personne victime d'un AVC peut être en manque de motivation dans la phase rééducative.

## 2. La volition du patient post-AVC

L'hospitalisation peut être longue suite à un AVC, et c'est lors de cette période que le patient désire retrouver ses fonctions perdues. En effet il perd une partie de lui-même et voit disparaître plusieurs aptitudes touchant son indépendance et son autonomie au quotidien. C'est pourquoi il attend beaucoup de résultats, il s'agit alors d'un « *désir de rééducation* ». Le terme « désir » signifie en latin « *souhaiter* » mais également « *déplorer la perte de* ». Cependant lors de la rééducation, le désir se confronte à la réalité qui est souvent synonyme d'échec. Le philosophe SPINOZA décrète que nos désirs sont associés à nos motifs d'action, s'ils disparaissent nous éprouvons moins de motivations à agir. C'est pourquoi il est alors important de susciter la motivation de la personne victime d'un AVC pour attiser le désir de rééducation et obtenir une meilleure récupération des fonctions déficitaires.

La motivation en terme générique est définie comme « *raisons, intérêts, ou éléments qui poussent quelqu'un dans son action* » [LAROUSSE, 2016]. Ce concept abstrait fait l'objet de nombreux écrits pour définir ce terme, et cela dans plusieurs domaines comme l'éducation, le travail ou le loisir... Beaucoup d'auteurs cherchent à théoriser l'effet que la motivation peut engendrer sur la performance de la personne. De façon usuelle, nous pourrions dire que la motivation entraîne l'engagement dans l'activité. Pour le thème de cette étude le modèle de l'occupation humaine (MOH) permet de prendre en compte la sphère de la motivation, appelée volition selon l'environnement de la personne.

### 2.1. Le Modèle de l'Occupation Humaine

Un modèle conceptuel selon MOREL-BRACQ est « *une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique* ». Chaque modèle permet d'avoir une réflexion globale sur la problématique d'une personne. Dans cette recherche le modèle qui me paraît le plus adéquat est le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH).

Son créateur, Gary KIELHOFNER, le définit comme un modèle qui permet d'organiser le recueil des données de la personne pour comprendre ses habiletés dans son quotidien. Il va permettre en finalité de mettre en place un traitement ergothérapique à travers une démarche centrée sur le patient [MOREL BARCQ, 2009]. Il permet de mettre en lumière les occupations signifiantes de l'être humain, c'est-à-dire les activités qui ont du sens pour la personne. Ainsi, la volition des personnes à se réaliser dans leur quotidien est, au centre des préoccupations de ce modèle, autant à travers les principes qui le définissent qu'au moment de l'intervention.

De ce fait, ce modèle interroge le rapport de la personne à l'occupation humaine. Selon l'auteur, l'occupation humaine est « *une large gamme d'activités (travail, loisir, activités de vie quotidienne) réalisées dans un contexte physique, temporel et socioculturel.* » [KIELHOFNER, 2008]. Plus particulièrement, il s'intéresse à la nature occupationnelle de l'individu qui donne un sens à sa vie et lui permet de s'adapter dans la société. Il consiste dans un premier temps à analyser la variété des comportements humains, puis à accroître la compréhension du fonctionnement occupationnel et enfin il fait le lien entre les concepts théoriques et la pratique clinique. [FORSYTH & KIELHOFNER 2003 cité par BELANGER et al. 2006]. À travers ce modèle trois questions fondamentales sont posées : Comment la personne se motive-t-elle ? Comment organise-t-elle sa routine ? Quel est son rendement occupationnel ? [KILEHOFNER 2002 cité par BELANGER et al. 2006].

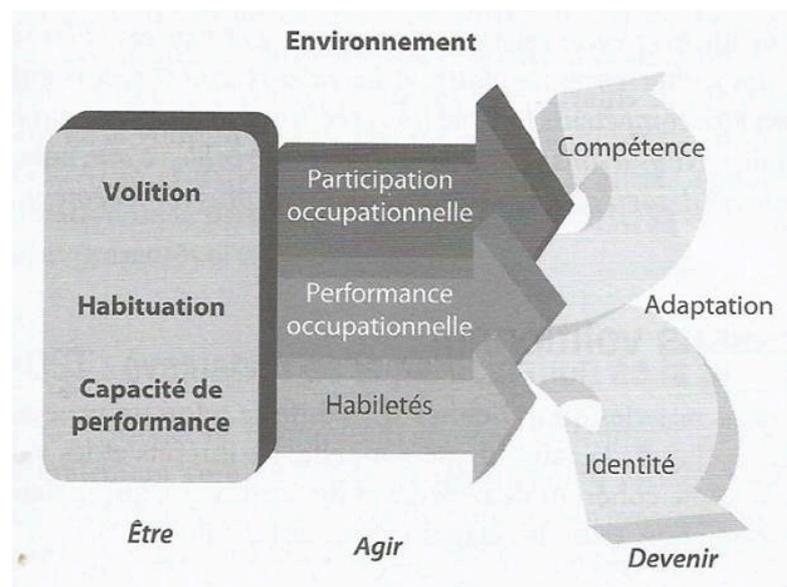


Figure 2 : Schéma du modèle du MOH [MIGNET, 2015, p.99]

La personne est toujours dans un contexte environnemental donné : soit l'environnement physique ou l'environnement social. Le MOH conceptualise l'être humain en trois sous-systèmes : avant de débiter toute activité, la personne engage de la volition (motivation de la personne d'agir), son habitude (habitudes de vie) et de sa capacité de performance (aptitudes). Ensuite lorsque la personne est en activité, il y a trois niveaux d'action qui correspondent aux trois sous-systèmes précédents : la participation occupationnelle (agir au sens large), la performance occupationnelle (façon d'agir) et les habiletés (actions observables : motrices, procédurales, de communication et d'interaction). Enfin, ces différentes occupations vont permettre à la personne de générer une identité occupationnelle et des compétences occupationnelles. Celles-ci vont permettre l'adaptation futures à de nouvelles occupations. [MIGNET, 2015]

Il permet de prendre en compte les interactions entre la personne et l'environnement, ses motivations, ses habitudes de vie et ses habiletés pour adapter les activités signifiantes [MOREL BRACQ, 2009] qui sont essentielles pour la personne [KIELHOFNER G., 2008]. Ce modèle, centré sur le patient, permet à l'ergothérapeute de mieux comprendre l'engagement et l'importance des activités qui ont du sens pour le patient.

Par ailleurs, le MOH s'intéresse à toute personne qui éprouve des difficultés dans la réalisation de ses occupations. Ainsi il s'adapte particulièrement aux personnes victimes d'un AVC qui n'exprime pas de volition à agir dans l'occupation. Donc pour le thème de cette étude, nous nous penchons davantage sur la sphère de la volition qui est un terme spécifique à ce modèle et pouvant être associé à la motivation d'agir.

## **2.2. La volition : la motivation selon le MOH**

La volition correspond à la motivation d'une personne à agir sur son environnement. Ce concept illustre « *le besoin inné d'être son propre acteur, de faire des choix occupationnels précis qui génèrent le changement et assurent l'évolution de nos actions.* » [BELANGER et al., 2006]. Il permet de répondre à trois questions au sujet de nos pensées et de nos sentiments : suis-je apte à réaliser cette occupation ? A-t-elle une valeur pour moi ? Est-ce que j'aime cela ?

Pour compléter cette définition, le groupe Terminologie du Réseau européen des écoles d'ergothérapie ENOTHE<sup>2</sup> place ce concept dans « *l'Energie du Faire* ». Ils définissent cette notion comme « *la capacité de choisir de faire ou de continuer à faire quelque chose en ayant conscience que la réalisation de cette activité est volontaire* » [MIGNET, 2015]. Il s'agit du processus qui va permettre à la personne de s'engager dans l'occupation humaine pour se placer dans *l'Etre, l'Agir* et le *Devenir*. Par ailleurs, « *la volition reflète l'organisation de nos pensées et de nos sentiments personnels.* » [MIGNET, 2015]. Cette organisation dépend de nos expériences, de notre culture et de notre histoire. Pour cela il est important pour l'ergothérapeute d'adapter l'accompagnement à la personne car chaque prise en soin est unique.

La volition comprend trois composantes : les valeurs, les centres d'intérêts et les déterminants personnels. Dans un premier temps les valeurs correspondent à ce que la personne considère comme signifiant : « *elles relèvent de ses convictions personnelles et de son sens des obligations* ». [MIGNET, 2015]. Tandis que les centres d'intérêt renvoient à la satisfaction de la réalisation de l'activité, ce qui rend l'activité attractive. Enfin les déterminants personnels faisant référence au *sentiment de* capacité personnelle (auto satisfaction) et au sentiment d'efficacité personnelle (avis sur l'efficacité de ses aptitudes personnelles pour atteindre ses objectifs). Pour évaluer ces différents critères de la volition, il existe des outils d'évaluation selon les concepts du MOH.

Le MOHOST est littéralement traduit comme l'outil de dépistage du modèle de l'occupation Humaine (cf. annexes II). Il a été conçu pour être utilisé malgré les variations culturelles individuelles, afin d'obtenir une « *vision synthétique de la participation occupationnelle de la personne* » [MIGNET, 2015]. Son but est de recueillir des informations sur la totalité des occupations de l'individu afin de mieux comprendre la personne dans sa globalité à travers l'ensemble de ses occupations. La méthode de passation est essentiellement de l'observation, mais elle peut être complétée à l'aide d'entretiens avec le patient, l'entourage ou encore par lecture du dossier médical.

---

<sup>2</sup> European Network of Occupational Therapy in Higher Education

Il est construit en 24 items regroupés en 6 catégories : la volition, l'habituatation, la communication, les habiletés procédurales, les habiletés de motrices et enfin l'environnement. Les 5 premières sections concernent la partition occupationnelle de la personne. Enfin le thérapeute évalue chaque section selon l'échelle de cotation suivante : facilite la participation occupationnelle ; permet la participation occupationnelle ; inhibe la participation occupationnelle ; empêche la participation occupationnelle. La première section nommée « *motivation pour l'occupation* » évalue la volition du patient. Dans cette section, quatre catégories sont à quoter : l'évaluation des aptitudes, les attentes de réussite, les intérêts et le choix.

Cet outil implique un contact avec le patient régulier et également une performance du patient régulière tout au long de l'observation. Mignet [2015] insiste sur le fait que l'ergothérapeute doit être certain d'avoir suffisamment d'informations pour que la connaissance de la personne ait un sens réel. Ainsi le MOHOST permet une approche centrée sur le patient, à travers une analyse des occupations de la personne. De plus, l'ergothérapeute peut observer les relations entre les différentes sections afin d'orienter son accompagnement selon les concepts du MOH. Enfin il permet l'analyse de la personne en ne prenant pas en compte les symptômes, le diagnostic et le traitement mais uniquement aux occupations du patient par rapport à son environnement.

### **2.3. La pratique centrée sur la personne**

Carl Rogers, psychologue appartenant au courant humaniste, a développé l'approche centrée sur la personne. Celle-ci s'intéresse particulièrement à la qualité de la relation entre le patient et le thérapeute. Pour adopter cette approche, il définit plusieurs critères de « *savoir être* » auxquels doit répondre le thérapeute. Dans un premier temps, l'ergothérapeute doit faire preuve « *d'authenticité* » c'est-à-dire qu'il doit être lui-même dans la relation en exprimant ses « *vrais* » sentiments. Le thérapeute doit « *se faire transparent* » pour le patient. Puis, la deuxième condition est le « non jugement », l'ergothérapeute doit être capable de ne pas juger les sentiments du patient. Enfin, le thérapeute doit avoir une attitude de « *compréhension empathique* », par une compréhension juste des sentiments éprouvés par le patient [MEYER, 2007].

Cette pratique centrée sur la personne est arrivée dans le domaine de l'ergothérapie au Canada dans les années 1980. Cette approche centrée sur la personne et ses besoins a permis de créer plusieurs modèles conceptuels, dont le MOH cité auparavant. Elle permet de créer une étroite collaboration entre l'ergothérapeute et le patient. Ainsi, la vision de l'ergothérapeute ne s'arrête pas à la pathologie ou à la déficience à traiter. Par conséquent, c'est par une approche globale en négociant les buts à atteindre et les moyens employés avec le patient, qu'on l'implique dans la prise en soin.

D'une part l'ergothérapeute croit en ses propres habiletés à proposer des actions adéquates pour répondre aux attentes du patient. D'autre part le patient reconnaît des compétences humaines et professionnelles propres au thérapeute. Dans cette démarche clinique, le patient négocie avec le thérapeute les buts prioritaires de la prise en soin. Il intervient comme « *partenaire dans l'évaluation, dans l'intervention et dans la mesure des résultats* » [MEYER, 2007, p.117]. Tout au long de la prise en soin, le thérapeute est attentif aux besoins de la personne pour adapter l'intervention au plus près des attentes de la personne. Cette démarche est qualifiée de *top-down*, c'est-à-dire que l'intervention se focalise davantage sur les activités du patient pour ensuite s'orienter vers les habiletés fonctionnelles [MEYER, 2007, p.117]. D'après Meyer [2007], la pratique centrée sur le patient augmente l'investissement et la satisfaction du client dans la prise en soin, ce qui améliore l'efficacité de l'intervention. Finalement, le processus thérapeutique pourra ainsi « *faire sens au patient dans son environnement* » [MEYER, 2007].

#### **2.4. Les facteurs motivationnels**

Par conséquent, toutes les séquelles vont engendrer des changements dans les habitudes de vie quotidienne du patient post-AVC. Cela aura un impact direct sur la participation de la personne qui doit s'adapter à sa nouvelle situation. Ainsi la baisse de rendement dans ses habitudes de vie influence la volition du patient dans ses occupations.

Les études Maclean et al. [2000a, 2000b, 2002] ont permis de comprendre les manières de favoriser la motivation auprès de la population post-AVC dans la période de rééducation et de réadaptation. Ainsi, six éléments clés ont été repérés pour optimiser la motivation du patient victime d'un AVC.

Dans un premier temps, c'est par l'accès à la compréhension du patient de sa pathologie, et de ses conséquences que l'ergothérapeute peut influencer la motivation du patient. En effet c'est par la compréhension de sa situation que la personne peut évaluer davantage ses propres besoins [MACLEAN et al., 2000].

Ensuite, parallèlement à la prise en soin individuelle avec le patient, il est important d'inclure l'entourage familial dans l'accompagnement. Il permet d'adapter l'intervention aux attentes de la famille. Cependant, il peut être un soutien social ou être un obstacle en étant distant [MACLEAN et al., 2000].

D'autre part, l'attitude et la qualité de l'accompagnement du thérapeute auprès du patient peut influencer la motivation du patient post-AVC dans sa rééducation. C'est par le soutien psychologique du thérapeute que le patient peut être amené à mieux appréhender sa situation de handicap. Grâce à la création de la relation thérapeutique, l'ergothérapeute peut aider le patient post-AVC à se rendre compte de ses troubles et à se projeter dans l'avenir de manière optimiste. Boyer [2015], soutient cette idée en décrétant que la seule action efficace sur la motivation est de créer une relation thérapeutique favorable pour permettre l'engagement dans le processus motivationnel.

En dernier lieu, l'inclusion du patient dans la démarche d'intervention entraîne une participation active de ce dernier. Pour cela l'implication du patient dans la définition des objectifs et des moyens de l'intervention, par la négociation avec le thérapeute, soutiendrait la motivation du patient pour la prise en soin [MACLEAN et al., 2000]. Pour faciliter cette implication du patient, Maclean apporte également la notion d'accès à la compréhension des enjeux et intérêts de l'intervention en ergothérapie. En effet il faut que l'intervention ergothérapie soit porteuse de sens afin la personne pour qu'elle y trouve un intérêt personnel. Enfin l'intervention doit être pertinente pour le patient. L'ergothérapeute est alors amené à bien identifier les besoins de la personne, pour que l'accompagnement soit significatif pour la personne et puisse répondre à sa problématique. Cette démarche correspond à une approche centrée sur la personne.

L'ergothérapeute peut se « *centrer sur son cœur de métier : le rapport de la personne à l'activité et à l'environnement.* » [MIGNET, 2015). Il permet alors de formuler des hypothèses de forces et de limites pour définir les objectifs du plan d'intervention en ergothérapie. Plus largement il permet de comprendre les intérêts de la personne par rapport à l'occupation, ainsi l'ergothérapeute pourra orienter son accompagnement vers des activités qui ont du sens pour la personne.

### 3. L'activité en ergothérapie

#### 3.1. L'ergothérapie, science de l'activité humaine

Depuis l'origine de l'humanité, l'être humain s'accomplit à travers ses activités pour répondre à ses besoins ou ses rôles sociaux... Les vertus de l'activité ont été reconnues et utilisées bien avant la naissance de l'ergothérapie. C'est à partir du XXème siècle que la thérapie par l'Occupation est apparue. De nos jours en France, l'ergothérapie est définie dans le décret d'actes professionnels de cette profession [décret n°86-1195 du 21 novembre 1986] :

*« Le thérapeute doit assurer le traitement des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps de nature somatique, psychique ou intellectuelle, en vue de solliciter, en situation d'activité et de travail, les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles d'adaptation fonctionnelle et relationnelle des personnes traitées, pour leur permettre de maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle. »*

Effectivement, c'est grâce au pouvoir de médiation de l'activité que l'ergothérapeute crée une relation thérapeutique avec le patient. Une activité est définie comme *« l'ensemble des processus par et dans lesquels est engagé un sujet humain, individuel ou collectif, dans ses rapports avec son environnement, et les transformations de lui-même s'opérant à cette occasion »* [BARBIER, 2011]. Lorsque la personne est victime d'un AVC, ses habitudes de vie quotidienne sont bouleversées car la personne se retrouve limitée dans ses capacités d'action. Il se trouve qu'être capable de prendre soin de soi-même est une source de dignité personnelle. Si la personne victime d'un AVC a besoin d'aide pour les actes basiques de la vie quotidienne (comme pour manger ou se laver), elle se retrouve dépossédée en perdant une partie de son identité. Une telle situation a donc des répercussions sur la santé mentale de la personne avec une dévalorisation personnelle.

Ainsi l'ergothérapeute intervient auprès des patients post-AVC pour les aider à retrouver leurs activités de vie quotidienne pour retrouver un sens à leur quotidien en essayant de se confronter aux difficultés rencontrées. Le principal objectif de l'ergothérapeute est *« d'aider la personne à satisfaire ce besoin fondamental de l'être humain, d'être actif dans l'environnement »* [Organisation des ergothérapeutes québécois, OEQ].

## 3.2. L'activité : outil thérapeutique de l'ergothérapeute

### 3.2.1. La compétence d'analyse de l'activité

Pour identifier le potentiel thérapeutique de l'activité, l'ergothérapeute procède à l'analyse de leurs composantes avec une vision globale : c'est-à-dire les composantes physiques, cognitives, affectives et sociales. A titre d'exemple, nous pouvons détailler l'activité cuisine.

Tout d'abord, les composantes physiques regroupent tous les mouvements exigés par l'activité. La cuisine sollicite certains muscles en particulier et le maintien d'une position debout. Cette activité demande de la dextérité, de la coordination bimanuelle ou encore de l'endurance. Tandis que d'autres activités demandent des mouvements de grandes amplitudes d'épaule et que d'autres nécessitent des utilisations précises des doigts.

Quant aux composantes cognitives, elles se réfèrent aux « *grandes fonctions qui permettent à l'individu d'interagir avec son environnement* » [site web de l'OEQ]. Par exemple, la cuisine demande de l'attention pour surveiller les cuissons, de la planification pour suivre les étapes de la recette dans le bon ordre ou encore de la mémoire....

Enfin, les composantes affectives et sociales correspondent « *aux caractéristiques psychologiques qui réfèrent aux émotions et aux sentiments de la personne* » [site web de l'OEQ]. Lorsque la personne prépare un plat, cela va contribuer à rehausser l'estime de soi, à évaluer ses capacités pour réaliser cette activité.

Ainsi, avant de proposer une activité au patient, l'ergothérapeute analyse au préalable toutes ces composantes pour permettre de rendre l'activité thérapeutique. L'ensemble de ces composantes peuvent faire partie de plusieurs types d'activités.

### **3.2.2. Les types d'activités utilisés par l'ergothérapeute**

L'ergothérapeute peut être amené à utiliser trois types d'activités distinctes avec ses patients :

Dans un premier par les activités analytiques qui ont une visée de stimulation et d'une récupération des fonctions déficitaires. L'ergothérapeute procède alors par «*la voie d'analyse* » du mouvement. [Larousse, 2016]. Elles n'ont pas de finalité d'action mais une production de mouvement uniquement. Ces activités peuvent être perçues comme réductionnistes mais elles permettent de stimuler la fonction lésée en graduant le niveau de difficulté pour la personne en activité. A titre d'exemple nous pouvons citer les jeux sur table comme des cônes à déplacer d'un point à un autre.

Puis avec les activités manuelles, créatives ou artisanales peuvent être en lien avec les loisirs de la personne. Ce type d'activité est employé pour la rééducation motrice ou cognitive. En finalité, il y a l'avantage qu'un objet peut être créé : un solitaire en bois, un cendrier en terre, un panier en vannerie... Les activités manuelles demandent une régularité temporelle et c'est également valorisant pour la personne qui crée un objet utile.

Enfin l'ergothérapeute peut proposer des mises en situation de la vie quotidienne, comme la préparation d'un repas thérapeutique, en passant par les courses, la préparation et la dégustation du repas. Ce type d'activité se définit comme des mises en situation, ceci est défini « *comme une évaluation réalisée au plus près des conditions de vie de la personne évaluée* » [Guihard, 2007]. Le but étant de mettre en situation réelle la personne pour évaluer ses capacités au quotidien.

Par ailleurs pour que cette activité soit à caractère thérapeutique « *l'activité doit être acceptée par le patient, simple, contrôlée, valorisante ou utile, et progressive* [MEYER, 1990]. L'ergothérapeute a pour compétence l'analyse d'activité pour l'adapter aux habiletés de la personne, mais également à ses centres d'intérêt tout en répondant à un objectif ou à un besoin. Afin de rendre la rééducation moins contraignante pour le patient, l'ergothérapeute va chercher à susciter l'intérêt du patient à travers des activités qui ont du sens pour lui.

### **3.3. Les activités signifiantes et significatives**

Le nom de la profession ergothérapie signifie par sa racine étymologique « *ergon* », « *travail* » en grec. Dans un sens plus large, l'ergo signifie l'activité. Il s'agit d'une traduction imparfaite du terme anglo-saxon « *Occupational therapy* », littéralement ce terme correspondrait à l'expression « *thérapie occupationnelle* ». Toutefois en français le mot « *occupation* » renvoie au terme à connotation négative de distraction ou encore de passe-temps. D'où la définition de l'occupation du dictionnaire [LAROUSSE] « *ce à quoi on consacre son activité, son temps* ».

Le groupe de travail de ENOTHE [MOREL-BRACQ, 2006] distingue alors ces deux termes à travers les définitions suivantes. L'activité est « *une réalisation d'une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations* ». Tandis que l'occupation est « *un groupe d'activités, culturellement dénommées, qui ont une valeur socio-culturelle et un sens personnel. Elles sont le support de la participation à la société. Elles comprennent des soins personnels, le travail, le loisir* ». Nous pouvons alors associer le terme occupation au terme français « *activité signifiante et significative* » décrit par LEONTIEV.

Pour maximiser le potentiel thérapeutique de l'activité, il semble important que celle-ci ait du sens pour la personne. Pibarot a développé une approche théorique nommée « *l'impact du sens* » où « *l'activité ne peut se concevoir comme thérapeutique que si elle est porteuse de sens* » [PIBAROT, 1977]. Ainsi les occupations d'une personne sont étroitement liées à sa qualité de vie et plus largement au sens donné à son existence. LEONTIEV distingue deux composantes dans l'activité : la signification et le sens.

#### **3.3.1. L'activité significative**

La première composante, d'après Djaoui [2015] est le « *significatif* » qui caractérise l'aspect socio-symbolique. En effet, l'individu est membre d'un collectif respectant des règles communes. L'activité est significative par rapport à l'environnement de la personne. Elle répond à des attentes et à des exigences de la vie en société : par exemple, la vie familiale, la vie professionnelle ou la vie associative... Ces activités vont apporter à la personne un sentiment d'utilité sociale et une satisfaction de reconnaissance vis-à-vis de ses pairs. Elles peuvent alors favoriser l'estime de soi et le narcissisme de l'individu, ainsi ce qui est à caractère significatif est « *acquis de la pratique sociale de l'humanité* » [LEONTIEV, 1984].

### **3.3.2. L'activité signifiante**

Tandis que l'autre composante, constitue le « signifiant » qui renvoie à la sphère psycho-affective de la personne. Elle sollicite la personne « *dans ce qu'elle a d'éminemment singulier et spécifique* » [DJAOUI, 2015, p.211]. Le caractère signifiant de l'activité s'associe au rapport individuel que l'on porte à l'activité. MOREL-BRACQ soutient cette théorie en affirmant que l'activité signifiante correspond aux activités ayant un sens pour la personne. C'est-à-dire lorsque la personne donne satisfaction à tous ses besoins psychiques (sécurité, autonomie, épanouissement de soi...) [DJAOUI, 2015, p.211].

L'OEQ définit l'activité comme « *un besoin fondamental de l'être humain* ». En effet si l'on est incapable de réaliser les activités qui ont du sens pour soi, notre bien-être et notre santé sont affectés. Ce concept est important pour l'ergothérapeute, en effet, le choix de l'activité est important pour permettre une adhésion du patient à celle-ci et plus largement à sa rééducation. Enfin, KIELHOFNER décrète que « *la signification est un élément moteur central pour l'engagement occupationnel.* » [KIELHOFNER, 2008]

### **3.4. L'importance de l'intérêt de l'activité**

L'activité est le moyen thérapeutique utilisé par l'ergothérapeute pour aider les personnes à retrouver les capacités à réaliser leurs activités de vie quotidienne. L'ergothérapeute va alors décomposer l'activité en plusieurs étapes, adapter la difficulté à la personne selon ses capacités, faciliter la réalisation d'activités par la mise en place d'aides techniques ou encore aménager l'environnement à la nouvelle situation de la personne. C'est grâce à ce moyen thérapeutique que l'ergothérapeute aide le patient à restaurer sa capacité d'agir dans son quotidien. Si la personne retrouve son quotidien satisfaisant en réalisant l'ensemble de ses activités de vie quotidienne signifiantes et significatives alors l'ergothérapeute a rempli sa mission.

L'ergothérapeute ne procure pas de traitement en séance, c'est par la participation active du patient dans l'activité que la personne peut devenir elle-même « *un agent de changement* » [OEQ]. Etant donné que la démarche de l'ergothérapeute se veut centrée sur le patient, le thérapeute identifie les activités qui sont susceptibles d'apporter du plaisir à la personne tout en retenant les activités susceptibles de faire évoluer l'état du patient. Au cours des séances d'ergothérapie la personne va apprendre à relever de nouveaux défis, avec d'autres stratégies pour les réaliser, afin de retrouver la satisfaction d'agir. En somme, l'ergothérapie propose « *une démarche active de la personne par le biais d'activités* » [OEQ].

Lorsque l'on aime une activité, les efforts ne sont pas comptés pour la réaliser. Bien que des difficultés peuvent apparaître, on poursuit l'activité car elle est agréable et importante. Au contraire, si la personne n'est pas capable d'accomplir une activité simple, il est difficile de rester motivé à réaliser cette action éprouvante.

L'analyse des composantes de l'activité permet de cibler les fonctions sollicitées à la réalisation de cette dernière. Plusieurs activités peuvent alors solliciter les mêmes fonctions, mais l'ergothérapeute va proposer à la personne une activité qui a de l'intérêt pour elle. C'est « *l'arrimage entre les intérêts du patient et le potentiel thérapeutique de l'activité [...] qui permet d'individualiser chaque nouvelle intervention* » [OEQ]. Puisque l'intérêt de la personne la motive dans sa rééducation, « *cet arrimage permet aussi d'accroître le potentiel thérapeutique de l'activité* » [OEQ]. Par les compétences de relation thérapeutique et d'adaptation d'activité, l'ergothérapeute contribue à créer un contexte environnemental favorable pour redonner le pouvoir d'agir afin que le patient retrouve sa capacité à agir dans son quotidien.

Finalement, « *l'ergothérapeute se fait éveilleur et accompagnateur de l'activité* » [PIBAROT, 2013]. A travers cette médiation, l'ergothérapeute est en capacité de susciter la volition du patient, en proposant une activité adaptée aux habiletés et aux besoins de la personne.

## PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESE

En somme, l'AVC entraîne de nombreuses séquelles qui amènent vers une situation de handicap au quotidien. La longue hospitalisation et l'ensemble de ces changements vont avoir un impact sur la volition du patient victime d'un AVC dans sa prise en soin. La volition est définie comme la motivation du patient à agir. A travers une pratique centrée sur le patient, l'ergothérapeute dispose de plusieurs moyens pour favoriser la volition de la personne. Ainsi, la question de recherche, en reprenant les termes du MOH est : **de quelle manière l'ergothérapeute peut-il favoriser la volition de la personne victime d'un accident vasculaire cérébral dans sa rééducation ?**

Parmi ces moyens, la médiation utilisée par l'ergothérapeute est l'activité. Celle-ci peut être à caractère signifiant, c'est-à-dire qu'elle a un sens pour le patient. De ce fait l'ergothérapeute est amené à permettre l'implication la personne dans la rééducation pour l'encourager à évoluer. Pour cela, à l'aide d'un recueil de données sur les habitudes de vie de la personne, l'ergothérapeute peut proposer plusieurs activités aux patients. Certaines pourraient être adaptées aux besoins de la personne comme les activités signifiantes et significatives. Dans le cadre de cette étude, nous nous intéresserons davantage au caractère signifiant de l'activité pour centrer l'étude sur les projets personnels du patient.

Alors pour répondre à la problématique de cette recherche, l'étude amènera l'hypothèse suivante : **le choix d'une activité signifiante comme moyen de rééducation permet l'implication active du patient dans la prise en soin.** A travers les théories décrites précédemment, la mise en place d'activités signifiantes pour le patient permettrait une meilleure implication dans la prise en soin du patient. Mais qu'en est-il dans la pratique ergothérapique ? Afin de permettre une première confrontation de la théorie à la pratique, une enquête a été menée.

## PARTIE B : CADRE EXPERIMENTAL

Pour répondre à la question de recherche, une enquête a été réalisée. Dans un premier temps, nous expliquerons la méthodologie expérimentale, s'en suivra la présentation et l'analyse des résultats obtenus que nous discuterons avant de conclure.

### 1. Méthodologie de l'enquête

#### 1.1. Objectifs

Les objectifs de l'enquête pour répondre à la question de recherche sont :

- Recueillir le retour d'expérience des ergothérapeutes utilisant des activités significantes dans leur pratique professionnelle auprès de patients post-AVC.
- Déterminer les moyens utilisés par l'ergothérapeute pour favoriser la volition du patient
- Identifier l'intérêt d'une activité significative sur la volition du patient post-AVC dans sa prise en soin

#### 1.2. Populations

La problématique de recherche s'intéresse particulièrement à l'impact sur le choix du type d'activité mise en place par l'ergothérapeute sur la volition du patient. C'est pourquoi, j'ai choisi d'interroger les ergothérapeutes pour recueillir leurs retours d'expériences. Pour cela les ergothérapeutes interrogés doivent être diplômés d'Etat et exercer dans un service de neurologie adulte depuis plus d'un an. Ils doivent, aussi, utiliser des activités significantes dans leur pratique auprès de patients post-AVC en phase aiguë.

Les 3 ergothérapeutes sollicités ont été sélectionnés selon des contacts d'anciens stages. Tous les ergothérapeutes exercent dans des services distincts pour éviter les biais méthodologiques. Les professionnels m'informeront sur leur pratique auprès de patients post-AVC à partir d'un guide d'entretien préalablement construit (cf. annexes III).

La problématique de cette étude concerne des patients adultes, victimes d'un AVC pendant la phase aiguë de la rééducation. Soit du 14<sup>ème</sup> jour à 6 mois après l'AVC, selon l'HAS c'est la période la plus propice à la récupération des déficits. Concernant les patients, l'échantillon est compris dans la tranche d'âge de 20 à 60 ans, avec peu de troubles cognitifs pour l'homogénéité des résultats de l'enquête. Les troubles des fonctions exécutives, l'anosognosie ou d'importants troubles mnésiques sont considérés comme des critères d'exclusion. J'ai choisi de me concentrer sur une population donnée, dans un souci de clarté et de cohérence des recherches. Ce choix permet de prendre en compte l'ensemble des patients malgré des séquelles très différentes.

### **1.3. Outils**

#### **1.3.1. Outil principal : entretien semi-dirigé**

L'entretien individuel est apparu comme l'outil le plus approprié à cette méthodologie. Il est défini comme « *un speech event dans lequel une personne A extrait une information d'une personne B, information qui était contenue dans la biographie de B.* » [BLANCHET et al, 2013]. L'objectif étant de recueillir des informations davantage qualitatives que quantitatives. Effectivement, « *la recherche qualitative questionne la façon dont les personnes interprètent ce qui arrive et donnent un sens à leurs paroles et à leurs réalisations* » [TETREULT et GUILLEZ 2014, cité par MOREL BRACQ, 2016]

L'outil est à caractère « semi-directif » avec des questions ouvertes concernant les thèmes abordés. D'éventuelles relances ont été réalisées si les réponses s'éloignaient du thème engagé, tout en laissant une certaine liberté d'expression à l'interlocuteur. Avec cet outil nous pouvons recueillir des données riches, rebondir sur des réponses intéressantes ou encore insister sur des éléments particuliers. De plus, l'entretien permet d'instaurer un libre échange en poussant plus loin la réflexion tout en favorisant la spontanéité d'expression.

L'entretien individuel constitue une technique intéressante pour une première confrontation de l'hypothèse à la réalité du terrain. Il permet de donner une première approche de l'hypothèse et d'ouvrir la recherche sur des éléments qui n'auraient pas été

prévus pendant les recherches théoriques. Ainsi, mon choix ne s'est pas porté sur un questionnaire car l'impact de l'activité signifiante est difficilement quantifiable.

Dans un premier temps, le guide d'entretien (cf. annexe III) commence par un recueil de données générales pour déterminer le parcours professionnel de l'ergothérapeute interrogé afin de valider les critères d'inclusion. Cela permet également de connaître le parcours professionnel de l'ergothérapeute interrogé.

Ensuite l'entretien s'axe sur le thème de la motivation du patient post-AVC. Lors de l'entretien, le terme « *motivation* » est privilégié pour faciliter la compréhension de la personne interrogée. Dans cette partie de l'entretien, l'objectif est d'identifier la place de la motivation du patient dans la pratique de l'ergothérapeute interrogé. Le but étant d'identifier l'impact de la motivation du patient dans sa progression dans la rééducation. Ensuite, la question suivante permet de déterminer les moyens utilisés par l'ergothérapeute pour susciter la volition.

Puis, le thème suivant se centre sur le choix d'activité des ergothérapeutes. L'ergothérapeute est alors interrogé sur les types d'activités qu'il met en place dans ses prises en charge de patient victimes d'un AVC. Pour compléter cette réponse, la question suivante vise à déterminer la manière dont l'ergothérapeute choisit l'activité et la participation du patient dans ce processus.

Enfin les questions suivantes ciblent l'intérêt de l'usage d'activités signifiantes sur l'implication du patient dans sa rééducation. Au préalable, la définition du terme « *activité signifiante* » est demandée auprès de l'ergothérapeute. Cela permet de confirmer que l'ergothérapeute utilise la même définition de l'activité signifiante du cadre théorique.

Finalement, la dernière question offre la possibilité à la personne interrogée d'ajouter des éléments complémentaires qui lui semblent importants.

### 1.3.2. Outil complémentaire : observation

Toutefois, l'intérêt des activités significatives dans la volition est difficilement quantifiable. En effet la volition étant un concept subjectif, il est plus facile de l'observer que de l'exprimer. Pour compléter les résultats issus des entretiens semi-dirigés, j'ai choisi de réaliser des observations à l'aide de l'évaluation nommée Model of Human occupation screening tool (MOHOST). L'observation « aide à répondre à des questions sur l'objet étudié » [BLANCHET et al., 2013]. Cette évaluation, construite selon le modèle de l'occupation humaine, permet de vérifier l'hypothèse en observant le patient. Elle permet de répondre à l'objectif visant à examiner l'impact d'une activité significative sur la volition du patient post-AVC.

C'est pourquoi nous nous intéresserons particulièrement à la partie « *motivation face à l'occupation* » qui se compose de quatre catégories différentes : l'évaluation des habiletés, les attentes face aux résultats, l'intérêt et le choix de l'occupation. Chaque catégorie est évaluée selon l'échelle de cotation suivante : facilite, permet, inhibe ou empêche la participation occupationnelle. Pour comparer les résultats de l'évaluation de la volition, l'étude porte sur deux patients correspondant aux critères de l'échantillon cités auparavant. Les observations ont été réalisées dans le cadre d'un stage en service de neurologie. Au préalable, un accord oral avec les patients et l'institution a été passé. Chaque patient est observé dans deux activités distinctes : une activité significative et une activité non significative.

### 1.4. Limites et critique des outils

L'entretien constitue un outil d'investigation subjectif avec des données qualitatives. Les résultats ne représentent pas la totalité des pratiques des ergothérapeutes. De plus lors d'un entretien, il est difficile de rester neutre dans nos interrogations pour ne pas influencer l'interlocuteur.

Par ailleurs, les observations ont été réalisées auprès de patients suivis en séance. Les résultats peuvent ne pas être totalement objectifs en sachant que je connaissais les patients. De plus l'observation ne permet pas de connaître le ressenti personnel du patient lors de l'activité.

## 2. Résultats et analyse

En tenant compte des données issues du terrain, l'analyse de l'étude est composée de trois parties. Dans un premier temps, les résultats bruts des entretiens sont présentés sous forme de tableau avec les mots-clés. Ceci est accompagné d'une analyse des liens entre les réponses des différents interlocuteurs. Dans un deuxième temps, les résultats des observations seront présentés. Enfin une analyse transversale par thématique confrontera les résultats issus des deux outils afin de hiérarchiser les résultats.

### 2.1. Présentation des résultats des entretiens

#### 2.1.1. Expérience des ergothérapeutes exerçant en neurologie

Tableau 1: représentation de l'année d'obtention de diplôme et des années d'expérience en fonction des ergothérapeutes

	Ergothérapeute 1 (E1)	Ergothérapeute 2 (E2)	Ergothérapeute 3 (E3)
Année d'obtention du diplôme	2009	2006	2014
Années d'expérience en neurologie auprès d'AVC	6 ans et demi	10 ans	2 ans et demi

L'ensemble des ergothérapeutes a exercé depuis plus d'un an en rééducation auprès de patients victimes d'AVC. Ainsi ils correspondent aux critères d'inclusion de l'étude. Les années d'obtention du diplôme s'étendent sur une durée de 10 ans.

#### 2.1.2. L'effet de la motivation dans la rééducation

Tableau 2 : représentation des résultats sur l'effet de la motivation dans la rééducation en fonction des ergothérapeutes interrogés

E1	<i>« Plus il est motivé, plus il va loin dans la rééducation » « Il avance plus vite, ça aide énormément »</i>
E2	<i>« S'il n'y a pas de motivation c'est compliqué » « Les troubles cognitifs... c'est compliqué à traiter quand il y a peu de motivation » « La motivation c'est le plus important dans la prise en charge » « S'il n'y a pas de motivation, tu ne peux pas faire de miracles »</i>
E3	<i>« Ça fait beaucoup mais ça ne fait pas tout » « Quand les patients arrivent à être motivés tu remarques que ça progresse » « Certaines séquelles sont irréversibles et d'autres non, ça joue énormément »</i>

Selon E1 et E2, la motivation facilite la progression dans la rééducation. Mais E2 ajoute que la présence de troubles cognitifs peut avoir un effet négatif sur la motivation dans la rééducation. A contrario, E3 souligne que l'effet de la motivation sur les habiletés n'est que partiel sur la progression dans la rééducation. En effet certaines séquelles de l'AVC sont « irréversibles », ce qui peut conduire à une baisse de moral dans la rééducation.

### 2.1.3. Les moyens de l'ergothérapeute pour favoriser la motivation

Tableau 3 : représentation des résultats sur les moyens de l'ergothérapeute pour favoriser la motivation selon les ergothérapeutes interrogés

E1	« Des activités qui ont intérêt pour la personne » « Activité du quotidien, pour les aider à se projeter dans l'avenir et les motiver à réussir »
E2	« Des activités qui varient d'une séance à l'autre » « Utiliser le MCRO pour mettre le patient au cœur de la prise en charge » « Objectifs significatifs et non subjectifs » « Activités en lien avec les priorités du patient », « Prise en charge adaptée » « Mises en situation, travail, loisir, choses qui lui plait » « À l'écoute »
E3	« La relation, le cadre c'est la base pour la motivation du patient »

Parmi les moyens utilisés par les ergothérapeutes pour favoriser la motivation, E1 et E2 ont spontanément cité les activités signifiantes : comme les mises en situation ou les activités du quotidien. E2 évoque l'évaluation du MCRO<sup>3</sup> qui correspond à une évaluation pour la négociation d'objectifs significatifs et personnalisés pour le patient. Enfin E2 et E3 énoncent la relation thérapeutique qui permet de créer un lien de confiance pour motiver la personne.

### 2.1.4. Les types d'activités des ergothérapeutes favorisant la motivation

Tableau 4 : représentation des résultats sur les types d'activités favorisant la motivation selon les ergothérapeutes interrogés

E1	« Activité cuisine, simulateur de conduite » « Aspect professionnel » « Activités du quotidien : WC, habillage, toilette... » « Mises en situation »
E2	« Des activités qui plaisent au patient » « Rôle familial »
E3	« Activités toilette, habillage, et aller aux WC » « Jeux, loisirs »

<sup>3</sup> Mesure canadienne du rendement occupationnel

Les activités du quotidien sont citées par les 3 ergothérapeutes. La toilette, l'habillage et se rendre aux toilettes en indépendance et en autonomie sont les activités prioritaires pour beaucoup de patients. Les activités signifiantes sont présentes spontanément dans deux entretiens (E1 et E2). E1 évoque également l'activité cuisine, le simulateur de conduite et les mises en situation professionnelles. E2 ajoute le rôle de l'entourage familial qui joue une place importante, tandis que E3 introduit la notion de jeux qui permet de sortir du contexte hospitalier.

### 2.1.5. Le choix d'activité pour le patient victime d'un AVC

Tableau 5 : représentation des résultats sur les choix d'activité en fonction des ergothérapeutes interrogés

E1	« Centres d'intérêts » « Activités qu'ils font habituellement »
E2	« En fonction de ses envies, des choses qui l'intéressent » « La première des considérations à prendre en compte c'est qu'elles sont ses capacités »
E3	« Objectifs et du projet du patient » « Centres d'intérêt » « Bilan d'entrée permet de faire le point sur les habitudes »

Les trois ergothérapeutes sont d'accord sur le fait, que le patient doit être au centre de la prise en charge pour le choix des activités. C'est grâce à l'anamnèse où l'on recueille les informations sur les habitudes de vie de la personne que l'on peut personnaliser la prise en charge. Et cela en fonction des centres d'intérêts de la personne. Toutefois, E2 introduit la notion de capacités du patient. Il est important d'évaluer les habiletés du patient au début de la prise en charge pour éviter la mise en échec sur des activités signifiantes pour lui.

### 2.1.6. La définition de l'activité signifiante

Tableau 6 : représentation de la définition de l'activité signifiante en fonction des ergothérapeutes

E1	« Une activité qui a du sens pour la personne, qui est importante »
E2	« C'est qu'elle a du sens pour la personne »
E3	« C'est une activité qui parle au patient, qui est importante pour lui »

La définition de l'activité signifiante de chaque ergothérapeute est similaire avec les notions de faire sens et d'importance.

### 2.1.7. Les intérêts à l'usage d'activité signifiante

Tableau 7 : représentation des intérêts à l'usage d'activité signifiante en fonction des ergothérapeutes interrogés

E1	<i>« Rendre acteur de la prise en charge » « Qu'il en comprenne le sens » « Intérêts à la prise en charge, pertinence sera d'autant meilleure »</i>
E2	<i>« C'est plus motivant » « Ils se rendent compte »</i>
E3	<i>« Meilleure adhésion, meilleur intérêt, meilleure motivation »</i>

En prenant compte des résultats ci-dessus, les activités signifiantes favorisent la motivation. Cela apporte un intérêt à la prise en charge car le patient comprend le sens de la rééducation.

### 2.1.8. Les limites à l'usage d'activités signifiantes

Tableau 8 : représentation des limites à l'usage d'activités signifiantes en fonction des ergothérapeutes interrogés

E1	<i>« On ne peut pas tout reproduire non plus » « L'aspect professionnel »</i>
E2	<i>« Les capacités du patient » « Les moyens du centre » « Tu simules un truc dans la salle de rééducation mais ce ne sera jamais dans l'environnement du patient » « La disponibilité du thérapeute » « Si le thérapeute maîtrise l'activité »</i>
E3	<i>« Limites d'hygiène » « Le choix des gens changent » « Les gens font plus d'ordinateur et de mots croisés »</i>

Parmi les limites citées par les ergothérapeutes, E1 et E2 citent la différence entre la simulation de l'activité et l'environnement réel. Il y aura toujours la présence d'une marge d'erreur entre l'activité réalisée dans le contexte hospitalier et le domicile du patient. Particulièrement pour l'activité professionnelle qui n'est pas toujours reproductible. Ensuite E2 introduit la notion des moyens du centre comme limites financières ou matérielles.

E3 soutient l'idée en expliquant que les normes d'hygiène propre à l'établissement peuvent restreindre l'usage d'activité signifiante (comme la poterie ou la menuiserie). D'après E3, parfois lorsque les patients se retrouvent en situation de handicap, ils ne préfèrent pas réaliser l'activité dans l'immédiat. Alors les objectifs de rééducation ne seront pas définis par rapport aux habitudes de vie de la personne.

Par ailleurs, E2 évoque la disponibilité du thérapeute. En effet, par des contraintes temporelles, l'ergothérapeute ne peut pas toujours se libérer pour réaliser une activité signifiante pour le patient en dehors du contexte hospitalier. Elle ajoute la notion de maîtrise de l'activité par le thérapeute. Si le thérapeute n'est pas en mesure de réaliser l'activité, il est difficile de conseiller sur une éventuelle aide technique par exemple.

Enfin, les capacités du patient sont un point sur lequel insiste E2. Si le patient n'est pas en capacité de réaliser une activité qui est importante pour lui. La mise en échec peut avoir l'effet inverse sur sa motivation dans la rééducation.

## **2.2. Présentation des résultats de l'observation**

Pour compléter les résultats issus des entretiens, j'ai choisi de réaliser des observations de deux patientes. Chaque patiente est observée lors de la réalisation d'une activité signifiante et d'une activité non signifiante. Les deux patientes correspondent aux critères d'inclusion de l'enquête. Les vignettes cliniques et le descriptif complet des observations sont disponibles en annexe.

Pour chaque patiente, un tableau reprenant la grille du MOHOST représente les résultats lors d'une activité signifiante et d'une activité non signifiante. L'analyse se situe en dessous du tableau. La grille comprend l'échelle de cotation suivante : facilite la participation occupationnelle ; permet la participation occupationnelle ; inhibe la participation occupationnelle ; empêche la participation occupationnelle. La première section nommée « *motivation pour l'occupation* » évalue la volition du patient. Dans cette section, quatre catégories sont à quotter :

- L'évaluation des aptitudes : comment le patient évalue ses habiletés, de manière juste ou non ?
- Les attentes de réussite : quelles sont ses attentes par rapport à la finalité de l'activité ?
- Les intérêts : éprouve-t-il un intérêt pour l'activité ? Fait-elle partie de ses centres d'intérêt ?
- Le choix : qu'en pense-t-il par rapport au choix de cette activité ? Correspond-elle à ses attentes en rééducation ?

### 2.2.1. Observations de Mme M. en activité

Tableau 9 : représentation de la volition de Mme M. en fonction du MOHOST à travers les deux observations

	Evaluation des habiletés	Attentes face aux réussites	Intérêt	Choix
Facilite la participation occupationnelle	✗	✗	+	+
Permet la participation occupationnelle			✗	✗
Inhibe la participation occupationnelle	+	+		
Empêche la participation occupationnelle				

✗ Activité non significative

+ Activité significative

La première patiente est Mme M., elle est secrétaire comptable. Il était important pour elle d'évaluer ses habiletés à la rédaction sur un logiciel de traitement de texte (cf. annexes V). Lors de la mise en situation de cette activité significative, Mme M. s'est rendue compte de ses déficits moteurs qui entraînaient des erreurs de frappe et une lenteur de rédaction. C'est pourquoi pour le critère de l'évaluation de ses habiletés, ceci inhibe sa participation. Auparavant elle avait pour habitude d'être rapide et efficace en dactylographie. Pendant la séance elle présentait une tendance impulsive lorsqu'elle ne réalisait pas une tâche correctement. Elle avait beaucoup d'attentes par rapport à ses réussites ce qui inhibe sa participation. Ainsi, cette activité a permis à Mme M. de se rendre compte de ses habiletés actuelles et des points qui restent à travailler. Cependant elle s'est confrontée à la réalité concernant la reprise professionnelle qui n'est pas encore possible. Le choix pour cette activité était cohérent avec ses intérêts (cf. annexes VI).

D'autre part lors d'une autre séance, Mme M. a réalisé une activité analytique non significative pour elle. L'exercice consistait à mettre des tiges le plus rapidement possible sur un support. Cette activité a permis à Mme M. de se rendre compte qu'elle est en capacité de saisir des objets très fins. Mais que l'endurance de son membre supérieur est encore faible. Elle s'est bien rendue compte de ses habiletés fonctionnelles. Elle n'avait pas trop d'attentes de réussite par rapport à cette activité. Elle n'éprouve pas d'intérêt spécifique à cet exercice. Mais les objectifs étaient expliqués clairement et le choix pour l'activité était cohérent avec

les objectifs visés en rééducation. De plus, cet exercice était chronométré. L'aspect compétitif de cet exercice a plu à Mme M. qui était motivée à battre son record (cf. annexes VII).

### 2.2.2. Observations de Mme E. en activité

Tableau 10 : représentation de la volition de Mme E. en fonction du MOHOST à travers les deux observations

	Evaluation des habiletés	Attentes face aux réussites	Intérêt	Choix
Facilite la participation occupationnelle	+		+	+
Permet la participation occupationnelle		+		
Inhibe la participation occupationnelle	×	×	×	×
Empêche la participation occupationnelle				

× Activité non significative

+ Activité significative

Mme E. est la deuxième patiente observée. Elle a récemment réalisé une formation d'hôtellerie (cf. annexes VIII). La cuisine est une activité significative pour Mme E. car elle doit être autonome pour la préparation des repas et en vue de sa reprise professionnelle. Cette activité était valorisante pour Mme E. car elle pouvait partager les techniques culinaires de sa profession. Elle a pu se rendre compte de ses habiletés motrices. Pendant cette activité Mme E. avait tendance à davantage utiliser son membre supérieur lésé que lors des exercices sur table (cf. annexes IX).

L'activité non significative pour Mme E. consistait au tressage de corde pour solliciter la coordination bimanuelle. Lors de cette activité, les objectifs étaient clairement définis. Mais la fatigue et les douleurs localisées au niveau de l'épaule ont rendu l'exercice difficile. Mme E. sous utilisait son membre supérieur lésé. Elle demandait à faire des pauses régulièrement. Tous les critères évalués lors de l'observation inhibent la participation occupationnelle (cf. annexes X).

## **2.3. Analyse transversale des résultats**

### **2.3.1. Thème 1 : la motivation des patients AVC dans la rééducation**

Nous pouvons remarquer que majoritairement lorsque le patient est motivé, il y a une meilleure progression dans la rééducation des troubles. Le patient viendra plus facilement en séance et sera volontaire dans les exercices. Pourtant « *cela ne fait pas tout* » d'après E3. Si les troubles sont irréversibles, le patient peut être démotivé par la rééducation. Cela se traduit éventuellement par une phase de deuil de ses habiletés, alors est-ce que la motivation se confronte au processus de deuil ? Il aurait été intéressant de demander aux ergothérapeutes si les personnes victimes d'un AVC présentent fréquemment peu de motivation face à la rééducation.

Par ailleurs, il y a également l'attitude du thérapeute qui entre en jeu. Cela va permettre au patient de porter plus d'intérêt à la rééducation. C'est à travers la relation thérapeutique qui traduit la relation entre le thérapeute et le patient, que l'ergothérapeute est en mesure d'instaurer un climat de confiance. Cela favoriserait l'intérêt du patient à venir en séance de manière volontaire. La relation thérapeutique serait-elle alors un facteur motivant pour le patient ?

### **2.3.2. Thème 2 : les activités motivantes en ergothérapie**

Parmi les types d'activités proposées par l'ergothérapeute, celles qui sont le plus motivantes sont la toilette, l'habillage et aller aux toilettes. La sphère de l'intimité entre alors en jeu, les patients priorisent en général ces activités pour pouvoir répondre à leurs besoins de manière indépendante et autonome. Il y a également les mises en situation comme la cuisine ou la conduite automobile qui sont significantes pour beaucoup de personnes.

L'ergothérapeute peut également proposer des jeux en séance de rééducation. Dans le cas où le jeu est un plaisir pour le patient. C'est un moyen qui permet de sortir du contexte hospitalier et de varier les exercices. L'aspect de compétition est également un facteur motivationnel. Lors de l'observation de l'activité non significative de Mme M., nous avons remarqué que le fait d'ajouter un challenge a permis de la motiver à réaliser l'exercice le plus vite possible. Alors l'aspect compétitif d'une activité peut-il motiver une personne à réaliser une activité non significative ? Par quels moyens peut-on donner du sens à une activité non significative ?

En dernier lieu l'inclusion du rôle familial dans la prise charge est également un moyen de l'ergothérapeute pour favoriser la volition : il s'agit des activités significatives. En prenant en compte les projets de la famille, nous pouvons également motiver le patient dans la rééducation.

L'ergothérapeute dispose de plusieurs moyens pour favoriser cette volition. La prise en charge adaptée au patient est le premier critère pour motiver la personne. C'est pourquoi la définition d'objectifs signifiants permet de cibler les priorités du patient. Pour cela, lors de l'entretien initial l'ergothérapeute recueille l'ensemble des informations en lien avec les centres d'intérêt de la personne. Nous pouvons alors nous demander si le patient a-t-il un réel choix de l'activité ? Mais si le patient présente des troubles cognitifs, comme l'anosognosie, comment l'ergothérapeute peut-il laisser le patient définir les objectifs s'il est lui-même dans le déni de ses troubles ?

Le fait de s'intéresser à son projet permet de placer le patient au cœur de la prise en charge. En proposant des activités qui ont un intérêt pour la personne, l'ergothérapeute l'aide à se projeter dans l'avenir.

### **2.3.3. Thème 3 : l'activité signifiante comme source de volition**

L'ensemble des ergothérapeutes interrogés définissent le terme « *activité signifiante* » comme une activité qui plait au patient, qui a du sens pour lui. Les 3 ergothérapeutes ne représentent pas la totalité des professionnels français. Mais il s'agit de jeunes professionnels, nous pouvons remarquer que c'est une définition connue dans cette génération de diplômés. Est-ce que les professionnels diplômés avant les années 2000 ont connaissance de ces termes ? Il aurait été intéressant d'interroger un ergothérapeute ayant plus d'expérience pour prendre connaissance de la date d'entrée de ce terme dans la formation initiale.

Leurs intérêts à utiliser des activités signifiantes est de rendre le patient acteur de la prise en charge. Le patient trouve alors un sens à la rééducation et il adhère davantage aux séances. Ainsi la prise en soin est davantage pertinente car le patient en comprend le sens et l'intérêt.

A titre d'exemple, Mme E. a pu me partager ses techniques culinaires et retrouver goût à une activité qu'elle n'avait pas pu réaliser depuis son hospitalisation.

Ils peuvent alors se rendre compte de leurs habiletés. En prenant compte des résultats des observations, j'ai remarqué la notion d'autoévaluation de leurs habiletés est importante. En effet Mme M. a pu se rendre compte de ses difficultés à taper sur les touches du clavier informatique. Elle éprouvait un intérêt pour cette activité, mais ses difficultés ont rendu la tâche moins motivante. Au contraire Mme E. a pu se rendre compte des habiletés motrices. Nous pouvons faire un parallèle avec ce que dit E2, « *la première des considérations à prendre en compte c'est : quelles sont ses capacités ?* ». En effet, il est important de connaître les capacités du patient pour ne pas le mettre en échec sur une activité signifiante qu'il n'est pas encore capable de réaliser. Il y a alors la notion de « *bon moment* », qui se traduirait par le moment où les habiletés du patient sont suffisantes pour réaliser l'activité dans de bonnes conditions. Alors à quel moment proposer une activité signifiante en séance ?

Cependant les ergothérapeutes rencontrent plusieurs limites lorsqu'ils veulent utiliser des activités signifiantes. D'une part des contraintes structurelles, ils réalisent des activités avec le matériel de leurs structures et avec les moyens financiers dont ils disposent. Parfois il est difficile de réaliser les activités des patients, si l'établissement ne peut pas fournir de matériel (par exemple pour l'activité jardinage). Certains établissements limitent les activités par des normes d'hygiène.

D'autre part la simulation de l'environnement réel dans l'établissement n'est pas similaire à la réalité. L'idéal serait alors de réaliser les activités signifiantes dans le réel environnement. On pourrait se demander si en France, des ergothérapeutes se déplacent à domicile pour réaliser des activités qui ont du sens pour la personne ? Parmi les activités difficiles à reproduire, nous pouvons évoquer l'aspect professionnel du patient.

C'est alors la disponibilité du thérapeute qui est également une limite. Il n'est pas toujours possible en termes de temps d'organiser une visite à domicile pour tous les patients. Par ailleurs, la maîtrise de l'activité par l'ergothérapeute peut être limitant également. Si le thérapeute n'a jamais pratiqué l'activité du patient, il est difficile d'apporter des solutions en termes d'aide technique par exemple.

### 3. Discussion

Suite à l'enquête, je vais discuter plusieurs thèmes en lien avec mon cadre théorique : les conditions d'une activité motivante, puis la démarche centrée dans la pratique ergothérapique française et enfin nous reviendrons sur le MOH. Ensuite j'exposerai les limites et les intérêts de l'étude, enfin je conclurai par la validation ou non de l'hypothèse de recherche dans le cadre de cette étude.

#### 3.1. Mise en relation des résultats avec la partie théorique

##### 3.1.1. Activités motivantes, à quelles conditions ?

D'après tous les ergothérapeutes interrogés, l'utilisation des activités significatives permet de susciter l'intérêt du patient pour favoriser son adhésion à la rééducation. D'après Pibarot [2013], « *les activités peuvent se concevoir comme thérapeutiques que si elles sont porteuses de sens* ». Donc si l'ergothérapeute, par une démarche centrée sur la personne, procède à l'explication des objectifs d'une activité non significative. Et que le patient comprend le sens d'une activité analytique, alors celle-ci est thérapeutique et pourrait devenir significative pour lui. Par exemple, l'ergothérapeute peut faire un parallèle avec une activité du quotidien pour que le patient puisse visualiser l'objectif final. Grâce à la notion d'accès à la compréhension des enjeux et des intérêts de l'intervention [Maclean, 2000], l'ergothérapeute pourrait être en mesure de rendre une activité analytique significative.

Nous pouvons remarquer également que la notion de compréhension de la prise en soin par le patient est importante. Nous pouvons faire le parallèle avec le critère de Maclean qui s'intitule « *l'accès à la compréhension des enjeux et de l'intervention en ergothérapie* ». C'est pourquoi il est important de définir de manière simple l'ergothérapie au préalable. Grâce à la compréhension de la pratique, le patient comprend les intérêts des séances d'ergothérapie. Ensuite il faut qu'il comprenne ce qu'un ergothérapeute peut lui apporter de complémentaire à l'équipe pluriprofessionnelle. Ainsi la prise en soin en sera d'autant plus pertinente pour lui. Pourtant lorsque la personne n'est pas en mesure de comprendre, par la présence de troubles cognitifs, comment l'ergothérapeute peut-il faire comprendre l'intérêt des séances d'ergothérapie ? En effet comment l'ergothérapeute peut-il motiver la personne qui est anosognosique, c'est-à-dire qu'elle n'est pas en capacité de reconnaître ses troubles.

Cependant avant toute mise en situation d'une activité signifiante. Il faut s'assurer que le patient a les habiletés suffisantes pour réaliser cette activité. C'est pourquoi il est primordial de réaliser un bilan des habiletés du patient avant de commencer. En effet, la mise en échec aurait un effet néfaste sur la continuité de la rééducation. Il est important pour le thérapeute d'évaluer le « *bon moment* » pour proposer ce type d'activité. Si un patient en début de rééducation ne présente aucune motricité au niveau de l'hémicorps lésé, il est inutile de réaliser une mise en situation toilette. En effet en le mettant en échec, cela pourrait avoir un effet négatif sur sa motivation.

Par ailleurs, d'après le référentiel de compétence du diplôme d'Etat de l'ergothérapeute, la compétence 3 est destinée aux moyens mis en œuvre en séance d'ergothérapie. La sous-compétence 7 s'intitule : « *Identifier les facteurs et mettre en œuvre les stratégies favorisant l'engagement des personnes dans l'activité et l'amélioration de leur autonomie* » [arrêté du 5 juillet 2010]. Ainsi la part d'engagement, donc de volition fait partie du champ de compétence de l'ergothérapeute.

Selon les études de Maclean, l'attitude et la qualité de l'accompagnement est un des facteurs motivationnels dans la prise en soin du patient post-AVC. D'après Meyer [2007], c'est par le savoir être que l'on peut adopter une approche centrée sur la personne. A travers les résultats de l'enquête, nous pouvons remarquer que la notion de relation thérapeutique est également apparue comme un critère essentiel pour favoriser la volition. La citation de Boyer est alors vérifiée, il évoque que « *la seule action sûrement efficace sur la motivation est la création d'un contexte relationnel favorable permettant l'engagement du processus motivationnel* » [BOYER, 2015]. En regard des observations effectuées, la relation thérapeutique est un biais de l'étude. En effet j'avais déjà tissé un lien de confiance avant les observations car je suivais les deux patientes en séance. Ce qui est certain est que la relation thérapeutique préétablie a permis de créer un climat de confiance pour les amener à s'épanouir dans leur activité signifiante. Alors est-ce que la relation thérapeutique ne serait-elle pas un prérequis pour que la personne puisse être motivée dans l'activité signifiante ?

### 3.1.2. La démarche centrée dans la pratique ergothérapeutique française

Il y a également la notion de prise en soin unique, chaque patient est unique avec des habiletés qui lui sont propres. J'ai pu comprendre à travers cette étude qu'il est important d'évaluer les habiletés de chaque patient et d'avoir une vision globale de la personne. Deux personnes qui ont subi un AVC auront des répercussions très différentes. C'est pourquoi il n'y a pas de plan de traitement similaire. La démarche centrée est-elle appliquée en France ?

D'après Meyer [2007], la démarche qualifiée de *top down* est décrite comme une prise en soin qui est focalisée sur les activités du patient pour ensuite s'orienter sur les habiletés fonctionnelles. Or d'après la pratique des ergothérapeutes, c'est le processus inverse qui est mis en jeu. En effet, ils évaluent tout d'abord les habiletés du patient, favorisent la récupération de ses habiletés fonctionnelles et ensuite ils se dirigent vers les activités significatives du patient. Alors quelle est la place du patient dans la prise en soin. La prise en soin est personnalisée selon les occupations du patient mais peut-on parler de partenariat entre le thérapeute et le patient ? Le thérapeute effectue des choix qu'il estime prioritaire pour le patient lorsqu'il propose des activités. Le terme de « *proposition* » serait alors plus adéquat.

Toutefois, le fait de laisser le libre choix au patient pourrait avoir de lourdes conséquences comme des mises en danger par exemple. Nous pouvons nous demander alors si le modèle *top down* est adapté pour les patients qui ont des troubles cognitifs. Dans cette étude, la présence de troubles cognitifs constitue un critère d'exclusion. Nous avons pu nous apercevoir que les patients observés en activité étaient capables d'évaluer leurs propres habiletés de manière objective. Alors peut-on laisser le choix des activités aux patients ayant des troubles cognitifs (anosognosie, troubles comportementaux ou troubles mnésiques) ? Cette approche centrée sur le patient est une démarche qui permet de rendre le patient partenaire dans la prise en charge mais les limites des troubles cognitifs peuvent être un frein à l'utilisation de ce modèle.

### 3.1.3. Retour sur le modèle de l'occupation humaine

D'après le cadre théorique, la volition est composée de trois sous-systèmes : les valeurs, les centres d'intérêt, et enfin les déterminants personnels. Ces trois notions ont été retrouvées à travers les observations de l'enquête. En effet pour chaque patiente, leurs valeurs personnelles ont été perçus pendant le déroulement de leur activité signifiante : une valeur socio-professionnelle et une valeur familiale pour l'autre. En l'occurrence les activités choisies avec les deux patientes étaient à la fois signifiantes et significatives.

Ainsi ce sont des activités faisant également partie de leurs centres d'intérêt. Elles ont réalisé une activité qui avait du sens pour elles, qu'elles n'avaient pas tentée de réaliser depuis l'entrée en hospitalisation. Enfin nous avons pu observer également les déterminants personnels qui entraient en jeu. D'une part, avec le sentiment de capacité personnelle qui se traduit par l'autoévaluation de leurs habiletés. Elles ont pu se rendre compte qu'elles étaient capables de réaliser leurs activités en parfaite autonomie. D'autre par le sentiment d'efficacité personnelle, cette dernière composante peut être un critère variant selon les individus et leurs habiletés. En effet Mme M. s'est rendue compte qu'elle était plus lente à la frappe au clavier qu'auparavant.

Enfin il est important de souligner que le potentiel motivationnel d'une activité présente un caractère subjectif et cela ne peut pas être généralisé à l'ensemble des patients. Plusieurs obstacles peuvent être néfastes pour favoriser la volition des patients. Par exemple la capacité de la personne à comprendre l'intérêt de la prise en soin en ergothérapie, ou encore les valeurs ou les représentations des personnes. C'est pourquoi j'ai décidé de ne pas interroger les patientes observées afin de ne pas être confronté à la subjectivité des patientes et éviter les biais. D'après Boyer [2015], « *la motivation apparaît comme une hypothétique force psychique relativement impénétrable sans doute en raison de la multiplicité et de la variabilité de ses déterminants conscients et inconscients, internes ou externes à l'individu* ». Selon lui, certains thérapeutes rêvent d'influer sur ces déterminants, mais ils semblent très nombreux. A travers cette étude, quelques moyens ont été énoncés pour favoriser la volition. Mais plusieurs facteurs externes sur lesquels le thérapeute ne peut pas agir rendent le potentiel motivationnel difficile à théoriser et à appliquer pour n'importe quel individu.

### 3.2. Limites et intérêts de l'étude

A travers cette étude, plusieurs limites sont présentes concernant la démarche de recherche. Dans un premier temps, les ergothérapeutes interrogés ont été diplômés dans les dix dernières années au maximum. Cela signifie qu'ils ont eu une formation similaire. C'est pourquoi il aurait été intéressant de recueillir des informations d'un ergothérapeute ayant davantage d'expérience et une formation plus ancienne. De plus le nombre d'ergothérapeutes interrogés ne représente pas la totalité des pratiques des ergothérapeutes français exerçant en neurologie. Les résultats issus de cette enquête ne peuvent pas être généralisés.

Ensuite, la population de l'enquête n'est pas ciblée sur un type d'AVC (hémisphère gauche ou droit). Cela m'a permis d'avoir une vision globale de cette population. Pourtant les répercussions de chaque AVC sont uniques. Pour cela, la comparaison des observations des deux patientes ne peut pas être généralisée à tous les patients victimes d'un AVC. Par ailleurs les observations ont été réalisées avec des patientes suivies en séance depuis plusieurs semaines, mes résultats peuvent être biaisés par la relation thérapeutique déjà mise en place.

Enfin, les troubles cognitifs ont été exclus de l'étude. Pourtant je me suis rendue compte au fil de l'avancée de mes recherches que c'est un facteur déterminant sur la motivation des patients. A titre d'exemple, l'anosognosie, les troubles des fonctions exécutives ou des troubles mnésiques peuvent influencer la volition du patient d'un jour à l'autre. Il serait alors intéressant de poursuivre cette étude en incluant un trouble cognitif en particulier, comme l'anosognosie. Cela permettrait de comparer les facteurs motivationnels issus des deux études.

Ce thème de recherche aura été l'occasion de s'intéresser à une problématique courante et fondamentale en ergothérapie, qu'est la motivation des patients dans la rééducation. Ce sujet est peu abordé dans la formation et commence à apparaître dans les publications en ergothérapie. Pourtant il constitue une grande source de questionnement sur le terrain. Cette étude pourrait être transposable auprès d'une autre population de neurologie par exemple pour les traumatisés crâniens, en effet les mêmes facteurs peuvent influencer la motivation.

### **3.3. Apports personnels et professionnels**

D'un point de vue personnel, lors de la rédaction de ce mémoire, j'ai pu remettre en question ma pratique professionnelle en tant que stagiaire pour en élaborer une question de recherche. J'ai appris à structurer mes idées, à planifier mon travail et à être autonome dans l'exercice. J'ai pu améliorer mes capacités de rédaction, notamment mon esprit de synthèse qui constituait pour moi une difficulté en stage. Il s'agit d'une compétence bénéfique pour la rédaction des différents comptes rendus en tant qu'ergothérapeute.

A travers les lectures, j'ai pu enrichir mes connaissances sur les concepts de cette étude. Notamment sur l'accident vasculaire cérébral et les conséquences dans la vie quotidienne. Le parallèle entre les lectures et la pratique sur le terrain auprès de population post-AVC m'a permis de confronter la théorie au vécu des patients qui en ont été victimes. Notamment, j'ai pu davantage comprendre quelles étaient leurs situations de handicap au quotidien. J'ai pu m'apercevoir que la théorie n'est pas toujours applicable dans la réalité, toutefois il me semble essentiel de s'intéresser à la littérature pour fonder sa propre identité professionnelle.

Par ailleurs, les informations recueillies auprès des ergothérapeutes vont me permettre de trouver une certaine identité professionnelle en mettant le patient au centre de la prise en soin. Ce mémoire de recherche m'a amené à m'interroger sur le pouvoir de la relation thérapeutique. Avec le recul, je pense que cette notion prend désormais une place importante dans ma conception de la pratique de l'ergothérapie.

Plus largement, je pense en tant que futur ergothérapeute il est important de se questionner sur les moyens pour permettre le désir de rééducation des patients. Désir qui peut être en déclin pour n'importe quelle situation de handicap, auquel je pourrais être confrontée tout au long de ma future pratique.

### 3.4. Retour sur l'hypothèse

De ma question de départ jusqu'à ma démarche de recherche en passant par le cadre théorique, une seule question se posait dans cette étude. Quels sont les moyens de l'ergothérapeute pour favoriser la volition du patient victime d'un AVC dans sa rééducation.

Suite à mes lectures, une hypothèse était susceptible de répondre à cette question de recherche :

**Le choix d'une activité signifiante comme moyen de rééducation**

**permet l'implication active du patient dans la prise en soin.**

L'activité constitue la principale médiation de l'ergothérapeute. A travers cet outil, l'ergothérapeute cherche à stimuler toutes les composantes d'une activité (motrices, cognitives, affectives et sociales). A travers une prise en charge centrée sur la personne avec une vision globale de son environnement. En proposant des moyens de rééducation répondant aux besoins et aux désirs des patients, l'ergothérapeute semble être un professionnel de santé qui a sa place pour susciter la volition du patient. D'après les résultats de l'enquête menée auprès des ergothérapeutes, l'utilisation d'activité signifiante en rééducation favorise l'adhésion et la motivation du patient. C'est d'ailleurs l'une des composantes du référentiel d'activités de l'ergothérapeute. Il doit être capable d'« *Identifier les facteurs et mettre en œuvre les stratégies favorisant l'engagement des personnes dans l'activité et l'amélioration de leur autonomie* » [arrêté du 5 juillet 2010]. Ainsi dans le cadre de cette enquête, **l'hypothèse de recherche est validée**. Les activités signifiantes permettent au patient de trouver un sens à la rééducation de le motiver pendant les séances.

Cependant suite à l'enquête, quelques conditions ont été décrites pour confirmer la validité de cette hypothèse. Avant la réalisation d'une activité signifiante, l'ergothérapeute doit s'assurer que le patient a les capacités nécessaires pour le bon déroulement de l'activité. La notion de « bon moment » pour la proposition de ce type d'activité est également à prendre en compte. Le patient doit être prêt psychologiquement à éprouver d'éventuelles difficultés dans une activité qui lui tient à cœur. Ensuite la volition est favorisée par la compréhension des objectifs de la rééducation. C'est pourquoi il est important pour l'ergothérapeute de

procéder à une explication du choix de l'activité. Enfin l'attitude du thérapeute contribue au bon déroulement de l'activité signifiante grâce à la création de la relation thérapeutique.

Cependant, la question de recherche prend en compte la phase subaiguë de la prise en soin. Les patients inclus dans l'étude sont alors encore hospitalisés. Ils n'ont pas encore pu réaliser une activité signifiante au sein de l'établissement. C'est pourquoi il est intéressant de réaliser l'activité dans le contexte hospitalier. Le patient ne se mettra pas en danger et évitera une mise en échec. Il est important de souligner que cette étude n'est pas valable pour un patient hospitalisé en hôpital de jour. Ce dernier est déjà retourné à domicile en ayant peut-être pu réaliser ses activités de vie quotidienne. Il serait alors intéressant d'évaluer les différences entre le rôle de l'ergothérapeute en phase subaiguë et chronique et l'AVC. En hospitalisation complète, l'activité signifiante encore non réalisée à domicile peut motiver davantage la personne car cela lui permet de se projeter dans l'avenir à domicile.

## Conclusion

L'accident vasculaire cérébral entraîne de nombreuses séquelles amenant les personnes vers une situation de handicap. C'est pourquoi l'ergothérapeute joue un rôle important pour favoriser l'autonomie et l'indépendance des personnes qui en sont victimes afin de répondre à leur projet. Celles-ci vivent un grand bouleversement, autant physiquement que psychologiquement. Il est important qu'elles soient motivées dans leur prise en soin pour favoriser l'efficacité de la rééducation. La question de recherche de cette étude est : **de quelle manière l'ergothérapeute peut-il favoriser la volition de la personne victime d'un accident vasculaire cérébral dans sa rééducation ?**

La médiation principale de l'ergothérapeute est l'activité. Parmi les moyens qu'il peut proposer, il y a les activités signifiantes c'est-à-dire celles qui font sens au patient. Ainsi l'hypothèse de recherche cible l'intérêt à l'utilisation d'activités signifiantes sur la volition du patient victime d'un AVC. L'intitulé exact est : **le choix d'une activité signifiante comme moyen de rééducation permet l'implication active du patient dans la prise en soin.** Dans le cadre de cette étude, l'hypothèse a été vérifiée et validée.

Cependant l'ergothérapeute doit s'assurer que le patient dispose des capacités nécessaires pour ne pas le mettre en échec. A travers l'enquête réalisée, nous avons remarqué que la création d'une relation thérapeutique permet également de favoriser la volition du patient. Toutefois la notion de compréhension des objectifs de l'activité est également un élément à prendre en compte. Lorsque le thérapeute informe le patient sur les objectifs fixés, le patient comprend le sens de la rééducation et cela motive davantage. En respectant tous ces éléments, l'ergothérapeute peut susciter la volition d'un patient que l'activité soit signifiante ou non. Toutefois, il serait intéressant dans une étude complémentaire de reprendre cette question de recherche en incluant les patients ayant des troubles cognitifs. Comme par exemple avec des personnes anosognosiques. Cette étude pourrait amener de nouveaux éléments pour compléter cette étude et apporter de nouveaux résultats.

Pour cette étude, nous nous sommes davantage centrés sur les activités signifiantes. En effet d'après Pibarot, l'aspect signifiant prend le dessus sur le significatif et il faut l'accord intime de la personne pour toute activité. Cependant, au cours de l'élaboration de cette étude, alors que j'étais en stage en neurologie, je me suis aperçu que les patients n'avaient pas toujours les mêmes projets que l'entourage. Ces conflits, sur les projets de vie des patients, m'ont alors interrogé. Comment l'ergothérapeute peut-il susciter la motivation du patient, alors que l'institution et l'entourage n'ont pas le même projet ?

## Bibliographie

### Dictionnaires :

- Larousse, le grand Larousse illustré, 2016
- Dictionnaire de l'académie de médecine disponible sur <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/> consulté le 18/01/2017

### Textes officiels :

- Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie : disponible sur [www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=BCA375619983E1DBBDAF7ACB50BC1425.tpdj\\_o05v\\_1?cidTexte=JORFTEXT000000309649&dateTexte=20040807](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=BCA375619983E1DBBDAF7ACB50BC1425.tpdj_o05v_1?cidTexte=JORFTEXT000000309649&dateTexte=20040807)
- Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, disponible sur [www.anfe.fr](http://www.anfe.fr)

### Articles :

- AQRS (association québécoise pour la réadaptation sociale), *volition et motivation en santé mentale, première partie : concepts théoriques, le partenaire*, vol.13, n°1, hiver 2006
- BELANGER R. et al., *Le modèle de l'occupation humaine, le partenaire*, vol.13, n°1, hiver 2006
- BIARD N., *Evolution des modèles et approches en rééducation pour les AVC : quelles techniques pour quels patients ?* 3<sup>ème</sup> journée de l'IFPEK, ErgOthérapies, (47), pp. 65-88, 2012
- BOYER C., *la motivation et ses théories, l'activité humaine : un potentiel pour la santé?*, actualités en ergothérapie, de boeck solal, 2015
- DERKINDEREN P., *Après un AVC - troubles du comportement*, disponible sur le site internet : <http://chu-nantes.fr>, 2010
- DJAOUI E., *Rôle sociaux et activité, l'activité humaine : un potentiel pour la santé*, actualités en ergothérapie, de boeck solal, 2015, p.207
- GUIHARD J. P. ? *Ecologie thérapeutique ou thérapie écologique ?* dans IZARD M.H, *expériences en ergothérapie*, vingtième série, 2007

- MACLEAN N., POUND P., *A critical review of the concept of patient motivation in the literature on physical rehabilitation*, Social Science & Medicine, n°50, p.495-506, 2000a
- MACLEAN N., POUND P., WOLFE C. et al., *Qualitative analysis of stroke patient's motivation for rehabilitation*, British Medical Journal, vol. 321, p.1051-1054, 2000b
- MACLEAN N., POUND P., WOLFE C. et al., *The concept of patient motivation, a qualitative analysis of stroke professional's attitudes*, Stroke, Journal of the american heart association, vol.33, p.444-448, 2002
- MEYER S., *de l'activité à la participation*, Broché, 2013
- MEYER S., *Démarches et raisonnement en ergothérapie*, Les Cahiers de l'ÉESP, 2007, disponible sur [www.eesp.ch](http://www.eesp.ch)
- MIGNET G., *motivation, volition et engagement : éclairage du modèle de l'occupation humaine, l'activité humaine : un potentiel pour la santé?*, actualités en ergothérapie, de boeck solal, 2015, p.97
- MOREL BRACQ, *l'entretien en recherche qualitative en ergothérapie*, ergothérapies, n°62, juillet 2016
- MOREL-BRACQ M.-C, *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*, Collection ergothérapie, 2009
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) : « L'activité : un besoin fondamental de l'être humain » disponible sur [www.oeq.org](http://www.oeq.org)
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ), *l'ergothérapie et les accidents vasculaires cérébraux*, disponible sur <http://www.oeq.org>
- YELNIK A. & al., *Les parcours de soins en MPR du patient après AVC, contribution au chemin clinique et à la consultation bilan*. Disponible sur le site internet du Ministère des Solidarités et de la Santé : Programme pilote AVC « Améliorer les parcours de prise en charge des AVC, 2012
- YELNIK A. et al., *Faut-il rééduquer les patients à la phase aigüe après AVC ? Actualités dans la prise en charge de l'AVC*, Suramps Médical, PP. 23-25, 2010

## Ouvrages :

- AZOUVI P., BUSSEL B., *Actes des 16èmes entretiens de l'Institut Garches : Rééducation de l'hémiplégie vasculaire*, Editions Frison-Roche, 2004
- BARBIER J.M., *Vocabulaire d'analyse d'activités*, p.25, 2011
- BLANCHET A. et al., *Les techniques d'enquête en sciences sociales*, Dunod, 2013
- DE MORAND A., *Pratique de la rééducation neurologique*, Elsevier Masson 2012
- KIELHOFNER G., *Model of Human Occupation*, p.69, 2008,
- LEONTIEV A., *Activité, conscience, personnalité*, Editions du progrès, 1984
- PIBAROT I., *Dynamique de l'ergothérapie*, Journal d'ergothérapie n°26, 1977
- PIBAROT I., *Une ergologie : des enjeux de la dimension subjective de l'activité humaine*, de boeck solal, 2013
- PINEL J., *Biopsychologie*, 6<sup>ème</sup> éditions, 2007, p.207
- TORTORA et DERRICKSON, *Manuel d'anatomie et de physiologie humaine*, De boeck, 2009

## Sites web :

- Association France AVC : [www.franceavc.com/](http://www.franceavc.com/) consulté le 13/10/2016
- Institut National de la santé et de la recherche médicale : [www.inserm.fr](http://www.inserm.fr) consulté le 08/02/17
- La Haute Autorité de Santé : [www.ars.iledefrance.sante.fr/](http://www.ars.iledefrance.sante.fr/) consulté le 08/02/17
- Ministère des Solidarités et de la Santé, onglet « AVC » [www.social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires/accident-vasculaire-cerebral-avc/article/les-chiffres-cles-de-l-avc](http://www.social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires/accident-vasculaire-cerebral-avc/article/les-chiffres-cles-de-l-avc) consulté le 08/02/17
- Organisation mondiale de la santé : [www.who.int/fr/](http://www.who.int/fr/) consulté le 22/11/16

# Sommaire des annexes

- I. Glossaire .....2
- II. MOHOST .....4
- III. Guide d’entretien ergothérapeute .....9
- IV. Entretien ergothérapeute 2 .....11
- V. Vignette clinique de Mme M. ....14
- VI. Grille d’observation activité signifiante Mme M. ....15
- VII. Grille d’observation activité non signifiante Mme M. ....16
- VIII. Vignette clinique Mme E. ....17
- IX. Grille d’observation activité signifiante Mme E. ....18
- X. Grille d’observation activité non signifiante Mme E. ....19

## I. Glossaire

- **Anosognosie** : Méconnaissance par le patient de l'affection dont il est atteint. (Dictionnaire médical de l'Académie de médecine, DMAM)
- **Aphasie** : Trouble acquis du langage secondaire à une lésion cérébrale habituellement de l'hémisphère gauche. (DMAM)
- **Cardiopathie** : Maladie du cœur qui peut être congénitale ou acquise. (DMAM)
- **Fonctions exécutives** : ensemble des processus nécessaires à la réalisation et au contrôle des actions et des comportements dirigés vers un but. (par exemple initiation de comportements, planification de l'action, flexibilité cognitive, jugement, prise décision). [DUBOIS, 1994].
- **Hémiplégie** : Perte totale ou partielle de la motricité d'une moitié du corps, d'origine neurologique. (DMAM)
- **Héminégligence** : Inattention à l'égard d'évènements se produisant sur un héli-espace, qui se manifeste dans les différentes modalités sensorielles (visuelles, auditives, tactiles) et dans la perception motrice de l'espace. (DMAM)
- **Hémiastomatognosie** : correspond à une affection qui se caractérise par le fait que le patient refuse de reconnaître comme sienne la moitié paralysée de son corps
- **Réadaptation** : un ensemble de mesures qui aident des personnes présentant ou susceptibles de présenter un handicap à atteindre et maintenir un fonctionnement optimal en interaction avec leur environnement (OMS)
- **Rééducation** : Méthodes visant à rétablir une fonction perturbée par un état pathologique, organique ou non, donc différentes des psychothérapies. (DMAM)
- **Spasticité** : Contraction d'un muscle ayant tous les caractères d'un spasme. (DMAM)
- **Syncinésie** : Mouvement involontaire souvent inconscient, survenant dans un groupe musculaire inapproprié à l'occasion d'un mouvement volontaire homolatéral ou controlatéral, ou lors de son essai. (DMAM)
- **Syndrome dépressif** : Tableau clinique dont le modèle, l'accès mélancolique aigu, réversible spontanément ou sous traitement, associe dans sa forme la plus complète : tristesse, ralentissement psychomoteur majoré le matin, idées de suicide et de mort, anxiété, insomnie des petites heures de la nuit, perte de l'appétit et amaigrissement, idées délirantes de culpabilité. (DMAM)

- **Système nerveux autonome** : Ensemble des structures nerveuses dont les centres de contrôle, situés en dehors du système nerveux central, régissent le fonctionnement autonome des viscères et règlent les grandes fonctions vitales et viscérales de l'organisme (respiration, circulation, thermorégulation, digestion, excrétion, fonction sexuelle) et dont les effets, habituellement globaux et relativement lents, intéressent surtout les muscles lisses et échappent au contrôle volontaire. (DMAM)
- **Système nerveux central** : dans un sens large, couramment employé en médecine, constitué par l'encéphale et la moelle spinale, ensemble envisagé aussi bien du point de vue anatomique que du point de vue fonctionnel.
- **Troubles gnosiques** : Incapacité de reconnaître un objet ou une forme dans une modalité sensorielle donnée, alors que la perception élémentaire au sein de celle-ci est préservée, que la reconnaissance selon les autres modalités est normale et qu'il n'est relevé ni un défaut de familiarité de l'item, ni une perturbation de l'attention ou de la vigilance, ni un affaiblissement intellectuel important, ni un trouble de dénomination secondaire à une aphasie. (DMAM)

## II. MOHOST

### MODEL OF HUMAN OCCUPATION SCREENING TOOL (MOHOST)

Centre de référence du modèle de l'occupation humaine

www.fmed.ulaval.ca/crmoh

Nom :		Dossier N° :	
Date de naissance :		Âge :	
Ergothérapeute :		Signature :	
Sexe : Homme <input type="checkbox"/>		Femme <input type="checkbox"/>	
Autres informations :		Date du premier contact :	
		Date de l'évaluation :	
		Département /service :	

<b>Échelle de cotation</b>	<b>F</b>	<b>Facilite</b> la participation occupationnelle
	<b>P</b>	<b>Permet</b> la participation occupationnelle
	<b>I</b>	<b>Inhibe</b> la participation occupationnelle
	<b>E</b>	<b>Empêche</b> la participation occupationnelle

#### ANALYSE DES FORCES ET DES FAIBLESSES


#### SOMMAIRE DES COTATIONS

Motivation face à l'occupation				Organisation et structure des occupations				Habilités de communication et d'interaction				Habilités opératoires				Habilités motrices				Environnement			
Évaluation des habiletés	Attentes face aux réussites	Intérêt	Choix	Routine	Capacité d'adaptation	Rôles	Responsabilité	Habilités non verbales	Conversation	Expression verbale	Relations	Connaissance	Répartition dans le temps Timing	Organisation	Résolution de problème	Posture et mobilité	Coordination	Force et effort	Énergie	Espace physique	Ressources physiques	Groupes sociaux	Exigences occupationnelles
F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E

Parkinson, S. et Forsyth, K. (2006) Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST), (V 2.0), [outil d'évaluation] (traduit (2016) par Beauchesne,

<b>MOTIVATION FACE À L'OCCUPATION</b>		
<p><b>Évaluation des habiletés</b></p> <p>Compréhension des forces et des limites actuelles Juste confiance en ses habiletés, Juste perception des compétences Conscience des capacités</p>	<p>F</p> <p>P</p> <p>I</p> <p>E</p>	<p>Évalue de façon juste ses capacités, reconnaît ses forces, conscient de ses limites.</p> <p>Tendance modérée à sous/surévaluer ses habiletés, reconnaît certaines de ses limites.</p> <p>Sans soutien, a des difficultés à comprendre ses forces et ses limites.</p> <p>Ne se questionne pas sur ses habiletés, échoue à les estimer de façon réaliste.</p>
<p><b>Attentes face aux réussites</b></p> <p>Optimisme et espoir Sentiment d'efficacité personnelle, sentiment de contrôle et sentiment d'identité personnelle</p>	<p>F</p> <p>P</p> <p>I</p> <p>E</p>	<p>Anticipe la réussite et recherche des défis, confiant de surmonter les obstacles.</p> <p>A un certain espoir de réussir, croyance en soi adéquate mais a quelques doutes, peut avoir besoin d'encouragement.</p> <p>Requiert un soutien pour garder son optimisme afin de surmonter les obstacles, pauvre sentiment d'efficacité personnelle.</p> <p>Pessimiste, se sent désespéré, abandonne face à des obstacles, n'a pas le sentiment d'être en contrôle.</p>
<p><b>Intérêt</b></p> <p>Plaisir Satisfaction Curiosité Participation</p>	<p>F</p> <p>P</p> <p>I</p> <p>E</p>	<p>Enthousiaste, curieux, animé, essaie de nouvelles occupations, exprime du plaisir, persévère, se montre satisfait.</p> <p>A des intérêts adéquats qui guident ses choix, a quelques occasions de s'adonner à ses intérêts.</p> <p>Difficulté à identifier ses intérêts, intérêts éphémères, ambivalent quant au choix d'occupations.</p> <p>S'ennuie facilement, incapable d'identifier ses intérêts, apathique, manque de curiosité même avec du soutien.</p>
<p><b>Choix</b></p> <p>Engagement approprié Disposition au changement Conscience des valeurs et de ce qui est significatif Préférences et buts</p>	<p>F</p> <p>P</p> <p>I</p> <p>E</p>	<p>Préférences claires et sens de ce qui est important, motivé à travailler à l'atteinte des buts occupationnels.</p> <p>Généralement capable d'effectuer des choix, peut nécessiter des encouragements pour fixer et travailler à l'atteinte des buts occupationnels.</p> <p>Difficulté à identifier ce qui est important ou à fixer et à travailler à l'atteinte des buts occupationnels, inconstant.</p> <p>Ne peut définir de buts, impulsif, chaotique, buts irréalisables ou basés sur des valeurs antisociales.</p>

<b>ORGANISATION ET STRUCTURE DES OCCUPATIONS</b>		
<p><b>Routine</b></p> <p>Équilibre Organisation des habitudes Structure Productivité</p>	<p>F</p> <p>P</p> <p>I</p> <p>E</p>	<p>Capable d'aménager une routine d'activités quotidiennes équilibrée, structurée et productive.</p> <p>Généralement capable de maintenir ou de suivre un horaire quotidien organisé et productif.</p> <p>Difficulté à organiser sans soutien des routines d'activités quotidiennes équilibrées et productives.</p> <p>Absence de routine ou routine chaotique, ne peut soutenir les responsabilités et les buts, routine désordonnée.</p>
<p><b>Capacité d'adaptation</b></p> <p>Anticipation du changement Réponse habituelle au changement Tolérance au changement</p>	<p>F</p> <p>P</p> <p>I</p> <p>E</p>	<p>Anticipe le changement, modifie ses actions ou sa routine afin de répondre à la demande (flexible/conciliant).</p> <p>Généralement capable de modifier ses comportements, peut nécessiter du temps pour s'adapter, hésitant.</p> <p>Difficulté à s'adapter au changement, réfractaire, passif ou réagit habituellement de façon démesurée au changement.</p> <p>Rigide, incapable d'adapter ses routines ou de tolérer le changement.</p>
<p><b>Rôles</b></p> <p>Identité dans les rôles Variété des rôles Sentiment d'appartenance Implication</p>	<p>F</p> <p>P</p> <p>I</p> <p>E</p>	<p>S'identifie à une variété de rôles qui lui procurent un sens identitaire.</p> <p>S'identifie généralement à un ou plusieurs rôles, lesquels lui procurent un certain sentiment d'appartenance.</p> <p>Identification limitée à des rôles, trop de rôles ou conflit entre les rôles, pauvre sentiment d'appartenance.</p> <p>Ne s'identifie à aucun rôle, peu d'exigences reliées aux rôles, aucun sentiment d'appartenance.</p>

<b>Responsabilité</b>  Compétence dans les rôles Répond aux attentes Remplit ses obligations S'acquitte de ses responsabilités	F	Complète les activités de façon fiable et répond aux attentes liées aux obligations inhérentes aux rôles.
	P	Se débrouille avec la majorité des responsabilités, répond à la plupart des attentes, s'acquitte de la majorité des obligations liées aux rôles.
	I	Sans soutien, difficulté à répondre aux attentes et à remplir les obligations liées aux rôles.
	E	Capacité limitée à répondre aux exigences des activités ou des obligations, incapable de compléter les activités liées aux rôles.

### HABILETÉS DE COMMUNICATION ET D'INTERACTION

<b>Habiletés non verbales</b>  Contact visuel Gestuelle Orientation du corps Proximité	F	Langage corporel approprié (voire spontané) à la culture et aux circonstances.
	P	Généralement capable de démontrer ou de contrôler un langage corporel approprié.
	I	Difficulté à contrôler/démontrer un langage corporel approprié (à retardement/limité/désinhibé).
	E	Incapable de démontrer un langage corporel approprié (absent/incongru/dangereux /agressif).
<b>Conversation</b>  Divulger Initier et poursuivre Contenu du discours Langage	F	Engage, poursuit une conversation et divulgue les informations de façon appropriée (clair / direct / ouvert).
	P	Généralement capable d'utiliser un langage ou des signes pour échanger efficacement de l'information.
	I	Difficulté à initier, divulguer ou poursuivre une conversation (hésitant/brusque/limité/hors propos).
	E	Ne communique pas, incohérent, bizarre ou divulgation inappropriée de l'information.
<b>Expression verbale</b>  Intonation Élocution Volume Cadence	F	S'exprime avec assurance, élocution, ton, volume et cadence appropriés.
	P	Expression verbale généralement appropriée sur le plan du ton, du volume et de la cadence.
	I	Difficulté à s'exprimer (marmonne/pression du discours/monotone).
	E	Incapable de s'exprimer (manque de clarté/trop faible ou fort/trop rapide ou trop passif).
<b>Relations</b>  Coopération Collaboration Rapport à autrui Respect	F	Sociable, apporte du soutien, conscient de la présence d'autrui, maintient l'engagement, amical, établit des liens sans problème.
	P	Généralement capable d'être en relation et démontre la plupart du temps une conscience des besoins des autres.
	I	Difficulté à coopérer ou crée peu de relations positives.
	E	Incapable de coopérer ou de créer des relations positives.

### HABILETÉS OPÉRATOIRES

<b>Connaissance</b>  Chercher et mettre en relation l'information Savoir quoi faire dans une activité Savoir comment utiliser les objets	F	Cherche et retient l'information pertinente, sait comment utiliser les outils de façon appropriée.
	P	Généralement capable de chercher et retenir l'information et sait comment utiliser les outils.
	I	Difficulté à savoir comment utiliser les outils, difficulté à demander ou retenir de l'information.
	E	Incapable d'utiliser les connaissances/outils, ne retient pas l'information, demande très souvent la même information.

<b>Répartition dans le temps (Timing)</b> Amorce Terminaison Enchaîner les séquences Concentration	F	Maintient sa concentration, débute, enchaîne et complète l'occupation aux bons moments.
	P	Généralement capable de se concentrer, débiter, enchaîner et compléter les occupations.
	I	Concentration fluctuante ou distrait, difficulté à amorcer, enchaîner et compléter.
	E	Incapable de se concentrer, incapable d'amorcer, d'enchaîner ou de compléter les occupations.
<b>Organisation</b> Organisation de l'espace et des objets Propreté Préparation Rassembler les objets	F	Cherche efficacement, rassemble et remet en ordre les outils/objets requis pour l'occupation (propre).
	P	Généralement capable de chercher, rassembler et remettre en ordre les outils/objets requis.
	I	Difficulté à chercher, à rassembler et à remettre en ordre les outils ou objets, semble désorganisé/désordonné.
	E	Incapable de chercher, rassembler et remettre en ordre les outils et les objets (chaotique, malpropre).
<b>Résolution de problème</b> Jugement Adaptation Prise de décision Capacité à réagir	F	Démontre un bon jugement, anticipe les difficultés et trouve des solutions réalistes (rationnel).
	P	Généralement capable de prendre des décisions selon les difficultés qui surviennent.
	I	Difficulté à anticiper et à s'adapter aux difficultés qui surviennent, cherche à être rassuré.
	E	Incapable d'anticiper et de s'adapter aux difficultés qui surviennent et prend des décisions inappropriées.

<b>HABILETÉS MOTRICES</b>		
<b>Posture et mobilité</b> Se stabiliser                      Marcher S'aligner                            Atteindre Se placer                            Se pencher Avoir un bon équilibre      Effectuer des transferts	F	Stable, se tient droit, indépendant, flexible, bonne amplitude de mouvement (voire agile).
	P	Généralement capable de maintenir sa posture et sa mobilité dans l'occupation, de façon indépendante ou avec aides techniques.
	I	Parfois instable malgré l'utilisation d'aides techniques, lent ou y parvient avec difficulté.
	E	Très instable, incapable d'atteindre des objets et de se pencher ou incapable de marcher.
<b>Coordination</b> Manipulation Aisance du mouvement Fluidité Habiletés motrices fines	F	Coordonne les différentes parties du corps entre elles, fait des mouvements fluides et harmonieux (peut même faire preuve d'adresse).
	P	Fait preuve d'une certaine maladresse ou de rigidité qui causent des interruptions mineures dans l'occupation.
	I	Difficulté à coordonner ses mouvements (gauche/tremble/ manque d'aisance /rigide).
	E	Incapable de coordonner, de manipuler et faire des mouvements fluides.
<b>Force et effort</b> Saisir Manier Déplacer Soulever Transporter Calibrer	F	Saisit, déplace et transporte les objets de façon sécuritaire avec une force / vitesse adéquate / (fait preuve de force).
	P	Force et effort sont généralement suffisants pour la plupart des tâches.
	I	Difficulté à saisir, déplacer, transporter les objets avec une force et une vitesse adéquates.
	E	Incapable de saisir, déplacer, transporter les objets avec une force et une vitesse appropriées (faible/frêle).
<b>Énergie</b> Endurance Cadence Attention Résistance	F	Maintient des niveaux d'énergie appropriés, capable de maintenir le rythme tout au long de l'occupation.
	P	L'énergie peut être légèrement faible ou élevée par moment, capable d'ajuster sa cadence dans la plupart des tâches.
	I	Difficulté à maintenir son énergie (se fatigue facilement/signe de fatigue/facilement distrait/agité).
	E	Incapable de maintenir son énergie, inattentif, léthargique, inactif ou hyperactif.

ENVIRONNEMENT		Environnement où les habiletés ont été évaluées : _____
<p><b>Espace physique</b></p> <p>Infrastructures pour les soins personnels, les activités productives et de loisirs Intimité et accessibilité</p>	<p>F</p> <p>P</p> <p>I</p> <p>E</p>	<p>L'espace offre toutes sortes de possibilités, favorise et stimule des occupations valorisées.</p> <p>L'espace est généralement adéquat, permet de s'adonner aux occupations quotidiennes.</p> <p>Offre peu de possibilités et restreint le rendement dans les occupations valorisées.</p> <p>L'espace limite les possibilités et empêche le rendement dans les occupations valorisées.</p>
<p><b>Ressources physiques</b></p> <p>Ressources financières Équipement et outils Avoirs et moyens de transport Sécurité et indépendance</p>	<p>F</p> <p>P</p> <p>I</p> <p>E</p>	<p>Facilitent l'atteinte des buts occupationnels, l'équipement et les outils sont appropriés.</p> <p>Permettent généralement l'atteinte des buts occupationnels, peuvent représenter certains obstacles.</p> <p>Limitent la capacité à atteindre les buts occupationnels en toute sécurité, l'équipement et les outils sont inadéquats.</p> <p>Ont un impact majeur sur la capacité à atteindre les buts occupationnels, risques élevés dus à un manque d'outils.</p>
<p><b>Groupes sociaux</b></p> <p>Dynamique familiale Ami(e)s et soutien social Climat de travail Attentes et implication</p>	<p>F</p> <p>P</p> <p>I</p> <p>E</p>	<p>Les groupes sociaux offrent un soutien concret, les valeurs et attitudes favorisent un fonctionnement optimal.</p> <p>Permettent généralement d'offrir un soutien mais il peut y avoir une « sous » ou « sur » implication.</p> <p>Offrent un soutien limité ou nuisent à la participation, soutien disponible dans certains groupes mais pas dans d'autres.</p> <p>Ne favorisent pas la participation en raison d'un manque d'intérêt ou d'une implication inappropriée.</p>
<p><b>Exigences occupationnelles</b></p> <p>Exigences des activités (soins personnels, productivité et loisirs) Normes culturelles Composition des activités</p>	<p>F</p> <p>P</p> <p>I</p> <p>E</p>	<p>Les exigences des activités correspondent bien aux aptitudes, aux intérêts, à l'énergie et au temps disponibles.</p> <p>Généralement compatibles avec les aptitudes, les intérêts, l'énergie et le temps disponible et peuvent présenter des défis.</p> <p>Quelques incompatibilités évidentes avec les aptitudes et les intérêts ou l'énergie et le temps disponibles.</p> <p>Globalement incompatibles avec les aptitudes, la composition des activités présente trop ou pas assez d'exigences.</p>

### **III. Guide d'entretien ergothérapeute**

#### **Message à destination des ergothérapeutes :**

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise une enquête visant à approfondir mes connaissances de manière concrète sur mon sujet d'étude. Je m'intéresse aux moyens que peut employer l'ergothérapeute pour susciter la motivation du patient victime d'un accident vasculaire cérébral.

#### **Echantillonnage :**

- Ergothérapeutes volontaires

#### **Critères d'inclusion :**

- Exercer en rééducation neurologique (IMPR, SSR, CRF)
- Expérience de plus d'un an en neurologie auprès de patients post-AVC
- Utilisez des activités significantes

#### **Objectifs des entretiens :**

- Recueillir le retour d'expérience des ergothérapeutes utilisant des activités significantes dans leur pratique professionnelle auprès de patients post-AVC.
- Identifier l'impact de l'utilisation d'une activité significative sur la volition du patient post-AVC
- Déterminer l'influence sur la volition de la personne lorsqu'elle participe au choix de l'activité significative

#### **Méthode :**

- Démarchage d'anciens lieux de stage

Tableau 11 : représentation des questions du guide d'entretien leur objectifs selon les thématiques

Thématique	Question	Objectif
Recueil de données générales	1) <b>Quel est votre parcours professionnel (diplôme, durée d'exercice en neurologie) ?</b>	Connaitre le parcours professionnel de l'ergothérapeute et s'assurer qu'il correspond aux critères d'inclusion.
La motivation du patient victime d'un AVC dans sa rééducation	2) <b>Quels sont les effets de la motivation dans la phase de rééducation ?</b>	Informations sur le pouvoir de la motivation sur la récupération fonctionnelle. Identifier la place de la motivation dans la pratique de l'ergothérapeute.
	3) <b>D'après vous, quels sont les moyens de l'ergothérapeute pour favoriser la motivation du patient post-AVC dans sa rééducation ?</b>	Identifier les compétences de l'ergothérapeute pour favoriser la motivation du patient post-AVC.
Le choix d'activité pour le patient victime d'un AVC	4) <b>Quels sont les types d'activités qui permettent de favoriser la motivation ?</b>	Déterminer le type d'activité le plus utilisé par l'ergothérapeute interrogé.
	5) <b>De quelle manière, choisissez-vous les activités proposées au patient post-AVC ?</b>	Déterminer les moyens utilisés par l'ergothérapeute auprès de patients post-AVC. Déterminer la place du patient dans le choix de l'activité.
L'activité significative comme moyen de rééducation auprès de patients post-AVC	6) <b>Quelle est votre définition du terme « activité significative » ?</b>	Prendre connaissance de la définition de la personne interrogée sur ces notions, et proposer une définition issue de la partie théorique si celle de l'ergothérapeute est trop éloignée.
	7) <b>Quels sont les intérêts à la mise en place d'activités significatives ?</b>	Identifier l'intérêt des activités significatives dans la rééducation. Vérifier la validité de l'hypothèse.
	8) <b>Quels sont les limites à l'usage d'activités significatives ?</b>	Identifier des limites éventuelles pour confronter la théorie à la pratique et ouvrir le champ à de nouvelles perspectives.
Apport spontanée d'éléments complémentaires	9) <b>Avez-vous quelque chose à rajouter ?</b>	Objectif : Pour laisser le choix à la personne d'ajouter une notion importante selon elle

## **IV. Entretien ergothérapeute 2**

### **1. Quel est votre parcours professionnel (diplôme, durée d'exercice en neurologie) ?**

Ergothérapeute (E) : J'étais diplômée en 2006, j'ai travaillé directement en centre de rééducation qui traitait l'AVC en phase aiguë en hospitalisation complète. Et ensuite je suis allée en hôpital de jour et ça fait 4 ans que j'y suis.

### **Où vous prenez en charge des patients post-AVC ?**

E : Oui, plus en phase aiguë mais en phase à distance de l'AVC.

### **2. Quels sont les effets de la motivation dans la phase de rééducation d'un patient ayant subi un AVC ?**

E : Dans toute rééducation de toute façon s'il n'y a pas de motivation, c'est compliqué. Mais après y'a à prendre en considération les troubles cognitifs en phase aiguë surtout. En phase aiguë il y a des personnes qui sont complètement apathique, c'est du des suites de l'AVC, à la fatigue surtout. Dans les troubles cognitifs parfois il y a des apathies globales, surtout si c'est des hémi gauche qui s'estompent avec le temps, du coup en phase aiguë c'est compliqué à traiter quand il y'a peu de motivation parce que de toute façon ils ne peuvent pas faire autrement. La motivation c'est le plus important dans une prise en charge mais quelque soit la rééducation. S'il n'y a pas de motivation, même si tu as le même thérapeute tu ne peux pas faire de miracles.

### **3. D'après vous, quels sont les moyens de l'ergothérapeute pour favoriser la motivation du patient post-AVC dans sa rééducation ?**

E : Déjà être sympa, proposer des activités qui varient d'une séance à l'autre, ne pas être dans une routine où l'on fait les mêmes exercices. Tu peux aussi utiliser le MCRO qui est ultra pertinent, car ça met vraiment le patient au centre de la prise en charge. Et tu dégages des objectifs qui sont vraiment significatifs et non subjectifs, c'est le patient qui va te dire ce qu'il veut travailler. Derrière ça tu mets des activités en place qui sont en lien avec ce qui est ressorti du MCRO avec les priorités du patient. Et ensuite les mises en situation, le travail sur les loisirs. Des choses qui sont en lien avec ce qui lui plait. Alors sans le mettre en échec, parce que si le patient peut rien faire de ce qui lui plaisait c'est aussi un

problème. Il faut vraiment être à l'écoute du patient et avoir une prise en charge la plus adaptée possible.

#### **4. Quels sont les types d'activités qui permettent de favoriser la motivation ?**

E : Des activités qui plaisent au patient, si c'est un truc qui ne lui plaît pas c'est sûr qu'il adhéra pas. Après tu as aussi le rôle familial, mettre en place des choses avec la famille, des conseils à la famille qui peut être un relais, qui peut favoriser la progression du patient.

#### **5. De quelle manière, choisissez-vous les activités proposées au patient post-AVC ?**

E : La place du patient est primordiale mais après tu fais aussi en fonction de ses capacités. Si le patient te dit ma passion c'est la menuiserie et que son bras ne fonctionne pas, tu ne peux pas le mettre en situation. Cela peut être le fil rouge pour le final, mais dans un premier temps il faut trouver des exercices qui sont adaptés au patient et voir quel membre est atteint. Si c'est un membre d'appoint ou un membre d'appoint. C'est sûr que tu essaies de faire en fonction de ton patient de ses envies, des choses qui l'intéressent mais la première des considérations à prendre c'est quelles sont ses capacités.

#### **Nous sommes obligés de passer par une phase de rééducation analytique à des mises en situation futures ?**

E : Sauf si le patient a déjà de la récupération. Il y a des personnes qui font des AVC qui ont des possibilités motrices. Dans ces cas là, en urgence, si un patient veut tout de suite pouvoir se laver et s'habiller, tu peux directement faire un bilan en chambre, et mettre en place soit des aides techniques temporaires pour le rendre indépendant, soit mettre en place des techniques compensatoires, à réévaluer après progression. Si le patient n'a aucune capacité tu es obligé de passer par la phase d'intégration du membre supérieur, de la rééducation de la fonction et là tu es obligé de passer par de l'analytique.

#### **6. Quelle est votre définition du terme « activité signifiante » ?**

E : signifiante c'est une activité qui parle au patient, qui est importante pour le patient.

## **7. Quels sont les intérêts à la mise en place d'activités significantes ?**

E : dans le sens de la motivation, pour le rendre acteur de la prise en charge, qu'il en comprenne le sens. Il y a beaucoup de patients qui sont là et ils ne savent pas pourquoi. Ils ne savent pas comment ça va évoluer, et si tu les mets sur une activité qui est significative pour lui forcément il va trouver de l'intérêt à ta prise en charge et la pertinence sera d'autant meilleure.

## **8. Quels sont les limites à l'usage d'activités significantes ?**

La première limite c'est les capacités du patient. La seconde limite c'est les moyens qu'il y a dans le centre. Si le patient aime pêcher et que l'on est en plein hiver, c'est un peu compliqué. Tu simules un truc dans la salle de rééducation mais ce sera jamais dans l'environnement du patient. La disponibilité du thérapeute aussi, aussi si le thérapeute maîtrise l'activité.

### **Ca peut influencer la prise en charge ?**

E : Si le patient me dit que sa passion c'est le golf, je sais pas du tout faire du golf. Si le thérapeute ne maîtrise pas du tout l'activité c'est plus compliqué.

## **9. Avez-vous quelque chose à rajouter ?**

C'est important les notions de troubles cognitifs et de la fatigue post-AVC. Il faut toujours expliquer pourquoi on fait ça, dans quel but et moi je pense que c'est important de donner un objectif concret pour après. On travaille les préhensions globales, puis les préhensions plus fine pour finir par atteindre l'objectif visé par une mise en situation. Accompagner le patient au mieux et lui expliquer, ça va de soit en plus la majorité des gens ne connaissent pas l'ergothérapie. Ils arrivent là ils ne savent pas ils ont l'impression que c'est la maternelle. S'ils nous disent que l'activité est super simple mais qu'ils n'y arrivent pas à le faire, c'est important de rassurer le patient de le guider, et ne pas le mettre en échec. C'est pour ça que les activités significantes parfois elles font plus de mal que de bien. Il faut attendre le moment propice où on est sûr qu'il y aura un résultat positif dans la réalisation de l'activité.

## V. Vignette clinique de Mme M.

Mme M. est une femme âgée de 50 ans. Elle a été victime d'un AVC gauche le 16/02/17. Nous sommes à 2 mois de l'AVC.

**Environnement social** : Mme M. vit avec sa fille âgée de 14 ans. Ses frères et sœurs sont présents pour elle. Elle est secrétaire comptable à la recherche d'un emploi.

**Environnement matériel** : Mme M. vit dans un appartement situé au 1<sup>er</sup> étage. Deux escaliers de 8 marches permettent l'accès à l'appartement. La salle de bain est équipée d'une baignoire.

**Participation occupationnelle** : Mme M. est volontaire dans sa rééducation. Elle est motivée à travailler pour récupérer ses habiletés.

**Performance occupationnelle** : Mme M. présente un tempérament impulsif. Lorsqu'elle n'arrive pas à réaliser un exercice, elle a tendance à persévérer.

**Habiletés motrices** : Elle se déplace en fauteuil roulant manuel en propulsion bipodale. Mme M. a un léger déficit moteur du membre supérieur gauche qui se caractérise par une faible endurance et une dysmétrie.

**Habiletés opératoires** : Mme M. présente quelques troubles attentionnels qui n'impactent pas ses activités de vie quotidienne.

**Habiletés d'interaction et communication** : Mme s'exprime de manière claire et compréhensible.

**Projet de la patiente** : Mme M. souhaite rentrer à domicile en étant autonome et pouvoir s'occuper de sa fille.

## VI. Grille d'observation activité signifiante Mme M.

**Choix de l'activité :** Rédaction sur logiciel de traitement de texte

**Cadre :** Mme M. est installée sur une chaise face à un ordinateur lors de la séance d'ergothérapie. La consigne de l'exercice est de recopier un article de magazine sur un traitement de texte.

**Objectifs de l'activité :**

- Solliciter la dissociation des doigts
- Favoriser l'inclusion du membre supérieur lésé par la coordination bi manuelle
- Evaluer la capacité de Mme M. à utiliser l'ordinateur qui est son outil de travail.

**Partie motivation pour l'occupation du MOHOST**

Evaluation des habiletés	F	P	<input checked="" type="checkbox"/>	E
Attentes face aux réussites	F	P	<input checked="" type="checkbox"/>	E
Intérêt	<input checked="" type="checkbox"/>	P	I	E
Choix	<input checked="" type="checkbox"/>	P	I	E

**Observations complémentaires (comportements, commentaires...)**

Lors de la mise en situation, Mme M. s'est rendue compte de ses déficits moteurs. Ils entraînaient des erreurs de frappe et une lenteur de rédaction. Elle avait pour habitude d'être rapide et efficace en dactylographie sur le plan professionnel.

Cependant elle éprouvait un fort intérêt pour cette activité qui est signifiante pour elle. Ainsi elle présentait une tendance impulsive lorsqu'elle ne réalisait pas une tâche correctement. Cette activité a permis de rendre compte à Mme M. de ses capacités actuelles et des points qui restent à travailler. Cependant elle s'est confronté à la réalité concernant la reprise professionnelle qui n'est pas encore possible.

## VII. Grille d'observation activité non signifiante Mme M.

**Choix de l'activité :** exercice de dextérité, mettre des tiges fines sur un support

**Cadre :** Mme M. est installée au bord d'une table dans la salle d'ergothérapie. Le support du jeu est placé devant elle. Mme M. doit placer le plus de tiges possibles en un temps donné.

**Objectifs de l'activité :**

- Sollicitation prise terminale
- Travail de l'endurance du membre supérieur gauche

**Partie motivation pour l'occupation du MOHOST**

Evaluation des habiletés	<input checked="" type="checkbox"/> F	P	I	E
Attentes face aux réussites	<input checked="" type="checkbox"/> F	P	I	E
Intérêt	F	<input checked="" type="checkbox"/> P	I	E
Choix	F	<input checked="" type="checkbox"/> P	I	E

**Observations complémentaires (comportements, commentaires...)**

Cette activité a permis de rendre compte à Mme M. qu'elle est en capacité de saisir des objets très fins. Mais qu'elle doit encore travailler l'endurance de son membre supérieur. Elle n'éprouve pas d'intérêt spécifique à cet exercice. Mais les objectifs étaient expliqués clairement. Le choix pour l'activité était alors cohérent avec les objectifs visés. De plus, cet exercice était chronométré. L'aspect compétitif de cet exercice a plu à Mme M. qui était motivée à battre son record.

## VIII. Vignette clinique Mme E.

Mme E. est une patiente âgée de 48 ans. Elle a été victime d'un AVC droit le 22.12.16, nous sommes à 4 mois de l'AVC. Elle se déplace en marchant en autonomie.

**Environnement social** : Elle vit seule. Elle a une formation d'hôtellerie.

**Environnement matériel** : Elle vit dans un appartement au 4<sup>ème</sup> étage sans ascenseur.

**Participation occupationnelle** : Mme E. est volontaire dans sa rééducation. Elle est motivée à travailler pour récupérer ses habiletés. Mme Edmond est autonome et indépendante dans l'ensemble des activités du quotidien.

**Performance occupationnelle** : Mme E. sous utilise son membre supérieur gauche lors des activités analytiques alors que les capacités motrices sont présentes.

**Habiletés motrices** : Elle présente un ralentissement, un déficit de force et des troubles de la sensibilité superficielle du membre supérieur gauche. En situation d'exercice sur table, elle sous utilise son membre supérieur gauche.

**Habiletés opératoires** : Présence de légers troubles de l'attention et de la mémoire.

**Habiletés d'interaction et communication** : Mme E. présente un discours cohérent et comprend que les consignes simples.

**Projet** : rentrer à domicile en étant autonome. Reprendre son activité professionnelle.

## IX. Grille d'observation activité signifiante Mme E.

**Choix de l'activité :** en collaboration avec la patiente, ceci permettait une avant son retour à domicile.

**Cadre :** L'activité s'est déroulée dans la cuisine thérapeutique du service d'ergothérapie de 11H à 13h.

**Objectifs de l'activité :**

- Evaluer les capacités à la préparation de repas (déplacement, endurance, coordination bimanuelle, troubles cognitifs)
- Evaluer l'éventuelle reprise professionnelle

**Partie motivation pour l'occupation du MOHOST**

Evaluation des habiletés	<input checked="" type="checkbox"/> F P I E
Attentes face aux réussites	F <input checked="" type="checkbox"/> P I E
Intérêt	<input checked="" type="checkbox"/> F P I E
Choix	<input checked="" type="checkbox"/> F P I E

**Observations complémentaires (comportements, commentaires...)**

La cuisine est une activité signifiante pour Mme E. car elle doit être autonome pour la préparation des repas et en vue de sa reprise professionnelle.

Cette activité était valorisante pour Mme E. car elle pouvait partager ses techniques culinaires de sa profession. Elle a pu se rendre compte de ses capacités motrices. Elle a pu se rendre compte de ses capacités motrices. Pendant cette activité Mme E. avait tendance à davantage utilisée son membre supérieur lésé que lors des exercices sur table.

## X. Grille d'observation activité non signifiante Mme E.

**Choix de l'activité :** tressage de corde

**Cadre :** L'activité s'est déroulée dans la salle de rééducation pendant 15 minutes. Mme E. était installée assise sur une chaise devant un plan incliné. La corde était placée devant elle, pendant le long du plan incliné.

**Objectifs de l'activité :**

- Favoriser l'inclusion du membre supérieur gauche par la coordination bimanuelle
- Travailler les amplitudes extrêmes de l'épaule

**Partie motivation pour l'occupation du MOHOST**

Evaluation des habiletés	F	P	I	E
Attentes face aux réussites	F	P	I	E
Intérêt	F	P	I	E
Choix	F	P	I	E

**Observations complémentaires (comportements, commentaires...)**

L'activité non signifiante pour Mme E. consistait au tressage de corde pour solliciter la coordination bimanuelle. Lors de cette activité, les objectifs étaient clairement définis. Mais la fatigue et les douleurs localisées au niveau de l'épaule ont rendu l'exercice difficile. Mme E. sous utilisait son membre supérieur lésé. Elle demandait à faire des pauses régulièrement.

**Résumé :** L'activité signifiante, source de volition ?

La rééducation des patients victimes d'un accident vasculaire cérébral est longue et éprouvante. La prise en charge peut s'avérer intensive et précoce. C'est pourquoi il est important pour les patients qu'ils soient investis pleinement dans leur projet. La motivation peut être en déclin pendant la rééducation. Cette étude est réalisée selon le modèle de l'occupation humaine, c'est pourquoi le terme volition remplace « motivation ». L'objectif de l'étude est de déterminer comment l'ergothérapeute peut favoriser la volition du patient victime d'un accident vasculaire cérébral dans la rééducation. Parmi les activités de l'ergothérapeute, il y a les activités signifiantes, c'est-à-dire qui ont du sens pour le patient. L'enquête se compose de trois entretiens d'ergothérapeute exerçant en neurologie et de plusieurs observations de patients pendant des activités signifiantes. L'objectif de l'étude étant d'évaluer l'intérêt à l'utilisation d'activités signifiantes pour favoriser la volition des patients. A travers les résultats, nous pouvons conclure que les activités signifiantes favorisent la volition des patients, à condition qu'ils aient les capacités nécessaires. Mais d'autres éléments sont à prendre en compte pour favoriser la volition, comme la compréhension des objectifs, les capacités du patient et l'attitude du thérapeute. Qu'en est-il des activités significatives, celles qui font sens pour l'entourage ?

**Mots clés :** ergothérapeute, accident vasculaire cérébral, activité signifiante, volition

**Abstract :** The meaningful activity, source of volition ?

Most of time, the rehabilitation of adult patients after a stroke is long and trying. This period must be intensive and initiated early and it is important that the patient should be completely involved in their project. Motivation can decrease during rehabilitation. This study use the model of human occupation, so the « *volition* » replaced motivation. The objective of this study is to determine how the occupational therapist can promote the volition for the patient after a stroke in their rehabilitation. Among the activities proposed by the occupational therapists, their can suggest meaningful occupation to involve the patient in their rehabilitation. The survey composed of three interviews of occupational therapists and observations of a patient in an occupation. The sample selected includes OTs working in a neurologic unit and a patient after stroke. This study aims to assess the benefits of occupation to promot patient volition. Occupation can facilitate the volition of patient. But others elements contribute to volition, such as the capacity of the patient, therapeutic relationship, the understanding of the objective and the attitude of the OT. What about the activity with meaning for the family ?

**Key word :** occupational therapist, stroke, occupation, volition.