

# PATIENT ACTEUR DE SES SOINS PAR LA PRISE EN CHARGE ERGOTHÉRAPIQUE ET INTERPROFESSIONNELLE

MÉMOIRE D'INITIATION A LA RECHERCHE POUR  
L'OBTENTION DU DIPLOME D'ÉTAT D'ERGOTHÉRAPIE

MAITRE DE MÉMOIRE : MARION BOMBARD



CALTRO Anna  
29/05/2020

## 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 65 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 soussigné (e), CALTRO Anna, étudiant(e) 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 29/05/20202

Signature :



## *Remerciements*

*Je remercie sincèrement Marion BOMBARD, pour son accompagnement, ses conseils et la disponibilité dont elle a fait preuve durant tout ce travail.*

*Je remercie également Léa BESSONNET et Marie DIDONE, avec qui j'ai partagé ces trois années de formation et pas que ... Ainsi que toute l'équipe pédagogique de l'IFE de Créteil et la promotion 2017-2020.*

*Je remercie toutes les ergothérapeutes m'ayant aidé à construire mon questionnaire et celles qui y ont répondu.*

*Enfin, je tiens à remercier tout particulièrement Laetitia HENRY, pour m'avoir fait découvrir l'ergothérapie.*

## Table des matières

Introduction.....	1
PARTIE 1 : La théorie .....	3
I. Un patient acteur de ses soins en ergothérapie .....	3
A. L'ergothérapie.....	3
1. Définition .....	3
2. Législation.....	4
3. Modèle conceptuel : le MDH-PPH2.....	5
B. Patient acteur de ses soins.....	7
1. Définition .....	7
2. Intérêts : motivation et amélioration de la prise en charge .....	8
II. La définition des objectifs ergothérapeutiques.....	10
A. Evaluations .....	10
1. MCRO.....	10
2. MHaVie .....	11
B. Définition des objectifs.....	12
1. Qu'est-ce qu'un objectif en rééducation ?.....	12
2. Formulation à la suite du diagnostic ergothérapeutique .....	13
3. Transmission à l'ensemble de l'équipe .....	14
C. L'engagement et la participation .....	15
1. Engagement.....	15
2. Participation .....	15
III. Un patient acteur de ses soins au sein de l'équipe interprofessionnelle .....	16
A. Equipe interprofessionnelle .....	16
1. Définition .....	16
2. Les membres de l'équipe.....	17
3. Coopération et collaboration .....	18
4. Modèle conceptuel MDH-PPH2.....	19
B. Le patient au centre des soins.....	20
1. Une prise en charge cohérente par tous les professionnels de l'équipe .....	20
2. Dans un projet commun .....	21
C. Les difficultés du travail interprofessionnel .....	22
1. La communication .....	22
2. La connaissance du rôle de chacun .....	23
3. Les actions déjà menées.....	24
PARTIE 2 : La méthodologie .....	25

I. Outil méthodologique .....	25
A. Rappel.....	25
B. Objectifs .....	25
C. Population .....	26
D. Questionnaires .....	27
E. Mise en place.....	28
II. Présentation et analyse des résultats .....	29
A. Présentation générale .....	29
B. L’ergothérapeute et l’équipe .....	32
1. La définition.....	32
2. Les échanges.....	33
C. Le patient et l’équipe .....	35
D. L’engagement et la participation .....	36
1. Engagement.....	36
2. Participation .....	36
E. Les objectifs ergothérapeutiques .....	37
1. Modalités.....	37
2. Mise en place.....	37
F. L’ergothérapie .....	38
III. Discussion .....	40
A. A propos de la méthodologie .....	40
1. Limites .....	40
2. Intérêts .....	41
B. A propos de l’ergothérapeute .....	42
1. Prise en charge .....	42
2. Outils de prise en charge.....	42
C. A propos de l’équipe interprofessionnelle .....	44
1. L’ergothérapeute et l’équipe.....	44
2. Equipe interprofessionnelle .....	44
D. A propos du patient .....	45
1. Engagement et participation .....	45
2. Acteur de ses soins .....	45
Conclusion .....	47
Bibliographie.....	49
Annexes .....	53

## Introduction

Lors d'une formation dans un IFE (Institut de Formation en Ergothérapie), de nombreux professionnels interviennent pour nous donner des fondements théoriques. Ces enseignements sont divers et variés et ne concernent pas seulement la pratique ergothérapique mais concernent également tout le domaine médical, social et médico-social. Ainsi, évidemment de nombreux intervenant sont des ergothérapeutes, spécialistes d'un domaine (autisme, psychiatrie, neurologie, traumatologie ...), mais nous avons également reçu l'enseignement de médecins, de chercheur, d'ergonome, d'avocats, de statisticiens, de cadre de santé, de professeurs d'anglais, de poterie, de menuiserie ...

Bien que tous les enseignements soient différents les uns des autres, je trouve dans chacun d'eux une trame de fond : travailler dans l'intérêt du patient. Chaque intervenant évoque de quelle manière il intervient pour un patient afin que ce dernier évolue par rapport à la situation dans laquelle il se trouve. En ergothérapie, en plus de travailler dans l'intérêt du patient, on travaille avec le patient.

Lorsqu'un patient a besoin de rééducation, un ergothérapeute peut intervenir. L'ergothérapie fait partie des métiers paramédicaux de rééducation. Lors d'une rééducation, de nombreux professionnels médicaux et paramédicaux interviennent auprès d'un patient. En effet, d'après Mourey (2005), de plus en plus de professionnels sont sollicités afin de renforcer la pratique interprofessionnelle utile aux patients et à l'équipe. Dans les fondements théoriques, nous apprenons que les professionnels doivent travailler ensemble afin de proposer une prise en charge la plus adaptée possible au patient. Celle-ci se doit d'être spécifique pour chaque patient et dans chaque profession mais elle doit s'articuler autour d'un projet commun, celui proposé, accepté et négocié par, pour et avec le patient. Cela permet un investissement d'autant plus important du patient. Pour être investi, celui-ci doit se sentir comme un réel acteur de ses soins, au même titre que les professionnels qui interviennent lors de sa rééducation. L'ergothérapeute, dans son approche, favorise cette place du patient acteur de ses soins. Il est intéressant de pouvoir élargir cette approche dans toute l'équipe interprofessionnelle.

D'où ma problématique : ***De quelle manière l'ergothérapie permet-elle à un patient d'être acteur de ses soins au sein d'une équipe interprofessionnelle ?***

Avoir tous ces fondements théoriques est essentiel lorsque nous réalisons un stage. Ils nous permettent d'avoir des bases ergothérapiques solides, que ce soit concernant les pathologies, les évaluations, les bilans, la création d'une relation thérapeutique ...

Lors de la pratique nous apprenons comment mettre en place ces fondements théoriques. De nouveaux éléments sont également appris, ils enrichissent nos connaissances professionnelles, nos connaissances personnels et nos questionnements.

A travers mes différents stages, notamment dans des SSR (Soins de Suite et Réadaptation) j'observe que le projet du patient est transmis à l'équipe mais que chaque profession ne décline pas ce projet sous différents objectifs.

De façon général, lors d'une prise en charge, un projet personnalisé est établi, chaque professionnel a connaissance de ce projet. Durant mes stages, en plus des séances d'ergothérapie, je suis allé observer la prise en charge de patient en kinésithérapie, en psychomotricité et lors de leur toilette ou de l'habillage avec les infirmières et les aides-soignantes. J'ai observé des prises en charge d'une même profession très similaires d'un patient à l'autre. Ceux-ci n'avaient pas les mêmes pathologies et les objectifs ne correspondaient à leur projet personnalisé.

En ergothérapie, des objectifs de prise en charge, en lien avec le projet du patient sont établis. Souvent ils sont établis en se basant sur l'expérience et les propos du patient. Ces objectifs sont mis en place à la suite d'évaluation, de bilan et d'entretien qui permettent de connaître le patient dans sa globalité et selon différents éléments définis par l'organisation d'un modèle conceptuel (facteurs, personnels, facteurs environnementaux, habitudes de vie). Ces deux éléments : les objectifs et le modèle conceptuel, peuvent être utilisés et sont utilisables par toute l'équipe interprofessionnelle.

Par la création de ces objectifs avec le patient, l'ergothérapeute recherche l'engagement et la participation afin de valoriser davantage la place du patient lors sa propre rééducation. Rossini, Meyer, et Margot (2014), la réussite des objectifs repose non seulement sur le choix mais également sur la « communication avec les multiples acteurs du système de santé ». La création d'objectifs en ergothérapie, et leur partage à l'ensemble de l'équipe permettent de travailler en interprofessionnalité, incluant le patient comme un membre à part entière de l'équipe.

Mon hypothèse est la suivante : ***l'ergothérapie favorise l'engagement et la participation de la personne adulte dans sa rééducation fonctionnelle grâce à la définition d'objectifs précis et rédigés qui sont à partager avec l'ensemble de l'équipe interprofessionnelle.***

Dans un premier temps je reviendrais sur les termes de ma problématique et de mon hypothèse : le patient acteur, l'ergothérapie et l'équipe interprofessionnelles. Dans un second temps j'exposerais l'outil méthodologique choisi et les résultats obtenus. Ceux-ci me permettant ainsi de conclure en validant en partie ou non mon hypothèse.

# PARTIE 1 : La théorie

## I. Un patient acteur de ses soins en ergothérapie

### A. L'ergothérapie

#### 1. Définition

D'après l'arrêté du ministère du travail du 5 juillet 2010 : « *l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Il intervient en faveur d'une personne ou d'un groupe de personnes dans un environnement médical, professionnel, éducatif et social. Il évalue les intégrités, les lésions, les capacités de la personne ainsi que ses performances motrices, sensorielles, cognitives, psychiques. Il analyse les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les situations de handicap et pose un diagnostic ergothérapeutique. Il met en œuvre des soins et des interventions de prévention, d'éducation thérapeutique, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale visant à réduire et compenser les altérations et les limitations d'activité, développer, restaurer et maintenir l'indépendance, l'autonomie et l'implication sociale de la personne. Il conçoit des environnements de manière sécurisée, accessible, adaptée, évolutive et durable. Afin de favoriser la participation de la personne dans son milieu de vie, il préconise des aides techniques et des assistances technologiques, des aides humaines, des aides animalières et des modifications matérielles. Il préconise et utilise des appareillages de série, conçoit et réalise du petit appareillage, provisoire, extemporané. Il entraîne les personnes à leur utilisation.* » (Ministère du travail, 2010)

L'ergothérapie vient de « ergon » en grec, qui signifie le travail. L'ergothérapie signifie la thérapie par le travail. Elle intervient tout au long du processus de rééducation, de réadaptation et de réinsertion des personnes en situation de handicap. L'ergothérapie se base sur le lien entre l'activité humaine, l'environnement et la santé. Cela pour mettre en place une intervention par rapport à chaque personne en situation de handicap ou confrontée à une restriction de participation, dans sa singularité, en interaction avec son environnement humain et matériel.

Les ergothérapeutes sont des professionnels de l'occupation, leur but est de permettre à ces personnes de maintenir ou de développer leur indépendance et leur autonomie dans tous les domaines (personnel, social, scolaire ou professionnel), c'est-à-dire dans leurs occupations, leurs activités. En effet, « *l'ergothérapeute facilite le processus de changement pour permettre à la personne de développer son indépendance et son autonomie afin d'améliorer son bien-être, sa qualité de vie et le sens qu'elle donne à son existence.* » (Ministère de la santé et des sports, 2010).



Lors d'une prise en charge, l'ergothérapeute a plusieurs objectifs (ANAES, 2001)

- construire des objectifs spécifiques et un traitement ergothérapeutique en fonction du projet du patient (identification des prestations)
- organiser dans le temps et avec les moyens appropriés une démarche de soins cohérente, en collaboration avec les autres professionnels de santé
- suivre l'évolution et adapter les propositions de soins
- mieux communiquer au sein de l'équipe, auprès des différents acteurs de la prise en charge et des réseaux
- permettre au patient le suivi des soins et la consultation de son dossier

C'est une profession paramédicale, elle peut s'exercer au sein d'une équipe interprofessionnelle. Celle-ci, notamment dans une structure hospitalière, regroupe de nombreux professionnels de santé : médecins, infirmières, aides-soignants, kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes, psychologues, diététiciens. Peu importe que la prise en charge ait lieu dans une structure hospitalière ou en exercice libéral, tout acte ergothérapeutique nécessite une prescription médicale. En effet, la prescription fait partie des obligations législatives qui s'imposent à cette profession.

## 2. Législation

L'ergothérapie se base sur deux référentiels pour réaliser son activité, qui sont : le référentiel d'activité des ergothérapeutes français (Annexe I) ainsi que le référentiel de compétences des ergothérapeutes français (Annexe II). Cette profession est régie par les articles L. 4331-1, R. 4331-1. du Code du travail, 2007.

D'après la loi, l'ergothérapie est une profession dans laquelle les lois relatives au secret médical s'appliquent. Selon N. Bernacki (2017), le secret médical « *s'impose à tout professionnel de santé dans les conditions établies par la loi* ». Les professionnels de santé sont concernés et partant tenus au secret médical. Celui-ci concerne tout ce qui « *a été confié, mais aussi tout ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris.* »

E. Harl (2018) déclare que « *des professionnels peuvent échanger des informations uniquement dans le cas où ils participent tous à la prise en charge d'une même personne* ». Une condition supplémentaire précise que les informations échangées doivent être nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins du patient, à la prévention ou à son suivi médico-social et social. Enfin, l'article R1110-1 du code de la santé publique reprend ces obligations et les complète en ajoutant que les informations transmises doivent entrer dans le périmètre des missions des professionnels de santé ou du secteur

médico-social ou social. Cependant le secret partagé ainsi élargi n'est pas imposé aux professionnels. Chacun est libre de donner une information qu'il jugera nécessaire à un collègue. Cela doit être réalisé toujours dans le but d'améliorer la prise en charge et la sécurité du patient ainsi que celle des personnes qui l'entourent, que ce soit à l'hôpital ou dans son environnement familial.

Lorsque cette information est transmise à tous, elle doit être employée à des fins professionnelles et être facilement récupérable, trouvable, utilisable par n'importe quel professionnel. Un outil permettant cela est le modèle conceptuel, où chacun donne et se sert des informations qui y figurent.

### 3. Modèle conceptuel : le MDH-PPH2

Cette partie s'appuie sur le livre Les modèles conceptuels en ergothérapie de Morel-Bracq (2017). Le MDH-PPH2 est le Modèle de Développement Humain et le Processus de Production du Handicap 2ème version. Il y a deux versions : une de 1998 (PPH) et la seconde qui date de 2010 (MDH-PPH2), « *Le PPH consitue une applicaton du MDH de Bronfenbrenner* ».

Dans la 1<sup>ère</sup> version du PPH (Annexe III) on distingue trois catégories interdépendantes :

- les facteurs personnels (avec les systèmes organiques et les aptitudes)
- les facteurs environnementaux (avec les facilitateurs et les obstacles)
- les habitudes de vie (avec la participation sociale et la situation de handicap).

Cette dernière catégorie est importante, elle inclut le concept de situation de handicap. Celle-ci représente la réduction des habitudes de vie et de la participation de la personne, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux.

Ce modèle conçoit le handicap comme une variation du développement humain, une différence dans le niveau de réalisation des habitudes de vie. Il permet de prendre en compte la personne dans sa globalité et évite de considérer sa pathologie avant elle. Certes la pathologie fait partie de la personne mais elle n'est pas son tout.

Dans la seconde version, intitulée MDH-PPH2 (annexe IV), proposée par P. Fougeyrollas il y a l'introduction d'une troisième sous partie intitulée « facteurs identitaires » incluse dans les facteurs personnels. De plus, des outils utilisés en ergothérapie ont été conçus à partir des éléments du MDH-PPH2 tels que la MHaVie, la MQE, l'EESOPE BD, l'ESAP ...

Les ergothérapeutes utilisent fréquemment ce modèle, il reprend tous les aspects de la personne selon différentes catégories qui permettent une compréhension globale de la personne. C'est sur ces aspects que l'ergothérapeute raisonne pour réaliser une prise en charge adaptée aux besoins de la personne (habitudes de vie, facteurs environnementaux et personnels). « *La démarche*

*de l'ergothérapeute est centrée sur les activités dans lesquelles les personnes s'engagent quotidiennement pour subvenir à leur besoin fondamental, tisser leurs relations sociales et accomplir leurs rôles sociaux » (Dubois, et al., 2017). Ainsi, prendre en compte la personne dans sa globalité, se baser sur ses habitudes de vie, ses facteurs personnels et environnementaux, forment les prémices d'une prise en charge qui place le patient au cœur de ses soins. Un rôle d'acteur du soin est donné au patient.*

## B. Patient acteur de ses soins

### 1. Définition

« Depuis les années 1960 on observe l'émergence d'une nouvelle figure, celle du patient acteur. Un patient acteur est une personne privilégiée du soin, un soignant à part entière ». (Mougeot, et al., 2018). Or pour une prise en charge cohérente avec les principes ergothérapeutiques « la personne doit être considérée comme un tout dans son environnement physique et social » (Morel-Bracq M.-C., 2017), il est donc important de recueillir toutes les informations concernant son environnement. De plus, pour une prise en charge ergothérapeutique de rééducation fonctionnelle dans un SSR, une entière confiance est mise dans les capacités d'auto-développement et d'auto-direction de la personne, dans ses capacités d'autonomie et de responsabilité (Morel-Bracq M.-C. , 2017).

Le partage du patient à l'ergothérapeute sur la connaissance de son environnement, de ses capacités et de ses incapacités va permettre à la personne d'être au cœur de sa prise en charge. Celle-ci se définit selon les volontés de la personne, on se base sur ses propos.

D'après Larivière, 2014 « les humains sont considérés comme des êtres occupationnels, ils ont la capacité et les besoins de participer dans des occupations ». Cela rejoint les fondements ergothérapeutiques car les ergothérapeutes sont des professionnels de l'occupation. Vouloir participer à des occupations est propre à l'Homme. Seule la personne sait quelles sont les occupations importantes pour elle, il est alors indispensable qu'elle les partage afin d'établir une prise en charge personnelle. Les occupations peuvent être communes à tous (se laver, s'habiller, manger, se déplacer) mais elles peuvent être et sont souvent propres à chacun (jardinage, peinture, couture, poterie, sport, cuisine). Chaque personne va définir ses occupations propres et l'importance qu'elle donne à ses occupations. C'est par cette définition des occupations, par leur prise en compte dans la prise en charge et par leur utilisation dans la rééducation que le patient va se sentir davantage acteur de ses soins, son avis fait partie intégrante et primordiale de la décision.

D'une part, pour qu'une personne soit au centre de ses soins et prennent les décisions concernant sa rééducation, « une importance particulière sera portée aux possibilités de choix et de décision de la personne afin de lui permettre de développer son autonomie » (Morel-Bracq M.-C. , 2017). L'ensemble des acteurs du soin ainsi que cette place privilégié et centrale qu'occupe le patient doit permettre de développer la motivation car « la motivation, la définition des rôles, les marges d'autonomie des acteurs de l'équipe sont d'autant d'éléments qui agissent et participent au service de la personne, actrice dans la démarche » (Guichoux, Poriel-Praud, Belliard, & Cochet, 2010). En effet l'objectif, lorsque le patient fait partie intégrante de l'équipe et est considéré comme acteur de ses soins, est le développement de son engagement et de sa participation dans sa rééducation. Cela grâce

à sa motivation et rejoint les principes de la « *thérapie centré sur la personne* » (Morel-Bracq M.-C. , 2017).

D'autre part, la législation prend de plus en plus en compte les ressentis du patient. En effet selon la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, « *le patient doit donner son consentement libre et éclairé par rapport aux traitements qui lui sont proposés* ». Pour cela il doit avoir toutes les informations concernant son état de santé. Ainsi il peut prendre sa décision en pleine conscience. Lorsque la personne donne son consentement ou non, elle fait un choix concernant sa thérapie. Ainsi « *la place spécifique qu'occupe les patients dans le soin en fait des observateurs privilégiés et ainsi des acteurs centraux* » (Mougeot, 2018). Prendre en compte les ressentis, les demandes, obtenir le consentement sont certes, des éléments qui permettent de développer l'engagement et la participation. Ils ont également d'autres intérêts qui viennent en complément, nécessaires pour le patient et le thérapeute, qui sont la motivation et l'amélioration de la prise en charge.

## 2. Intérêts : motivation et amélioration de la prise en charge

Le fait que le patient soit acteur de ses soins engendre plusieurs intérêts, un élément important pour favoriser son engagement et sa participation étant sa motivation. La motivation est « *l'action des forces conscientes ou inconscientes qui déterminent le comportement* » (Meyer, 2013). Si le patient est motivé par la prise en charge ergothérapique proposée et qu'elle se base sur ses volontés, il aura un comportement d'autant plus volontaire et impliqué dans ses soins. En effet lors de la rééducation, l'ergothérapeute met en place des objectifs personnalisés qui « *favorisent l'implication et la motivation de la personne en la rendant actrice de sa prise en charge* » (Maës, 2014).

D'après Meyer (2013) : la motivation est un terme habituellement et particulièrement utilisé par les ergothérapeutes dans l'idée qu'un patient doit être motivé pour la thérapie. Le terme de volition est également employé mais il correspond à l'aboutissement d'un acte. Or ce que nous recherchons en ergothérapie, pendant la rééducation, ce sont surtout les événements et les phénomènes qui permettent d'arriver à ces actes. Bien sûr la réussite de l'acte est le but de la prise en charge. Justement, pour cela la motivation est nécessaire pour aboutir à cet acte. Autrement dit : « *être motivé qualifie un état d'engagement et un ressenti de la personne vers quelque chose à quoi elle aspire* ».

Néanmoins « *la motivation, la volition et l'engagement s'attachent tous trois à des aspects émotionnels concernant l'investissement de la personne dans ce qu'elle fait* » (Meyer, 2013). Ce sont trois composantes du soin. Avec de la motivation on favorise l'engagement, celui-ci fait émerger la volition pour accéder au but de la prise en charge.

Avoir un patient motivé est nécessaire, non seulement en ergothérapie mais également pour toute l'équipe interprofessionnelle car « *le patient se dit « motivé » par des objectifs de soin qu'il perçoit comme partagés par tous* » (Arnholz-Marchalot, 2009). En effet, lorsque le patient choisit des objectifs avec le thérapeute, cela permet aussi d'engager le thérapeute dans la réussite de ces objectifs. Si le patient voit et sent le thérapeute tout aussi motivé et engagé que lui dans la prise en charge il le sera lui-même davantage. C'est pourquoi obtenir la motivation du patient permet d'améliorer la prise en charge.

Selon l'Association américaine des ergothérapeutes, « *l'engagement dans les occupations significatives est un des objectifs fondamentaux d'une intervention en ergothérapie car il est maintenant démontré que cet engagement est essentiel à la santé et à une qualité de vie raisonnable* » (Larivière, 2014). Ainsi pour créer de la motivation il faut établir des objectifs et mettre en place des activités. De plus « *Selon Trombly, ces activités sont significatives si elles ont de l'intérêt ou de l'importance dans la vie d'une personne* » (Meyer, 2013). Cela représente les principes établis en ergothérapie et permet de mettre la personne au centre de ses soins. Pour cela « *les activités pour être significatives doivent être en relation avec les intérêts de l'utilisateur et avoir un but intelligible par lui pour l'intervention dont il est l'objet* » (Meyer, 2013). Lorsqu'une activité correspond aux demandes et aux besoins de la personne, celle-ci est motivée dans sa rééducation.

A savoir qu'il y a deux types de motivation, selon Offenstein (2015) :

- la motivation extrinsèque qui est une incitation externe à la personne qui la pousse à l'action, celle-ci peut être vécue comme une obligation et générer de la frustration et de l'anxiété
- la motivation intrinsèque qui elle, repose sur le plaisir de faire l'activité, cette motivation cherche à faire émerger les motivations personnelles de la personne plutôt que de motiver la personne par des moyens extérieurs.

L'ensemble de l'équipe interprofessionnelle dont l'ergothérapeute, recherchent la motivation intrinsèque. Un des moyens utilisés par les ergothérapeutes pour obtenir cette motivation, est la création des objectifs de prise en charge.

## II. La définition des objectifs ergothérapeutiques

### A. Evaluations

#### 1. MCRO

La MCRO est la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnelle. C'est une évaluation spécifique à l'ergothérapie. Elle permet « *d'identifier les occupations ou activités que la personne perçoit comme limitant ou affectant sa performance dans la vie quotidienne et pour lesquelles elle souhaite voir des améliorations, et déceler les changements de perception au fil du temps* » (Cantin, 2018 ). De plus, elle a été conçue pour déceler les changements du rendement occupationnel générés au fil du temps, dans plusieurs domaines tels que les soins personnels, la productivité et les loisirs, selon les propos du patient.

L'évaluation se déroule en 5 étapes (Cantin, 2018 ) lors d'un entretien semi-dirigé :

- 1. Identification des difficultés de rendement occupationnel (entrevue)
- 2. Estimation, par la personne et sur une échelle ordinaire en 10 points (cotation), de l'importance des difficultés identifiées.
- 3 et 4. Établissement, par le client, des 5 difficultés les plus importantes à traiter, puis auto-évaluation, pour chacune des difficultés retenues, de son rendement actuel et de sa satisfaction à l'égard de ce rendement sur des échelles ordinaires en 10 points (cotation).
- 5. Réévaluation par la personne, après l'intervention, de ses niveaux de rendement et de satisfaction relativement aux difficultés identifiées à l'étape 1 (cotation).

Cette évaluation permet donc d'identifier les difficultés et les incapacités d'une personne selon elle-même. Elle permet surtout de définir et d'établir les problèmes occupationnels importants pour la personne, en fonction de ses habitudes de vie et de ses occupations quotidiennes. En effet nous apprenons quelles sont les occupations de la personne ainsi que les difficultés qu'elle rencontre ou non pour les effectuer et selon leur rendement et leur satisfaction.

L'utilisation de cet outil en ergothérapie permet de comprendre les problèmes occupationnels. Cela va permettre de définir les objectifs de la prise en charge en ergothérapie. Un autre outil similaire possède la même finalité et qui contrairement à la MCRO peut être employé par tous les professionnels de santé : la MHaVie.

## 2. MHaVie

La MHaVie est la Mesure des Habitudes de Vie. Ce n'est pas une évaluation spécifique à l'ergothérapie, elle peut être utilisée par tous les professionnels de santé. Le RIPPH (2010), qui est le Réseau International de Processus de Production du Handicap, explique que « *c'est un questionnaire qui consiste à recueillir de l'information sur l'ensemble des habitudes de vie qu'une personne réalise dans son milieu* ». Ce questionnaire s'applique à toutes les personnes ayant des incapacités, peu importe la cause, la nature et la sévérité des incapacités. Le questionnaire mesure la perception de la personne concernant son niveau de réalisation des habitudes de vie et de la satisfaction de celles-ci. Il peut être auto rempli ou rempli par un intervenant.

La MHaVie comprend douze habitudes de vie, lesquelles se regroupent à l'intérieur de deux catégories : « activités courantes » et « rôles sociaux ».

- Dans les activités courantes on retrouve la nutrition, la condition corporelle, les soins personnels, la communication, l'habitation et les déplacements.
- Dans les rôles sociaux on retrouve les responsabilités, les relations interpersonnelles, la vie communautaire, l'éducation, le travail et les loisirs.

De plus « *La MHAVIDE est composée d'éléments de chaque catégorie et sous-catégorie des habitudes de vie de la nomenclature du PPH* » (Noreau & Fougereyrollas, 2017). Ainsi, en plus de l'utilisation du MDH-PPH2 par l'ensemble de l'équipe, la MHaVie peut être un autre instrument utilisable par l'équipe pour déterminer une prise en charge globale et cohérente par l'ensemble de l'équipe interprofessionnelle.

Ainsi les informations recueillies par la MHaVie peuvent venir en soutien à la réalisation de plan d'intervention individualisé, le projet du patient. Elle met l'accent sur le point de vue de la personne afin d'identifier le niveau d'aide humaine requis et le niveau de difficulté rencontré dans la réalisation des habitudes de vie. Tout en tenant compte du niveau de satisfaction exprimé par la personne.

La MHaVie permet de déterminer les capacités, incapacités et difficultés que la personne rencontre dans ces occupations de vie quotidienne. La cotation va de 0 (handicap total ou interruption de la participation) à 9 (réalisé sans difficulté). D'après les résultats obtenus on se base sur les catégories où la satisfaction est insuffisante ou très insuffisante afin d'établir des objectifs en lien avec les problèmes occupationnels déterminés.

C'est en s'appuyant sur différents outils, comme la MCRO ou la MHaVie, ainsi que des bilans, des évaluations, des entretiens, que le patient et l'ergothérapeute définissent des objectifs qui se basent alors sur l'expérience et les demandes du patient.



## B. Définition des objectifs

### 1. Qu'est-ce qu'un objectif en rééducation ?

Cette partie s'appuie sur le travail effectué par E. Rossini, S. Meyer, I. Margot (2014) concernant les Recommandations pour la formulation des objectifs en ergothérapie.

Il faut savoir que définir des objectifs d'intervention n'est pas une pratique propre à l'ergothérapie. Pour devenir spécifique à la profession, leur contenu doit être en rapport avec des concepts et des valeurs de l'ergothérapie.

En effet, « *Le succès d'une intervention en ergothérapie est tributaire des objectifs posés et de la possibilité d'évaluer leur atteinte* ». Ces objectifs doivent être clairs, réalistes, communicables, centrés sur l'occupation et qui prennent sens pour la vie de tous les jours. La plupart des interventions en ergothérapie comprennent plusieurs objectifs qui s'organisent dans le temps et qui correspondent aux résultats attendus en fin d'intervention.

Les modèles développés en ergothérapie ou les cadres de référence appliqués à l'ergothérapie définissent des éléments de la personne, de l'occupation ou de l'environnement à propos desquels des objectifs peuvent être posés. Des instruments de mesure ont été mis au point pour soutenir la production des objectifs. Ainsi, la MCRO et la MHaVie permettent d'identifier des problèmes occupationnels à travers le discours de la personne.

La décision des objectifs suppose une collaboration entre l'ergothérapeute et le patient comme condition indispensable à l'engagement et à la participation de celui-ci dans l'intervention. Il y a une cible à viser, mais également un effort à fournir pour y parvenir. Un objectif correctement formulé est une phrase avec : un sujet (qui), un verbe d'action (quoi), des compléments d'objets et des compléments circonstanciels (comment, quand, où).

La formulation écrite des objectifs peut s'appuyer sur diverses méthodes, actuellement on parle de la méthode SMART (Gateley & Borchering, 2011): Spécifique, Mesurable, Accepté par le patient, Réaliste et Temporellement défini.

Pour formuler des objectifs qui répondent à cette méthode, des éléments permettent de s'en assurer :

- Spécifique, s'il est formulé de façon concrète, claire, précise et adapté au patient
- Mesurable, lorsqu'un indicateur permet de vérifier son atteinte.
- Accepté par le patient, cela nécessite souvent une négociation et une entente sur les termes employés
- Réaliste, lorsqu'il est atteignable dans le délai imparti compte tenu de la condition globale du patient

- Temporellement défini, signifie qu'il doit être atteint dans un délai indiqué

Une fois le choix des objectifs établis, il faut les formuler, les rédiger et les inscrire dans un document qui peut être partagé à l'ensemble de l'équipe interprofessionnelle. Les objectifs ergothérapeutiques définis font souvent suite au diagnostic ergothérapeutique.

## 2. Formulation à la suite du diagnostic ergothérapeutique

D'après l'ANAES (2001), la démarche de soins en ergothérapie se déroule en plusieurs étapes qui se retrouvent dans le dossier ergothérapeutique du patient : le recueil de données, le diagnostic, le choix de l'approche avec la formulation des objectifs, le plan de traitement et la réalisation des soins, les évaluations et fin de traitement, le suivi du patient.

La formulation des objectifs se fait selon l'identification des problèmes par l'ergothérapeute, les ressources et les attentes du patient. Les objectifs sont formulés par priorités, en fonction des stades de rééducation et de réadaptation. Ils visent l'autonomie maximale du patient par rapport à leurs habitudes de vie ainsi qu'un bien-être relationnel.

Le diagnostic ergothérapeutique est une synthèse permettant d'identifier la participation relative des déficiences des patients, de leur environnement, de leurs modes d'accompagnement et de leurs habitudes de vie à la situation de handicap observée. Il détermine des propositions par rapport aux facteurs responsables de la situation de handicap. Le diagnostic ergothérapeutique est intégré au dossier médical du patient.

Rogers indique que le diagnostic ergothérapeutique permet de définir et d'expliquer l'état occupationnel d'une personne. Le diagnostic fait recours « *au concept d'occupation pour élaborer le diagnostic ergothérapeutique et augmente le niveau de précision de l'appréciation de la situation par l'ergothérapeute* » (Dubois, et al., 2017).

Les objectifs du dossier du patient en ergothérapie sont de :

- Centrer la démarche sur les besoins du patient
- Inciter les professionnels au recueil et à l'écriture des données relatives au patient, ainsi qu'à leur communication
- Impliquer l'ensemble de l'institution.

L'élaboration et la communication écrite du diagnostic ergothérapeutique est une étape essentielle à la reconnaissance de la spécificité de l'ergothérapie car « *il permet d'asseoir le rôle de l'ergothérapeute par sa spécialisation en lien avec l'activité, et par l'ampleur de son champ d'action* » (Maës, 2014). C'est à la suite de celui-ci que figure les objectifs de prise en charge ergothérapeutique.

C'est deux éléments figurent dans le dossier ergothérapeutique du patient, il est différent du dossier médical. C'est un document officiel qui doit être connu par l'ensemble de l'équipe. En plus, d'asseoir la spécificité de l'ergothérapie, il est source d'information supplémentaire pour les membres de l'équipe interprofessionnelle car il fait partie des moyens de transmission des informations.

### 3. Transmission à l'ensemble de l'équipe

Le dossier ergothérapeutique du patient est un outil pour l'ergothérapeute et l'équipe. Il est à intégrer dans le dossier unique du patient. Il est consultable et communicable dans le système d'information de la structure de soin. Il comporte le projet de soin établi de manière interprofessionnelle et, si possible, avec le patient, s'il en exprime le souhait. (ANAES, 2001)

L'utilisation du « *concept d'occupation et la référence à des modèles centrés sur l'occupation permet d'affiner une démarche diagnostic spécifique à l'ergothérapeute, tout en distinguant différents niveaux de l'agir* » (Dubois, et al., 2017) et ainsi définir les objectifs. Ces objectifs et les résultats attendus sont discutés et négociés avec le patient, sa famille et l'équipe interprofessionnelle.

La transmission peut s'effectuer de façon verbale, écrite ou informatisée. Les intérêts de la transmission (SNPI, 2015) :

- La continuité des soins pour un patient
- Les relations entre les différents membres de l'équipe soignante
- Les relations entre les services
- Une communication utile entre les différentes professions de santé
- La qualité des soins

Transmettre les objectifs permet une continuité des soins pour le patient mais également pour l'équipe interprofessionnelle qui est nécessaire et utile au bon déroulé de la prise en charge. Cela permet de s'assurer que le patient est au centre des soins et qu'il y participe de façon active.

De même que le diagnostic ergothérapeutique permet une reconnaissance de la spécificité de l'ergothérapie, la formulation des objectifs d'intervention et leur communication aux proches, comme aux partenaires dans le système de santé, montre à quoi les ergothérapeutes s'intéressent et ce qui est visé dans leurs interventions professionnelles. (Rossini, Meyer, & Margot, 2014).

Le choix, la formulation et la rédaction des objectifs par le patient et l'ergothérapeute, visent à rendre le patient acteur de ses soins en favorisant son engagement et sa participation.

## C. L'engagement et la participation

### 1. Engagement

L'engagement est un « *acte par lequel on s'engage à accomplir quelque chose ; promesse, convention ou contrat par lesquels on se fie* » (Larousse , 2016). Lors d'une prise en charge médicale ou paramédicale, notamment en ergothérapie, on définit des objectifs de prises en charge par, pour et avec la personne. De cette façon, on met en place une sorte d'engagement mutuel entre l'ergothérapeute et le patient. Avec cet engagement, la personne sait ce qu'elle doit atteindre et l'ergothérapeute doit proposer des solutions adaptées pour y parvenir.

Selon « *Townsend et Polatajko, l'engagement occupationnel n'est pas une finalité mais un processus et un continuum* » (Larivière, 2014). En effet l'engagement doit faire partie intégrante de toute la rééducation. L'objectif n'est pas seulement d'être engagé mais d'être engagé pour atteindre ses objectifs, donc tout au long du suivi.

De façon générale, « *selon Eakman et Caarlson, l'engagement réfère à l'implication et la participation d'une personne dans l'exécution d'une tâche ou d'une action dirigée vers la réalisation d'un but précis* » (Larivière, 2014). Pour que la personne participe de façon active à sa prise en charge, les objectifs sont définis selon ses propos, ses ressentis, ses envies et ses demandes. Cela permet d'obtenir de la personne un certain engagement. Grâce à cet engagement, on obtient la participation dans la rééducation. La compréhension de l'engagement peut permettre aux ergothérapeutes d'améliorer le processus thérapeutique de la participation occupationnelle (Reid, 2011).

### 2. Participation

La participation est « *l'action de participer à quelque chose, part prise à quelque chose* » et participer signifie « *prendre part à une action, à un sentiment* » (Larousse , 2016). La personne est engagée par ses objectifs et participe à leur définition ainsi qu'à leur cheminement pour les atteindre. Tout comme l'engagement, la participation n'est pas la finalité mais un processus en continuum.

Certes, le patient doit faire preuve d'engagement et de participation, mais il en est de même pour le thérapeute. En effet, ce sont tous deux des acteurs du soins, ils ont des rôles complémentaires et interdépendants. Le thérapeute conseil et construit une prise en charge commune à l'ensemble de l'équipe interprofessionnelle qui est élaborée avec le patient. Celui-ci met en pratique les conseils et les propositions pour atteindre ses objectifs. Le patient à un rôle d'acteur de ses soins et est inclus dans l'équipe interprofessionnelle.

L'engagement et la participation sont des piliers de prise en charge ergothérapeutique. Ils doivent également l'être dans toutes les professions qui composent l'équipe interprofessionnelle.

### III. Un patient acteur de ses soins au sein de l'équipe interprofessionnelle

#### A. Equipe interprofessionnelle

##### 1. Définition

L'OMS (2010) définit l'interprofessionnalité comme « *un apprentissage et une activité qui se concrétisent lorsque des spécialistes issus d'au moins deux professions, travaillent conjointement et apprennent les uns des autres au sens d'une collaboration effective qui améliore les résultats en matière de santé* ».

On différencie 3 types de travail en équipe : la pluriprofessionnalité, l'interprofessionnalité et la transdisciplinarité (Arnholz-Marchalot, 2009).

Pluriprofessionnalité : les intervenants travaillent de façon séparée, en tant que spécialistes indépendants. Les informations sont transmises de façon informelle. Les évaluations sont effectuées par chaque discipline et le plan d'intervention est propre à chaque discipline.

Interprofessionnalité : des rencontres formelles sont organisées, les intervenants travaillent avec plus d'interactions. Les évaluations sont effectuées par chaque discipline mais le projet d'intervention est commun et défini par l'ensemble de l'équipe. Des problèmes de communication subsistent en raison d'un manque de connaissance des autres disciplines.

Transprofessionnalité : les membres de l'équipe travaillent ensemble dans le but de mettre en place un plan d'intervention unifié et complet. Ce mode d'intervention est davantage utilisé dans des prises en charge complexes.

Pour résumer, l'interprofessionnalité s'inscrit dans une volonté de collaboration et de confrontation de méthodes entre les membres de l'équipe.

En 2002, la législation avait déjà développé cette notion. La loi du 4 mars 2002 suppose le développement de pratiques d'accompagnements thérapeutiques allant de pair avec le développement de l'interprofessionnalité (Anfrue, 2010). Cette loi propose à tous les membres de l'équipe d'échanger sur les moyens mis en place par chaque profession pour prendre en charge au mieux le patient. C'est une forme d'interdépendance, c'est à dire « *la condition de dépendance et d'influence mutuelle entre les membres d'un groupe* » (Meyer, 2013). Chacun va dépendre de ce que l'autre utilise pour ajuster sa pratique et avoir une prise en charge cohérente par l'ensemble de l'équipe et incluant le patient. Pour cela les professionnels doivent travailler ensemble et apprendre les uns des autres (O'Reilly, et al., 2017).

## 2. Les membres de l'équipe

Une équipe interprofessionnelle se compose de nombreux intervenants. Ceux-ci, de par leur profession, ont des rôles différents. Ces professions sont, comme l'ergothérapie, régies par des lois, un référentiel d'activité, un référentiel de compétence.

Voici la définition des principaux professionnels de santé existant dans des centres de rééducation fonctionnelle, en plus des ergothérapeutes (liste non exhaustive) :

- Infirmières : « *Evaluer l'état de santé d'une personne et analyser les situations de soins ; concevoir et définir des projets de soins personnalisés ; planifier des soins, les prodiguer et les évaluer ; mettre en œuvre des traitements. Les infirmiers dispensent des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé, ils contribuent à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leur parcours de soins en lien avec leur projet de vie. Les infirmiers interviennent dans le cadre d'une équipe pluriprofessionnelle, dans des structures et à domicile, de manière autonome et en collaboration.* » (Ministères du travail & sports, 2009)
- Aide-soignant : « *Dispenser, dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, des soins de prévention, de maintien, de relation et d'éducation à la santé pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne.* » (Ministères du travail & sports, 2009)
- Médecin MPR (Médecine Physique et Réadaptation) : « *C'est une spécialité médicale diversifiée, multidisciplinaire, permettant de prendre en charge des patients présentant des déficiences d'origines très variées : neurologiques, ostéo-articulaires, vésico-sphinctériennes, cardiovasculaires, respiratoires (...). La prise en charge initiale des patients est assurée par les neurologues ou les chirurgiens orthopédistes par exemple, il revient au Médecin de MPR de prendre en charge ces patients sur le long terme, pour optimiser leur autonomie, leurs activités de vie quotidienne, leur qualité de vie en coordonnant un travail interprofessionnel avec l'ensemble de l'équipe* » (INSI, 2009)
- Masseur kinésithérapeutes : « *La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ainsi que des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles.* » (Ministère des affaires sociales, 2015)
- Psychomotricien : « *Le psychomotricien, professionnel de santé, conçoit, élabore et réalise des actions d'éducation psychomotrice, de prévention, d'éducation pour la santé, de rééducation, de réadaptation et de thérapie psychocorporelle. Il intervient dans des programmes*

*d'éducation thérapeutique. Il contribue à la réhabilitation et à la réinsertion psychosociale du sujet. » (Ministère du travail, 2010)*

- Orthoprothésiste : « Concevoir, fabriquer et adapter des orthèses, des prothèses externes et du petit appareillage sur mesure pour des personnes présentant soit une amputation d'un membre, soit une déficience ostéoarticulaire, musculaire ou neurologique. » (ANFH, 2007)

Tous ces professionnels sont amenés à travailler ensemble, en interprofessionnalité. Il est nécessaire d'avoir une bonne connaissance du rôle de chacun. Pour cela et pour réaliser une prise en charge adaptée pour le patient, ils doivent faire preuve de collaboration et coopération.

### 3. Coopération et collaboration

D'après Bocquet en 2003 :

- Coopération : deux ou plusieurs personnes travaillent de façon synchrone dans un même milieu. Le travail se définit par le cumul d'activités individuelles. Chaque personne sait ce qu'elle doit faire dès le début. La communication, les échanges et le partage d'éléments ont pour but d'arriver à des objectifs individuels.
- Collaboration : aucune tâche n'est assignée à l'un ou l'autre des participants. Un travail commun est engagé et chacun participe à toutes les étapes de l'élaboration. Pour ce travail, une bonne capacité de communication est nécessaire afin que chacun puisse faire part de ses idées et les mettre en œuvre.

Pour résumer, la collaboration vise le résultat à atteindre et la coopération vise le processus de réalisation.

Lors d'une hospitalisation, la prise en charge d'un patient nécessite de la collaboration et de la coopération. Le plan d'intervention doit être créé par tous les membres de l'équipe interprofessionnelle en collaboration. Puis chaque intervenant va réaliser une prise en charge en adéquation avec le plan établi, il s'agit de coopération.

Lors d'une prise en charge propre à une profession, il s'agit souvent de coopération. Deux ergothérapeutes peuvent échanger leur point de vue dans le but de proposer une prise en charge adaptée et spécifique à un patient. Pour développer l'interprofessionnalité, il est indispensable d'apprendre à mieux travailler ensemble en renforçant les liens entre les personnes et leurs pratiques collaboratives.

Après avoir échangé entre ergothérapeutes, des échanges interprofessionnels (masseur-kinésithérapeutes, médecins, infirmiers...) ont lieu. Cela permet de connaître les objectifs établis avec

les autres professionnels et proposer ensemble un projet personnalisé, prenant en compte les attentes du patient selon toutes les professions et avoir les connaissances spécifiques de chacun des professionnels. Dans une équipe interprofessionnelle, coopération et collaboration sont deux notions complémentaires. Un moyen d'illustrer le lien entre ces deux éléments est l'utilisation du modèle conceptuel.

#### 4. Modèle conceptuel MDH-PPH2

Certes utilisé par les ergothérapeutes, le MDH-PPH2 est un modèle conceptuel général et interprofessionnel. C'est également un modèle reconnu internationalement. C'est un modèle non spécifique à l'ergothérapie mais qui sous-tend la pratique ergothérapique. Souvent un modèle général est utilisé comme fondement de prise en charge pour permettre une base commune à l'équipe interprofessionnelle. Les modèles d'ergothérapie soulignent la nécessité d'établir avec le patient et son entourage des objectifs clairs, significatifs et mesurables (Rossini, Meyer, & Margot, 2014).

Plusieurs intérêts découlent de l'utilisation d'un modèle conceptuel commun :

- Une base cohérente pour décrire le patient
- Comprendre la ou les problématiques de la personne en s'appuyant sur les aspects du MDH-PPH2
- Avoir un langage commun concernant les situations de handicap rencontrées
- Confronter les idées de chacun sur une base commune
- Connaître le patient dans sa globalité pour définir le plan d'intervention ensemble selon les informations recueillies par les professionnels auprès du patient, grâce à son dossier et aux témoignages de son entourage

Ce mémoire de fin d'étude portant sur la place du patient par rapport à ses soins et à l'équipe interprofessionnelle, il semble d'autant plus important de proposer l'utilisation d'un modèle général. Celui-ci pouvant être utilisé et utilisable par tous les professionnels. Dans le but d'avoir une base d'exercice commune et une prise en charge efficiente qui place la personne au cœur de ses soins en prenant en compte ses habitudes de vie, ses facteurs environnementaux et personnels.



## B. Le patient au centre des soins

### 1. Une prise en charge cohérente par tous les professionnels de l'équipe

« *L'interprofessionnalité par confrontation et échange de compétences permet une approche globale du patient.* » (Arnholz-Marchalot, 2009). Par cette approche globale de tous les professionnels, le patient est pris en charge selon des principes partagés par tous. Cela permet une cohérence dans le suivi de rééducation. Par le partage des idées de chacun, y compris le patient, par rapport aux solutions à apporter pour atteindre les objectifs de prise en charge, celle-ci sera d'autant plus efficace.

C'est par cette cohérence de tous les professionnels que la prise charge est complète, efficace et de qualité, autant du point de vue des professionnels que celui des patients.

D'une part « *le soin n'est pas appréhendé de la même manière* » (Régent, 2014), ce qui apporte une liberté d'opinions, de propositions, de point de vue. Cela engendre « *la définition d'objectif commun, l'entente sur les moyens de démarches permettra à chacun de garder son positionnement propre ... Il va de l'intérêt de l'usager que chaque professionnel soit repéré pour sa spécificité* » (Mateos & Bony, 2010). Tout comme en ergothérapie où le patient définit les objectifs avec l'ergothérapeute. Ici, l'équipe définit des objectifs communs en lien avec les attentes de la personne. Chaque soignant est un professionnel dans son domaine et le but n'est pas d'interchangé le rôle des soignants mais que chacun connaisse son rôle et celui des autres. Cela permet d'avoir les mêmes objectifs qui sont déclinés et travaillés de différentes manières, selon les professions et par rapport au projet global du patient. En effet, l'approche interprofessionnelle favorise le partage et le maintien de l'intégrité des différentes professions dans le cadre d'une réflexion autour d'un but commun (Arnholz-Marchalot, 2009).

D'autre part, c'est sur l'équipe que le patient doit s'appuyer durant sa rééducation car « *le soutien principal du patient est l'équipe* » (Gérard, 2005). En effet chaque intervenant apporte son savoir-faire et ses compétences. Cela afin d'aider le patient ou du moins lui proposer des solutions, des éléments, des activités pour améliorer sa qualité de vie et atteindre les objectifs fixés. Pour cela le patient doit être guidé et accompagné car « *chaque intervenant au processus se doit d'apporter au patient tout son savoir-faire* » (Doncq, Berckmans, & Noehringer, 2014).

C'est la perspective occupationnelle qui vient compléter les visions des autres professions (Larivière, 2014). Or l'ergothérapeute est un professionnel de l'occupation. L'équipe et le patient doivent s'appuyer sur le rôle de l'ergothérapeute pour prendre en compte toute la dimension occupationnelle du patient lors de sa rééducation.

D'un point de vue législatif et selon l'article L1110-4 du Code de la santé publique : « *un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à*

*une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social* ». Des professionnels peuvent échanger des informations uniquement dans le cas où ils participent tous à la prise en charge de la personne concernée. Toutes les informations échangées ont pour but de consolider la prise en charge qui s'ancre dans un projet commun aux professionnels de santé et au patient.

## 2. Dans un projet commun

*« L'équipe interprofessionnelle rassemble des personnes porteuses d'objectifs communs. Elle va développer des pratiques établis, adaptées, propres à la mission à remplir et aux règles de bonnes pratiques »* (Guichoux, Poriel-Praud, Belliard, & Cochet, 2010). Pour avoir un projet commun à l'ensemble de l'équipe et convenant au patient, il faut définir des objectifs pour établir un projet de soins centré sur le patient. Pour cela *« l'équipe interprofessionnelle doit mobiliser ses compétences individuelles, ses regards spécifiques et complémentaires au service d'un projet partagé avec la personne »* (Guichoux, Poriel-Praud, Belliard, & Cochet, 2010). Le fait que ce projet soit partagé par la personne lui permet de s'engager, de participer. De plus le fait qu'elle participe à la décision des objectifs lui permet d'être actrice de ses soins.

En référence à l'article L1110-12, du Code de la Santé publique, l'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs actes (Rabeux, 2016). Le projet du patient est défini et personnel à chacun mais de façon générale et lors de toute hospitalisation, l'équipe doit travailler ensemble, en collaboration, pour et avec le patient. Chacun a son rôle et peut réaliser des tâches selon sa profession. Le travail interprofessionnel permet de lister l'ensemble des facteurs qui vont permettre d'établir le diagnostic, les capacités, les incapacités, les ressources, les besoins et les attentes de la personne (Kivits, Ricci, Vallata, & Minary, 2017). C'est un *« processus dans lequel on développe une capacité d'analyse et de synthèse à partir des perspectives de plusieurs disciplines »* (Bédard, Poder, & Larivière, 2013). L'interaction entre les différents membres de l'équipe permet d'avoir des informations et de les partager afin d'avoir tous les éléments nécessaires à la définition du plan d'intervention et de le répartir selon chaque profession en fonction des capacités de chacun. Cependant, travailler en interprofessionnalité n'est pas toujours évident.

## C. Les difficultés du travail interprofessionnel

### 1. La communication

D'un côté, le vocabulaire employé n'est pas toujours le même (Arnholz-Marchalot, 2009). Le nom des pathologies est différent selon les nomenclatures, de même pour l'anatomie ou encore pour les abréviations utilisées. La communication est rendue plus difficile entre tous les professionnels. De plus il existe des difficultés de communication au sein d'un service ou dans une équipe interprofessionnelle concernant les moyens transmission :

- Certaines sont formelles, elles sont faites lors des réunions, des staffs, via des logiciels informatiques
- D'autres sont informelles, elles correspondent à des rencontres dans le couloir par exemple

Dans les deux cas, les transmissions sont utiles et apportent des informations. Cependant les informations transmises de façon informelles ne permettent pas à l'ensemble de l'équipe d'y avoir accès ou sont transmises à un professionnel qui n'a pas la compétence adaptée à l'information fournie. La communication existe alors mais est mal employée.

D'un autre côté « *les temps de synthèse permettent une mise à niveau d'information indispensable pour obtenir une cohérence dans les stratégies d'actions* » (Mateos & Bony, 2010). C'est par synthèse que le projet peut être établi, chacun transmet et partage les informations concernant le patient. Le but est de former une équipe qui va au-delà des limites de chaque profession. Cela a pour but maximiser la communication, l'interaction et la coopération, afin de créer un plan d'intervention conçu pour la personne et pour que chacun est connaissance de ce plan (Tétreault, 2009). Avec une équipe soudée qui parle d'une même voix, elle évite de ce fait les contradictions (Doncq, Berckmans, & Noehringer, 2014). Le patient pourra s'appuyer sur l'ensemble de l'équipe car le tout est interdépendant et une prise en charge a besoin de tous les acteurs du soin pour être efficiente.

La prise en charge d'un patient « *gagne en efficacité si elle est mieux ciblée et mieux organisée du point de vue de la communication entre les différents intervenants* » (Doncq, Berckmans, & Noehringer, 2014). Prendre du recul est nécessaire mais il l'est aussi de préserver la spécificité de chacun. En prenant en compte cela, on a une vision globale pour une réponse optimale et adaptée au patient. Une communication harmonieuse par tous les soignants permet de travailler ensemble et de manière efficiente, en connaissant le rôle de chacun.

## 2. La connaissance du rôle de chacun

Dans une équipe et même au sein d'une même discipline « *le soin n'est pas appréhendé de la même manière* » (Régent, 2014). Cela n'est pas négatif, au contraire, cela permet d'avoir différents points de vue concernant les méthodes à adopter. En revanche il faut garder à l'esprit de toujours agir dans l'intérêt du patient. Le but n'est donc pas de défendre sa propre pratique mais de partager les pratiques pour répondre au mieux aux attentes du patient. Pour cela, avoir une bonne connaissance du rôle de chacun est primordial.

Avoir cette connaissance donne la « *capacité à se mettre à la place de l'autre d'un point de vue cognitif comme pratique* » (Fournier, Marty, & Véga, 2017). Pour mieux comprendre pourquoi il propose ou utilise cette méthode. Dans une équipe interprofessionnelle il y a une circulation des connaissances au sein du collectif (Terral, 2017). En plus de la pratique, chacun a des connaissances que d'autres n'ont pas. De même, chacun a un référentiel d'activité qui lui est propre. Un travail interprofessionnel optimal ne peut se mettre en place qu'avec l'accord de tous les professionnels. La bonne entente et la collaboration sont entre autres des facteurs de réussite. Chacun doit connaître les champs de compétences et les spécialités des autres professionnels et ne doit pas considérer sa profession comme supérieure à une autre.

L'interprofessionnalité est une forme d'interdépendance : « *la condition de dépendance et d'influence mutuelle entre les membres d'un groupe* » (Meyer, 2013). Chacun va dépendre des informations données par l'autre. La production de connaissances collectives autour d'un débat et en partant des connaissances de chacun va permettre de coproduire ensemble des savoirs pour l'action (Lapoire-Chasset & Drais, 2017). Un projet interprofessionnel apporte : « *des connaissances, de la motivation et une nouvelle manière de travailler ensemble, changeant notre rapport à l'autre et notre vision du travail avec l'autre* » (Doncq, Berckmans, & Noehringer, 2014).

De plus, c'est un gage de l'ergothérapeute que de former les professionnels. En effet d'après le référentiel d'activités de l'ergothérapeute, celui-ci doit répondre à la « *Formation et information des professionnels et des futurs professionnels* » (Ministère du travail, 2010). Un ergothérapeute recevant un stagiaire doit évidemment le former au métier d'ergothérapeute. Mais il doit également former et informer ses collègues, qui ne sont pas ergothérapeutes, des champs d'actions de sa profession.

D'après le référentiel d'activité, l'ergothérapeute doit :

- délivrer des informations et des conseils aux stagiaires ou aux nouveaux professionnels
- rédiger des documents de présentation du service et des activités proposées ;
- présenter l'activité thérapeutique, l'utilisation des outils et des bonnes pratiques de l'ergothérapie ;

- donner des conseils et informations aux membres de l'équipe pluriprofessionnelle ;
- réajuster les activités réalisées par des stagiaires ou des nouveaux professionnels en vue d'apprentissage.

Il est le garant d'une formation de collaboration et surtout de l'échange interprofessionnel sur le rôle de chacun, notamment la connaissance de sa profession par les autres. La connaissance du rôle de chacun est donc une action déjà existante au sein de l'équipe interprofessionnelle, qui doit être partagée par tous. D'autres actions sont également déjà réalisées pour favoriser davantage le travail interprofessionnel.

### 3. Les actions déjà menées

Le dossier médical du patient « favorise le travail et la communication au sein de l'équipe interprofessionnelle ; il positionne le patient comme acteur principal au centre du processus de soins ; il facilite un bilan interprofessionnel du patient ... afin de déterminer le niveau d'autonomie qu'il atteint au moment de sa sortie » (Doncq, Berckmans, & Noehringer, 2014).

Grâce aux actions déjà menées comme le dossier médical, les transmissions, les réunions : « l'interdisciplinarité permet aux soignants de voir au-delà de sa discipline en comprenant le travail des autres et en assurant une excellente communication entre eux et le patient » (Doncq, Berckmans, & Noehringer, 2014). Cette communication étant essentielle pour le déroulé de la rééducation et la prise en compte des propos du patient. « C'est au travers de nombreuses interactions et concertations sollicitées par chaque situation complexe de soins que se construit et s'enrichit cette interprofessionnalité, garante d'une prise en charge complète et de qualité auprès du patient », (Marchalot, 2009).

Lors d'une prise en charge, le patient est l'expert de sa situation et c'est à l'équipe de s'articuler autour de ses demandes et de ses objectifs. Ils peuvent être reformulés par les professionnels mais toujours avec le patient. Cela doit lui permettre d'être acteur de ses soins, au même titre que l'ensemble de l'équipe interprofessionnelle, car il doit faire partie intégrante de cette équipe.

Ainsi tous ces éléments théoriques sur les principes ergothérapeutiques, le patient acteur de ses soins, les modalités du travail interprofessionnel ; qui ont été recueillis à travers différents documents, ont apporté des connaissances qui vont être questionnées et analysées dans la prochaine partie : la partie méthodologique.

## **PARTIE 2 : La méthodologie**

### I. Outil méthodologique

#### A. Rappel

Problématique : **De quelle manière l'ergothérapie permet-elle à un patient d'être acteur de ses soins au sein d'une équipe interprofessionnelle ?**

Hypothèse : **l'ergothérapie favorise l'engagement et la participation de la personne adulte dans sa rééducation fonctionnelle grâce à la définition d'objectifs précis et rédigés qui sont à partager avec l'ensemble de l'équipe interprofessionnelle.**

Afin de valider ou non mon hypothèse, je souhaite utiliser la méthodologie du questionnaire auprès d'une équipe interprofessionnelle et auprès de patients. Cela au sein d'un SSR, dans un service traumatologique et/ou orthopédie. J'utilise trois questionnaires pour avoir la même méthodologie avec les deux populations concernées, qui sont les patients et le personnel soignant. Un entretien aurait pu être réalisé auprès de quelques patients mais je souhaite utiliser le questionnaire pour avoir davantage de réponse. De même, réaliser un entretien avec chaque membre d'une équipe interprofessionnelle semble difficile à réaliser au vu du nombre de professionnel composant une équipe et du temps que nous avons.

#### B. Objectifs

Le questionnaire pour les patients à plusieurs objectifs :

- Connaître et savoir le sentiment du patient quant à son engagement et sa participation lors de sa rééducation : en ergothérapie et dans sa prise en charge générale.
- Savoir si les demandes et les attentes du patient sont respectées dans sa prise en charge en rééducation.
- Savoir si le patient se sent acteur de ses soins en ergothérapie
- Savoir si le patient semble informé du fonctionnement de sa prise en charge.
- Connaître le ressenti du patient sur les différences et les similitudes de prise en charge par les membres de l'équipe interprofessionnelle

Le questionnaire pour les professionnels a également plusieurs objectifs :

- Avoir connaissance de la place donnée au patient lors d'une prise en charge par chaque membre de l'équipe interprofessionnelle.
- Connaitre les moyens de communication et les échanges relatifs aux patients existant au sein de l'équipe interprofessionnelle.
- Connaitre le dérouler des échanges, le temps et la prise de parole de tous les professionnels.
- Savoir les connaissances que l'équipe a par rapport aux rôles, aux champs d'actions de chacun et notamment ceux de l'ergothérapie.
- Savoir si l'ergothérapeute met en place des objectifs pour, par et avec le patient et comment il les transmet à l'ensemble de l'équipe.
- Savoir de quelle manière l'ergothérapeute s'exprime et transmet les informations concernant les objectifs établis.

### C. Population

D'une part, pour les patients, le questionnaire concerne des patients adultes, c'est-à-dire entre 18 et 65 ans. L'INSEE déclare une personne âgée à partir de 65 ans. On observe une augmentation des troubles cognitifs légers chez les personnes âgées (Blanchet, McCormick, Belleville, Gély-Nargeot, & Joanette, 2002). Or je souhaite interroger des personnes prises en charge dans un service de traumatologie sans troubles cognitifs ni troubles du comportements associés. Cela peut être évalué notamment par l'échelle ERF ou encore le test MMS. L'ERF (Echelle d'évaluation des Répercussions Fonctionnelles) « *porte sur les troubles cognitifs observés par le patient au cours de sa vie quotidienne* » (Vianin, 2014). « *L'évaluation des troubles cognitifs est faite avec le test MMSE (Mini-Mental State Examination)* » (HAS, 2014). Ces deux tests sont seulement des exemples par rapport aux tests pouvant être utilisés pour s'assurer que les patients n'ont pas de troubles. Ils n'ont pas de lien avec le questionnaire que je propose aux patients.

Le questionnaire doit être auto-rempli, c'est pourquoi les répondants doivent être en mesure de comprendre et de répondre seul aux questions, d'où l'importance de ne pas avoir de troubles cognitifs.

En plus d'aucun troubles cognitifs ou du comportement, le patient ne doit pas avoir de pathologie associée ne concernant pas le service de traumatologie ou d'orthopédie. Ce mémoire de fin d'étude portant uniquement sur la rééducation fonctionnelle, je souhaite que le patient réponde uniquement sur ce qui concerne sa prise en charge actuelle. Le patient doit également être en hospitalisation complète, pas en hospitalisation de jour.

Je souhaite avoir au moins 10 réponses mais le plus possible sera le mieux, « *l'échantillon aléatoire, idéal statistique, est obtenu par le tirage au sort d'individus ou de ménages appartenant à la population de référence* » (De Singly, 2008). La population de référence étant donc ici des patients adultes ayant une pathologie traumatologique acquise, dans un centre de rééducation fonctionnelle ayant un suivi en ergothérapie.

D'autre part, pour l'équipe interprofessionnelle, je souhaiterais également avoir les réponses d'un maximum de personne membre de l'équipe travaillant dans ce service. Je n'ai pas de critères d'exclusion ou d'inclusion par rapport aux membres de l'équipe. Si ce n'est, tout comme pour les patients, que chacun doit pouvoir comprendre et répondre seul aux questions qui sont posées.

#### D. Questionnaires

Tout d'abord, je vais transmettre un questionnaire d'administration directe, c'est-à-dire que le répondant le remplit lui-même (Quivy & Campenhoudt, 1995). Un questionnaire est une série de questions relatives à l'opinion d'une population, leur attitude à l'égard d'options, leurs attentes, leur niveau de connaissance ou de conscience d'un événement ou d'un problème (Quivy & Campenhoudt, 1995). Il a « *pour ambition première de saisir le sens « objectif » des conduites* » (De Singly, 2008). Je souhaite savoir si un lien de cause à effet existe entre : le ressenti des patients sur leur place dans l'équipe et au sein de leur propre rééducation et la prise en charge effectuée par l'ensemble de l'équipe. En effet, « *le questionnaire sélectionne donc dans le réel les éléments pertinents des conduites étudiées* » (De Singly, 2008).

De plus dans les questionnaires je souhaite intégrer des questions ouvertes. Les questions ouvertes permettent de percevoir ce que pensent les individus plutôt que d'imposer des modalités de réponse. (De Singly, 2008). En particulier dans le questionnaire proposé aux patients (annexe V). C'est leur ressenti qui importe et je ne veux pas les restreindre par mes propositions de réponse.

Cependant « *les questions ouvertes donnent plus d'information sur les pratiques ou les représentations ... mais les réponses peuvent être floues et incodables* » (De Singly, 2008). C'est pourquoi je propose également et majoritairement des questions fermées. Seulement 2 questions sont des questions ouvertes. Ces questions concernent la signification d'engagement et de participation selon les patients.

Enfin, un questionnaire sera remis à l'équipe interprofessionnelle, ou plutôt deux. Un pour les ergothérapeutes (annexe VI) et un pour le reste de l'équipe interprofessionnelle (annexe VII). Dans un premier temps chaque questionnaire comporte les mêmes questions : sur les échanges au sein de



l'équipe, les moyens de communication, la mise en lien des informations, la place donnée au patient, le lien entre professionnel de la santé et le patient, l'intégration générale du patient dans ses soins par l'équipe. La première question est semi-ouverte, elle concerne l'équipe et demande une brève définition. Cela me permet de comparer la réponse donnée et la définition qu'ils en font. En effet la définition peut correspondre à une autre réponse que celle donnée. Dans ce cas je prends en compte la définition et non la réponse.

Puis dans un second temps les questions sont réalisées en miroir : connaissance de l'ergothérapie et formation par l'ergothérapeute ; fonctionnement de la prise en charge ergothérapique ; création des objectifs de prise en charge. Les questions en miroirs permettent de faire des liens et des comparaisons et facilitent l'analyse des résultats.

Chaque questionnaire comporte une vingtaine de question. Les patients et les membres de l'équipe soignante ne doivent pas mettre plus de 10 minutes pour y répondre car leurs journées peuvent être chargées. Chaque questionnaire se termine par une possibilité de me transmettre des informations supplémentaires ou quelques remarques. Elle n'est pas obligatoire mais permet d'avoir des informations qui peuvent être jugées importantes et auxquelles je n'ai pas pensé. Les questionnaires sont transmis par mail ou en mains propres puis je vais les récupérer au plus tard 1 mois après leur réception dans le service.

## E. Mise en place

À la suite de la situation actuelle et la pandémie du Covid-19, la distribution de mes questionnaires est compromise. Les demandes et les échanges avec les centres de rééducation sont vaines. En effet, les patients sont confinés dans leur chambre et il semble impossible de leur distribuer les questionnaires pour des raisons d'hygiène ou de transmettre l'ordinateur du service. L'équipe soignante a également beaucoup de chose à gérer en cette période.

Je vais donc changer de mode de distribution des questionnaires. Je vais seulement faire passer le questionnaire aux ergothérapeutes. La plupart des ergothérapeutes que j'ai pu contacter m'ont dit qu'elles répondraient à mon questionnaire mais qu'elles ne pouvaient pas faire passer les autres à leurs patients ou à leurs collègues. Pour cela et pour avoir davantage de réponses, je vais le diffuser via internet. Je vais recueillir les réponses par mail.

Pour m'assurer de la viabilité de mon questionnaire, je l'ai testé auprès de deux ergothérapeutes diplômés d'état, deux étudiantes de l'IFE de Créteil en dernière année ainsi qu'à dix personnes ne faisant pas partie du corps médical.

## II. Présentation et analyse des résultats

### A. Présentation générale

*Tableau présentant les réponses du questionnaire*

Questions	Réponses	Nombres de réponses
Vous définissez l'ensemble de l'équipe soignante comme une équipe :	Pluriprofessionnelle	5
	Interprofessionnelle	6
	Transprofessionnelle	0
Quelles sont les fréquences de vos réunions en équipe ?	1 à 2 fois par semaine	11
	3 à 4 fois par semaine	0
	5 fois et plus par semaine	0
Quels moyens utilisez-vous le plus pour échanger avec vos collègues ?	Par écrit	3
	Par oral	8
A quelle fréquence échangez-vous avec vos collègues (de façon formelle et/ou informelle) ?	Tous les jours	8
	3 à 4 fois par semaine	2
	1 à 2 fois par semaine	1
	Jamais	0
Le patient assiste-t-il à des réunions d'équipe ?	Oui	0
	Parfois	3
	Non	8
Placez-vous le patient comme un membre à part entière de l'équipe soignante ?	Oui	2
	Non	9
	Parfois	0
Pensez-vous travailler avec l'ensemble de l'équipe soignante pour rendre le patient acteur de ses soins ?	Oui	9
	Non	1
	Parfois	1
L'engagement est un "acte par lequel on s'engage à accomplir quelque chose ; promesse, convention ou contrat par lesquels on se fie". Concernant l'engagement lors d'une prise en charge :	J'essaye de faire en sorte que le patient soit engagé	11
	Je ne cherche pas l'engagement du patient	0
	Le patient est toujours et automatiquement engagé	1

	Je suis engagé(e) dans toutes les prises en charge	7
	Je suis engagé(e) au même titre que le patient	4
	Je ne suis pas engagé(e)	0
La participation est "l'action de participer à quelque chose, part prise à quelque chose". Concernant la participation :	J'essaye de faire en sorte que le patient participe	11
	Je ne cherche pas la participation du patient	0
	Le patient participe toujours et automatiquement	2
	Je participe de la même façon à toutes les prises en charge	7
	Je participe au même titre que le patient	4
	Je ne participe pas	0
Des objectifs de prise en charge sont-ils mis en place ?	Oui	11
	Non	0
	Ils sont articulés autour d'un projet commun	9
Avez-vous informé vos collègues sur les champs d'actions d'un ergothérapeute ?	Oui	5
	Non	0
	Je pense qu'ils les connaissent	4
	Ils ont déjà été formés	2
Quand est-ce que les objectifs sont-ils mis en place ?	Après un/des bilan(s), entretien inclus	11
	Dès que possible	0
	Tout au long du suivi	9
	Il n'y en a pas	0
Qui choisit les objectifs ?	Moi	0
	Le patient	0
	Moi et le patient	11
Par qui sont rédigés les objectifs ?	Moi	11
	Le patient	0
	Moi et le patient	0

Sur quoi sont basés les objectifs ?	Sur les demandes du patient	11
	Sur les besoins du patient	11
	Sur les capacités du patient	11
	Sur ce que je veux que le patient atteigne	0
	Sur ce qui me paraît utile pour le patient	0
	Sur la demande de la famille	2
	Sur la demande du médecin et de l'équipe	3
Où figurent les objectifs de prise en charge en ergothérapie ?	Dans le dossier ergothérapique du patient	11
	Dans le dossier médical du patient	0
	Dans un document non formel	0
Utilisez-vous la MHaVie ?	Oui	0
	Non	11
	Je ne sais pas ce que c'est	0
Utilisez-vous la MCRO ?	Oui	4
	Non, car je ne suis pas formé(e), mais j'aimerais	1
	Non	6
	Je ne sais pas ce que c'est	0
Utilisez-vous un modèle conceptuel ?	Oui	3
	Non	8
Pensez-vous que le patient se sent acteur de ses soins lors de votre prise en charge ?	Oui	9
	Non	0
	Parfois	2

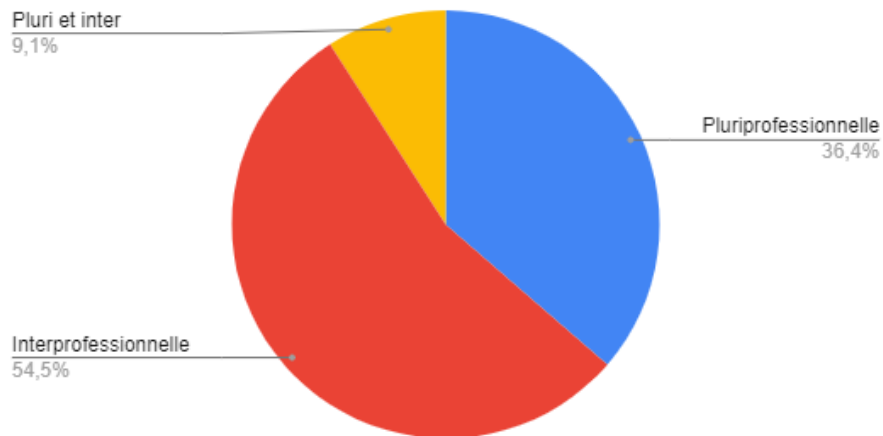
Le questionnaire a été partagé sur une liste de diffusion de l'ANFE : ergothérapeutes généralistes. Il a été possible de répondre à ce questionnaire pendant 14 jours, du 21 avril au 4 mai inclus.

A la suite de la diffusion de mon questionnaire, j'ai récolté 11 réponses. Les personnes ayant répondu à ce questionnaire sont toutes des femmes, âgées entre 24 et 48 ans. Leurs années d'expériences vont de 1 an à 15 ans.

## B. L'ergothérapeute et l'équipe

### 1. La définition

Graphique présentant le pourcentage de réponse de la question 1 : : « Vous définissez l'ensemble de l'équipe soignante comme une équipe : »



Voici le graphique représentant les résultats obtenus à la question concernant la définition de l'équipe :

- 6 personnes définissent l'équipe comme étant interprofessionnelle
- 4 personnes définissent l'équipe comme étant pluriprofessionnelle
- 1 personne définit l'équipe comme étant interprofessionnelle et pluriprofessionnelle

Cependant, les termes équipe pluriprofessionnelle et interprofessionnelle étant proches, je demande aux participants de donner une définition rapide du terme qu'ils avaient choisi.

Cela me permet de constater que dans chaque cas la définition donnée pour la pluriprofessionnalité correspond finalement à l'interprofessionnalité. Voici quelques exemples de définition :

- « Un ensemble de professionnels avec des connaissances et des compétences différentes et qui travaillent en lien afin d'apporter un accompagnement adapté à chaque patient. »
- « Des professionnels travaillant ensemble et échangeant sur les modalités de prise en charge d'un patient »
- « Travailler ensemble vers un objectif commun pour le patient où chaque professionnel apporte ses spécificités »

Les définitions données pour le terme interprofessionnalité correspondent, elles, bien au terme employé, voici quelques exemples :

- « Un ensemble de professionnels avec des connaissances et des compétences différentes et qui travaillent en lien afin d'apporter un accompagnement adapté à chaque patient. »

- « Professionnels de santé ne réalisant pas les mêmes tâches mais travaillant ensemble en se transmettant les informations dans le but commun de la récupération du patient »

- « Échanges réguliers entre les différents professionnels afin d'offrir au patient un suivi complet »

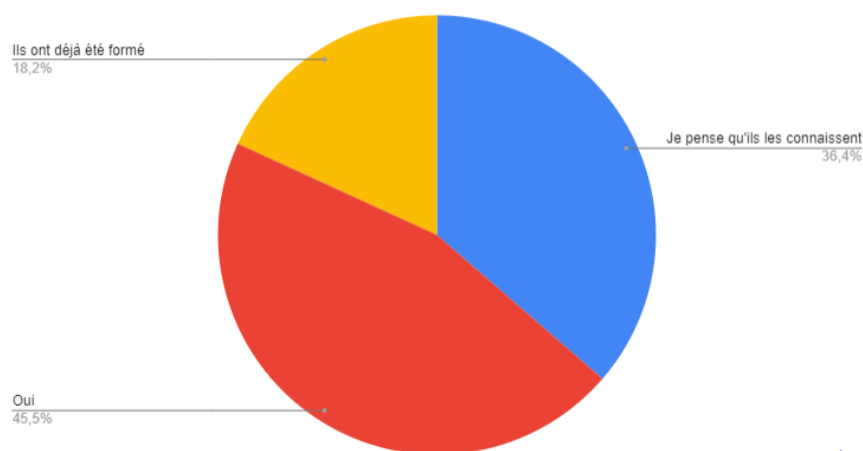
On retrouve notamment dans ces définitions, la notion de transmission et d'échanges des informations.

## 2. Les échanges

La réponse est la même concernant les échanges formels dans l'ensemble de l'équipe. En effet 100% des ergothérapeutes ayant répondu à ce questionnaire ont des réunions 1 à 2 fois par semaine.

Les échanges et les réunions peuvent concerner les prises en charge et le suivi des patients. Ils peuvent aussi concerner la formation des professionnels par rapport aux métiers de chacun.

Graphique présentant le pourcentage de réponses de la question 11 : « Avez-vous informé vos collègues sur les champs d'actions d'un ergothérapeute ? »



D'après les réponses reçues à la question « avez-vous informés vos collègues sur les champs d'actions d'un ergothérapeute », on observe un graphique où la partie rouge (oui) et la partie bleue (je pense qu'ils les connaissent) sont en proportions similaires.

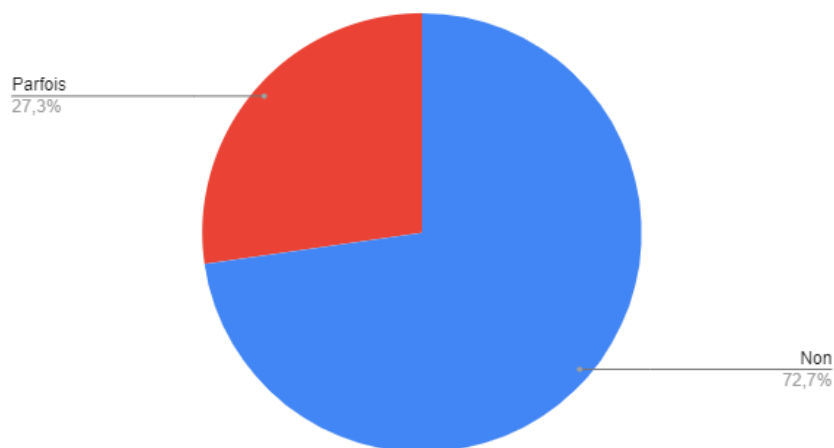
Les partie bleue (je pense qu'ils les connaissent) et jaune (ils ont déjà été formé) peuvent être reliées si les ergothérapeutes questionnés ont plus de renseignements sur les connaissances de l'équipe. En effet, si les ergothérapeutes pensent que l'équipe connaît les champs d'actions, alors l'équipe « a été formé ». Tout comme, si l'équipe à été formé, elle doit connaître les champs d'actions de

l'ergothérapeute. Cela révèle des problèmes de communication, d'échange et de transmission au sein de l'équipe interprofessionnelle.

Cependant, 72,7% disent échanger tous les jours avec leurs collègues de façon formelle, c'est-à-dire lors de réunion ou par transmission écrite ; et informelle, c'est-à-dire par échange verbal dans le couloir ou appel téléphonique dans la structure. La plupart des échanges concernent alors la prise en charge des patients.

Cependant, le patient n'assiste que très peu à des réunions, alors que ce sont les modalités et le suivi de sa prise en charge qui sont évoqués. Les réponses « parfois » correspondent à des situations complexes ou le patient est reçu, parfois avec sa famille, pour des raisons de comportements (hygiène, langage, attitude).

Graphique présentant le pourcentage de réponses de la question 5 : « Le patient assiste-t-il à des réunions d'équipe ? »

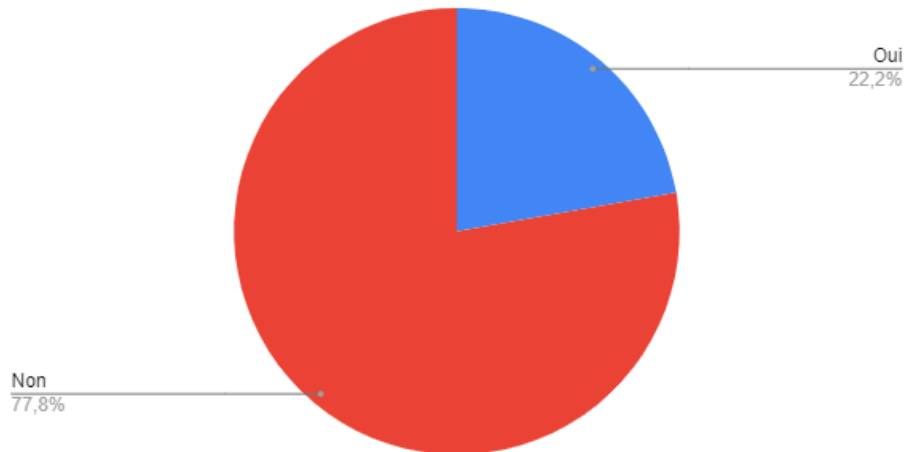


Les réponses « parfois » correspondent à des situations complexes ou le patient est reçu, parfois avec sa famille, pour des raisons de comportements (hygiène, langage, attitude). Il n'est jamais mentionné que le patient assiste à des réunions pour développer et définir, avec lui et l'ensemble de l'équipe, les objectifs de prise en charge. Cela pouvant permettre de le solliciter comme un patient acteur, un membre à part entière de l'équipe.

### C. Le patient et l'équipe

De par les réponses données, le patient n'est jamais considéré comme un membre à part entière de l'équipe. En effet, dans près de 80% des cas, le patient n'est pas inclus dans l'équipe comme un membre à part entière.

Graphique présentant le pourcentage de réponse de la question 6 : « Placez-vous le patient comme un membre à part entière de l'équipe soignante ? »



Il est possible de répondre « parfois » dans le questionnaire et cette réponse n'a jamais été donnée. Cela signifie que lorsque le patient est considéré comme un membre à part entière de l'équipe, il l'est lors de toute sa prise en charge et pas seulement lors d'un instant précis.

En revanche, les ergothérapeutes interrogées ont toutes répondues « oui » ou « parfois », sur le fait que l'ensemble de l'équipe interprofessionnelle s'engage à rendre le patient acteur de ses soins lors de sa prise en charge.

Une réponse à tout de même été négative mais accompagnée d'un commentaire expliquant que « certains collègues savent mieux que le patient, ce qui est bon pour lui ». Mais par « certains collègues » on peut déduire que cela ne qualifie pas toute l'équipe et pas tout le temps. Ainsi d'autres collègues permettent tout de même de rendre le patient acteur.

Il en est de même pour la question posée sur la prise en charge ergothérapique : tous les ergothérapeutes ont le sentiment que le patient se sent acteur de sa rééducation.

De plus, bien que « parfois » signifie qu'il n'est pas acteur tout le temps, il faut souligner que cela arrive. Pour cela, certaines actions sont mises en place pour le faire participer et l'engager dans sa propre prise en charge. Cela dans le but de le rendre acteur de ses soins en l'engageant et en favorisant sa participation.



## D. L'engagement et la participation

### 1. Engagement

Pour chaque prise en charge, 100% des ergothérapeutes recherchent l'engagement du patient et chaque ergothérapeute est également engagée dans la prise en charge.

En revanche, 63,6% des ergothérapeutes sont « engagée dans toutes les prises en charge » et 36,4% sont « engagée au même titre que le patient ». C'est-à-dire que dans certains cas, bien que l'engagement du patient soit recherché, si le patient ne l'est pas au maximum (selon elles), les ergothérapeutes ne s'engagent pas plus que lui.

L'engagement et la participation vont de pairs. Les questions sont les mêmes. On observe d'ailleurs que les résultats sont similaires.

### 2. Participation

En effet, 100% des ergothérapeutes interrogées font en sorte que le patient participe à sa propre prise en charge. Et deux d'entre elles ajoutent que le patient participe toujours et automatiquement à sa prise en charge.

Concernant leur prise en charge, les ergothérapeutes suivent le même schéma que pour l'engagement. 63,6% participent de la même façon à toutes les prises en charge et 36,4% participent au même titre le patient.

Ainsi, de même que pour l'engagement, ce sont les mêmes ergothérapeutes qui disent participer autant que le patient participe à sa rééducation.

L'engagement et la participation, bien qu'interdépendants, sont souvent dépendant de la méthode de prise en charge et notamment des objectifs établis que ce soit en ergothérapie ou dans tout autre profession nécessaire à la rééducation du patient.

## E. Les objectifs ergothérapeutiques

### 1. Modalités

Tout d'abord, des objectifs de prise en charge sont effectivement établis en ergothérapie. 100% des ergothérapeutes interrogées l'affirment. De plus, de 80% d'entre elles affirment qu'ils sont articulés autour d'un projet commun.

Ces objectifs se trouvent, d'après toutes les ergothérapeutes interrogées, dans le dossier ergothérapeutique du patient. Ils y figurent dès qu'ils ont été défini.

### 2. Mise en place

Ces objectifs de rééducation sont définis, pour toutes les ergothérapeutes, après un bilan spécifique incluant l'entretien. De plus, pour plus de 80% des ergothérapeutes interrogées, des objectifs peuvent être mis en place tout au long du suivi ergothérapeutique.

Une nouvelle fois on observe une réponse commune. Celle-ci concerne la décision des objectifs de prise en charge. Les objectifs sont toujours choisis par l'ergothérapeute et le patient.

De même, la même réponse est donnée par toutes les ergothérapeutes, ceux sont elles qui rédigent les objectifs dans le dossier ergothérapeutique du patient.

Cependant, les objectifs ne sont pas toujours basés sur les mêmes éléments suivant les ergothérapeutes. Pour 3 d'entre elles, les objectifs se basent sur les demandes du médecin et de l'équipe. Pour 2 autres les objectifs se basent sur les demandes de la famille. Aucune ne base ses objectifs sur ce qu'elle pense que le patient doit atteindre ou sur ce qu'elle veut qu'il atteigne.

En revanche, on observe à chaque fois trois réponses communes, à savoir :

- les demandes du patient
- les capacités du patient
- les besoins du patient

Ainsi l'ergothérapeute, dans la définition des objectifs de rééducation, prend toujours en compte l'expérience du patient et choisi avec lui ses objectifs de prise en charge ergothérapeutique.

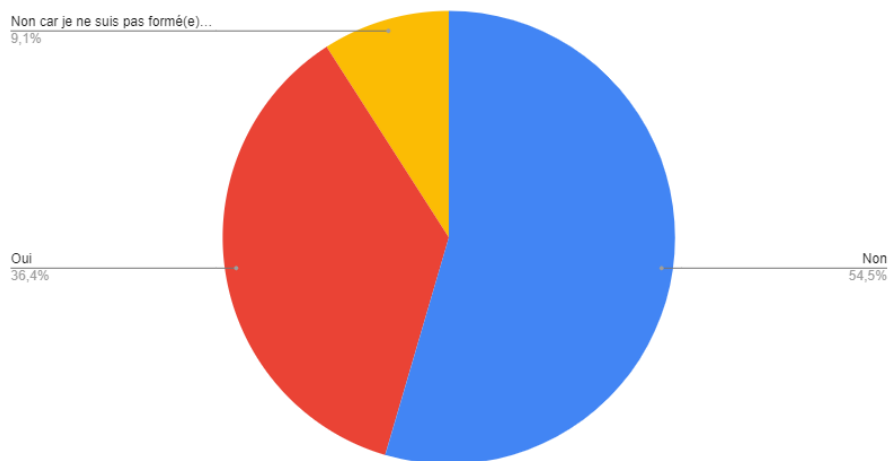
## F. L'ergothérapie

Pour réaliser leur prise en charge et établir des objectifs ergothérapeutiques avec le patient, les ergothérapeutes réalisent des bilans, des évaluations, et des entretiens avec le patient. En lien avec la partie conceptuelle, deux questions reposent sur l'utilisation de la MHaVie ou la MCRO.

Aucunes des ergothérapeutes interrogées n'utilisent la MHaVie. Il était également possible de répondre « je ne sais pas ce que c'est ». N'ayant aucune réponse à cette proposition, on peut souligner le fait qu'elles connaissent toutes cette évaluation.

Certaines d'entre elles utilisent la MCRO.

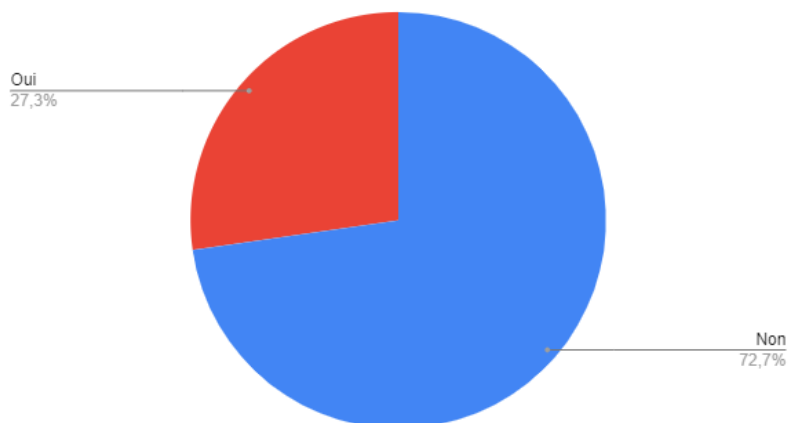
Graphique présentant le pourcentage de réponse de la question 18 : « Utilisez-vous la MCRO ? »



En effet, la majorité des ergothérapeutes ne l'utilise pas. Une seule ne l'utilise seulement pas car elle n'est pas formée. Dans le cas où elle aurait accès à cette formation, elle aimerait pouvoir utiliser cette évaluation.

En plus des informations recueillies lors d'évaluation, de bilans ou d'entretiens, les ergothérapeutes peuvent utiliser un modèle conceptuel pour avoir une connaissance complète et globale de la personne.

Graphique présentant le pourcentage de réponse de la question 19 : « Utilisez-vous un modèle conceptuel ? »



Cependant 8 ergothérapeutes sur les 11 interrogées, n'utilisent pas de modèle conceptuel. Une ergothérapeute utilise le MOH (Modèle de l'Occupation Humaine) et 2 utilisent le MDH-PPH2. Bien que n'étant pas obligatoire, aucune des ergothérapeutes utilisant la MCRO n'utilise le modèle conceptuel associé : MCREO.

La présentation et l'analyse de mes résultats permettent de vérifier certains éléments et ont également soulevé d'autres questionnements. D'un part sur la partie méthodologique et d'autre part et de façon plus importante sur la partie conceptuelle.

### III. Discussion

#### A. A propos de la méthodologie

##### 1. Limites

Les circonstances actuelles m'ont permises d'interroger uniquement des ergothérapeutes. Cela peut alors constituer un biais. En effet, l'objectif des 3 questionnaires est d'avoir le point de vue des deux populations ciblées (professionnels de santé et patients) afin de vérifier si les réponses des uns sont compatibles avec celles des autres. Ou au contraire, si les réponses ne reflètent pas le ressenti des autres. Ici, seulement une partie d'une population concernée est interrogée.

Tout d'abord il y a une part importante de subjectivité. En effet, tous les ergothérapeutes ont le sentiment que leur patient se sente acteur de leur soin en ergothérapie ; certains ergothérapeutes pensent que l'ensemble de l'équipe interprofessionnelle connaît les champs d'action de l'ergothérapie.

En revanche on ne sait pas si les patients eux-mêmes se sentent effectivement acteur de leur soin, de leur propre rééducation. Concernant l'équipe et pour vérifier que ses membres connaissent les champs d'action, seule leur réponse peut le confirmer ou l'infirmier.

De plus, certaines informations recueillies en début de questionnaire ne sont pas utilisables. Le questionnaire commence par un recueil de données sur l'âge, le sexe, l'IFE de formation et le lieu de travail actuel. Les trois premières données sont utilisables. Pour la dernière donnée, certaines ergothérapeutes mentionnent le service, l'établissement ou encore la ville dans laquelle elles travaillent. C'est l'information sur la ville qui est souhaitée. Cette information ainsi que l'IFE de formation ont pour objectifs d'observer des réponses similaires selon la région ou l'IE de formation.

Cependant, d'une part cela ne fait pas l'objectif de mon mémoire et cela ne rentre pas dans le cadre de l'anonymité complète de mon questionnaire, « *La protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel est un droit fondamental* » (CNIL, 2016). D'autre part, concernant les IFE de formation, tous sont différents. Je ne peux donc pas analyser comme souhaité initialement. L'avantage est que cela me permet d'avoir un aperçu sur la France entière et pas seulement sur une ou des régions.

Bien qu'il existe quelques biais, les réponses reçues peuvent être analysées. Celles-ci sont d'ailleurs intéressantes et utiles afin de comprendre le fonctionnement, les modalités de prise en charge et le lien entre l'équipe et les ergothérapeutes travaillant dans des services de rééducation fonctionnelle.

## 2. Intérêts

N'ayant pu recueillir le point de vue des patients et celui des membres de l'équipe interprofessionnelle, j'ai tout de même obtenu le point de vue des ergothérapeutes. Mon questionnement portant sur la manière dont l'ergothérapie transmet à l'équipe la façon de rendre le patient acteur de ses soins, avoir connaissance de leur expérience est primordial.

De plus, à la fin du questionnaire, des lignes sont proposées afin de me donner des informations jugées importantes à me transmettre. Cela fait ressortir le caractère subjectif des ergothérapeutes quant à leur prise en charge ainsi que les conflits pouvant exister au sein d'une équipe.

En effet, au sein d'une équipe, certains conflits peuvent exister. Cela peut se ressentir sur la prise en charge du patient avec un membre de l'équipe qui pense mieux savoir ce qui est bon pour le patient ou pense mieux faire qu'un autre membre de l'équipe. Ces conflits s'expliquent souvent par un manque de communication et un manque de connaissance du rôle de chacun, comme ce peut être le cas en ergothérapie.

De plus, « *L'ergothérapie ... but de maintenir ou de développer le potentiel d'indépendance et d'autonomie personnelle* » (Lefèvre-Renard & Vauvillé Chagnard, 2016). C'est là que peut apparaître la subjectivité : un ergothérapeute a pour objectif de rendre le patient acteur de ses soins afin de favoriser l'autonomie et l'indépendance de son patient. Il n'est pas étonnant que toutes les ergothérapeutes interrogées estiment que le patient se sent acteur de ses soins suite à la prise en charge ergothérapique.

## B. A propos de l'ergothérapeute

### 1. Prise en charge

Pour effectuer leur prise en charge, les ergothérapeutes recherchent l'engagement et la participation de leur patient. Ils doivent eux-mêmes participer et s'engager dans la prise en charge pour proposer des activités qui permettent aux patients d'atteindre les objectifs, fixés ensemble.

Ces objectifs vont être verbalisés, négociés et rédigés par le patient et l'ergothérapeute. L'ergothérapeute ne peut pas choisir seul des objectifs de rééducation. Ils sont toujours établis selon les souhaits du patient. Cependant l'expérience professionnelle de l'ergothérapeute permet d'affiner les objectifs par rapport aux capacités du patient. C'est également la raison pour laquelle les objectifs peuvent être modifiables et ajustables tout au long du suivi, de nouveau peuvent même être formulés. En effet, le patient évolue : il augmente ses capacités d'autonomie et d'indépendance, et ses lésions diminuent. Dans d'autres cas le patient n'évolue pas comme souhaité, les objectifs sont également formulés et négociés de nouveau.

Autant dans l'engagement et la participation que dans le choix et la rédaction des objectifs, l'ergothérapeute et le patient font un contrat. « *Les paroles s'envolent et les écrits restent* » (Horace), le fait d'écrire les objectifs permet de laisser des traces, des preuves de ce qui est établi entre les deux personnes du contrat. L'un et l'autre s'engagent à participer afin d'atteindre les objectifs mis en place. Ceux-ci sont définis à la suite d'un entretien, de bilans, d'évaluations. Ils font partis des outils utilisés par l'ergothérapeute pour réaliser sa prise en charge.

### 2. Outils de prise en charge

La MCRO et la MHaVie sont deux évaluations qui permettent de connaître les problèmes occupationnels de la personne et de définir par la suite des objectifs de prise en charge. D'après les réponses obtenues, aucune ergothérapeute n'utilise la MHaVie mais elles connaissent cette évaluation. Il serait intéressant de savoir pourquoi cette évaluation n'est jamais utilisée.

Concernant la MCRO, 4 ergothérapeutes sur 11 sont formées et l'utilisent. Etant une formation payante et qui nécessite du temps, cela peut expliquer pourquoi elle est peu utilisée. Cependant, lors de la formation à l'IFE, nous avons eu beaucoup de cours sur cet outil d'évaluation. D'après les intervenants nous enseignant cet outil, il est de plus en plus utilisé. En effet, de plus en plus d'ergothérapeutes se forment car ils y trouvent un grand intérêt pour leur prise en charge. Le temps de réponse au questionnaire peut avoir un impact sur les réponses et notamment concernant celle sur l'utilisation de la MCRO. Plus d'ergothérapeutes auraient pu répondre positivement à cette question au vu des dires des intervenants concernant nombre d'ergothérapeutes formés ces dernières années.

De plus, être formé à un bilan, une évaluation ou tout autre outil de prise en charge ne signifie pas forcément, même si c'est le but, de l'utiliser par la suite, de façon ponctuelle ou à plein temps.

Une question supplémentaire aurait pu figurer sur mon questionnaire : quels outils utilisez-vous pour définir les problèmes occupationnels de vos patients ? Les outils n'incluant pas l'entretien ni les bilans tel que le 400 point, le purdue pegboard, le nine hole peg test ...

De plus, la MCRO, est un outil qui se base sur le modèle conceptuel MCREO. Je pensais que les ergothérapeutes utilisant la MCRO, utilisait également la MCREO. Or ce n'est pas le cas.

Bien que les deux puissent être utilisé séparément, je trouve intéressant d'allier l'outil avec le modèle conceptuel car les éléments de l'outil se basent sur l'approche du modèle conceptuel et le modèle conceptuel s'alimente des données de l'outil.

D'ailleurs, seulement peu d'ergothérapeutes disent utiliser un modèle conceptuel. Seulement deux utilisent le modèle général MDH-PPH2. Je tends tout de même à croire que tous les ergothérapeutes basent leur pratique sur des fondements qui appartiennent à un modèle conceptuel, qu'il soit général ou propre à l'ergothérapie.

Un modèle étant général et utilisable par tout professionnel de santé, notamment le MDH-PPH2, savoir s'il est utilisé par d'autres professionnels de santé aurait été intéressant. De même que de savoir si d'autres professionnels de santé fondent leur prise en charge sur un modèle conceptuel permettant de présenter le patient selon des principes propre à la profession. L'utilisation d'un modèle conceptuel général permet de renforcer la méthode de prise en charge d'un patient par l'équipe interprofessionnelle.



## C. A propos de l'équipe interprofessionnelle

### 1. L'ergothérapeute et l'équipe

Bien qu'un modèle conceptuel commun et général permette une prise en charge efficiente de la personne, il est également indispensable que l'équipe communique et collabore. Pour cela, chacun doit avoir connaissance du rôle des professionnels qui l'entoure. L'ergothérapie n'est pas encore une pratique professionnelle aussi bien connue que la kinésithérapie ou les soins infirmiers. C'est pourquoi il est utile et important que l'ergothérapeute informe l'équipe de ses champs d'actions. Cela fait d'ailleurs partie des champs d'action comme c'est indiqué dans le référentiel d'activité.

Lorsqu'un ergothérapeute arrive dans une structure où il y a déjà des ergothérapeutes ou lorsque c'est un remplacement de poste, il est bon de savoir ce que l'équipe connaît de la pratique ergothérapique. En effet, connaître le fonctionnement du service d'ergothérapie est nécessaire. Bien que tous les ergothérapeutes aient des fonctionnements qui se basent sur des fondements théoriques similaires, chacun à sa propre pratique. Le but n'est pas d'imposer sa pratique à l'autre mais bien d'enrichir la sienne avec l'expérience des autres.

De plus, certaines prestations peuvent être réalisées par différents professionnels. Des aides-soignantes peuvent aider à l'habillage d'un patient mais cela peut faire partie des objectifs de prise en charge en ergothérapie. Un kinésithérapeute peut faire un bilan de force du membre inférieur et l'ergothérapeute celui des membres supérieurs. Echanger sur les pratiques propres à chacun et à chaque établissement évite les conflits, valorise la collaboration et la communication au sein de l'équipe interprofessionnelle.

### 2. Equipe interprofessionnelle

Travailler en équipe interprofessionnelle est un avantage. Cela permet d'avoir des informations de tous les professionnels. La transmission de ces informations peut être utile à tous si elles ont pour but d'améliorer la prise en charge du patient.

Tous les professionnels doivent contribuer à rendre le patient acteur de ses soins. Avoir établi une prise en charge commune et globale par tous les professionnels y compris le patient contribue à améliorer sa rééducation. Celle-ci se base sur les demandes du patient, ses capacités, ses besoins. Dans certains cas, elle se base également sur les demandes du médecin et de l'équipe. Plutôt que de faire selon les demandes de l'équipe et du médecin, ceux-ci peuvent donner des conseils et des avis argumentés par des données probantes. Le patient peut en prendre connaissance et cela favorise sa place au sein de l'équipe en tant qu'acteur du soin car il possède les mêmes informations que les autres professionnels et participe une fois de plus à la décision sur les modalités de sa prise en charge.

## D. A propos du patient

### 1. Engagement et participation

« *Ce sont les usagers qui ont entre leur mains, l'essentiel du pouvoir de leur santé.* » (Collière, 2017). Le patient est professionnel de son expérience, il sait quelles sont ses habitudes de vie, il connaît l'environnement dans lequel il évolue. Il est donc légitime qu'il lui revienne de choisir les modalités de sa prise en charge notamment concernant ses objectifs.

Les ergothérapeutes démontrent que c'est de cette façon qu'est effectuée la prise en charge ergothérapique. En effet, les objectifs sont choisis avec le patient. Cependant lors d'une hospitalisation, le patient est amené à côtoyer beaucoup de professionnels soignants. Il est donc nécessaire que le choix des objectifs de chaque profession soit articulé autour du projet commun.

Les objectifs permettent d'engager le patient et de le faire participer à sa rééducation. Cependant lorsque les ergothérapeutes s'engagent au même titre que le patient, il existe une réciprocité. Le patient peut également s'engager au même titre que l'ergothérapeute. En effet, il peut arriver que le patient ne se sente pas assez en confiance pour s'engager pleinement dans sa rééducation, ce qui va avoir un impact sur la participation et donc sa rééducation.

C'est aussi le rôle de l'ergothérapeute de s'assurer que le patient à la volonté de s'engager, de participer. D'où l'importance d'établir une bonne relation de confiance et une relation thérapeutique suffisamment bonne pour que les deux parties s'engagent et participent pleinement à la rééducation. L'ergothérapeute comme tous professionnels de l'équipe peut échanger lorsqu'il ne parvient pas à déterminer ou à trouver des solutions pour engager et faire participer pleinement le patient. D'autres intervenants ont peut-être des éléments permettant de comprendre la situation. Ensemble ils peuvent trouver des solutions. Celles-ci peuvent également être exprimées par le patient lui-même, renforçant davantage sa place d'acteur de ses propres soins.

### 2. Acteur de ses soins

En étant acteur de ses soins, le patient fait le choix de sa prise en charge. Personne ne peut le forcer ou l'obliger à réaliser une tâche, une activité ou un soin. Sinon cela s'apparente à de la maltraitance.

Pour améliorer la prise en charge des patients et prendre davantage en compte les points de vue des personnes hospitalisées, « *Depuis septembre 2015, chaque patient hospitalisé peut donner son avis sur son séjour dans un hôpital ou clinique en France grâce à un questionnaire de satisfaction sécurisé en ligne* » (HAS, 2016). De plus en plus d'éléments considèrent l'expérience du patient afin

d'améliorer les prises en charge. De cette façon, la HAS (Haute Autorité de Santé) donne une place au patient, une place qui le situe au cœur des soins.

Connaître le vécu du patient est nécessaire. Lui seul peut estimer s'il se sent acteur de ses soins ou si les activités proposées et la prise en charge générale répond à ses demandes et à ses besoins. Concernant les capacités, elles sont surtout évaluées par le professionnel qui va avoir du recul sur la situation. Comme toute personne ayant subi un traumatisme physique, on veut tout récupérer rapidement et on croit souvent pouvoir tout faire, ou alors souffrir davantage en croyant pouvoir le faire. C'est pourquoi l'expérience professionnelle d'un thérapeute et la propre expérience du patient vont de pair, dépendants l'une de l'autre. Par cette dépendance mutuelle, le patient et le thérapeute ont tous deux des rôles d'acteurs mais à des niveaux différents.

Ainsi, au sein d'une équipe interprofessionnelle, le patient a une place primordiale qui ne peut être substituée par un autre intervenant. De même les intervenants ont des places définies par leur rôle et leur champ d'actions qu'il est important de connaître. Toutes ces personnes, professionnels de santé et patient doivent communiquer afin d'enrichir leur connaissance et proposer une prise en charge qui se veut efficiente, globale, partagée et acceptée par tous.

## Conclusion

Lors d'une prise en charge, notamment dans un centre de rééducation, de nombreux professionnels de santé interviennent auprès d'un patient. Ceux-ci ont des méthodes de prise en charge différentes selon leur profession. Cependant, chacun doit baser sa prise en charge selon les besoins, les demandes et les attentes du patient. Etant une pratique commune à tous, établir des objectifs selon chaque profession qui sont articulés autour d'un projet commun est une nécessité.

En ergothérapie, le choix des objectifs est réalisé dans le but de favoriser l'engagement et la participation du patient afin de le rendre pleinement acteur de ses soins. C'est pourquoi ils sont choisis par le patient et l'ergothérapeute. De plus, comme beaucoup d'autres professionnels de santé, l'ergothérapeute a besoin d'échanger, de transmettre et d'intégrer des informations avec l'équipe interprofessionnelle afin de proposer, d'améliorer et de réaliser une prise en charge ergothérapique la plus adaptée à la demande du patient. De même, le patient, par le partage de son expérience, de ses attentes, de ses demandes va aider le professionnel à établir sa prise charge et notamment à établir des objectifs. Pour cela il est également important de connaître le fonctionnement des professionnels de santé, notamment celui de l'ergothérapeute. C'est pourquoi j'ai réalisé un questionnaire destiné à des ergothérapeutes.

Grâce à ce questionnaire, j'ai interrogé des ergothérapeutes travaillant dans des centres de rééducation. Cela afin de connaître leur méthode de prise en charge concernant la mise en place et le choix des objectifs, la relation entre les membres de l'équipe interprofessionnelle ainsi que le rôle donné au patient pour qu'il soit être au cœur de ses propres soins.

L'analyse de ces résultats m'a permis d'observer une homogénéité dans la méthode de prise en charge de toutes les ergothérapeutes interrogées. Leur approche se base sur le patient, en recherchant son engagement et sa participation. On observe également un manque de communication, empêchant une connaissance commune du rôle de chacun ne favorisant pas le travail en équipe interprofessionnelle. Ce dernier a un impact sur la rééducation du patient. C'est sur cet élément que des améliorations doivent émerger. De part une meilleur communication, collaboration et connaissance du rôle de chacun, la prise en charge est plus efficiente. La place du patient est partagée par tous comme un membre faisant partie intégrante de l'équipe interprofessionnelle, cela peut lui permettre de se sentir acteur de ses soins.

Ainsi, mes recherches me permettent d'affirmer, en partie, que la prise en charge ergothérapique qui se base sur les demandes du patient, formulées sous forme d'objectifs, et leur transmission à l'ensemble de l'équipe interprofessionnelle permettent de favoriser l'engagement et la participation du patient, renforçant alors son rôle de patient acteur de ses propres soins.

Ce mémoire d'initiation à la recherche me permet d'identifier la méthodologie que je souhaite mettre en place avec mes patients. En effet, par ces recherches, ces lectures, ces questionnements, ces réponses, il me semble maintenant indispensable de rendre le patient acteur de ses soins. Grâce à une prise en charge qui se base sur ses demandes et en établissant des objectifs avec lui. Cela me permet d'asseoir ma propre identité professionnelle. Bien sûr elle va évoluer au fil du temps mais les fondements de ma pratique sont et resteront ceux-ci : se baser sur les demandes du patient, rechercher toujours l'engagement et la participation (du patient et de moi-même), collaborer avec mes collègues, former et informer sur l'ergothérapie, valoriser et favoriser la place du patient en tant qu'acteur de ses soins ainsi que le travail en interprofessionnalité.

D'ailleurs, en parallèle des recherches sur ce mémoire, je me suis également beaucoup intéressée à la pratique libérale durant cette année. Les modalités de prise en charge ergothérapique, que l'exercice soit réalisé en libéral ou en structure ne diffèrent que très peu. En revanche, l'amélioration et la réalisation du travail interprofessionnel, avec tous les acteurs intervenant auprès de l'enfant peut être rendu plus difficile dans le cadre de l'exercice libéral que dans le cadre institutionnel. Dans ce dernier, les différents professionnels sont amenés à se rencontrer fréquemment, or en libéral, ces rencontres ne sont pas systématiques.

## Bibliographie

- ANAES, S. d. (2001). Le dossier du patient en ergothérapie. 20-22.
- ANFH. (2007). Référentiel d'activités . *Définition*.
- Anfrie, A. (2010). Accompagnement thérapeutique de qualité et interprofessionnalité: obstacles et compétences à développer. Dans M.-H. IZARD, *Expériences en ergothérapie 23ème série* (p. 81). Sauramps Médical .
- Arnholz-Marchalot, I. (2009). Incitation à l'interdisciplinarité. Dans M.-H. IZARD, *Expériences en ergothérapie 22ème série* (p. 26, 31). Sauramps Médical .
- Bédard, S. K., Poder, T. G., & Larivière, C. (2013). Processus de validation du questionnaire IPC65. *Santé publique, Volume 25, N°6*, p. 764.
- Bernacki, N. (2017). *Secret professionnel*. Récupéré sur ANFE.
- Blanchet, S., McCormick, L., Belleville, S., Gély-Nargeot, M.-C., & Joannette, Y. (2002). Les troubles cognitifs légers de la personne âgée : revue critique. *Rev Neurol (Paris)*.
- Bocquet, F. (2003). *Collaboratif / Coopératif : quelle différence ?* Récupéré sur Eduscol.educato: <https://eduscol.education.fr/numerique/dossier/archives/travail-apprentissage-collaboratifs/de-quoi-parle-t-on/notion-collaboratif/collaboratif-cooperatif-quelle-difference>
- Brousseau, M. (2017). Préface. Dans B. Dubois, S. Thiébaud Samson, E. Trouvé, M. Tossier, G. Poriel, L. Tortora, . . . J. Guesné, *Guide du diagnostic en ergothérapie* (p. XII). De Boeck Supérieur .
- Cantin, S. (2018 ). *Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) – Canadian Occupational Performance Measure (COPM)*. Récupéré sur ORVIS: <https://extranet.inlb.qc.ca/recherche-et-innovation/orvis/mcro-fiche-orvis/>
- CNIL. (2016, avril 27). *Règlement (UE) 2016/679 du parlement européen et du conseil* . Récupéré sur Journal officiel de l'Union Européenne: <https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees>
- Code de la Santé publique, Article L1110-12, Article L1110-4. (2016).
- Code du travail. (2007). *article L.4331-1, R 4331-1*.
- Collière, M.-F. (2017). Reconnaître l'expérience et l'expertise des malades: un enjeu pour la santé publique. *Le patient expert*.
- De Singly, F. (2008). *Le questionnaire*. Armand Colin.
- Demers, L., & Giroux, F. (2010). *Validité de la Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle (MIF) pour les personnes âgées suivies en réadaptation*. Récupéré sur Canadian Journal on Aging: <https://www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-on-aging-la-revue-canadienne-du- vieillissement/article/validite-de-la-mesure-de-lindependance-fonctionnelle-mif-pour-les-personnes-agees-suivies-en-readapation/501A0AAFDD674BBB90114AB317073B32>
- Doncq, P., Berckmans, G., & Noehringer, F. (2014). La prise en charge d'un patient amputé ... Vous avez dit interdisciplinaire ? Dans M.-H. IZARD, *Expériences en ergothérapie 27ème série* (pp. 310, 312, 317). Sauramps Médical.

- Dubois, B., Thiébaud Samson, S., Trouvé, E., Tosser, M., Poriel, G., Tortora, L., . . . Guesné, J. (2017). *Guide du diagnostic en ergothérapie*. De Boeck Supérieur SA.
- Fournier, C., Marty, L., & Véga, A. (2017). La fabrique du pluriel dans la santé : l'expérience d'un « laboratoire » associatif. *Les sciences humaines et sociales face à l'interdisciplinarité dans les recherches en santé. Pratiques, lieux, enjeux et perspectives*, (p. 10).
- Gateley, C., & Borcharding, S. (2011). *Documentation Manual for Occupational Therapy* . SLACK Incorporated.
- Gérard, D. (2005). Soutien psychologique aux soignants en contact régulier avec des patients . *Médecine palliative* , p. 33.
- Guichoux, J.-F., Poriel-Praud, G., Belliard, H., & Cochet, G. (2010). Réadaptation fonctionnelle en milieu professionnel: pratique d'une approche interdisciplinaire et place de l'ergothérapie. Dans M.-H. Izard, *Expériences en ergothérapie, 23ème série* (p. 67). Sauramps Médical .
- Harl, E. (2018). *L'ouverture du secret partagé à d'autres professionnels : secteur social, médico-social et prévention*. Récupéré sur MACSF: <https://www.macsf.fr/Responsabilite-professionnelle/Relation-au-patient-et-deontologie/secret-partage>
- HAS. (2014). Réponse à la saisine du 30 octobre 2014 en application de l'article L.161-39 du code de la sécurité sociale . *Identification des troubles mnésiques et stratégie d'intervention*.
- HAS. (2016). *Satisfaction des patients hospitalisés : donnez votre avis en quelques clics*. Récupéré sur Haute Autorité de Santé: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2624388/fr/satisfaction-des-patients-hospitalises-donnez-votre-avis-en-quelques-clics](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2624388/fr/satisfaction-des-patients-hospitalises-donnez-votre-avis-en-quelques-clics)
- INSI. (2009). *AJMER : Association des Jeunes en Médecine Physique et Réadaptation*. Récupéré sur INSI: <https://isni.fr/les-specialites/medecine-physique-et-de-readaptation-mpr/>
- Izard, M.-H. (2009). *Expériences en ergothérapie, 22ème série*. Sauramps Médical .
- Izard, M.-H. (2010). *Expériences en ergothérapie, 23ème série*. Sauramps medical.
- Izard, M.-H. (2014). *Expériences en ergothérapie, 27ème série* . Sauramps Medical .
- Kivits, J., Ricci, L., Vallata, A., & Minary, L. (2017 ). Recherche interventionnelle en santé publique : quelle place pour l'interdisciplinarité ? L'exemple de RESIST, un programme de sevrage tabagique en milieu scolaire . *Les sciences humaines et sociales face à l'interdisciplinarité dans les recherches en santé. Pratiques, lieux, enjeux et perspectives* . , (p. 11).
- Lapoire-Chasset, M., & Draï, E. (2017). Posture et méthodologie sociologique dans le cadre d'une étude interdisciplinaire en santé au travail. Le cas. *Les sciences humaines et sociales face à l'interdisciplinarité dans les recherches en santé. Pratiques, lieux, enjeux et perspectives* , (p. 4).
- Larivière, N. (2014). Appuyer sa pratique ergothérapeutique avec les sciences de l'occupation. Dans M.-H. Izard, *Expériences en ergothérapie, 27ème série* (p. 298). Sauramps Médical.
- Larivière, N. (2014). Appuyer sa pratique ergothérapeutique avec les sciences de l'occupation . Dans M.-H. Izard, *Expériences en ergothérapie 27ème série* (p. 299). Sauramps Médical .
- Larousse . (2016).

- Lefèvre-Renard, G., & Vauvillé Chagnard, B. (2016). Ergothérapie et vision : un regard sur la vie quotidienne. *Contraste (n°43)*, p. résumé.
- Maës, L. (2014). Modélisation du processus d'intervention en ergothérapie. Dans M.-H. Izard, *Expériences en ergothérapie, 27ème série* (pp. 287, 293). Sauramps Médical.
- Marchalot, I. (2009). Incitatio à l'interdisciplinarité . Dans M.-H. Izard, *Expéreinces en ergotherapie 22ème série* . Sauramps médical.
- Mateos, F., & Bony, N. (2010). Evaluation globale: mot-clé la complémentarité . Dans M.-H. Izard, *Expériences en ergothérapie, 23ème série* (p. 77). Sauramps Médical.
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck Supérieur SA.
- Ministère des affaires sociales, d. l. (2015). Diplôme de masseur kinésithérapeute. *Référentiel d'activité*.
- Ministère du travail, d. l. (2010). Référentiel d'activités . *Diplôme d'état d'ergothérapeute*.
- Ministères du travail, d. r., & sports, M. d. (2009). Diplôme d'état infirmier, diplôme d'aide soignant . *Définition du métier*.
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie*. De Boeck Supérieur SA.
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur SA.
- Mougeot. (2018). L'émergence du patient-acteur dans la sécurité des soins en France : une revue narrative de la littérature entre sciences sociales et santé publique. *Santé publique*, p. 23.
- Mougeot, F., Robelet, M., Rambaud, C., Ocelli, P., Buchet-Poyau, K., Touzet, S., & Michel, P. (2018). L'émergence du patient-acteur dans la sécurité des soins en France : une revue narrative de la littérature entre sciences sociales et santé publique. *Santé publique*, p. Résumé.
- Mourey, F. (2005). Dans M. Aubert, D. Manière, F. Mourey, & S. Outata, *interprofessionnalité et gérontologie* (pp. 186-192). ERES.
- Noreau, L., & Fougeyrollas, P. (2017). *MHaVie Guide d'application*. Récupéré sur RIPPH: <https://ripph.qc.ca/wp-content/uploads/2017/09/Guide-dapplication-MHAVIE.pdf>
- Offenstein, E. (2015 ). *L'activité humaine, un potentiel pour la santé ?* . De Boeck Superieur SA .
- OMS. (2010). L'interprofessionnalité.
- O'Reilly, P., Lee, S., O. M., Cullen, W., Kennedy, C., & MacFarlane, A. (2017). *Assessing the facilitators and barriers of interdisciplinary team working in primary care using normalisation process theory: An integrative review*. Récupéré sur pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28545038>
- Polatajko. (2004). Meeting the responsibility that comes with the privilege: Introducing a taxonomic code for understanding occupation . *Canadian journal of Occupational therapy*, 261.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales* . Dunod.
- Rabeux, C. (2016). *Un cahier des charges détaille l'une des trois voies possibles pour constituer une équipe de soins* . Récupéré sur Hospimedia : <https://www.hospimedia.fr>



- Régent, L. (2014). Travail en collaboration. *Soins gérontologique*, n  107, p. 30.
- Reid, D. (2011). Mindfulness and Flow in Occupational Engagement: Presence in Doing. *Canadian Journal of Occupational therapy* .
- RIPPH. (2010). *Qu'est ce que la MHaVie ?* Récupéré sur RIPPH (Réseau International sur le Processus de Production du Handicap): [https://ripph.qc.ca/documents/mhavier/](https://ripph.qc.ca/documents/mhavier/quest-ce-que-la-mhavier/)
- Rossini, E., Meyer, S., & Margot, I. (2014). Association suisse des ergothérapeutes (ASE). *Recommandation pour la formulation des objectifs en ergothérapie*, 4-.
- SNPI. (2015). *Indispensables transmissions infirmières* . Récupéré sur SNPI Syndicat National des Professionnels Infirmiers : <https://www.syndicat-infirmier.com/Transmissions-infirmieres.html>
- Terral, P. (2017). Travail interdisciplinaire et recherche interventionnelle en santé : les ressorts sociocognitifs de la circulation. *Les sciences humaines et sociales face à l'interdisciplinarité dans les recherches en santé. Pratiques, lieux, enjeux et perspectives*, (p. 6).
- Tétreault, S. (2009). Transdisciplinarité et réadaptation : comment travailler davantage ensemble ? Dans M.-H. Iazard, *Expériences en ergothérapie 22 me série* . Sauramps Médical .
- Vianin, P. (2014). *Echelle d'évaluation des Répercussions Fonctionnelles (ERF)*.
- Zeltzer, L. (2011). *MESURE DE L'INDÉPENDANCE FONCTIONNELLE (MIF)*. Récupéré sur Fondation des maladies du coeur et de l'AVC, Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC : <https://www.stroking.ca/fr/assess/mesure-de-lindependance-fonctionnelle-mif/>

## **Annexes**

Annexe I : Référentiel d'activités

Annexe II : Référentiel de compétences

Annexe III : modèle PPH

Annexe IV : modèle MDH-PPH2

Annexe V : questionnaire patient

Annexe VI : questionnaire ergothérapeute

Annexe VII : questionnaire équipe interprofessionnelle



## SOMMAIRE

- Référentiel d'activités
- Définition du métier
- Activités :
  1. Recueil d'informations, entretiens et évaluations visant au diagnostic ergothérapeutique
  2. Réalisation de soins et d'activités à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation sociale
  3. Application et réalisation de traitements orthétiques et préconisation d'aides techniques ou animalières et d'assistances technologiques
  4. Conseil, éducation, prévention et expertise vis à vis d'une ou de plusieurs personnes, de l'entourage et des institutions
  5. Réalisation et suivi de projets d'aménagement de l'environnement
  6. Organisation, coordination des activités en santé et traitement de l'information
  7. Gestion des ressources
  8. Veille professionnelle, formation tout au long de la vie, études et recherche
  9. Formation et information des professionnels et des futurs professionnels

## Annexe II

---

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA FONCTION PUBLIQUE  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

---

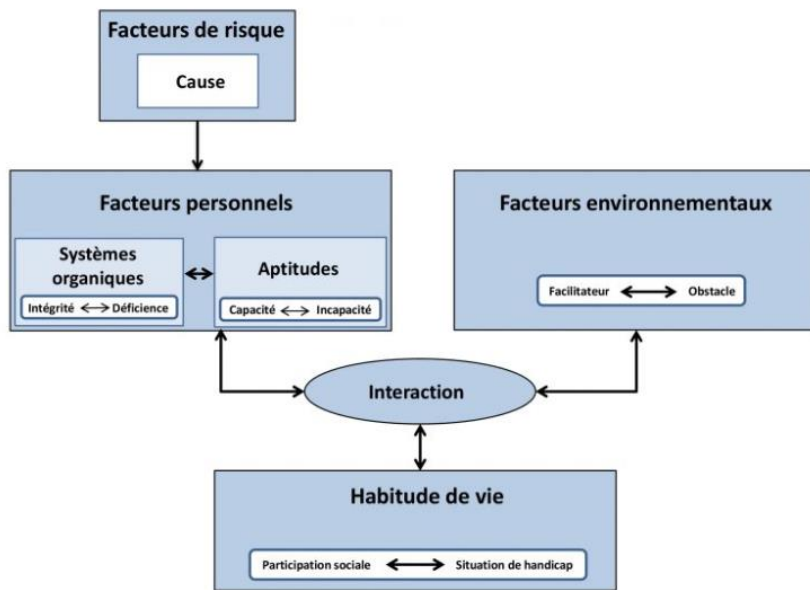
## ANNEXE II

### DIPLÔME D'ÉTAT D'ERGOTHÉRAPEUTE RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES

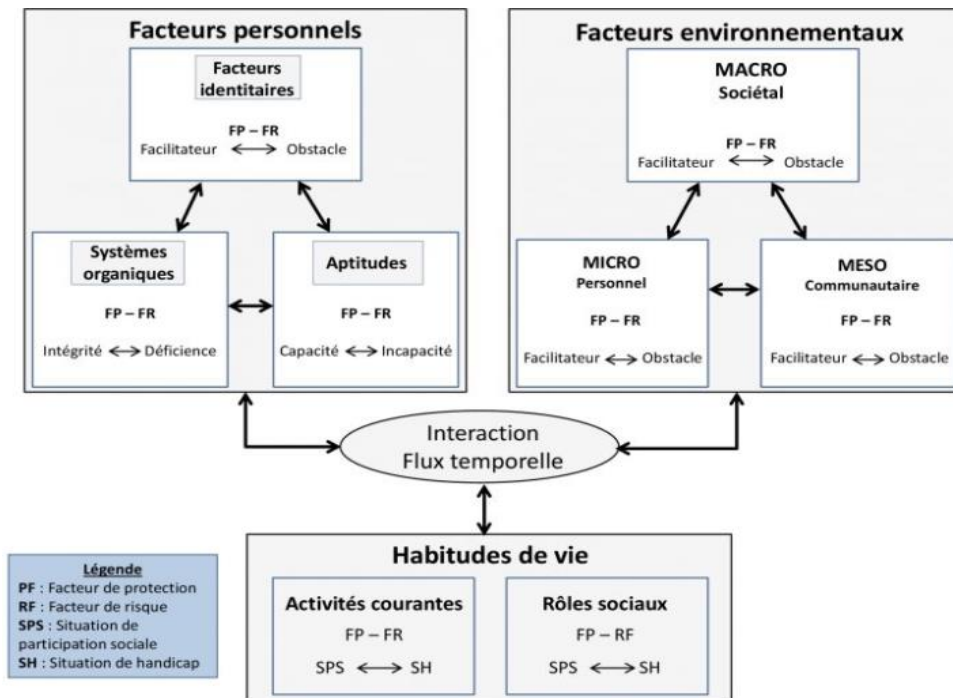
#### Compétences (1)

1. Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique.
2. Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement.
3. Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie.
4. Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle (2) ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques.
5. Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique.
6. Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie.
7. Évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle.
8. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques.
9. Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs.
10. Former et informer.

### Annexe III : modèle PPH



### Annexe IV : modèle MDH-PPH2



## Annexe V : questionnaire patient

Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie, je m'intéresse à la place du patient au cœur de ses soins. Pour cela je m'interroge sur les rôles qu'ont les différents acteurs du soin par rapport à cette place et notamment aux moyens mis en place par les ergothérapeutes pour rendre le patient acteur de ses soins.

Afin de vérifier mon hypothèse, j'ai créé ce questionnaire dans le but d'interroger les patients en service de traumatologie sur leur place au sein de leur propre prise en charge. Ce questionnaire est anonyme, je vous prie de répondre le plus sincèrement possible à toutes les questions. Lorsque ce n'est pas précisé, une seule réponse est attendue.

Bien que la situation soit difficile actuellement, je vous prie de répondre dans le cas d'une hospitalisation dite plus « classique » ou « habituelle » avant cette pandémie. Je vous remercie par avance pour votre participation.

Age : .....

Sexe : .....

Centre de rééducation : .....

1. Comment vous sentez-vous dans le service ? (Plusieurs réponses possibles)

Bien  Seul(e)  Écouté(e)  Rassuré(e)  Accompagné(e)  Délaissé(e)  Autre : .....

2. Des objectifs de prise en charge ont-ils mis en place ?

Oui  Non  Je pense  Pas à ma connaissance

3. Quel(s) professionnel(s) a mis en place des objectifs de prise en charge ? (Plusieurs réponses possibles)

Médecin  Ergothérapeute  Kinésithérapeute  Infirmiers  Psychologue  
 Diététicien  Psychomotricien  Autres : .....  Aucun

4. **Qui** a choisi les objectifs de prise en charge ?

Les professionnels  Vous  Vous et les professionnels

5. Les objectifs ont été **rédigé** :

Par vous-même  Par les professionnels  Par vous et les professionnels

6. Comment définiriez-vous le terme **engagement** ?

---

---

---

---

7. D'après votre définition du terme engagement, vous sentez-vous engagé dans votre prise en charge ?

Oui       Non

8. Dans le cadre de mon mémoire, le terme engagement est défini comme « *un acte par lequel on s'engage à accomplir quelque chose ; promesse, convention ou contrat par lesquels on se fie* » :

- Etes-vous en accord avec cette définition ?  Oui       Non

- D'après cette définition, vous sentez-vous engagé dans la prise en charge ?  Oui    Non

9. Comment définiriez-vous le terme **participation** ?

---

---

---

---

10. D'après votre définition du terme participation, pensez-vous participer à votre prise en charge ?

Oui       Non

11. Dans le cadre de mon mémoire, le terme participation est défini comme « *l'action de participer à quelque chose, part prise à quelque chose* » :

- Etes-vous en accord avec cette définition ?  Oui       Non

- D'après cette définition, pensez-vous participer à votre prise en charge ?  Oui    Non

12. A quelle fréquence êtes-vous suivi en ergothérapie (nombre de fois par semaine) ?

1     2     3     4     5

13. L'ergothérapeute a-t-il :

- |                                    |                              |                              |   |
|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|---|
| - réalisé différents bilans ?      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| - mis en place des objectifs ?     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| - défini son rôle auprès de vous ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |

14. Si des objectifs ont été mis en place, ont-ils été choisis, négociés et rédigés avec vous ?

- Oui       Non       En partie (précisez) : .....

15. Comment qualifieriez-vous l'impact de l'ergothérapie sur votre rééducation ?

- Très utile     Utile       Peu utile     Inutile

16. Avez-vous le sentiment d'être acteur de vos soins en ergothérapie ?     Oui       Non

Précisez : .....

17. Avez-vous le sentiment d'être acteur de vos soins dans l'ensemble de votre rééducation ?

- Oui       Non

Précisez : .....

18. Avez-vous le sentiment de faire partie de l'équipe interprofessionnelle ?     Oui       Non

Précisez : .....





## Annexe VI : questionnaire ergothérapeute

Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie, je m'intéresse à la place du patient au cœur de ses soins. Pour cela je m'interroge sur les rôles qu'ont les différents acteurs du soin par rapport à cette place et notamment aux moyens mis en place par les ergothérapeutes pour rendre le patient acteur de ses soins.

Afin de vérifier mon hypothèse, j'ai créé ce questionnaire dans le but d'interroger tous les professionnels de santé sur la place qu'ils donnent au patient par rapport à sa prise en charge, dans un service de traumatologie. Les réponses à ce questionnaire sont anonymes, je vous prie de répondre le plus sincèrement possible à toutes les questions. Lorsque ce n'est pas précisé, une seule réponse est attendue.

Bien que la situation soit difficile actuellement, je vous prie de répondre dans le cas d'une hospitalisation dite plus « classique » ou « habituelle » avant cette pandémie. Je vous remercie par avance pour votre participation.

Age : .....

Sexe : .....

Année d'expériences : .....

Centre de rééducation : .....

IFE de formation : .....

1. Vous définissez l'ensemble de l'équipe soignante comme une équipe :

Pluriprofessionnelle

Interprofessionnelle

Transprofessionnelle

Donnez une définition brève : \_\_\_\_\_

2. Quelles sont les fréquences de vos réunions en équipe ?

1 à 2 fois par semaine

3 à 4 fois par semaine

5 fois et plus par semaine

3. Quels moyens utilisez-vous le plus pour échanger avec vos collègues ?

Par écrit (dossier ou logiciel de la structure)

Par oral (réunion, échange informelle, téléphone)

4. A quelle fréquence échangez-vous avec vos collègues (de façon formelle et/ou informelle) ?

Tous les jours

3 à 4 fois par semaine

1 à 2 fois par semaine

Jamais

5. Le patient assiste-t-il à des réunions d'équipe ? (Si oui ou parfois précisez dans quelle situation)

Oui       Parfois       Non      Situation : .....

6. Placez-vous le patient comme un membre à part entière de l'équipe interprofessionnelle ?

Oui       Non

7. Pensez-vous travailler avec l'ensemble de l'équipe soignante pour rendre le patient acteur de ses soins ?

Oui       Non       Parfois, précisez : .....

8. L'**engagement** est un « *acte par lequel on s'engage à accomplir quelque chose ; promesse, convention ou contrat par lesquels on se fie* ».

Concernant l'engagement lors d'une prise en charge (deux réponses attendues) :

- J'essaye de faire en sorte que le patient soit engagé
- Je ne cherche pas l'engagement du patient
- Le patient est toujours engagé
- Je suis engagé dans toutes les prises en charge
- Je suis engagé au même titre que le patient
- Je ne suis pas engagé(e)

9. La **participation** est « *l'action de participer à quelque chose, part prise à quelque chose* ».

Concernant la participation lors de la prise en charge (deux réponses attendues) :

- J'essaye de faire en sorte que le patient participe
- Je ne cherche pas la participation du patient
- Le patient participe toujours
- Je participe de la même façon à toutes les prises en charge
- Je participe au même titre que le patient
- Je ne participe pas

10. Des objectifs de prise en charge sont-ils mis en place dans votre profession (plusieurs réponses possibles) ?

Oui       Non       Ils sont articulés autour d'un projet commun à l'équipe et au patient

11. **Avez-vous informé** vos collègues sur les champs d'actions d'un ergothérapeute ?

- Oui       Non       Je pense qu'ils les connaissent       Ils ont déjà été formé

12. **Quand** est ce que les objectifs sont-ils mis en place ? (Plusieurs réponses possibles)

- Après un/des bilan(s), entretien inclus       Dès que possible  
 Tout au long du suivi       Il n'y en a pas

13. **Qui** choisit les objectifs ?

- Moi       Le patient       Moi et le patient

14. **Par qui sont rédigés** les objectifs ?

- Moi       Le patient       Moi et le patient

15. **Sur quoi sont basés** vos vos objectifs ?

- Sur les demandes du patient  
 Sur les besoins du patient  
 Sur les capacités du patient  
 Sur ce que je veux que le patient atteigne  
 Sur ce qui me paraît utile pour le patient  
 Sur la demande de la famille  
 Sur la demande du médecin et de l'équipe  
 Autres : .....

16. **Où** figurent les objectifs de prise en charge ergothérapique ?

- Dans le dossier ergothérapique       Dans le dossier médical       Dans un document non formel

17. Utilisez-vous la **MHaVie** ?

- Oui       Non       Je ne sais pas ce que c'est

18. Utilisez-vous la **MCRO** ?

- Oui     Non car je ne suis pas formé(e) mais j'aimerais     Non     Je ne sais pas ce que c'est

19. Utilisez-vous un **modèle conceptuel** ? Si oui lequel ?

Oui       Non      Lequel : .....

20. Pensez-vous que le patient se sent acteur de ses soins lors de votre prise en charge ?

Oui       Non       Parfois

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire, en particulier pendant cette période difficile. Si vous avez des remarques, des commentaires ou des informations que vous jugeriez utiles de me transmettre et en lien avec mon mémoire, merci de les inscrire ci-dessous.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Annexe VII : questionnaire équipe interprofessionnelle

Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie, je m'intéresse à la place du patient au cœur de ses soins. Pour cela je m'interroge sur les rôles qu'ont les différents acteurs du soin par rapport à cette place et notamment aux moyens mis en place par les ergothérapeutes pour rendre le patient acteur de ses soins.

Afin de vérifier mon hypothèse, j'ai créé ce questionnaire dans le but d'interroger les ergothérapeutes sur la place et les moyens mis en œuvre pour rendre le patient acteur de ses soins, dans un service de traumatologie. Les réponses à ce questionnaire sont anonymes, je vous prie de répondre le plus sincèrement possible à toutes les questions. Lorsque ce n'est pas précisé, une seule réponse est attendue.

Bien que la situation soit difficile actuellement, je vous prie de répondre dans le cas d'une hospitalisation dite plus « classique » ou « habituelle » avant cette pandémie. Je vous remercie par avance pour votre participation.

Age : .....

Sexe : .....

Profession : .....

Année(s) d'expérience(s) : .....

Centre de rééducation : .....

1. Vous définissez l'ensemble de l'équipe soignante comme une équipe :

Pluriprofessionnelle

Interprofessionnelle

Transprofessionnelle

Donnez une définition brève : \_\_\_\_\_

2. Quelles sont les fréquences de vos réunions en équipe ?

1 à 2 fois par semaine

3 à 4 fois par semaine

5 fois et plus par semaine

3. Quels moyens utilisez-vous le plus pour échanger avec vos collègues ?

Par écrit (dossier ou logiciel de la structure)

Par oral (réunion, échange informelle, téléphone)

4. A quelle fréquence échangez-vous avec vos collègues (de façon formelle et/ou informelle) ?

Tous les jours

3 à 4 fois par semaine

1 à 2 fois par semaine

Jamais

5. Le patient assiste-t-il à des réunions d'équipe ? (Si oui ou parfois précisez dans quelle situation)

Oui

Parfois

Non

Situation : .....

6. Placez-vous le patient comme un membre à part entière de l'équipe interprofessionnelle ?

- Oui       Non

7. Pensez-vous travailler avec l'ensemble de l'équipe soignante pour rendre le patient acteur de ses soins ?

- Oui       Non       Parfois, précisez : .....

8. L'**engagement** est un « acte par lequel on s'engage à accomplir quelque chose ; promesse, convention ou contrat par lesquels on se fie ».

Concernant l'engagement lors d'une prise en charge (plusieurs réponses possibles) :

- J'essaye de faire en sorte que le patient soit engagé  
 Je ne cherche pas l'engagement du patient  
 Le patient est toujours engagé  
 Je suis engagé dans toutes les prises en charge  
 Je suis engagé au même titre que le patient  
 Je ne suis pas engagé(e)

9. La **participation** est « l'action de participer à quelque chose, part prise à quelque chose ».

Concernant la participation lors de la prise en charge (plusieurs réponses possibles) :

- J'essaye de faire en sorte que le patient participe  
 Je ne cherche pas la participation du patient  
 Le patient participe toujours  
 Je participe de la même façon à toutes les prises en charge  
 Je participe au même titre que le patient  
 Je ne participe pas

10. Des objectifs de prise en charge sont-ils mis en place dans votre profession ?

- Oui       Non       Articuler autour d'un projet commun à l'équipe et au patient

11. **Avez-vous été informé** sur les champs d'actions d'un ergothérapeute par le ou les ergothérapeutes de la structure ?

- Oui       Non

12. Savez-vous si les ergothérapeutes mettent en place des objectifs de prise en charge ?

- Oui, il y en a       Non, il n'y en a pas       Je ne sais pas

13. Savez-vous **quand** les objectifs sont-ils établis en ergothérapie ?

- Oui, dès que possible       Oui, après un bilan/entretien  
 Oui, tout au long du suivi       Je ne sais pas

14. Savez-vous par **qui** sont choisis les objectifs en ergothérapie ?

- Par l'ergothérapeute       Par le patient       Par l'ergothérapeute et le patient       Je ne sais pas

15. Savez-vous **par qui sont rédigés** les objectifs en ergothérapie ?

- Par l'ergothérapeute       Par le patient       Par l'ergothérapeute et le patient       Je ne sais pas

16. Selon vous, les ergothérapeutes utilisent une méthode pour que les objectifs soient :

- Adaptés à la demande du patient  
 Adaptés aux besoins du patient  
 Adaptés aux capacités du patient  
 Adaptés à la demande de la famille  
 Adaptés à la demande du médecin et de l'équipe  
 Je ne sais pas  
 Autre : .....

17. Savez-vous **où** trouver les objectifs ergothérapeutiques ?

- Dans le dossier ergothérapeutique       Dans le dossier médical       Je ne sais pas       Autre : .....

18. Pensez-vous que le patient se sent acteur de ses soins lors de la prise en charge ergothérapeutique ?

- Oui       Non       Parfois

19. Connaissez-vous la **MHaVie** ?

- Oui mais je ne l'utilise pas       Oui et je l'utilise       Non

20. Utilisez-vous un **modèle conceptuel** ? Si oui, lequel ?

Oui

Non

Lequel : .....

20. Pensez-vous que le patient se sent acteur de ses soins lors de votre prise en charge ?

Oui

Non

Parfois

Merci d’avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire, en particulier pendant cette période difficile. Si vous avez des remarques, des commentaires ou des informations que vous jugeriez utiles de me transmettre et en lien avec mon mémoire, merci de les inscrire ci-dessous.

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



**Résumé :** Un patient acteur de ses soins au sein d'une équipe interprofessionnelle

Depuis quelques années, les propos de patient hospitalisé sont davantage pris en considération. Dans les centres de rééducation notamment, on observe une évolution dans les méthodes de prise en charge où le patient doit donner son avis, son consentement et faire part de ses questionnements aux personnes qui interviennent auprès de lui. Et ces mêmes intervenants se basent de plus en plus sur l'expérience du patient et non sur leurs propres expériences professionnelles pour établir leur prise en charge. L'objectif est de comprendre de quelle manière l'ergothérapie place le patient en tant qu'acteur de ses propres soins au sein d'une équipe interprofessionnelle.

Pour cela, la création et la diffusion d'un questionnaire auquel 11 ergothérapeutes ont répondu, m'a permis de comprendre davantage les modalités de prise en charge ergothérapeutiques et les relations professionnels au sein d'une équipe interprofessionnelle. En effet, la connaissance de ces modalités est nécessaire pour une prise en charge efficiente proposée au patient. L'ergothérapie est une profession qui fonde sa pratique sur les demandes du patient. Grâce à cela, le patient s'engage et participe à sa propre rééducation, il est acteur de ses soins. De plus, par la communication entre les membres de l'équipe interprofessionnelle, la prise en charge se veut globale, efficiente, commune et partagée pour et avec tous, y compris avec le patient. Celui-ci doit faire partie intégrante de l'équipe interprofessionnelle pour améliorer la place d'acteur de ses soins.

**Mots-clés :** ergothérapie, patient acteur, engagement, participation, équipe interprofessionnelle

**Abstract :** A patient involved in his care within an interprofessional team

For some years, the words of hospitalized patients have been taken into consideration. In the rehabilitation centers in particular, there is an evolution in the methods of care in which the patient must give his opinion, his consent and share his questions with the professionals who work with him. These professionals are increasingly referring to the patient's experience rather than their own professional experiences to establish their care plan. The goal is to understand how occupational therapy places the patient as an actor in their own care within an interprofessional team.

In order to do this, the creation and diffusion of a questionnaire to which 11 occupational therapists answered, allowed me to understand more about the methods of occupational therapy management and professional relationships within an interprofessional team. Indeed, knowing these methods is necessary to provide care to the patient. Occupational therapy is a profession that bases its practice on the patient's demands. Thanks to this, the patient engaged and participates in his own rehabilitation, he becomes an actor in his care. Moreover, through communication between members of the interprofessional team, care is meant to be comprehensive, efficient, communal and shared for and with everyone, including with the patient. The latter must be an integral part of the interprofessional team in order to improve the place of actor of its care.

**Key-words :** occupational therapy, patient actor, engagement, participation, interprofessional team