

JUIN 2018

MEMOIRE D'INITIATION A LA RECHERCHE

EVALUATION EN SANTE MENTALE

Utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel
auprès de patients souffrant de schizophrénie



ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

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

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

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

Le mémoire peut être :

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

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

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

Je, soussignée, _____, étudiante en 3^{ème} 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 informée 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

Signature :

Note aux lecteurs

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

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier ma maîtresse de mémoire, Océane Folliet pour ses conseils et ses encouragements tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

J'adresse également mes remerciements à l'ensemble de l'équipe pédagogique pour leur accompagnement au cours de ces 3 années de formation.

Merci aux ergothérapeutes que j'ai pu rencontrer dans le cadre de ce mémoire et qui ont accepté de faire l'expérimentation et de répondre à mes questions.

Merci à mes amis qui m'ont aidé à avancer dans mes réflexions, soutenue dans les moments difficiles, et particulièrement Typhaine et Julie qui m'ont aidé à aller au bout de ce mémoire.

Enfin, je remercie tout particulièrement mon mari, mes enfants, mes parents et mes beaux-parents, qui m'ont toujours soutenue et sans qui ces 3 années de reprise d'études n'auraient pas été possibles.

*« Le désir de savoir n'a peut-être qu'un sens :
de servir de motif au désir d'interroger »*

Georges Bataille

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	6
I. METHODOLOGIE GENERALE	8
I.1. Situation d'appel	8
I.2. Pré-enquête	8
I.2.1. Questionnaire	9
I.2.2. Expérimentation	9
I.3. Problématique et hypothèse	10
II. ECLAIRAGE THEORIQUE.....	11
II.1. Schizophrénie	11
II.1.1. Enjeu de santé publique	11
II.1.2. Symptomatologie variable	12
II.1.3. Impact sur l'occupation	13
II.2. Accompagnement en ergothérapie	14
II.2.1. Le parcours patient	14
II.2.2. Interprofessionnalité	15
II.2.3. Rôle de l'ergothérapeute.....	16
II.2.4. Démarche évaluative en santé mentale.....	17
II.3. La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel.....	18
II.3.1. Un outil d'évaluation ergothérapique	18
II.3.2. Echanges inter professionnels.....	20
II.3.3. Limites de la MCRO.....	21
II.3.4. Pictogrammes de l'ELADEB	22
III. ECLAIRAGE PRATIQUE	23
III.1. Méthodologie	23
III.1.1. Objectifs	23
III.1.2. Population.....	23
III.1.3. Outils d'investigation	24
III.2. Résultats et Analyse	27
III.2.1. Profils des ergothérapeutes.....	27
III.2.2. Utilisation habituelle de la MCRO	28
III.2.3. Intérêts et limites de la MCRO.....	30
III.2.4. Comparaison MCRO et ELADEB	31
III.2.5. Utilisation de la MCRO avec les cartes de l'ELADEB	32
III.3. Discussion	35
III.3.1. Validation de l'hypothèse.....	35
III.3.2. Autres éléments de réponses à la problématique.....	36
III.3.3. Intérêt de l'évaluation pour le positionnement de l'ergothérapeute.....	37
III.3.4. Facteurs influençant le choix de l'outil d'évaluation	38
IV. INTERETS ET LIMITES DE L'ETUDE.....	39
CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE	43
ANNEXES	46

INTRODUCTION

La stratégie nationale de santé 2018-2022 mentionne que l'organisation de notre système de santé continue d'évoluer et qu'il devra être fondé sur la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape des parcours de santé, mettre au premier plan l'intérêt du patient et contribuer à renforcer l'efficacité du système de santé (Ministère des solidarités et de la santé, 2017).

Par ailleurs, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en 2015 une « mise au point » concernant la démarche centrée sur le patient, qui s'appuie sur une relation de partenariat entre le patient, ses proches, et le(s) professionnel(s) de santé pour aboutir à la construction ensemble d'un projet, d'une option de soins (HAS, 2015).

En ce sens, B.Koch, ergothérapeute exerçant en santé mentale, soutient que se sensibiliser à une démarche évaluative devient incontournable aujourd'hui puisque cette approche répond à la fois à des critères d'efficacité, à des valeurs professionnelles mais prend surtout une place dans l'alliance thérapeutique (Koch, 2016). Différents outils existent pour soutenir cette démarche. Ainsi, en Suisse, un outil d'évaluation a été spécialement élaboré pour la psychiatrie, avec des pictogrammes représentant les différents domaines de vie, il s'agit de l'Echelle Lausannoise d'Autoévaluation des Difficultés Et des Besoins (ELADEB).

Egalement, depuis quelques années les ergothérapeutes français commencent à utiliser un modèle conceptuel canadien : le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO). Ce dernier a été élaboré par les ergothérapeutes canadiens mettant en évidence les liens qui existent entre la personne, son environnement, ses activités, et le sens qu'elle donne à sa vie et sa santé. L'outil d'évaluation qui en découle privilégie une approche centrée sur la personne : la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO). Il s'agit d'un entretien semi structuré mené par l'ergothérapeute, au cours duquel le patient identifie ses difficultés et besoins d'aide. La MCRO est utilisée dans différents domaines d'intervention comme la neurologie, la gériatrie, la pédiatrie.

Cependant elle est peu utilisée par les ergothérapeutes français exerçant en santé mentale. De là ont découlés plusieurs questionnements : Pourquoi la MCRO est-elle peu utilisée en santé mentale ? Pourrait elle être plus utilisée ? Qu'en est-il de l'ELADEB ?

Des recherches bibliographiques et une pré-enquête sur le terrain m'ont permis de définir la problématique ci-dessous :

En quoi l'utilisation des pictogrammes de l'ELADEB, comme support d'entretien, peut être utile à l'ergothérapeute lors de la passation de la MCRO auprès de patients souffrant de schizophrénie ?

Afin de tenter de répondre à cette problématique, je développerai dans un premier temps la démarche méthodologique et les résultats de la pré-enquête m'ayant permis de préciser problématique et hypothèse.

Je définirai ensuite le cadre de référence et les notions abordées nécessaire à la compréhension de l'étude.

Enfin, après avoir détaillé la méthodologie d'enquête, je présenterai l'analyse des résultats obtenus et les discuterai, avant de faire un point sur les intérêts et limites de ce travail de recherche.

I. METHODOLOGIE GENERALE

I.1. Situation d'appel

Au cours des 3 années de formation, nous avons eu plusieurs cours sur les outils d'évaluation en ergothérapie : les modèles conceptuels, l'ergothérapie en psychiatrie, et les évaluations en santé mentale. Concernant ce dernier sujet, les discussions avec les différents intervenants, les formateurs, mais aussi les ergothérapeutes extérieurs, m'ont permis d'observer que leurs positionnements pouvaient être très différents : totalement contre pour certains, parfaitement convaincus pour d'autres.

Ayant toujours été intéressée par la psychiatrie et commençant à m'interroger sur ce sujet, deux outils d'évaluation présentés lors de la formation ont particulièrement retenu mon attention, notamment pour leur approche centrée sur la personne : l'ELADEB et la MCRO (détaillés ultérieurement).

Ayant le souhait d'utiliser un vocabulaire et des méthodes les plus communes possibles à tous les ergothérapeutes, je me suis plus particulièrement intéressée à la MCRO et à son modèle conceptuel le MCREO. Cet outil venant du Canada où il est utilisé comme base de pratique, y compris en santé mentale, est de plus en plus utilisé par les ergothérapeutes français, et ce dans différents domaines d'intervention. De là ont découlé certaines interrogations : Peut-on utiliser la MCRO en santé mentale ? l'ELADEB est-il utilisé en France ? Les ergothérapeutes connaissent-ils ces outils ? les utilisent-ils ? quelles peuvent être les limites ? Utiliser un support d'entretien pourrait-il aider à faire passer la MCRO aux patients ? En effet, lors d'une intervention sur l'utilisation de la MCRO en pédiatrie, celle-ci était utilisée avec des photos comme support d'entretien.

I.2. Pré-enquête

Suite aux questionnements ci-dessus, et souhaitant préciser mon sujet, j'ai décidé de réaliser une pré-enquête en 2 temps : un questionnaire et une expérimentation.

I.2.1. Questionnaire

L'objectif du questionnaire (Annexe 1) était de savoir si des ergothérapeutes, travaillant en psychiatrie, utilisaient la MCRO et/ou l'ELADEB. Pour des raisons pratiques, je n'ai diffusé ce questionnaire que sur les réseaux sociaux. Les résultats ne sont pas représentatifs de l'ensemble des ergothérapeutes travaillant en santé mentale, mais suffisants pour me permettre de valider la pertinence de mon sujet.

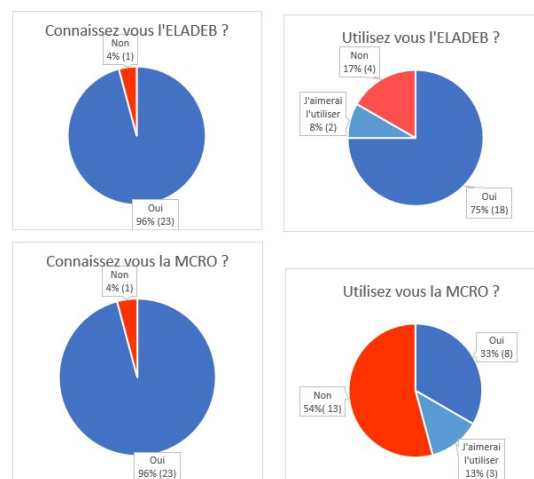


Figure 1. Résultats de la pré-enquête

J'ai obtenu 24 réponses, quasiment tous les ergothérapeutes ayant participé à la pré-enquête connaissent les 2 outils, et une grande majorité d'entre eux (18) utilise l'ELADEB (cf figure 1). Le nombre d'ergothérapeutes utilisant la MCRO est plus faible (8). Plusieurs ergothérapeutes (voir annexe 2) ont précisé qu'ils n'utilisaient pas la MCRO car cet outil était « compliqué à utiliser », et que les patients avaient « des difficultés à élaborer des demandes spontanées ».

I.2.2. Expérimentation

Afin de me rendre compte des difficultés liées à la passation de la MCRO, j'ai demandé à l'expérimenter sur mon lieu de stage. L'ergothérapeute de l'hôpital de jour ne connaissait pas cet outil, mais souhaitait faire le point sur la prise en soins de certains patients suivis depuis longtemps. La MCRO étant un outil flexible, elle a accepté que nous l'utilisions pour 5 patients souffrant de schizophrénie (annexe 3).

Cette expérimentation nous a permis d'identifier plusieurs éléments :

- La méthode d'entretien individuelle est appréciée par les patients
- Il est compliqué pour les patients d'identifier leurs difficultés ou besoins d'aide
- Explorer les domaines d'occupations prend beaucoup de temps
- Il est compliqué pour le patient et pour nous de réaliser la partie des cotations

I.3. Problématique et hypothèse

Les éléments obtenus lors de ma pré-enquête, associées aux recherches théoriques réalisées en parallèle et présentées ci-après, m'ont permis :

- de préciser ma problématique :

En quoi l'utilisation des pictogrammes de l'ELADEB, comme support d'entretien, peut être utile à l'ergothérapeute lors de la passation de la MCRO auprès de patients souffrant de schizophrénie ?

- et de proposer une hypothèse pour y répondre :

L'utilisation des pictogrammes de l'ELADEB, comme support d'entretien, va permettre de simplifier la passation de la MCRO en facilitant l'identification des difficultés par les patients souffrant de schizophrénie.

Le cadre de référence m'ayant permis d'arriver à cette hypothèse sera présenté dans la partie suivante.

II. ECLAIRAGE THEORIQUE

Le modèle conceptuel utilisé tout au long de ce mémoire est le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) (Annexe 4). Ce modèle met l'accent sur une approche centrée sur la personne, et la notion de rendement occupationnel. Ce dernier se définit à la fois par la capacité d'une personne à réaliser certaines occupations et le sentiment de satisfaction à l'égard de son rendement (Townsend & Polatajko, 2013).

Le MCREO illustre que le rendement occupationnel est le résultat des interactions entre trois sphères : la personne, l'environnement et l'occupation. C'est au niveau de l'occupation que nous intervenons, nous ergothérapeutes. L'occupation étant l'objet d'intérêt primordial de notre pratique, est ainsi définie :

L'occupation est un ensemble d'activités et de tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification. L'occupation comprend tout ce que fait une personne pour s'occuper d'elle-même (soins personnels), prendre plaisir à la vie (loisirs) et contribuer à l'édification sociale et économique de la communauté (productivité) (Townsend & Polatajko, 2013, p444).

Cet éclairage théorique sera présenté en lien avec ces trois sphères :

- Sphère de la personne : La Schizophrénie
- Sphère de l'environnement : L'accompagnement des personnes souffrant de schizophrénie
- Sphère de l'occupation : La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel, outil d'évaluation conçu en fonction de ce modèle.

II.1. Schizophrénie

II.1.1. Enjeu de santé publique

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère que cinq des dix pathologies les plus préoccupantes du 21^e siècle concernent la psychiatrie : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression, troubles obsessionnels compulsifs (OMS, 2013). Toujours selon l'OMS, environ 1% de la population mondiale serait concernée par les troubles schizophréniques. En France, le nombre de personnes concernées

est estimé entre 300 000 et 400 000. Les répercussions économiques sont considérables : les dépenses de santé de cette population représentent entre 1,5 et 2,5% des coûts globaux de santé (Hardy Baylé, 2015).

Les répercussions humaines sont également importantes puisque le taux de suicide et la santé générale des patients souffrant de schizophrénie restent des problèmes majeurs de santé publique (CNUP, AESP, CUNEA, 2016). En effet, environ la moitié des patients souffrant de schizophrénie fait au moins une tentative de suicide dans sa vie et 10% en meurent (INSERM, 2014).

Ceci est aggravé par le fait qu'en matière d'accès aux soins, le taux d'absence de traitement est de 18% dans les pays développés (OMS, 2013). Or, les patients souffrant de schizophrénie ont un taux de rechute très élevé (de l'ordre de 90 % dans les deux ans) en l'absence de traitement (Hardy Baylé, 2015).

Par conséquent, être en mesure d'élaborer des prises en soins adaptées et personnalisées tout au long du parcours de soins devient un enjeu majeur pour notre société (Riou, et al., 2016).

II.1.2. Symptomatologie variable

En psychiatrie, le terme de schizophrénie est défini comme « *un groupe de psychoses ayant un noyau sémiologique commun, la dissociation : celle-ci marque la dislocation de la vie psychique dans les différents secteurs de l'intelligence, de la pensée, de l'affectivité, du dynamisme vital, de la vie relationnelle, de l'appréhension du réel* » (Lemperiere, Féline, Adès, Hardy, & Rouillon, 2006, p330). En d'autres termes : il s'agit d'une psychose (le malade n'est pas conscient de ses troubles) caractérisée par une discordance, c'est-à-dire une division de la personnalité, et une perte du contact avec le réel.

Les symptômes de la schizophrénie varient d'un patient à l'autre et évoluent souvent au cours de la maladie. La schizophrénie se caractérise par trois grands syndromes : le syndrome positif, le syndrome de désorganisation et le syndrome négatif, auxquels s'ajoutent des altérations cognitives (CNUP, AESP, CUNEA, 2016). Les symptômes positifs se caractérisent notamment par des idées délirantes, des hallucinations sensorielles, des troubles psychomoteurs. Les symptômes négatifs

correspondent à un appauvrissement affectif et émotionnel, un apragmatisme, anhédonie et déficit (Lemperiere, Féline, Adès, Hardy, & Rouillon, 2006).

La présence de symptômes positifs facilite le diagnostic de la maladie. A l'inverse, des symptômes négatifs peuvent être associés à une dépression, retardant parfois le diagnostic de plusieurs années (INSERM, 2014).

Il existe par ailleurs une désorganisation de la pensée, des paroles, des émotions et des comportements (discours incohérent, sentiments contradictoires...). A ces symptômes s'ajoutent très souvent une baisse de l'attention, de la concentration, de la mémoire. Cela se traduit notamment par une incapacité à planifier des tâches simples, comme faire son travail ou faire des courses, source d'un handicap majeur dans la vie quotidienne (INSERM, 2014).

La prise en charge de la schizophrénie repose sur un parcours de soins adapté, un traitement pharmacologique des symptômes et des comorbidités et un traitement non pharmacologique (notamment la réhabilitation psycho-sociale) (CNUP, AESP, CUNEA, 2016). Environ 1/3 des patients sont en rémission durable ; 1/3 ont un handicap léger, des symptômes contrôlés, mais avec risque de rechute ; et enfin 1/3 de patients sont peu répondeurs aux traitements et en situation de handicap sévère (Hardy Baylé, 2015).

II.1.3. Impact sur l'occupation

Cette maladie est actuellement classée par l'OMS parmi les dix maladies qui entraînent le plus d'invalidité en particulier chez les sujets jeunes (CNUP, AESP, CUNEA, 2016).

Concernant les troubles cognitifs, des études sur l'évaluation des performances de personnes souffrant de schizophrénie dans des activités de vie quotidienne (faire les courses, préparer un repas) montrent que ce devenir est davantage lié à la sévérité des déficits cognitifs qu'aux principaux symptômes cliniques de la schizophrénie. En effet, il y a des corrélations significatives entre les difficultés des personnes (omissions, répétitions, erreurs de séquence dans les actions) et des déficits cognitifs particuliers (exécutifs, mnésiques, attentionnels) (Levaux & Danion, 2011).

Par ailleurs, les difficultés d'interactions sociales, les troubles du comportement, le défaut de communication, liés à la maladie ont également des conséquences sur la vie quotidienne des patients et la réalisation d'activités (Koch, 2016).

Aujourd'hui, les troubles cognitifs et les troubles du fonctionnement social sont davantage pris en compte par les soignants et les stratégies de soins sont de plus en plus centrées sur la personne et son devenir. Dans ce cadre, la rémission fonctionnelle est l'une des visées essentielles du traitement, et le concept de rétablissement vient le souligner (Hardy Baylé, 2015).

Hélène Provencher présente le rétablissement comme un processus par lequel l'individu apprend à vivre une existence satisfaisante et ouverte sur l'avenir, malgré les limitations imposées par la maladie (Provencher, 2002). Ainsi, « *envisager le rétablissement comme un possible modifie en profondeur la démarche de soins qui devient plutôt une démarche d'accompagnement de l'individu en vue de son retour vers la cité* » (Riou, et al., 2016, p12). En ce sens, l'ergothérapie, en cherchant à maintenir la capacité d'agir du patient par la mise en situation d'activités, participe au processus de rétablissement (Riou G. , 2015).

II.2. Accompagnement en ergothérapie

II.2.1. Le parcours patient

La Haute Autorité de Santé estime qu'une réponse simultanée doit être apportée à la réduction de la maladie et de ses manifestations, à la diminution du handicap psychique et à l'insertion sociale de la personne (logement, travail ou activité, participation à la vie de la cité) (HAS, 2013).

Des travaux autour de ces trois grands thèmes ont été envisagés ces dernières années en ce qui concerne les parcours des personnes en situation de handicap psychique, avec comme objectifs d'adapter la prise en charge aux besoins, de promouvoir la coopération entre acteurs et de poser les conditions de la continuité des soins (HAS, 2013).

En effet, les patients atteints de schizophrénie sont pris en soins dans différents types de structures, avec des modalités de suivi différentes. « *La répartition des patients entre les différents modes de suivi est de 49 % pour les prises en charge*

strictement ambulatoire, 16 % pour les hospitalisations à temps plein, 3 % pour les hospitalisations à temps partiel et 32 % pour les prises en charge mixtes hospitalières et ambulatoires » (Hardy Baylé, 2015, p30).

Quelle que soit la structure de soins : intra hospitalier, Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), Hôpital De Jour (HDJ)...; les patients en situation de handicap psychique sont accompagnés par une équipe pluriprofessionnelle. Cela implique un mode d'accompagnement de l'ordre d'un partenariat, afin de valoriser la responsabilisation jusque dans les soins (Hardy Baylé, 2015).

II.2.2. Interprofessionnalité

Selon R Mucchielli le travail en équipe concerne des professionnels de catégories différentes, obligés pour réaliser l'objectif, de se compléter, de s'articuler, de dépendre les uns des autres (Mucchielli, 2002).

Par ailleurs, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé mentionne que « *deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent (...) échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible* » (Legifrance, 2018).

Ainsi, les équipes de soins pluriprofessionnelles des établissements en santé mentale sont amenées à travailler de plus en plus en interprofessionnalité.

En effet le concept d'interprofessionnalité (cf figure 2) nous place « *non plus dans une logique explicative, analytique mais dans une perspective de compréhension* », il est nécessaire d'avoir « *des regards multiples, des langages distincts mais non opposés, des discours pensés, construits* » (Guihard, 1999, p4).

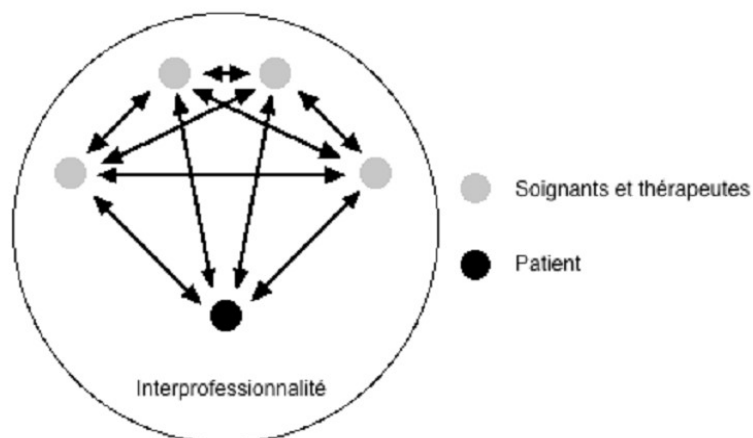


Figure 2 : Interprofessionnalité selon JP Guihard, 1999

L'interprofessionnalité implique des coordinations, des articulations entre les professionnels pour pouvoir fonctionner. L'ergothérapeute, en tant que membre de l'équipe, étant souvent à l'interface de plusieurs professions, participe pleinement à ce travail interprofessionnel.

II.2.3. Rôle de l'ergothérapeute

En santé mentale, le rôle de l'ergothérapeute varie fortement en fonction des patients, de leur symptomatologie, de leur culture et de leur demande, mais aussi du contexte institutionnel (Klein, 2016).

Selon Florence Klein, même si les « missions » de l'ergothérapeute sont très diverses, certaines se retrouvent régulièrement, et parmi elles : « *permettre au patient la restauration d'un réseau relationnel et la rupture avec l'isolement, lui donner un sentiment d'appartenance au groupe et d'y être un élément vivant, l'aider à maîtriser ou à s'accommoder de son angoisse, l'inciter à reprendre confiance en ses propres capacités...* » (Klein, 2016, p41).

Pour Marie-Christine Hardy Baylé, il faut chercher à restaurer une posture active de la personne pour lui permettre de se réengager dans une vie active et sociale, grâce à un accompagnement favorisant l'*empowerment* (la restauration du pouvoir de décider et d'agir) et l'autonomisation des personnes (Hardy Baylé, 2015).

Dans le livre blanc en santé mentale, les ergothérapeutes reprennent cette idée en ayant pour objectif de « *faire valoir l'individu dans sa capacité à agir, à s'exprimer et à être citoyen parmi ses pairs. Cela passe par un accompagnement personnalisé*

pour que chaque personne soit en capacité de gérer ses besoins et son projet de vie de manière autonome » (Riou, et al., 2016, p16).

Ainsi, le rôle de l'ergothérapeute s'inscrit dans les stratégies politiques actuelles qui préconisent de « *promouvoir le bien-être mental en agissant sur les déterminants individuels (compétences psychosociales), sociaux et environnementaux de la vulnérabilité sociale et psychique (environnement de vie, notamment la présence de la nature, comportements addictifs, violences, isolement...)* » (Ministère des solidarités et de la santé, 2017, p49).

Par ailleurs, les activités de l'ergothérapeute, telles que définies dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, sont notamment d' « *évaluer les déficiences, les capacités et les performances motrices, sensitives, sensorielles, cognitives, mentales, psychiques de la personne* » et d' « *analyser les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les situations de handicap et poser un diagnostic ergothérapeutique* » (Observatoire National des Emplois et des Métiers , 2008, p2).

C'est pourquoi la démarche évaluative en santé mentale a toute sa place, même si elle n'est pas envisagée de la même façon qu'en fonctionnel.

II.2.4. Démarche évaluative en santé mentale

La démarche évaluative en santé mentale a plusieurs intérêts. Tout d'abord les notions de « parcours patient » et d' « interprofessionnalité » impliquent une réelle politique de coordination entre professionnels de santé. Il leur est demandé de personnaliser au mieux l'évaluation des besoins, ainsi que l'accompagnement des patients (Hardy Baylé, 2015). L'objectif est de personnaliser le parcours de soins afin de responsabiliser les patients et de les rendre acteur de leur prise en soins (Chesworth, Duffy, Hodnett, & Knight, 2002).

Par ailleurs, les prescripteurs demandent une rigueur dans les observations des ergothérapeutes et un retour efficient de leur travail (Koch, 2016).

En effet réaliser des évaluations, établir un diagnostic ergothérapeutique et référencer la source de ces outils font aujourd'hui partie des compétences

enseignées lors de la formation initiale d'ergothérapeute (Ministère chargé de la santé, 2014). En conséquence, les interventions des ergothérapeutes peuvent évoluer, être discutées, et leurs enjeux thérapeutiques mieux considérés (Koch, 2016).

Selon Béatrice Koch, le fait d'allier évaluation et séances thérapeutiques permet d'améliorer l'offre de soins et de participer à une meilleure qualité de vie des patients, par un étayage de leur singularité et de leur possible autonomie (Koch, 2016).

Pour Gaëlle Riou, l'évaluation précoce des retentissements fonctionnels de la schizophrénie est un enjeu majeur pour optimiser les chances d'insertion des patients à long terme. Cela peut permettre d'amorcer chez le patient une prise de conscience de ses capacités et de ses limites tout en apportant aux équipes un premier outil d'évaluation et un moyen d'intervention personnalisé (Riou, 2015).

Aujourd'hui il existe de nombreux outils d'évaluation, spécifiques ou non à la santé mentale. Les plus courants en réadaptation, comme dans d'autres domaines, sont « les mesures instrumentées ; l'observation ; les questionnaires autoadministrés et les entrevues » (Corbière, 2011).

Ces outils sont à considérer comme un moyen et non comme une fin en soi (Corbière, 2011) et comme un support d'étayage dans la relation au patient (Koch, 2016). C'est pourquoi il est nécessaire de se questionner et de suivre une procédure rigoureuse, non seulement pour sélectionner l'outil, mais aussi pour faire un bon usage des résultats (Paquette & Briand, 2011).

En effet, B. Koch précise qu'utiliser un outil d'évaluation peut donner du corps à l'intervention en ergothérapie qui doit être adaptée à chaque patient, en fonction du contexte, de son projet de vie et de son histoire avec la maladie (Koch, 2016).

II.3. La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

II.3.1. Un outil d'évaluation ergothérapique

La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel est une mesure individualisée conçue par et pour les ergothérapeutes. Elle permet d'identifier les difficultés des patients concernant le rendement occupationnel. Elle est fondée sur le modèle

ergothérapique MCREO (Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel). Modèle dans lequel « *l'occupation est l'objet d'intérêt primordial et le moyen thérapeutique de l'ergothérapie ; une série d'activités effectuées avec une certaine consistance et régularité ; l'occupation structure l'existence, et les individus ; et la culture lui attribue une valeur et une signification* » (Townsend & Polatajko, 2013, p444).

Il s'agit d'une approche centrée sur le patient, où le rendement occupationnel est déterminé selon son appréciation personnelle et non à partir d'une observation objective (Law, et al., 2014). Le rendement occupationnel étant considéré comme la « *capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations significatives qui lui procurent de la satisfaction* » (Townsend & Polatajko, 2013, p446). La sphère de l'occupation est organisée en 3 dimensions : les soins personnels, les loisirs et la productivité, reprises dans la MCRO sous forme d'un entretien.

Ce sont les patients qui identifient les domaines dans lesquels ils ont besoin d'aide, et qui évaluent eux-mêmes leur niveau de performance et de satisfaction (rendement occupationnel) au cours d'un entretien semi directif flexible, mené par l'ergothérapeute. Il s'agit d'un travail commun entre le patient et l'ergothérapeute pour définir des objectifs réalisables en fonction des attentes du patient.

Plusieurs études ont déjà été réalisées sur la MCRO et ont permis de montrer notamment que la MCRO est un outil facile à intégrer dans la pratique de l'ergothérapeute, quel que soit le domaine d'activité (Chesworth, Duffy, Hodnett, & Knight, 2002). L'utilisation de la MCRO en santé mentale a fait l'objet de quelques études à l'étranger.

Une étude réalisée en Grande Bretagne en 2002 a permis d'établir l'utilité de la MCRO pour mesurer les changements dans le niveau de performance et de satisfaction auprès de patients souffrant de problèmes psychiques. Cet outil est adapté pour une évaluation initiale. Il entre dans les pratiques actuelles, en cherchant à personnaliser le parcours de soins, à responsabiliser les patients, à les rendre acteur en s'auto-évaluant (Chesworth, Duffy, Hodnett, & Knight, 2002).

Une autre étude, réalisée à Taiwan en 2003, auprès de patients souffrant de schizophrénie montre que la MCRO a permis d'identifier des informations concernant notamment le rendement occupationnel, qui n'avaient pas été identifiées auparavant ; informations pertinentes utilisables pour le plan d'intervention.

Cependant seule la moitié des ergothérapeutes ayant participé à l'étude fut convaincue par cette approche centrée sur la personne, les autres la trouvant trop éloignée de leur culture (Pan, Chung, & Hsin-Hwei, 2003).

Aujourd'hui en France, il y a peu ou pas de publications concernant l'utilisation de la MCRO en santé mentale. Elle est surtout utilisée en rééducation fonctionnelle, en gériatrie, et en libéral. Cependant, elle commence aussi à intéresser les ergothérapeutes travaillant en santé mentale.

II.3.2. Echanges inter professionnels

L'utilisation d'outils d'évaluation permet de structurer notre pratique et d'organiser les informations recueillies concernant le patient. Avoir toujours la même démarche auprès du patient et en discuter avec l'équipe pluridisciplinaire participe à la reconnaissance de notre métier au sein de celle-ci. En effet, la première étude précédemment citée a eu comme bénéfice secondaire de faire mieux connaître le rôle de l'ergothérapeute, car les résultats de la MCRO étaient systématiquement discutés en équipe. Cela a également permis de souligner l'importance de l'occupation, et de faire connaître les modes d'intervention utilisés par l'ergothérapeute. Suite à cette étude l'ergothérapeute a modifié sa pratique professionnelle. En effet l'utilisation de la MCRO de façon régulière lui a permis d'échanger plus facilement avec l'équipe pluridisciplinaire et d'asseoir le rôle de l'ergothérapeute au sein de celle-ci (Chesworth, Duffy, Hodnett, & Knight, 2002).

Marc Corbière aborde la même idée : il mentionne que l'utilisation d'outils d'évaluation permet non seulement de comparer les résultats d'un patient à l'autre si besoin, mais aussi d'échanger avec les collègues sur les résultats des patients (Corbière, 2011).

Enfin dans l'étude menée à Taiwan, une question est soulevée concernant certains problèmes qui ne sont pas du ressort de l'ergothérapeute. Dans ce cas les échanges interprofessionnels prennent toute leur importance, et l'ergothérapeute doit pouvoir informer le patient de ses limites et le rediriger vers d'autres professionnels, avec lesquels il est en contact (Pan, Chung, & Hsin-Hwei, 2003).

II.3.3. Limites de la MCRO

La MCRO est une évaluation sous forme d'entretien semi dirigé. Comme tout entretien, il est parfois difficile à réaliser, même avec des directives, et la durée de l'évaluation peut être longue (Corbière, 2011). En effet, la MCRO étant un instrument standardisé, il est important que les ergothérapeutes suivent les instructions précises et utilisent les méthodes recommandées pour réaliser l'entretien et les cotations (Law, et al., 2014).

Par ailleurs, la MCRO étant ancrée dans une approche centrée sur la personne, les ergothérapeutes non familiarisés avec cette approche peuvent se sentir moins à l'aise avec cet outil, notamment si le patient signale des difficultés qui ne sont pas en accord avec la vision du thérapeute (Law, et al., 2014).

D'autre part, toutes les difficultés identifiées lors de la passation de la MCRO ne dépendent pas forcément de l'action de l'ergothérapeute, dans ce cas il convient d'expliquer la limite au patient et de le rediriger vers les professionnels appropriés (Pan, Chung, & Hsin-Hwei, 2003).

Ensuite, l'idée d'évaluer une difficulté sur une échelle de grandeur numérique peut être difficile à comprendre pour certains patients. Les cotations sont sources de questions aussi de la part des thérapeutes (Law, et al., 2014). Certains ergothérapeutes ont réalisé des modifications pour clarifier les termes utilisés, et notamment concernant les cotations, en remplaçant l'échelle numérique par des visages (Fisher, 2005).

Enfin un des questionnements abordés par les ergothérapeutes concerne la passation avec des personnes ayant des troubles cognitifs ou verbaux (Law, et al., 2014). Dans une étude réalisée en Grande-Bretagne, certains ergothérapeutes disent ne pas utiliser la MCRO avec tous les patients, notamment en raison des déficiences cognitives, d'un retard de développement, d'une démence... Raisons identiques à celles d'études antérieures selon l'auteur de l'article (Fisher, 2005).

Ainsi il paraît envisageable de modifier la passation de la MCRO en utilisant des pictogrammes comme support d'entretien. Or l'outil ELADEB mentionné en introduction contient un support visuel.

II.3.4. Pictogrammes de l'ELADEB

L'ELADEB (ou Echelle Lausannoise d'Autoévaluation des Difficultés Et des Besoins) est un instrument créé par l'équipe de réhabilitation psychosociale de V. Pomini en Suisse.

Il permet de « *prendre connaissance de la personne, de manière globale, à travers l'expression de ses occupations* » (Koch, 2016, p115).

Il cherche à identifier les difficultés et besoins des patients dans 20 domaines de vie, classés en 4 secteurs problématiques : Conditions de vie, pragmatique du quotidien, vie relationnelle et réseau social, et sphère de la santé. Ces quatre catégories ont des points communs avec les 3 dimensions définies par le modèle MCREO : personne, environnement, occupation.

L'évaluation ELADEB utilise des cartes figuratives représentant les domaines de vie à l'aide de pictogrammes (Pomini, Golay, & Reymond, 2008/10).

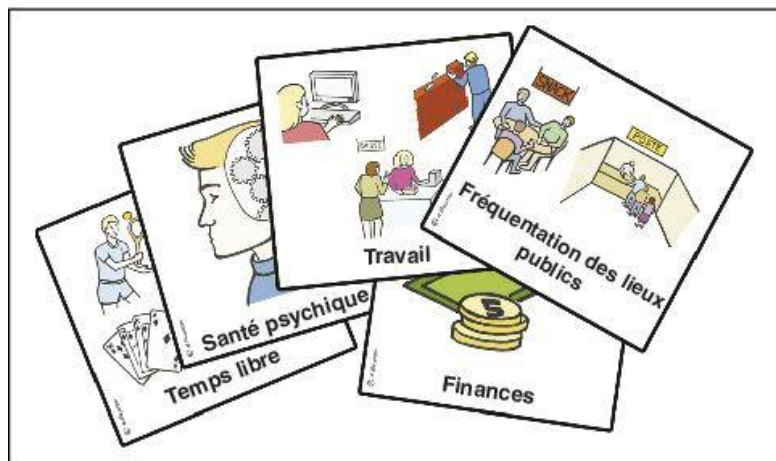


Figure 3 : Cartes de l'outil Eladeb

Le patient effectue un tri dichotomique des cartes en plusieurs étapes successives, permettant d'évaluer quantitativement les difficultés, les besoins et le degré d'importance de ceux-ci. Ensuite une phase d'entretien permet d'approfondir les choses avec une approche plus qualitative. Le tri de cartes est plus facile à réaliser pour les patients, notamment ceux ayant des troubles cognitifs et verbaux, et apparaît comme une activité plus ludique que les évaluations habituelles (Pomini, Golay, & Reymond, 2008/10).

III. ECLAIRAGE PRATIQUE

Pour tenter de répondre à ma problématique :

« En quoi l'utilisation des pictogrammes de l'ELADEB comme support d'entretien peut être utile à l'ergothérapeute lors de la passation de la MCRO auprès de patients souffrant de schizophrénie ? » ;

J'ai réalisé une enquête pour me permettre de valider, ou non, mon hypothèse :

« L'utilisation des pictogrammes de l'ELADEB comme support d'entretien va permettre de simplifier la passation de la MCRO en facilitant l'identification des difficultés par les patients souffrant de schizophrénie. »

III.1. Méthodologie

III.1.1. Objectifs

L'objectif de cette enquête est de déterminer si l'utilisation des pictogrammes de l'ELADEB comme support d'entretien permet de simplifier la passation de la MCRO auprès de patients souffrant de schizophrénie.

Pour cela, il est intéressant de poser les sous objectifs suivants :

- Recueillir des informations concernant l'utilisation de la MCRO par les ergothérapeutes en santé mentale.
- Connaître le ressenti des ergothérapeutes vis-à-vis de la MCRO utilisée avec les pictogrammes
- Déterminer si cela aide les patients à identifier et à verbaliser leurs difficultés.

III.1.2. Population

Pour réaliser ma phase d'enquête, et apporter une réponse à ma question de recherche, j'ai choisi de m'intéresser à deux populations :

- **Les personnes atteintes de schizophrénie**

C'est la population cible de mon étude, auprès de laquelle la MCRO a été expérimentée.

Facteurs d'inclusion : toute personne adulte ayant été diagnostiquée schizophrène ou ayant des troubles schizophréniques (quel que soit le type de schizophrénie) et étant suivie en ergothérapie en milieu intra ou extrahospitalier (intra hospitalier, HDJ, CATTP).

Facteurs d'exclusion : les personnes présentant des troubles attentionnels ou comportementaux ne leur permettant pas de rester concentré pendant la durée de l'entretien, les patients ne parlant pas suffisamment bien français pour comprendre une conversation.

Constitution de l'échantillon : l'échantillon a été constitué de manière indirecte puisque ce sont les ergothérapeutes volontaires pour faire passer la MCRO avec les cartes de l'ELADEB qui ont choisi les personnes à interroger parmi leurs patients.

Il a été demandé à chaque ergothérapeute d'utiliser la MCRO avec pictogrammes avec 2 patients, au cours des mois de mars et avril.

- **Les ergothérapeutes intervenant auprès de patients atteints de schizophrénie**

Après qu'ils aient réalisé l'expérimentation auprès de leurs patients, j'ai interrogé les ergothérapeutes lors d'un entretien.

Facteurs d'inclusion : ergothérapeutes travaillant en structure intra ou extra hospitalière spécialisée en santé mentale, utilisant ou ayant déjà utilisé la MCRO avec des patients atteints de troubles psychiatriques.

Facteurs d'exclusion : Les ergothérapeutes n'ayant pas l'outil ELADEB disponible dans leur structure.

Constitution de l'échantillon : 4 ergothérapeutes, parmi les 9 contactés par mail, m'ont répondu positivement concernant la possibilité de tester mon outil (MCRO + ELADEB) sur la période de mars avril.

III.1.3. Outils d'investigation

- **Expérimentation de la MCRO en utilisant les pictogrammes (cartes) de l'ELADEB**

Ma problématique portant sur l'utilisation de cet outil, il est donc l'outil principal de mon travail de recherche. Je vais décrire l'outil d'évaluation MCRO tel qu'il existe

aujourd'hui et ensuite ajouter les informations concernant les cartes de l'ELADEB que je souhaite y intégrer.

Modalités de passation : 3 documents ont été envoyés aux ergothérapeutes fin février afin d'expliquer les modalités de passation : le « guide de passation détaillé » et un « guide de passation simplifié » (Annexe 5 et 6). Ces guides présentent rapidement l'ELADEB et la façon d'intégrer le tri de cartes au sein de la MCRO. J'ai également envoyé les thèmes et questions que je souhaitais ensuite aborder en entretien (Annexe 7), afin que l'ergothérapeute y prête attention dès le début de son expérimentation. Les ergothérapeutes ont fait passer la MCRO à leurs patients dans les conditions (lieu, horaire, etc...) habituelles à leur pratique.

Conception de l'outil :

La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel est une mesure individualisée conçue par et pour les ergothérapeutes. Elle permet d'identifier les difficultés des patients concernant le rendement occupationnel. Elle est fondée sur le modèle ergothérapique MCREO (Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel).

Il s'agit d'une approche centrée sur le patient, où le rendement occupationnel est déterminé par son appréciation personnelle plutôt qu'à partir d'une observation objective (Law, et al., 2014). Le rendement occupationnel étant considéré comme le résultat des interactions entre la personne, l'environnement et l'occupation. Chacun de ses 3 domaines étant définis par plusieurs dimensions dans le modèle MCREO et qui sont reprises dans la MCRO sous forme d'un entretien.

La passation de la MCRO s'effectue en 5 étapes (Law, et al., 2014) :

- La définition du problème, la nature des difficultés, sous forme d'entrevue peu dirigée
- L'établissement d'une échelle de grandeur mesurant l'importance d'une difficulté
- L'attribution et la compilation des cotes du rendement
- L'attribution et la compilation des cotes de la satisfaction
- La réévaluation

Dans le cadre de mon étude je m'intéresse à la 1^{ère} partie qui correspond à l'identification des difficultés rencontrées par le patient. L'entretien de la MCRO est

un entretien peu structuré, où chaque ergothérapeute doit mettre à profit ses compétences pour bien mener l'entretien et obtenir des réponses complètes (Law, et al., 2014). *L'identification d'une difficulté se définit ainsi : une occupation qu'une personne veut réaliser, doit réaliser mais n'arrive pas à réaliser ou ne réalise pas à sa propre satisfaction* (Law, et al., 2014). Les questions sont donc posées sous cette forme. Si le patient a des difficultés à répondre, il est possible de lui proposer de raconter une journée type ou de poser des questions spécifiques sur les différents domaines d'occupations (soins personnels, productivité, loisirs).

Cependant, les recherches bibliographiques et les résultats de ma pré-enquête ont montré qu'il est très difficile pour les patients souffrant de schizophrénie d'identifier leurs difficultés de façon spontanée, même en utilisant la description d'une journée type, et que cela prend beaucoup de temps.

C'est pourquoi, j'ai commencé à réfléchir à la possibilité d'utiliser comme support d'entretien les pictogrammes de l'ELADEB, afin d'aider les patients à mieux identifier leurs difficultés.

Avant toute chose, j'ai donc demandé l'autorisation d'utiliser les cartes de l'ELADEB, que j'ai obtenue, dans le cadre de mon mémoire.

Dans l'ELADEB, il y a plusieurs étapes de passation, notamment une étape de tri des cartes. L'évaluateur demande au patient de trier les cartes en 2 tas : « problème » ou « pas de problème », puis l'évaluateur reprend toutes les cartes et redemande au patient un nouveau tri de cartes cette fois-ci en 2 autres tas : « besoin d'aide supplémentaire » ou « pas besoin d'aide supplémentaire ». Les résultats des 2 tris sont notés, puis discutés dans une phase d'entretien pour permettre de préciser les choses.

C'est une partie de cette phase de tri de cartes de l'ELADEB que j'ai souhaité intégrer dans la 1^{ère} étape de la passation de la MCRO.

Test de l'outil : l'outil a été testé par un ergothérapeute extérieur à l'étude exerçant en santé mentale et moi-même, en l'utilisant auprès d'1 patient souffrant de schizophrénie suivi en hôpital de jour.

- **Entretien avec l'ergothérapeute ayant utilisé la MCRO « adaptée »**

J'ai choisi d'utiliser une approche qualitative pour laisser la possibilité aux ergothérapeutes de s'exprimer librement à propos de leur expérience, et obtenir des précisions si besoin et des informations sur le contexte (Blanchet & Gotman, 2007).

Il s'agit d'un entretien semi directif permettant d'orienter les participants sur un thème précis, tout en évoquant des sujets auxquels je n'aurais pas pensé (Fenneteau, 2015). De plus, la flexibilité et les possibilités d'interaction et de relance m'ont permis d'établir des liens entre les différents sujets et d'approfondir certains éléments, comme les comptes rendus réalisés suite aux évaluations par exemple (Tetreault & Guillez, 2014).

Modalités de passation : du fait de la situation géographique, les entretiens ont été réalisés en face à face, ou par téléphone courant avril et mai. Il n'y a pas eu de limite de temps et la conversation a été enregistrée (avec accord du participant) pour être ensuite retranscrite et analysée.

Conception de l'outil : l'entretien a été réalisé à partir d'un guide d'entretien, comprenant les questions et les sous-questions, en fonction des thèmes à aborder, l'ordre des questions étant flexible en fonction des réactions et réponses des participants (Tetreault S. , 2006).

Test de l'outil : l'outil a été testé auprès d'un ergothérapeute extérieur à l'étude travaillant en santé mentale en hôpital de jour et ayant utilisé la MCRO avec les pictogrammes.

III.2. Résultats et Analyse

III.2.1. Profils des ergothérapeutes

	Année de diplôme	Lieu d'exercice	Durée d'exercice en santé mentale	Utilisation de la MCRO (nombre de passations réalisées en tout)
E1	2016	Intra hospitalier adulte+ HDJ	1,5 an	6 mois (5 à 10 passations)
E2	2015	Intra hospitalier adulte + CATTP	3 ans	8 mois (8 passations)
E3	2013	Intra hospitalier adulte	5 ans	5 mois (3 à 4 passations)
E4	2017 (France) 2014 (Canada)	Intra hospitalier adulte + CATTP + autres	2,5 ans	France : 9 mois (+/- 18 passations) Canada : 18 mois (+/- 18 passations)

Quatre ergothérapeutes ont donc répondu positivement pour participer à cette enquête : 1 homme (E1) et 3 femmes. Les 4 exercent depuis moins de 5 ans en santé mentale. Tous travaillent à la fois en intra et en extra hospitalier, et réalisent des accompagnements individuels et en groupe. Il est intéressant de noter que 3 des ergothérapeutes utilisent la MCRO depuis quelques mois uniquement. Seul E1 utilise la MCRO en hôpital de jour, les 3 autres l'utilisant uniquement en intra à ce jour.

Pour la suite, il est important de prendre en compte qu'une des ergothérapeutes (E2) n'a pas pu tester l'outil avec ses patients. J'ai donc adapté l'entretien concernant la partie « utilisation des cartes de l'ELADEB ». Seules seront utilisées les réponses sur l'utilisation habituelle de la MCRO.

III.2.2. Utilisation habituelle de la MCRO

Utilisation de la MCRO	
E1	« n'importe quelle pathologie , mais plutôt stabilisée », « avec patients ayant une bonne conscience de leurs difficultés » « principalement à l'hôpital de jour » « de façon quasi systématique depuis 6 mois » « pour les entrants » « depuis pas assez longtemps pour réévaluer »
E2	« Je l'utilise en guide d'entretien [...]un état des lieux de la personne, faire un bilan d'autonomie » « avoir un regard global sur ses capacités, ses difficultés » « j'utilise aussi les notions d'importance et de satisfaction » « pour certains patients uniquement » « quand la personne commence à être stabilisée » « faut prendre en compte l'état du patient quand il arrive » « pas de distinguo entre les différentes pathologies » « j'utilise la journée type » « donnant des exemples pour les aiguiller » « je la complète en faisant des mises en situations » « c'est quelque chose qui se fait sur la durée avec le patient » « uniquement en intra » « je ne fais pas de réévaluation, sans cotation ça serait peut-être un peu abstrait »
E3	« pratique toute récente qu'on commence à intégrer là » « on a commandé le petit livret » « j'ai eu 2-3 interventions en congrès [...]pas du tout en santé mentale » « pour les patients où on peut envisager une prise en charge de réhabilitation psychosociale » « pour l'indication des difficultés on met en place une adaptation un peu systématique où on va reformuler » « redire une journée type complète » « reprendre chaque étape de la journée » « renvoyer ce que j'ai vu en activité » « les difficultés observées de l'extérieur par les soignants » « utilisée en fin de prise en charge [...] pour faire le compte rendu pour le relais »
E4	« je l'utilise comme évaluation initiale » « comme guide d'entretien » « souvent au second entretien » « j'essaie d'être graduelle dans mon approche [...] car ça peut être assez confrontant » « discuter en premier le sujet où le patient est le plus à l'aise » « je fais beaucoup la journée type » « j'essaie de laisser parler le patient quitte à revenir un peu plus tard » « plus facile avec les patients dépressifs, troubles anxieux [...] versant névrotique » « j'attends qu'ils soient un peu stabilisés » « 10% du temps je réévalue [...] plus dans l'informel, dans la conversation pour qu'ensemble on puisse aller plus loin » « je le fais de façon plus informelle [...] je note toujours les forces et les faiblesses » « en France je pense qu'elles ont toujours l'impression de devoir utiliser le test comme il est, faire la passation tel quel » « au Canada on nous la montre, mais les ergothérapeutes on est des professionnels de l'adaptation, l'adaptation de l'activité, alors pourquoi on pourrait pas adapter nos tests aussi ? »

Pour les 4 ergothérapeutes, l'utilisation de la MCRO n'est pas liée à la pathologie, mais à l'état « stabilisé » du patient.

Tous utilisent la « journée type », c'est-à-dire qu'ils invitent le patient à décrire l'organisation d'une journée (du lever au coucher) pour identifier les activités qui pourraient être difficiles à réaliser. Certains donnent aussi des exemples.

La plupart l'utilisent en début d'accompagnement (comme guide d'entretien ou évaluation initiale), une seule (E3) l'utilise plutôt en fin de suivi, pour préparer la sortie et le projet ultérieur.

Aucun ne réalise de réévaluation, excepté E4 dans certains cas, pour aller plus loin dans l'accompagnement. Seule E4 note à la fois les forces et les faiblesses des patients, pas uniquement les difficultés.

Cotations	
E1	« je ne fais pas les cotations » « oui la cotation de 1 à 10 je trouve que c'est plus parlant » « dans ce système de santé ou on a toujours besoin de chiffres [...] là ça permet d'en avoir »
E2	« je ne fais pas la cotation pour le moment » « je suis gênée par la cotation » « dure longtemps » « cotations importance, rendement, satisfaction [...] ca fait beaucoup de choses »
E3	« ça donne pas des informations utilisables par la suite » « les cotations, c'est des gros concepts, les patients ont du mal à voir de quoi on parle »
E4	« je vais leur demander s'ils sont satisfaits de leur rendement, s'ils voudraient s'améliorer, [...] l'importance que ça a pour eux mais je demande pas vraiment de note » « pas nécessairement coter [...] essayer de demander de prioriser » « ils veulent pas être mis en échec, ils veulent pas dire là c'est 3/10, donc ils disent 9/10, mais ça n'a plus de valeur en fait »

Concernant les cotations, les avis sont partagés. Certains utilisent la cotation de l'importance, mais rarement les cotations de rendement et de satisfaction. Tous s'accordent à dire que, même si cela pourrait apporter des informations intéressantes, il s'agit d'une des limites de la MCRO, et ne les utilisent que peu voire pas du tout. Les notions d'importance, de rendement et de satisfaction sont reprises par l'ergothérapeute E4, mais pas sous forme de cotation chiffrée.

Relations interprofessionnelles	
E1	« pendant la synthèse on fait un tour de table, [...] moi je donne les résultats de mon évaluation » « on attend de moi que je fasse un rendu » « je le mets sur le logiciel dans le dossier du patient »
E2	« gestion du budget, tâches administratives, domicile [...] je fais avec l'assistante sociale » « les médicaments ca va être avec les infirmiers » « le comportement de la personne, [...] les interactions [...] avec infirmiers, aides soignants ... » « les médecins [...] de façon spécifique pour certains items » « les collègues ergos qui le voient dans d'autres groupes » « on doit prendre en compte le point de vue de plusieurs professionnels [...] on a un regard vraiment global » « mieux comprendre le travail de l'autre » « nous aider à plus pousser la réflexion » « je le mets dans le dossier du patient » « et au fur et à mesure dans les transmissions » « papier des ergos [...] global sur l'autonomie de la personne » « montre aussi nos compétences [...] même en psychiatrie on est sur l'autonomie [...] même si on fait aussi des médiations thérapeutiques » « depuis que j'ai mis ça en place [...] les médecins ont repéré qu'on pouvait faire ça et j'ai eu d'autres indications »
E3	« les autres professionnels ont beaucoup de mal à intégrer ces notions là (centré sur le patient, prendre en compte l'avis patient, intégrer un modèle) » « ça nous sert de support pour communiquer avec eux , on va pas leur dire j'ai fait une MCRO, [...] juste « le patient a fait tel projet pour sa sortie » « s'appuyer sur la MCRO » « sans le mettre en évidence de façon formelle » « sauf à l'écrit dans les transmissions » « sert à faire le compte rendu de sortie » « transférer directement aux soignants qui vont prendre le relais » « ils sont satisfaits » « ça les aide à construire leur accompagnement »
E4	« conversation spécifique avec le patient sur ses envies, son rendement sur sa satisfaction [...] j'ai des éléments de plus à dire aux soignants » « entre rééducateurs on en parle » « je vais dire à l'équipe que le bilan est fait, je le mets dans le dossier » « dans les demandes de subvention » « pour une structure » « je suis pas certaine qu'ils le lisent mais au moins on en discute »

Tous font un compte rendu écrit (plus ou moins détaillé) dans le dossier patient, qui n'est pas forcément diffusé à l'équipe. Certains (E2 et E3) peuvent le transmettre aux équipes des structures extérieures pour la suite du suivi. Tous rediscutent des informations en équipe mais ne mentionnent pas forcément l'outil utilisé.

E2 réalise un dossier global sur l'autonomie de la personne, avec des informations issues de la MCRO, de mises en situations et des informations collectées auprès de l'ensemble de l'équipe soignante.

III.2.3. Intérêts et limites de la MCRO

Intérêts – objectifs – bénéfiques de la MCRO	
E1	« ça va m'aider à orienter ma prise en charge » « j'implique le patient dans sa prise en charge » « cotations intéressantes » « avoir des chiffres » « peut être utilisée avec tout le monde »
E2	« état des lieux de la personne » « bilan d'autonomie » « quand la question du projet de vie entre en jeu » « pour le retour à domicile » « pour faire la transition d'une structure à l'autre » « permet d'affiner mes observations sur un patient » « pour faire mes comptes rendus de bilan d'autonomie, j'utilise le modèle MCRO pour présenter mes observations » « donner des pistes sur quel projet on peut mettre en place » « recommandations de notre part, objectifs en ergo pour le reste de l'hospitalisation » « l'utiliser en guide , comme fil conducteur de notre pensée ergo » « pour que la personne soit un peu actrice » « se mobiliser, être plus volontaire » « cible en fonction des attentes de la personne [...] de ses besoins de ce qu'elle a envie » « ça fait travailler l' approche thérapeutique , le lien » « voila on accroche le lien [...] sentiment d'être entendu, accompagné [...] on pourra peut être l'amener sur autre chose ou pas » « ça favorise en tout cas le lien » « depuis que j'ai mis ça en place [...] les médecins ont repéré qu'on pouvait faire ça et j'ai eu d'autres indications »
E3	« MCRO pour vraiment cibler les objectifs du patient » « les données on les utilise plutôt pour construire un projet de vie , pas toujours pris en compte en intra » « recibler et recentrer sur le patient » « pouvoir intégrer ces notions là (activités de loisirs), c'est ça l'objectif avec la MCRO » « adapter la suite de la prise en charge » « commencer à envisager un projet de vie, de soins, en terme de réinsertion, réhabilitation »
E4	« guide d'entretien » « j'aime bien avoir un support écrit pour faire une évaluation initiale » « d'une façon détournée je lui fais travailler mon objectif mais en même temps le sien qui était de participer au groupe » « adapter mon plan d'intervention » « permet une conversation spécifique avec le patient sur ses envies, son rendement sur sa satisfaction »

Plusieurs intérêts sont mentionnés par les ergothérapeutes, notamment le fait de permettre d'orienter et d'adapter l'accompagnement du patient et le plan d'intervention en ergothérapie, mais aussi au sens plus large de construire avec le patient son projet de vie.

E1 et E2 remarquent que cela permet de tisser un lien avec le patient qui se sent écouté et donc plus impliqué dans ses soins.

Enfin E2 mentionne que les médecins lui ont fait de nouvelles demandes depuis qu'elle l'utilise.

Limites de la MCRO	
E1	« ceux qui sont [...] dans le déni, l'opposition , le refus, là ça va être une approche différente » « il faut vraiment essayer de pas orienter »
E2	« terme de rendement ne parle pas trop » « je me le suis mal approprié » « les cotations de tous les items ca durerait trop longtemps » « un patient s'est senti un peu persécuté [...] c'était un peu trop intrusif » « y a besoin d'établir un lien thérapeutique » « difficultés à verbaliser ce qui leur pose problème » « le verbal ne suffit pas forcément à capter leur attention » « reprendre chaque item [...] un petit peu redondant » « beaucoup de petits questionnements à la suite » « j'ai besoin d'être accompagnée par des formateurs [...] pour la faire passer de façon plus fluide, sans que ce soit trop répétitif pour la personne » « pour pouvoir le lier avec mon domaine d'activité qu'est la psychiatrie »
E3	« patients en voie de stabilisation, pas forcément ancrés dans la réalité » « symptomatologie encore très présente qui entrave vie quotidienne, habitudes sociales et la capacité à répondre à ce type d'entretien » « défaut d'insight » « entretien très ouvert » « le vocabulaire utilisé » « notion d'engagement [...] de rendement, c'est pas forcément concret pour le patient, ça lui parle pas » « obligé de reformuler »
E4	« la cotation , mettre un chiffre » « parfois j'oublie des trucs [...] thèmes relativement larges » « dépend de l'autocritique des patients » « mes collègues françaises me disaient [...] c'est trop long, c'est ch..., faut noter, trois mois plus tard faut renoter... [...] moi je m'oblige pas à le suivre précisément »

Comme mentionné précédemment la cotation des 3 items : importance, rendement et satisfaction, et particulièrement celle du rendement, est l'une des principales limites identifiées par les ergothérapeutes. A cela s'ajoute aussi les difficultés que peuvent avoir certains patients à verbaliser leurs difficultés, et la nécessité de recourir à la description d'une journée type ou d'exemples, au risque d'orienter les réponses. Ces difficultés peuvent aussi être liées à un défaut d'insight (conscience des troubles) ou un déni des troubles. Enfin, les termes utilisés sont assez spécifiques et peuvent nécessiter une formation ou un temps d'adaptation pour pouvoir les utiliser aisément et les expliquer simplement aux patients.

III.2.4. Comparaison MCRO et ELADEV

Différence avec l'ELADEV	
E1	« l' ELADEV est plus facile d'accès [...] c'est plus une autoévaluation » « le tri de cartes je le trouve génial » « ça permet d'impliquer le patient » « la MCRO c'est plus un entretien » « l'évaluation d'importance [...] plus précise et plus pertinente qu'avec l'ELADEV » « les notions de rendement et de satisfaction amènent des éléments en plus » « par exemple pour mon patient, on voit clairement le déni affiché en chiffres »
E2	« je n'utilise pas l'ELADEV [...] j'ai pas eu la formation » « je me sentirai pas de l'utiliser » « prend beaucoup de temps » « on a une quantité d'informations très riche » « la MCRO je l'avais déjà un peu vu dans ma formation initiale » « modèle conceptuel m'était un peu plus familier » « ça a favoriser l'utilisation de la MCRO » « mettre en avant l'importance de la formation sur les bilans aussi en psy » « le transposer c'est pas toujours évident » « important d'avoir une formation un peu plus spécifique sur tout ça »
E3	MCRO 3-4 patients / 30, ELADEV 15-20 patients / 30 « ELADEV quasi systématique en début de prise en charge pour orienter la prise en charge en intra » « utilisation plus ancienne » « depuis 3 ans » « découvert en premier » « support visuel permet d'orienter les patients et facilite l'entretien » « MCRO va servir à travailler le projet de vie sur l'extra et le projet de soins qui va avec » « en fin de prise en charge »
E4	« l' ELADEV c'est très long .. au moins 2h » « on est toujours 2 à le faire passer, une qui discute, l'autre qui prend des notes » « surtout avec les patients chroniques » « je fais que ça de l'après midi [...] c'est vraiment lourd » « souvent pour les orientations MAS (Maison d'Accueil Spécialisé) ou EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) » « pour faire un grand rapport [...] avec toutes les infos sur eux » « c'est plus complet » « le point fort de l'ELADEV c'est ses cartes , mais c'est plus long et son vocabulaire est relativement négatif » « Je préfère la MCRO mais j'aimais bien le côté pictogramme, le fait de hiérarchiser les problématiques »

La MCRO et l'ELADEB sont deux outils d'autoévaluation des difficultés et des besoins. Les ergothérapeutes connaissant tous les 2 outils, il m'a paru intéressant de creuser un peu cette question. Le tri de cartes de l'ELADEB est très apprécié, et ce, de façon unanime. Tous utilisent les 2 outils, excepté E2 qui n'utilise que la MCRO. Concernant leur utilisation les avis sont partagés. E1 et E3 utilisent plus régulièrement l'ELADEB, ils y ont été sensibilisés soit lors de leur formation initiale, soit par l'équipe soignante de leur structure. A l'inverse E2 et E4 lui préfèrent la MCRO, elles y ont également été sensibilisées au cours de leurs études. Certains trouvent que l'ELADEB est plus complet, d'autres que c'est la MCRO. Tous s'accordent à dire que l'un et l'autre des outils permettent d'apporter des informations complémentaires, mais ne l'utilisant pas tous de la même façon et pas pour les mêmes objectifs, il est difficile de donner plus de précisions sans trop entrer dans le détail.

III.2.5. Utilisation de la MCRO avec les cartes de l'ELADEB

Profils des patients sélectionnés	
E1	« bon feeling avec ce patient » « revient en intra , déjà eu l'ELADEB » « demande du médecin qui voulait une nouvelle évaluation pour voir où il en était » « le 2 ^{ème} c'était un tout début de prise en charge »
E2	/
E3	« plutôt des profils déficitaires » « des gens avec qui je savais que même en fin de prise en charge ça aurait pas été possible » « un déjà connu » « 2 nouveaux usagers »
E4	« bon recul par rapport à sa maladie » « haut niveau scolaire » « bonne autocritique » « capable de bien s'exprimer » « suivi depuis quelques années en extra »

Premières réponses obtenues avant de montrer les cartes	
E1	« aucune difficulté , y a pas de souci » « n'arrive plus a dessiner correctement, son don de dessin à disparu » « pas de difficulté pour l'autonomie »
E2	/
E3	« avant de montrer les cartes j'ai juste un blanc, avec des grands yeux écarquillés » « soit j'ai tout va bien , y a rien de difficile, j'ai pas de problèmes » « le tout va bien habituel »
E4	« assez large [...] comme un monologue » « je fais tout, j'ai pas vraiment besoin d'aide » « un peu narcissique » « un peu mégalomane » « trop d'amis, ne les voit pas assez » « trop de maisons de campagne »

Les patients sélectionnés par les ergothérapeutes ont des profils variés qu'ils soient anciens ou nouveaux patients. Par exemple, E3 a privilégié des patients au profil plutôt déficitaire, alors que E4, au contraire, a privilégié un patient capable de bien s'exprimer et ayant un minimum de recul sur sa maladie.

Les réactions suite aux premières questions de la MCRO sont exprimées de façons différentes mais globalement tous les patients disent que tout va bien et n'avoir aucune difficulté, ni besoin d'aide.

Réaction du patient / résultat du tri de cartes	
E1	« au final, il a sorti 5 problèmes » « mais pas forcément des difficultés [...] plus des injustices finalement » « ça reste hyper intéressant, mais pas forcément dans l'évaluation de l'autonomie » « le 2 ^e cas plus intéressant [...] elle a bien ciblé les difficultés , alors qu'elle ne l'avait pas fait avant ». « elle a dit qu'elle trouvait ça un peu enfantin et que ça l'avait quand même un petit peu aidée pour trouver les difficultés »
E2	/
E3	« plutôt satisfait » « le côté tactile et visuel fonctionne bien » « retour positif de la part des usagers » « le tri a été fait simplement » « le patient connu [...] cartes ont servi de support, mais il n'a pas ressorti de problèmes » « pas apporté d'infos supplémentaires » « les 2 nouveaux usagers, ça leur a permis de mettre en évidence des difficultés plus ciblées » « relations sociales, activités de loisirs... » « on les a repris pour qu'ils puissent étayer les difficultés » « pour avoir informations plus qualitatives »
E4	« aucune hésitation lors du tri » « avec les cartes au niveau de ses réponses c'était déjà un peu plus spécifique » « des choses dont elle n'avait pas parlé [...] gestion d'argent » « on peut mettre le doigt sur plus d'éléments car c'est plus précis » « au niveau de l'autocritique [...] légèrement plus [...] mais pas une révélation » « déni des troubles »

L'expérimentation aura été réalisée au total auprès de 6 patients. Ils ont tous bien accueilli les cartes, et réalisé le tri facilement. Une seule patiente a mentionné un côté un peu « infantilisant », mais en ajoutant que cela l'avait « quand même aidée ». Pour les 2 patients déjà connus par les ergothérapeutes, les cartes n'ont pas vraiment permis d'identifier des difficultés, mais ont permis d'obtenir quelques informations complémentaires dans l'un des cas.

Pour les 4 autres patients, l'utilisation des cartes a permis d'identifier des difficultés non mentionnées précédemment et d'obtenir des éléments plus spécifiques, plus ciblés.

Intérêt pour le patient	
E1	« oui je pense [...] c'est concret », « comme on l'a dit, ils n'avaient vu aucune difficulté spontanément », « le patient a beaucoup plus de facilité à dire oui ou non » « pour les patients ayant une élaboration très limitée [...] les cartes sont précieuses, ça les aide beaucoup » « implication de la personne »
E2	/
E3	« ça a permis au patient de dérouler dans sa tête toutes les activités , là où c'était difficile ou pas » « ils arrivent à coter l'importance de l'activité » « être capable de dire ça c'est difficile mais c'est très important pour moi » « permet d'avoir l'impact motivationnel du patient qu'on avait pas forcément avant »
E4	« plus facile pour les patients qui parlent peu » « support visuel » « pictogrammes simples qui parlent de suite » « donne un choix de réponse plus marquant [...] souvent les questions ouvertes c'est compliqué à répondre » « un peu plus d'autocritique » « les patients sont plus curieux, posent plus de questions [...] permet d'ajuster mon intervention »

Les 3 ergothérapeutes ayant réalisé l'expérimentation s'accordent à dire que ces cartes peuvent être intéressantes pour les patients, notamment pour ceux ayant une élaboration limitée. Avoir un support visuel est plus concret et facilite les réponses

des patients. Par ailleurs, les ergothérapeutes mentionnent tous que les patients ont tendance à plus s'impliquer dans l'entretien.

Intérêt pour l'ergothérapeute	
E1	« même si je vais pas l'aider à être autonome [...] je vais l'aider à prendre conscience de ses troubles » « j'adore cette façon d'identifier les difficultés » « j'étais embêté au niveau de la MCRO, avant je donnais des exemples , pour les aiguiller » « là c'est le patient qui interprète la carte et se demande s'il a un problème » « la j'ai pu faire la MCRO avec des patients assez lourd » « c'est pas parce que le patient nous dit qu'il a des difficultés à faire quelque chose que nous on va obligatoirement s'axer directement là- dessus » « Effectivement ça donne plein d'informations aussi à côté et autour pour orienter notre prise en charge »
E2	/
E3	« mettre en place des plans de prise en charge plus ciblés vraiment sur la problématique » « gagner du temps puisque patients et soignants avaient le même objectif » « ça donne un guide » « ca a permis d'utiliser la MCRO en début de prise en charge » « canaliser les choses et orienter » « Changé la structure de l'entretien » « support en plus » « permis un confort de pratique » « élargir la pratique en intégrant un modèle conceptuel à nos pratiques » « réorienter de façon plus précises les prises en charge » « en répondant à un besoin qui sera exprimé » « c'est un outil qu'on va garder d'ailleurs »
E4	« ça m'a déstabilisée parce qu'on revenait sur des sujets dont on avait déjà parlé » « c'est comme si je faisais les 2 tests l'un à la suite de l'autre » « j'avais déjà commencé à creuser et à poser des questions avant d'utiliser les cartes » « les cartes m'ont permis d'apprendre d'autres choses » « bon support [...] mais mal utilisé » « pas nécessaire que ce soit l'ELADEB mais plus des pictogrammes » « a prioriser en fonction des difficultés et de l'importance » « permet d'avoir une hiérarchisation sans nécessairement coter [...] avec des cartes différentes pour chaque catégories de la MCRO » « ça me structure » « ça facilite la discussion » « je peux voir le non verbal du patient qui voit les cartes, ça dit beaucoup aussi »

Concernant les ergothérapeutes, ils ont tous un retour positif de l'utilisation des pictogrammes. Ils s'accordent à dire qu'un support visuel facilite l'échange avec le patient, même s'ils n'y trouvent pas tous le même intérêt. Pour E1, les pictogrammes lui ont permis d'obtenir de nombreuses informations supplémentaires sans influencer le patient avec des exemples.

E3 a modifié sa façon d'utiliser la MCRO grâce aux pictogrammes, elle le réalise maintenant en début de prise en charge, et dit gagner en confort de pratique. Pour E3 et E4, les pictogrammes ont permis de donner une structure et de « canaliser » l'entretien. A cela E4 ajoute la notion de « non verbal du patient » qui peut être observé pendant le tri de cartes.

Enfin E4 dit avoir été déstabilisée par l'utilisation des cartes : Certes, elles lui ont permis d'obtenir plus d'informations, mais l'ont amenée à aborder plusieurs fois le même sujet avec le patient. Elle pense à utiliser les pictogrammes de façon différente, qui correspondrait mieux à sa pratique.

Pour conclure	
E1	« Aurais-je envie de continuer à l'utiliser par la suite, ben moi c'est déjà le cas en fait. Ca prend vraiment les bons côtés de en enlevant un peu le côté négatif des uns et des autres, pour moi c'est parfait. »
E2	« Favoriserait la compréhension » « se lie bien avec la MCRO » « information visuelle donne point de repère » « petit côté ludique » « on est peut être plus à l'aise avec un média » « j'aurai aimé expérimenter si j'avais pu »
E3	« je pense qu'on va continuer » « ca a permis d'utiliser la MCRO en début de prise en charge » « c'est un outil qu'on va garder »
E4	« bien aimé votre idée des pictogrammes » « car je pense que la MCRO peut être utilisée partout » « pertinent d'avoir un plan d'intervention qui correspond aux désirs des patients » « c'est bien les cartes , par contre faut réfléchir davantage à comment le faire » « toujours les avoir avec moi [...] et puis si je vois que c'est compliqué d'avoir de l'info, je les sors, mais elles sont préalablement classées comme je le veux »

Pour terminer, tous les ergothérapeutes interrogés ont trouvé intéressant d'utiliser ce support visuel avec la MCRO. Parmi eux, E1 et E3 souhaiteraient continuer à l'utiliser à l'avenir. E4 quant à elle, envisage de réfléchir à une autre façon d'utiliser les cartes.

III.3. Discussion

III.3.1. Validation de l'hypothèse

La difficulté des patients à verbaliser et identifier leurs difficultés a bien été citée comme étant une limite de la MCRO par les ergothérapeutes ayant participé à l'enquête. On peut constater dans les résultats que cela concerne tous les patients quels que soient leurs profils (haut niveau scolaire, déficitaire, ...), car ils ont tendance à ignorer, consciemment ou non, leurs difficultés.

Les résultats montrent que les patients ont tous réalisé facilement le tri de cartes. En effet le support visuel facilite la passation car permet de mieux identifier les difficultés et d'ouvrir la discussion. Sur les 6 patients ayant passé la MCRO dans le cadre de cette enquête, 4 ont pu identifier des besoins ou des difficultés grâce au tri de cartes ; cartes qui ont aussi facilité la discussion entre patient et ergothérapeute. Cependant cela ne fonctionne pas toujours : les 2 autres patients n'ont pas réussi à identifier des difficultés ou besoins à proprement parler. Par ailleurs, comme le mentionnent E1 et E3, certains patients n'ont pas besoin de support pour identifier leurs difficultés.

L'hypothèse émise est donc partiellement validée. En effet l'utilisation des pictogrammes de l'ELADEB comme support d'entretien permet de simplifier la passation de la MCRO et peut faciliter l'identification des difficultés par les patients, mais ce n'est pas tout le temps le cas, et ce n'est pas tout le temps nécessaire. Cet outil pourrait donc être vu comme une aide à associer à la MCRO en cas de besoin.

En regardant plus précisément les patients pour lesquels cela n'a pas fonctionné, il apparaît que ce sont des patients suivis depuis longtemps par les ergothérapeutes, avec un profil plutôt déficitaire. Il est ainsi possible de le rapprocher de la notion de non conscience des troubles, qui est une des caractéristiques de la psychose. « *Le jugement peut être distordu avec une logique inappropriée, [...] et l'insight, c'est-à-dire la conscience de la maladie, la capacité d'attribuer les expériences mentales inhabituelles à la pathologie peut également être altéré* » (CNUP, AESP, CUNEA, 2016, p29). Ainsi se posent de nouveaux questionnements : Comment tenir compte de ce défaut d'*insight* ? Peut-on quand même faire passer l'évaluation ? Comment interpréter les résultats ? Ce sujet est vaste et pourrait être le thème d'une autre étude.

III.3.2. Autres éléments de réponses à la problématique

Cette enquête permet de montrer que l'utilisation d'un support visuel lors de la passation de la MCRO peut avoir d'autres intérêts pour l'ergothérapeute. Par exemple le fait que cela permette de faciliter l'échange et d'impliquer le patient dans l'entretien.

Selon les ergothérapeutes, cela leur a également permis de structurer leur entretien, d'éviter d'influencer le patient en donnant des exemples, et de pouvoir observer les réactions non verbales du patient lors du tri de cartes, et donc d'obtenir des informations supplémentaires.

Les pictogrammes ont ici une place de « médiateur » dans la discussion, sur lequel va s'appuyer à la fois le patient, et aussi l'ergothérapeute. C'est une idée reprise également par E2 qui précise qu'en tant qu'ergothérapeute « *on est peut-être aussi plus à l'aise avec un média* ». En effet, l'ergothérapeute travaille avec l'activité comme médiateur de la relation thérapeutique. « *Les médiations utilisées sont autant d'aires de jeux possibles comme outils pour tenter de créer du lien* » (Klein, 2016, p42).

Cependant, il est important de souligner que l'utilisation des cartes de l'ELADEB ne résout pas le problème des cotations. En effet les ergothérapeutes interrogés n'utilisent que rarement le système de cotation. Certains font coter l'importance, mais quasiment jamais le rendement et la satisfaction. Or il s'agit là d'un des intérêts de la

MCRO. C'est grâce aux cotations qu'on peut déterminer les priorités de soins et déceler les changements de perception de leur rendement occupationnel. Le fait que les ergothérapeutes aient du mal à s'approprier le vocabulaire de la MCRO et notamment la notion de rendement peut avoir un lien avec la non réalisation des cotations. Par ailleurs le défaut d'*insight* des patients peut laisser à penser que les cotations ne seront pas représentatives. L'étude réalisée à Taiwan avait soulevé ce problème en mentionnant que les personnes ayant des troubles psychiques pouvait avoir également des troubles cognitifs qui jouaient sur leur capacité à réaliser les cotations (Pan, Chung, & Hsin-Hwei, 2003).

Cependant, il serait intéressant de se pencher un peu plus sur cet aspect, car les études réalisées dans d'autres pays ont malgré tout permis de déceler les changements grâce aux cotations (Chesworth, Duffy, Hodnett, & Knight, 2002) (Pan, Chung, & Hsin-Hwei, 2003).

III.3.3. Intérêt de l'évaluation pour le positionnement de l'ergothérapeute

Les résultats montrent que, même si les formes peuvent être différentes, les 4 ergothérapeutes font un compte rendu écrit de leur évaluation, qui s'inscrit dans le dossier du patient. Par ailleurs tous disent en discuter en équipe, afin de prendre de la distance par rapport aux résultats obtenus, d'avoir un regard global et de pouvoir axer l'accompagnement en fonction des besoins du patient. Enfin, certains d'entre eux transmettent les résultats de leurs bilans aux structures extérieures pour la suite de la prise en soins.

Par leurs actions, les ergothérapeutes suivent ainsi les recommandations de la Haute Autorité de Santé qui préconise d'adapter la prise en charge aux besoins, de promouvoir la coopération entre acteurs et de poser les conditions de la continuité des soins (HAS, 2013).

D'autre part, le fait de remplir de façon systématique le dossier patient avec les résultats des évaluations en ergothérapie, ou de proposer un bilan d'autonomie le plus complet possible comme le fait E2, permet de faire reconnaître la spécificité de l'ergothérapeute en santé mentale. Ainsi que le mentionne E2, les médecins commencent à « *reperer* » ce que peut faire l'ergothérapeute et sont « *demandeurs* ». Cela participe donc à assoir notre profession au sein de l'équipe pluriprofessionnelle.

III.3.4. Facteurs influençant le choix de l'outil d'évaluation

Puisqu' utiliser les pictogrammes semble avoir une réelle plus-value, et que les cotations sont rarement utilisées, la question « pourquoi utiliser la MCRO ? » pourrait se poser. Comme vu précédemment, les avis sont partagés concernant l'utilisation de ces 2 outils ELADEB et MCRO et ne permettent pas de répondre avec certitude à cette question, les réponses étant différentes pour chacun.

Cependant les informations données par les 4 ergothérapeutes interrogés laissent à penser que le choix de l'évaluation utilisée dépend en grande partie de l'enseignement reçu en formation initiale. E2 évoque d'ailleurs « *l'importance de la formation sur les bilans, aussi en psy* » en fin d'entretien.

Il est logique de penser que les jeunes professionnels se dirigent plus aisément vers une évaluation ou une technique apprise et utilisée pendant leur formation. Il serait intéressant de vérifier ce point, car l'échantillon de cette étude ne peut être représentatif.

D'autre part, plusieurs ergothérapeutes ont mentionné la difficulté de s'approprier les termes de la MCRO, et notamment la notion de rendement ; ce qui peut être un frein à l'utilisation de cet outil. Et même lorsque les ergothérapeutes le maîtrisent, ce vocabulaire est tellement spécifique qu'ils ne l'utilisent pas lors des discussions en équipe, et sont obligés de reformuler pour que les patients comprennent les termes.

Ici se pose la question de la transposition d'outils d'un pays à l'autre. En effet, en plus de l'aspect linguistique, il faut tenir compte également de l'aspect culturel du pays dans lequel est créé un outil d'évaluation. Par exemple au Canada et en Suisse, d'où viennent les outils MCRO et ELADEB, ils pratiquent largement la réhabilitation psychosociale en santé mentale (actions de réinsertion et de réadaptation).

Selon E. Giraud-Baro, en 2007 la réhabilitation psychosociale était encore peu pratiquée en France contrairement aux autres pays d'Europe (Giraud-Baro, 2007). Depuis, les plans santé mentale successifs et les stratégies nationales de santé de ces dernières années tendent à développer ces actions de réhabilitations psychosociales, dans le cadre d'un programme de santé communautaire où un des objectifs est la rémission fonctionnelle du patient, son rétablissement (Hardy Baylé, 2015) (HAS, 2013) (Ministère des solidarités et de la santé, 2017). Ce qui explique qu'aujourd'hui des outils tels que la MCRO ou l'ELADEB intéressent les

ergothérapeutes travaillant en santé mentale. En effet, l'ergothérapie, en cherchant à maintenir la capacité d'agir du patient par la mise en situation d'activités, participe au processus de rétablissement (Riou G. , 2015).

IV. INTERETS ET LIMITES DE L'ETUDE

Un des intérêts de cette étude a été d'avoir une réflexion sur les évaluations, sujet en plein essor dans les pratiques actuelles, ainsi que sur les outils venant d'autres pays. En effet la composante culturelle est à prendre en compte dans l'étude de ces outils. Cette recherche, basée sur l'expérimentation a également permis de tester une nouvelle approche, de construire un protocole de passation, d'être en relation avec des ergothérapeutes exerçant en santé mentale et d'échanger sur leurs pratiques professionnelles.

Enfin, cette enquête semble avoir eu un intérêt également pour les ergothérapeutes ayant réalisé l'expérimentation. En effet, les 3 thérapeutes interrogés disent avoir apprécié cette idée d'utiliser des cartes. Cela leur a donné l'occasion d'expérimenter quelque chose de différent, et tous ont réfléchi à comment l'utiliser dans leur pratique. Tous semblent avoir envie d'aller plus loin, chacun à leur façon : continuer l'utilisation proposée, adapter les cartes autrement, repenser l'utilisation de la MCRO à un autre moment de l'accompagnement, ...

Cependant cette étude présente certaines limites. En effet, l'échantillon d'ergothérapeutes ayant participé de façon complète à l'expérimentation est très restreint. Sur 4 participants, un n'a pas pu tester l'expérimentation avec les cartes de l'ELADEB (peu d'expérimentation totale), et une autre n'a pu tester qu'avec un patient au lieu de deux (test sur population restreinte).

D'autre part, le fait d'avoir choisi d'utiliser uniquement les réseaux sociaux pour diffuser ma pré-enquête a exclu d'emblée une partie des ergothérapeutes. Utiliser une autre méthode de recrutement aurait permis d'avoir une vision plus représentative de la population des ergothérapeutes.

Ensuite, cette expérimentation étant indirecte, uniquement basée sur le retour des ergothérapeutes, il n'y a pas de maîtrise du protocole de passation ni de la sélection des patients, ce qui peut avoir influé sur les expérimentations.

L'expérimentation indirecte implique aussi une limite de temps : il faut anticiper les étapes pour laisser le temps aux ergothérapeutes de réaliser l'expérimentation avant de pouvoir faire les entretiens.

Enfin, le guide de passation a été réalisé avec mon peu d'expérience, et donc certainement des manques et des erreurs.

CONCLUSION

Ce mémoire d'initiation à la recherche a permis de s'intéresser à l'utilisation des évaluations en santé mentale, et notamment de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO), évaluation créée par et pour les ergothérapeutes. La partie théorique et les expérimentations pratiques ont montré que l'identification des difficultés pouvait être une limite à l'utilisation de la MCRO auprès de patients souffrant de schizophrénie.

Par ailleurs, je me suis aussi intéressée à l'ELADEB, un outil d'évaluation spécifique à la psychiatrie, avec lequel les patients peuvent identifier leurs difficultés et leurs besoins par un système de tri de cartes, représentant les différents domaines de vie. L'hypothèse selon laquelle « utiliser les cartes de l'ELADEB comme support d'entretien permettrait de simplifier la passation de la MCRO, en facilitant l'identification des difficultés par les patients souffrant de schizophrénie » a été partiellement validée dans le cadre de cette étude. En effet, s'il a été vérifié que cela peut permettre de faciliter la discussion et l'identification des difficultés pour certains patients, cela ne fonctionne pas pour tous les patients. Par ailleurs, cela ne résout pas le problème des cotations.

De façon plus générale, cette enquête a permis d'obtenir de nombreuses informations sur l'utilisation de la MCRO par les ergothérapeutes en santé mentale. En plus d'être un moyen pour développer la relation avec le patient et adapter l'accompagnement en ergothérapie à ses besoins, l'utilisation d'un outil d'évaluation tel que la MCRO permet d'organiser sa pratique et d'asseoir le rôle de l'ergothérapeute au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

Enfin, au cours de l'enquête il est apparu que les ergothérapeutes utilisaient presque tous les 2 méthodes d'évaluations. Le ressenti sur ces outils, et le choix d'utilisation de l'un ou de l'autre diffèrent d'un ergothérapeute à l'autre, et semble en partie lié à l'enseignement reçu en formation initiale.

Afin de poursuivre cette réflexion, on peut se demander de quelle manière les évaluations sont enseignées en santé mentale dans les Instituts de Formation en Ergothérapie. Les étudiants sont-ils tous formés de la même façon ? Serait-ce souhaitable, alors même que les pratiques en santé mentale diffèrent d'un établissement à l'autre, d'une personne à l'autre ?

« Je crois en ce que j'appellerai « la triple alliance » : l'alliance thérapeutique qui nous permet d'œuvrer de concert avec le patient ; celle de nos pratiques, qu'elles soient ergothérapique, infirmière, médicale, psychologique, nous permettant ainsi d'optimiser le suivi par nos regards croisés ; et enfin, l'alliance des diverses théories et écoles, pour une application pragmatique autour du patient. »

Audrey de Lussac (Ergothérapie en psychiatrie, 2^e Ed)

BIBLIOGRAPHIE

- Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien, 2ème édition*. Paris: Armand Colin.
- Chesworth, C., Duffy, R., Hodnett, J., & Knight, A. (2002, January). Measuring clinical effectiveness in mental health : is the canadian Occupational Performance an appropriate Measure ? *British Journal of Occupational Therapy*, 65, pp. 30-33.
- CNUP, AESP, CUNEA. (2016). *Référentiel de psychiatrie et addictologie. Psychiatrie de l'adulte. psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie*. Tours: Presses universitaires François-Rabelais.
- Corbière, M. (2011, Automne). L'utilisation d'outils de mesure en milieu clinique : mythe ou nécessité ? *Le partenaire, vol 20, n3*, pp. 8-20.
- Fenneteau, H. (2015). *L'enquête : entretien et questionnaire, 3e édition*. Paris: Dunod.
- Fisher, S. (2005, May). The Canadian Occupational Performance Measure: Does it Address the Cultural Occupations of Ethnic Minorities? *British Journal of Occupational Therapy*, 68, pp. 224-234.
- Giraud-Baro, E. (2007). Réhabilitation psychosociale en France. *Annales Médico Psychologiques* 165 , pp. 191–194.
- Guihard, J.-P. (1999). Interprofessionalité ou interprovidence ? *Journal d'ergothérapie*, 21, pp. 91-95.
- Hardy Baylé, M. C. (2015). *Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique*. Versailles: Centre de Preuves en Psychiatrie et en Santé Mentale.
- HAS. (2013). *Programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale - Note d'orientation*. Haute Autorité de Santé.
- HAS. (2015, Mai). Mise au point - Organisation des parcours. *Démarche centrée sur le patient*. Paris: Haute Autorité de Santé.
- INSERM. (2014, Mai 1er). *Dossier d'information Schizophrénie*. Récupéré sur INSERM: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrenie>
- Klein, F. (2016). Ergothérapeute, pour quoi faire ? Dans H. Hernandez, F. Klein, Y. Person, M. Gummy, P. Vaur, F. Carlier, . . . M. Daz, *Ergothérapie en psychiatrie, de la souffrance psychique à la réadaptation, 2è édition* (pp. 37-54). Paris: De Boeck Supérieur.
- Koch, B. (2016). Apport d'une démarche évaluative en santé mentale. Dans H. H. Al, *Ergothérapie en psychiatrie, de la souffrance psychique à la réadaptation, 2è édition* (pp. 111-124). Paris: De boeck supérieur.

- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., Mc Coll, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (2014). *La mesure canadienne du rendement occupationnel, 5ème édition*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Legifrance. (2018, Mai 15). *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*. Récupéré sur Legifrance: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&dateTexte>
- Lemperiere, T., Féline, A., Adès, J., Hardy, P., & Rouillon, F. (2006). *Psychiatrie de l'adulte, 2ème édition*. Paris: Masson.
- Levaux, M.-N., & Danion, J.-M. (2011). Impact des déficits cognitifs dans les activités de la vie quotidienne des personnes. *Annales médico psychologiques, 169*, pp. 171-174.
- Ministère chargé de la santé. (2014). Annexe VI de l'Arrêté du 23 septembre 2014 publié au JO le 28 septembre 2014. *Portfolio de l'étudiant en ergothérapie*. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES.
- Ministère des solidarités et de la santé. (2017). *Stratégie nationale de santé 2018-2020*. DICOM.
- Mucchielli, R. (2002). *Le travail en équipe - Clés pour une meilleure efficacité collective*. Issy les moulineaux: ESF.
- Observatoire National des Emplois et des Métiers . (2008). *Etude prospective des métiers de la fonction publique hospitalière : Monographie d'ergothérapeute*. Paris: MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS.
- OMS. (2013). *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*. Suisse: Organisation Mondiale de la Santé.
- Pan, A.-W., Chung, L., & Hsin-Hwei, G. (2003). Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure for clients with psychiatric disorders in Taiwan. *Occupational Therapy International, 10*, pp. 269-277.
- Paquette, S., & Briand, C. (2011). Les outils de mesure que nous utilisons en réadaptation psychosociale favorisent-ils les principes du rétablissement ? . *Le Partenaire, vol 20, n°3*, pp. 8-20.
- Pomini, V., Golay, P., & Reymond, C. (2008/10). L'évaluation des difficultés et des besoins des patients psychiatriques. *L'information psychiatrique, 84*, pp. 895-902.
- Provencher, H. L. (2002). L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé Mentale au Québec, vol 27, n°1*, pp. 35-64.
- Riou, G. (2015). Ergothérapie et troubles fonctionnels dans la schizophrénie. *Santé mentale, n°202*, pp. 64-67.

- Riou, G., Poullain, C., Moissan, L., De Lepine, C., Le Gall, M., Leclerc de Sablon, C., . . . Audoit, C. (2016). *Ergothérapie en santé mentale : Enjeux et perspectives*. Paris: ANFE.
- Tetreault, S. (2006). Pratiques novatrices en ergothérapie : partie 2. *Expériences en ergothérapie*, 19, pp. 86-88.
- Tetreault, S., & Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
- Townsend, E., & Polatajko, H. (2013). *Habiliter à l'occupation, Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien être et de la justice par l'occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE.

ANNEXES

Table des matières

Annexe 1 : Questionnaire de la pré enquête	II
Annexe 2 : Quelques résultats du questionnaire de la pré enquête	IV
Annexe 3 : Exemple de MCRO réalisée lors de la pré enquête	V
Annexe 4 : Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel	IX
Annexe 5 : Guide de passation détaillé	X
Annexe 6 : Guide de passation – feuille simplifiée.....	XIII
Annexe 7 : Guide d'entretien	XIV
Annexe 8 : Entretien avec ergothérapeute E1	XVI
Annexe 9 : Entretien avec ergothérapeute E2	XXIII
Annexe 10 : Entretien avec ergothérapeute E3	XXXIII
Annexe 11 : Entretien avec ergothérapeute E4	XLII

Etude sur les outils d'évaluation MCRO et ELADEB en santé mentale, adressée à tous les ergothérapeutes travaillant en santé mentale.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je souhaite travailler sur les évaluations en santé mentale, et notamment la MCRO et l'ELADEB.

La MCRO est une mesure individualisée (conçue par et pour les ergothérapeutes) pour déceler les changements qui se produisent et tels que perçus par les individus eux-mêmes concernant leurs difficultés en matière de rendement occupationnel. Conçue comme une mesure des résultats, elle est basée sur une entrevue semi-structurée et une méthode de cotation structurée.

L'ELADEB est une échelle de mesure subjective des difficultés et du besoin d'aide. Sur la base d'une activité de tri de cartes effectuée par la personne évaluée, il est rapidement possible de dresser son profil de difficultés psychosociales, et de mettre en évidence les domaines dans lesquels elle estime avoir besoin d'une aide supplémentaire par rapport à celle qui existe peut-être déjà.

Connaissez vous la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) ?

- OUI
- NON

Utilisez vous / avez vous déjà utilisé / souhaiteriez vous utiliser la MCRO lors de vos prises en charges ?

- OUI
- NON

Si oui, pourriez vous préciser comment, dans quel cadre, avec quels patients ?

Your answer

Si non, pourquoi ?

Your answer

Connaissez vous l'ELADEB (Échelles Lausannoises d'Auto-Évaluation des Difficultés et des Besoins) ?

- OUI
- NON

Utilisez vous / avez vous déjà utilisé / souhaiteriez vous utiliser l'ELADEB lors de vos prises en charges ?

- OUI
- NON

Si oui, pourriez vous préciser comment, dans quel cadre, avec quels patients ?

Your answer

Si non, pourquoi ?

Your answer

Où exercez-vous ?

- Secteur fermé
- Hôpital de jour
- CATTp
- Other: _____

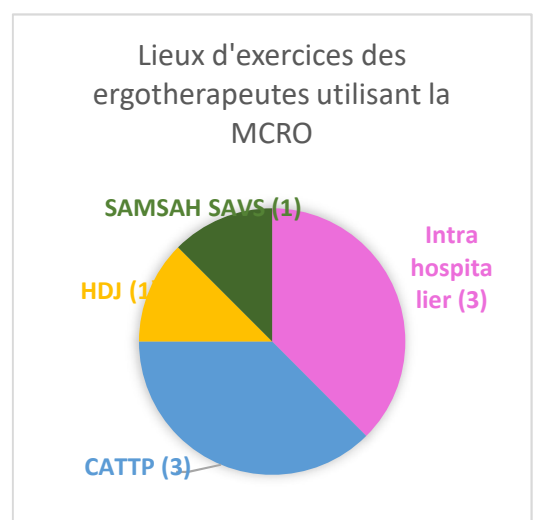
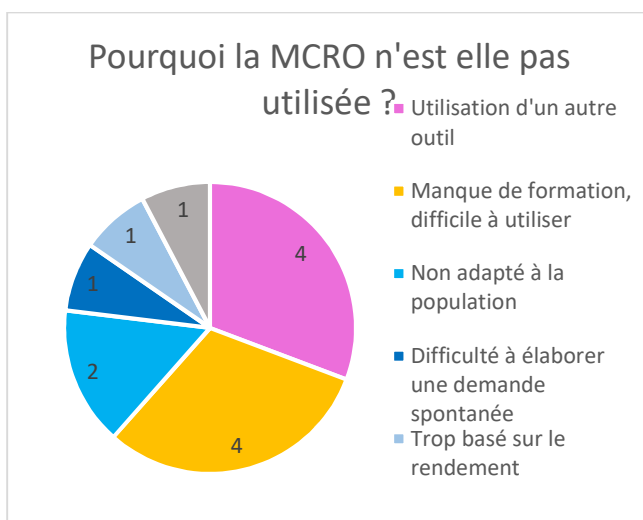
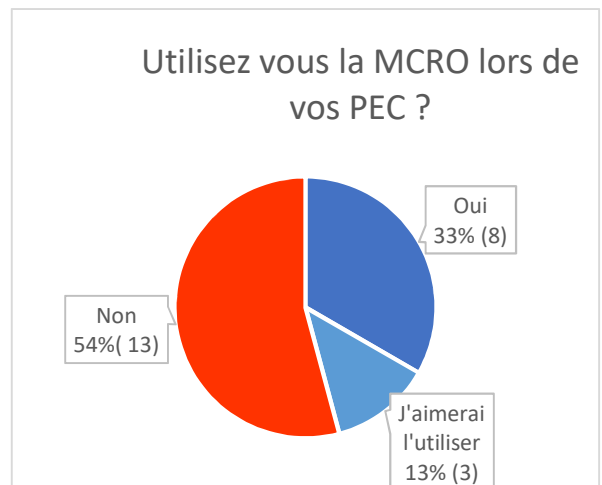
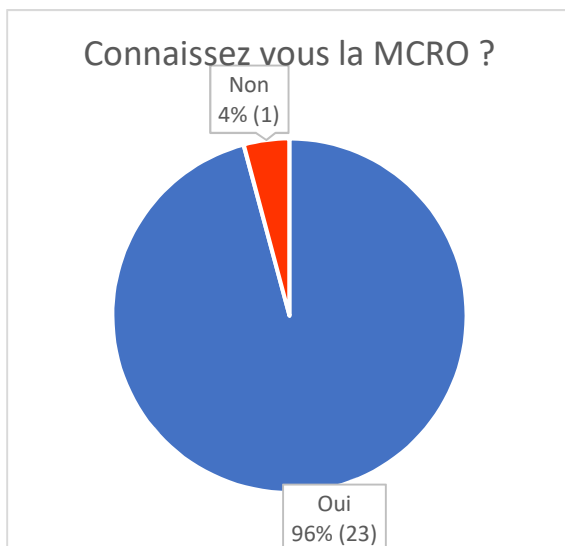
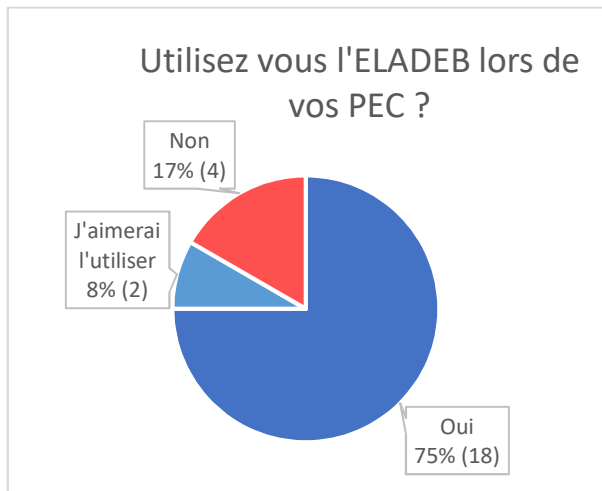
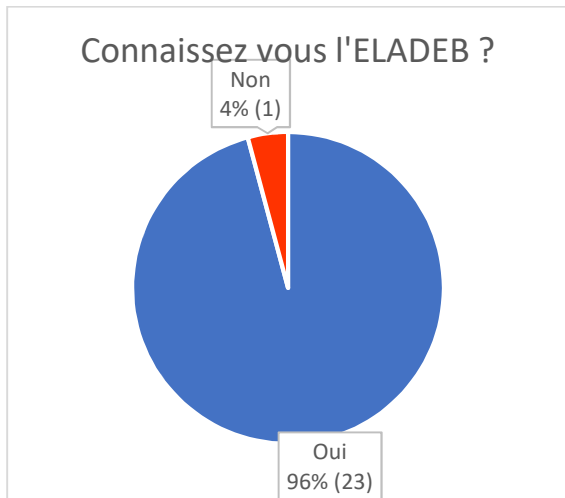
Puis je vous recontacter en cas de besoin pour la suite de ma recherche svp? Si oui, merci de préciser vos coordonnées ci dessous.

Your answer

SUBMIT

Never submit passwords through Google Forms.

Annexe 2 : Quelques résultats du questionnaire de la pré enquête



Annexe 3 : Exemple de MCRO réalisée lors de la pré enquête

COTATION

RENDEMENT (Comment coteriez-vous la façon dont vous accomplissez cette activité actuellement?)
 1 = Incapable d'exécuter l'activité ← 10 = Capable d'exécuter parfaitement l'activité

SATISFACTION Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon dont vous exécutez cette activité actuellement? 1 = Pas satisfait du tout ← 10 = Extrêmement satisfait

1^{er} TEMPS (évaluation initiale) : / / 2^e TEMPS (réévaluation) : / /


Difficultés quant au rendement occupationnel	Imppt	1 ^{er} TEMPS (évaluation initiale)		2 ^e TEMPS (réévaluation)	
		Rendement T ₁	Satisfaction T ₁	Rendement T ₂	Satisfaction T ₂
1. se déplacer		10			
2. manger		5			
3. papers		N/A			
4. dessin		1	6		
5.					
COTE TOTALE		Cote totale Rendement T ₁	Cote totale Satisfaction T ₁	Cote totale Rendement T ₂	Cote totale Satisfaction T ₂
COTE MOYENNE (Total des cotes / nombre de difficultés)		Cote totale rendement T ₁	Cote totale satisfaction T ₁	Cote totale rendement T ₂	Cote totale satisfaction T ₂
CHANGEMENT DANS LA COTATION (T ₂ - T ₁)		Changement dans le rendement		Changement dans la satisfaction	

NOTES SUPPLÉMENTAIRES ET OBSERVATIONS

Évaluation initiale
 - fatigue - au comparé par la note de satisfaction - Aussi

Réévaluation

Handwritten notes:
 - Inclusion de 5 difficultés
 - Total des difficultés

MCRO 

La mesure canadienne du rendement occupationnel

La Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) soutient et contribue à l'excellence d'une pratique ergothérapique centrée sur le client, fondée sur l'occupation. La MCRO est une mesure individualisée élaborée pour détecter les changements perçus par le client dans son rendement occupationnel, au fil du temps. La MCRO a été conçue pour servir de mesure de résultats. Et comme telle, elle doit être administrée au début de la prestation des services afin d'établir les objectifs de l'intervention, puis à nouveau à des intervalles pertinents de façon à déterminer les progrès et les résultats.

La MCRO permet de :

- déterminer les domaines problématiques du rendement occupationnel;
- fournir une échelle de grandeur quant aux priorités du client concernant son rendement occupationnel;
- évaluer le rendement et le sentiment de satisfaction associés aux difficultés identifiées;
- servir d'assise pour déterminer des objectifs ergothérapiques; et
- mesurer les changements perçus par le client quant à son rendement occupationnel durant l'intervention ergothérapique.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLIENT

Nom du client : Mr X

Date de naissance : / /

Évaluation initiale : 22 / 11 / 17 Réévaluation : / /

Nom du thérapeute : / /

MCRO La mesure canadienne du rendement occupationnel

L'administration de la MCRO est constituée de 5 étapes :

- Définition du problème. — identifier la nature des difficultés. L'identification d'une difficulté se définit ainsi : **une occupation qu'une personne VEUT RÉALISER, DOIT RÉALISER ou DEVRAIT RÉALISER mais N'ARRIVE PAS À RÉALISER ou NE RÉALISE PAS À SA PROPRE SATISFACTION.**
- Lorsque les difficultés spécifiques quant au rendement occupationnel ont été cernées, le client doit les coter en fonction de l'IMPORTANTÉ qu'elles revêtent dans sa vie. L'importanté est cotée à partir d'une échelle à dix échelons. La cote 1 = pas important du tout. La cote 10 = extrêmement important.
- Demander au client de choisir jusqu'à cinq difficultés qui lui semblent les plus urgentes à traiter ou les plus importantes selon les cotes attribuées.
- Cotation : du RENDEMENT (comment coteriez-vous la façon dont vous accomplissez cette activité actuellement?) et le sentiment de SATISFACTION (dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon dont vous exécutez cette activité actuellement?)
- Déterminer une date pour la réévaluation.

LES SOINS PERSONNELS

Ils comprennent les occupations qu'une personne réalise afin de se maintenir dans un état lui permettant de fonctionner. Dans la MCRO, nous mesurons trois aspects concernant les soins personnels : l'hygiène, la mobilité fonctionnelle et la vie communautaire.

L'hygiène personnelle

La mobilité fonctionnelle
 - Difficile de venir à pied, appareils pour voitures, motos, sinistres d'accident.
 - Se déplacer de la rue sans avoir peur.

La vie communautaire

L'IMPORTANTÉ

6

Handwritten notes:
 - 22/11/17
 - 4 + 4 activités physo, éducat + expé/occupatelles
 - 24 travail - conseil

LES OCCUPATIONS PRODUCTIVES

Elle inclut les occupations visant à préserver les revenus, à maintenir le foyer et la famille, à rendre service aux autres ou à développer ses habiletés personnelles. La MCRO mesure trois types d'activités productives : le travail rémunéré ou non, la gestion du foyer ainsi que le travail scolaire et le jeu.

L'IMPORTANTÉ

Le travail rémunéré ou non
 - Difficulté papers - coûts de séjour.
 - Réajuster papers pour avoir les aides.
 - Un peu dépendant.

10

La gestion du foyer
 - Aider sa maman p le ph to, un peu + fait ménage, un peu ménage.
 (salaire)

10

Le travail scolaire et le jeu
 - Souffrir de manque d'argent

LES LOISIRS

Ils regroupent les occupations réalisées par une personne lorsqu'elle est libérée de son obligation d'être productive. La MCRO comprend les activités récréatives paisibles, les loisirs actifs et la vie sociale.

Les activités récréatives paisibles
 - Aimer le dessin - m difficile de se concentrer.

7

Les loisirs actifs
 - Jouer cartes, dominos, avec Bête.
 UNO

La vie sociale

COTATION

RENDMENT (Comment coteriez-vous la façon dont vous accomplissez cette activité actuellement?)
 1 = Incapable d'exécuter l'activité ← → 10 = Capable d'exécuter parfaitement l'activité

SATISFACTION Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon dont vous exécutez cette activité actuellement? 1 = Pas satisfait du tout ← → 10 = Extrêmement satisfait

1^{er} TEMPS (évaluation initiale) : ____/____/____ 2^e TEMPS (réévaluation) : ____/____/____

Difficultés quant au rendement occupationnel	Impt	Rendement T ₁		Rendement T ₂	
		Satisfaction T ₁	Satisfaction T ₂	Satisfaction T ₁	Satisfaction T ₂
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
		Cote totale Rendement T ₁	Cote totale Satisfaction T ₁	Cote totale Rendement T ₂	Cote totale Satisfaction T ₂
COTE TOTALE					
		Cote totale Rendement T ₁	Cote totale Satisfaction T ₁	Cote totale Rendement T ₂	Cote totale Satisfaction T ₂
COTE MOYENNE (Total des cotes / nombre de difficultés)					
CHANGEMENT DANS LA COTATION (T₂-T₁)			Changement dans le rendement		

NOTES SUPPLÉMENTAIRES ET OBSERVATIONS

Évaluation initiale
*pas vraiment de motif
difficile de se positionner des années*

Réévaluation

MCRO

La mesure canadienne du rendement occupationnel

La **mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO)** soutient et contribue à l'excellence d'une pratique ergothérapeutique centrée sur le client, fondée sur l'occupation. La MCRO est une mesure individualisée élaborée pour détecter les changements perçus par le client dans son rendement occupationnel, au fil du temps. La MCRO a été conçue pour servir de mesure de résultats. Et comme telle, elle doit être administrée au début de la prestation des services afin d'établir les objectifs de l'intervention, puis à nouveau à des intervalles pertinents de façon à déterminer les progrès et les résultats.

La MCRO permet de :

- déterminer les domaines problématiques du rendement occupationnel;
- fournir une échelle de grandeur quant aux priorités du client concernant son rendement occupationnel;
- évaluer le rendement et le sentiment de satisfaction associés aux difficultés identifiées;
- servir d'assise pour déterminer des objectifs ergothérapeutiques; et
- mesurer les changements perçus par le client quant à son rendement occupationnel durant l'intervention ergothérapeutique.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLIENT

Nom du client : Mr Y

Date de naissance de : _____

Évaluation initiale : 3/11/17 Réévaluation : _____

Nom du thérapeute : Christelle + Pierre

MCRO
La mesure canadienne du rendement occupationnel

L'administration de la MCRO est constituée de 5 étapes :

- Définition du problème — identifier la nature des difficultés. L'identification d'une difficulté se définit ainsi : **une occupation qu'une personne VEUT RÉALISER, DOIT RÉALISER ou DEBRAIT RÉALISER mais N'ARRIVE PAS À RÉALISER ou NE RÉALISE PAS À SA PROPRE SATISFACTION.**
- Lorsque les difficultés spécifiques quant au rendement occupationnel ont été cernées, le client doit les coter en fonction de l'IMPORTANCE qu'elles revêtent dans sa vie. L'importance est cotée à partir d'une échelle à dix échelons. La cote 1 = pas important du tout. La cote 10 = extrêmement important.
- Demander au client de choisir jusqu'à cinq difficultés qui lui semblent les plus urgentes à traiter ou les plus importantes selon les cotes attribuées.
- Cotation : du RENDMENT (comment coteriez-vous la façon dont vous accomplissez cette activité actuellement?) et le sentiment de SATISFACTION (dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon dont vous exécutez cette activité actuellement?)
- Déterminer une date pour la réévaluation.

*genre par les voir
→ à l'help
présentait un ds
l'activité
présentait pas.*

LES SOINS PERSONNELS

Ils comprennent les occupations qu'une personne réalise afin de se maintenir dans un état lui permettant de fonctionner. Dans la MCRO, nous mesurons trois aspects concernant les soins personnels : l'hygiène, la mobilité fonctionnelle et la vie communautaire.

L'hygiène personnelle L'IMPORTANCE

RAS

La mobilité fonctionnelle

La vie communautaire = relations
*Relation = difficile de parler des choses de sa tête, de
ses mains, j'ou parle pas -
- à 300 m de la route, entre en relation*

LA PRODUCTIVITÉ

Elle inclut les occupations visant à préserver les revenus, à maintenir le foyer et la famille, à rendre service aux autres ou à développer ses habiletés personnelles. La MCRO mesure trois types d'activités productives : le travail rémunéré ou non, la gestion du foyer ainsi que le travail scolaire et le jeu.

Le travail rémunéré ou non L'IMPORTANCE

La gestion du foyer
*ceux-ci
peut
nécessaire*

Le travail scolaire et le jeu
supérieur les études

LES LOISIRS

Ils regroupent les occupations réalisées par une personne lorsqu'elle est libérée de son obligation d'être productive. La MCRO comprend les activités récréatives paisibles, les loisirs actifs et la vie sociale.

Les activités récréatives paisibles L'IMPORTANCE

*film
relaxant*

Les loisirs actifs

*demer, bridge, à manger avec.
booker / fait plaisir -
insat au spot m'a n'y va pas. énergique*

La vie sociale

Le formulaire de la MCRO est protégé par des droits d'auteurs.

COTATION

RENDEMENT (Comment coteriez-vous la façon dont vous accomplissez cette activité actuellement?)
 1 = Incapable d'exécuter l'activité → 10 = Capable d'exécuter parfaitement l'activité

SATISFACTION Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon dont vous exécutez cette activité actuellement? 1 = Pas satisfait du tout → 10 = Extrêmement satisfait

1^{er} TEMPS (évaluation initiale) : _____ 2^e TEMPS (réévaluation) : _____

Difficultés quant au rendement occupationnel	Imppt	Rendement		Satisfaction	
		T ₁	T ₂	T ₁	T ₂
1. Dessin		7		7	
2. Pâte		7		6	
3. Fatigue de la main		1		1	
4.					
5.					
		Cote totale Rendement T ₁	Cote totale Rendement T ₂	Cote totale Satisfaction T ₁	Cote totale Satisfaction T ₂
COTE TOTALE					
		Cote totale rendement T ₁	Cote totale rendement T ₂	Cote totale satisfaction T ₁	Cote totale satisfaction T ₂
COTE MOYENNE (Total des cotes / nombre de difficultés)					
CHANGEMENT DANS LA COTATION (T ₂ - T ₁)					

NOTES SUPPLÉMENTAIRES ET OBSERVATIONS

Évaluation initiale
fatigue causée de l'activité - affecté de former le caractère

Réévaluation

MCRO

La mesure canadienne du rendement occupationnel

La **Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO)** soutient et contribue à l'excellence d'une pratique ergothérapeutique centrée sur le client, fondée sur l'occupation. La MCRO est une mesure individualisée élaborée pour déceler les changements perçus par le client dans son rendement occupationnel, au fil du temps. La MCRO a été conçue pour servir de mesure de résultats. Et comme telle, elle doit être administrée au début de la prestation des services afin d'établir les objectifs de l'intervention, puis à nouveau à des intervalles pertinents de façon à déterminer les progrès et les résultats.

- La MCRO permet de :**
- déterminer les domaines problématiques du rendement occupationnel;
 - fournir une échelle de grandeur quant aux priorités du client concernant son rendement occupationnel;
 - évaluer le rendement et le sentiment de satisfaction associés aux difficultés identifiées;
 - servir d'assise pour déterminer des objectifs ergothérapeutiques; et
 - mesurer les changements perçus par le client quant à son rendement occupationnel durant l'intervention ergothérapeutique.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLIENT

Nom du client : **Mme Z**

Date de naissance du : _____

Évaluation initiale : **30/11/17** Réévaluation : _____

Nom du thérapeute : **Christelle + Plouffe**

MCRO

La mesure canadienne du rendement occupationnel

avant - sans / dans de la place -

10/5 sans le caractère de la journal -

caractère des date "10/5"

L'administration de la MCRO est constituée de 5 étapes :

- Définition du problème — Identifier la nature des difficultés. L'identification d'une difficulté se définit ainsi : **une occupation qu'une personne VEUT RÉALISER, DOIT RÉALISER ou DEVRAIT RÉALISER mais N'ARRIVE PAS À RÉALISER ou NE RÉALISE PAS À SA PROPRE SATISFACTION.**
- Lorsque les difficultés spécifiques quant au rendement occupationnel ont été cernées, le client doit les coter en fonction de l'IMPORTANCE qu'elles revêtent dans sa vie. L'importance est cotée à partir d'une échelle à dix échelons. La cote 1 = pas important du tout La cote 10 = extrêmement important.
- Demander au client de choisir jusqu'à cinq difficultés qui lui semblent les plus urgentes à traiter ou les plus importantes selon les cotes attribuées.
- Cotation : du RENDEMENT (comment coteriez-vous la façon dont vous accomplissez cette activité actuellement?) et le sentiment de SATISFACTION (dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon dont vous exécutez cette activité actuellement?)
- Déterminer une date pour la réévaluation.

LES SOINS PERSONNELS

Ils comprennent les occupations qu'une personne réalise afin de se maintenir dans un état lui permettant de fonctionner. Dans la MCRO nous mesurons trois aspects concernant les soins personnels : l'hygiène, la mobilité fonctionnelle et la vie communautaire.

L'hygiène personnelle

La mobilité fonctionnelle
fatigue qui gêne - mtl & nativ personnel - nativ, w doc, A/B
aut sp, sut -> se faire c. de l'us.

La vie communautaire

PRODUCTIVITÉ

Elle inclut les occupations visant à la préserver les revenus, à maintenir le foyer et la famille, à rendre service aux autres ou à développer ses habiletés personnelles. La MCRO mesure trois types d'activités productives : le travail rémunéré ou non, la gestion du foyer ainsi que le travail scolaire et le jeu.

Le travail rémunéré ou non

La gestion du foyer
fatigue ménage - ménage - ménage

Le travail scolaire et le jeu

LES LOISIRS

Ils regroupent les occupations réalisées par une personne lorsqu'elle est libérée de son obligation d'être productive. La MCRO comprend les activités récréatives possibles, les loisirs actifs et la vie sociale.

Les activités récréatives possibles
pat, w de -

Les loisirs actifs
pat de femme après - après le jeu - p & faire -
jeu de domo - soude
lecture - les 1 p +

La vie sociale
par TV, c. de l' -

R7/

© Mary Law, Sue Baudin, Anne Carwell, Mary Ann McNeil, Barbara Robinson, Nancy Johnson, 1994

Le formulaire de la MCRO est protégé par des droits d'auteur

Notes suite à la passation de la MCRO pour Mme Z

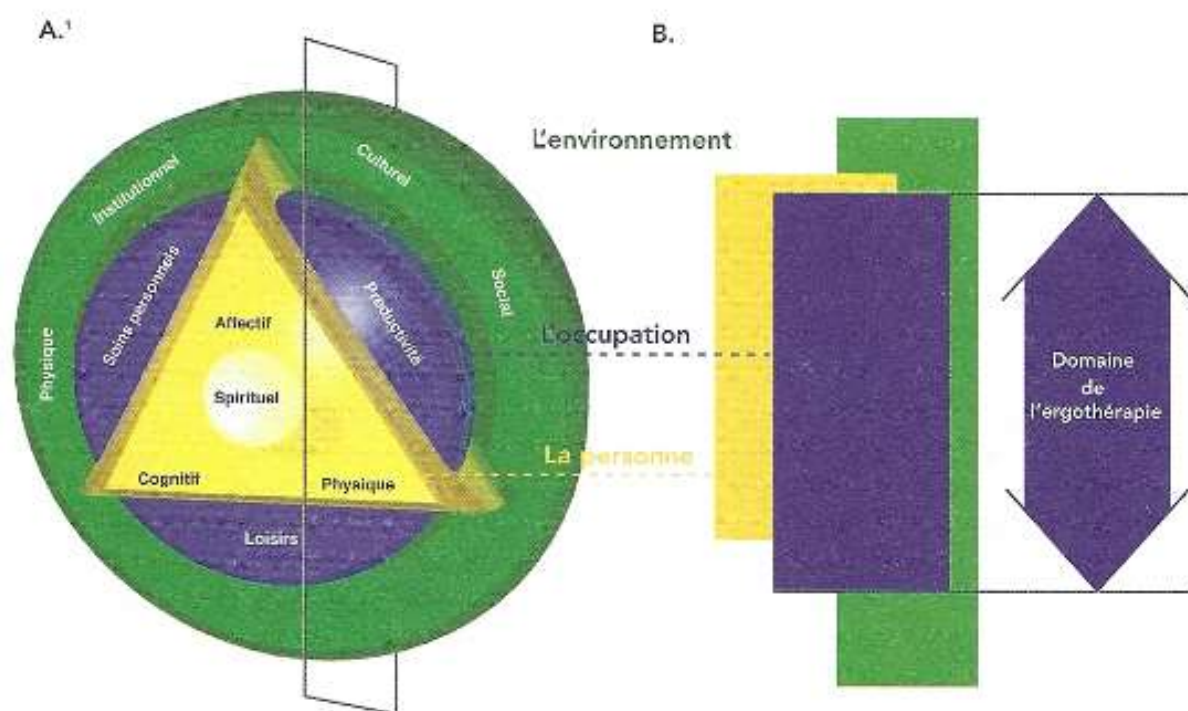
Suite à ma demande, elle nous retrace un peu son parcours : à l'hôpital depuis 5 ans, 4 hospi en 2015 phase très difficile, depuis va mieux qu'une crainte : ne pas retomber
Suivi psychiatre depuis très très longtemps, première hospi à 17 ans, puis 5 ans stables et ensuite alternance de hauts et bas. Elle nous dit que son psychiatre ne sait pas dire si elle est schizophrène ou maniaque dépressive.
A travaillé comme femme de ménage jusqu'à 2015, puis arrêt longue maladie par le psychiatre car se passait de mois en moins bien.
Contente de venir à l'hôpital, cela structure ses journées et sa semaine, évite qu'elle se lève à midi, lui donne un but
Journee type : reveil à 8h pour venir à l'hôpital, activité le matin (chant, equithérapie, faites vos, ne va pas aux jeux car ne l'intéresse pas, sortie ciné quand film ok), ensuite elle déjeune la puis rentre chez elle pour la sieste. Elle se force à se lever à 15h, puis sort voir sa mère, ses copines ou faire du shopping. Elle ne regarde pas trop la tv.
Elle vit dans un appartement en colocation avec une jeune fille de 25 ans qui vit dans le salon (connaissance dont la mère a quitté paris), ça se passe bien. la colocation se passe bien, elles partagent l'appartement mais chacune se gère indépendamment pour ménage, courses, repas... Cela fait 2 ans et Mme M est contente, comme ça elle n'est pas seule.
Comme difficultés elle a mentionné la fatigue : elle est fatiguée souvent dans la journée, souvent au moment de se lever, après la prise de médicaments le matin, après le déjeuner. Pas lorsqu'elle fait des activités. Elle trouve qu'elle dort beaucoup, et se force à ne pas dormir plus.
Elle dit qu'elle aimerait redessiner, mais n'a pas particulièrement envie en ce moment, parle ensuite d'un modèle de femme africain qu'elle pourrait amener à son retour en janvier pour le dessiner.
Dit aussi qu'elle aimerait lire plus, n'a pas lu depuis juillet, mais a prévu plein de livres pour ces vacances car elle sera dans un trou perdu. Aimerait partir en voyage en polynésie
l'équilibre actuel semble fonctionner
Consciente de pas mal de choses, sa maladie, la peur de retomber, la fatigue qui la gêne, l'effet des médicaments,
On a pas discuté des relations, elle a parlé de sa mère et de ses copines, je n'ai pas eu l'occasion de rebondir dessus, car parti sur autre chose ensuite.
Pas posé la question du projet de vie non plus
Conclusion : échange assez fluide, Mme M semble assez consciente de sa maladie, verbalise ce qui pose problème une fois identifié. Bonne orientation dans le temps, chronologie. Humeur calme, affect congruant, arrive à exprimer ses pensées, a donné son avis.

Reflexions et commentaires :

Pour Mme M j'aurai dû plus accentuer sur les problèmes et pas ce qu'elle aimerait, car elle n'en a dit qu'un au final.
Assez vite, la discussion part sur les activités loisirs ou manuelles, est ce car ils sont influencés par nous et ce qu'ils font en ergothérapie ? est ce parce que les autres domaines ils ne les considèrent pas comme important (ex hygiène personnelle ils ont tous des difficultés, mais ne s'en rendent pas compte, ce n'est pas un problème pour eux).
Essai de cotation rendement et satisfaction : difficile pour moi de formuler la question, pour le patient de comprendre, et ensuite de répondre. Nuance entre rendement et satisfaction pas nette, redondance, difficulté de ma part à bien expliquer la différence entre les deux. A quel point je suis influencée ??
Ce qui est sûr : outil difficile à appréhender, difficile d'identifier les difficultés, et de les formuler en fonction du rendement occupationnel
Difficile ensuite de formuler la phrase pour expliquer la cotation, car fait référence soit pas à une activité, soit à une activité qui n'est pas réalisée

Annexe 4 : Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

Figure 1.3 Le MCRO-P¹ : Spécifier notre principal domaine



A¹ : Désigné sous le nom de MCRO dans *Promouvoir l'occupation* (1997, 2002) et MCRO-P depuis cette édition.

B : Vue de profil

E.A. Townsend, H.J. Polatajko, et J. Craik (2008). *Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P)*, dans *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*, E.A. Townsend, H.J. Polatajko, p.27 Ottawa, ON : Publications ACE.

Annexe 5 : Guide de passation détaillé

Passation de la MCRO avec les cartes de l'ELADEB comme support d'entretien

Tout d'abord, je vous remercie de bien vouloir participer à la réalisation de cette enquête.

Objectif

L'objectif de cette expérimentation est de déterminer si l'utilisation des cartes de l'ELADEB comme support d'entretien permet de faciliter l'emploi de la MCRO auprès de patients schizophrènes et de les aider à identifier leurs difficultés.

Rappel MCRO

Pour rappel, ci-dessous les différentes étapes de la passation de la MCRO :

- 1 Identifier des difficultés
- 2 Etablir une échelle de grandeur mesurant l'importance d'une difficulté
- 3 et 4 Attribuer et compiler les cotations du rendement et de la satisfaction
- 5 Réévaluer

Cette expérimentation se situe au niveau de l'étape 1 : identification des difficultés.

Le reste de l'entretien se passera donc comme vous le faites habituellement (mode de présentation au patient, lieu de passation, réalisation des cotations - ou non, durée...).

Rappel ELADEB

Les cartes de l'ELADEB sont classées en 18 domaines de vie, regroupées en 3 catégories, telles que présentées dans le tableau ci-dessous.

Pragmatique du quotidien	Vie relationnelle et réseau social	Sphère de la santé
1. lieu de vie	9. famille	13. alimentation
2. finances	10. enfants	14. hygiène personnelle
3. travail	11. relations sentimentales	15. état physique
4. temps libre	12. connaissances et amitiés	16. état psychique
5. tâches administratives		17. addiction
6. entretien du ménage		18. traitement
7. déplacements		
8. fréquentation des lieux publics		

Tableau 1. Listes des domaines de vie considérés par ELADEB

Passation de la MCRO « modifiée »

Présentez la MCRO comme vous le faites habituellement avec vos patients.

Quand vous commencez l'entretien pour identifier les difficultés, posez d'abord les questions proposées dans la MCRO :

« Y a-t-il des activités que vous souhaitez réaliser mais que vous n'arrivez pas à réaliser/à faire ? »

« Y a-t-il des activités que vous devez/voulez faire qui sont un peu compliquées à réaliser ? »

« Y a-t-il des activités que vous n'arrivez pas à faire comme vous le souhaiteriez ? qui sont un peu compliquées à réaliser ? »

Si le patient ne sait pas ou une fois que le patient a dit ce qui lui venait spontanément, lui présenter les cartes et lui demander de les trier :

« Afin de vous aider à identifier les activités qui peuvent poser des difficultés, je vous propose d'utiliser des cartes. Voici une série de cartes représentant plusieurs domaines de vie. Pourriez-vous les trier en 2 tas « difficulté » et « pas de difficulté »

En même temps poser les cartes « difficultés » et « pas de difficulté » sur la table devant le patient et lui donner les cartes des domaines de vie.

Une fois le tri effectué, de la même façon, demander au patient de faire un 2^{ème} tri en fonction des cartes « besoin d'aide supplémentaire » « pas besoin d'aide supplémentaire ».

A la fin de chacun des tris, noter les cartes ayant été classées dans « difficultés » et « besoin d'aide supplémentaire » sur la feuille ci jointe.

Ensuite sous forme de discussion, reprendre, une à une, les cartes classées dans « difficulté » et « besoin d'aide supplémentaire » et demander au patient de préciser.

« Je vous propose de reprendre les cartes que vous avez classées dans « difficulté » et « besoin d'aide » pour voir ensemble plus précisément de quoi il s'agit. Par exemple « fréquentation des lieux publics » pourriez-vous me préciser un peu ce que vous aviez en tête ? qu'est ce qui vous pose problème ? quelles difficultés rencontrez-vous ? »

S'il ne sait pas, voici quelques phrases qui peuvent aider :

« A quoi vous a fait penser la carte quand vous l'avez vue ? »

« Qu'est-ce qui vous vient à l'esprit quand vous voyez la carte ? »

Pour la suite de l'entretien, utilisez la feuille MCRO ou votre façon habituelle de noter les difficultés identifiées avec le patient. Et réaliser la suite de votre entretien (cotations, ...) comme habituellement.

A la fin, pouvez-vous demander au patient ce qu'il a pensé du fait d'utiliser les cartes, si ça l'a aidé ou non ? S'il a trouvé ça contraignant, facile ou non, etc...

Remarques :

Lors du tri, il est possible que le patient hésite sur une carte, ou qu'il pose une question dessus. Dans ce cas, notez de quelle carte il s'agit. S'il ne la classe pas dans les difficultés, essayer de revenir dessus quand même si possible.

N'insistez pas si le patient ne sait pas, ne peut pas ou ne veut pas répondre. Vous pouvez noter ou le garder en tête pour plus tard, cela pourra peut-être être repris dans la suite de la prise en soin.

Les cartes sont à prendre comme support d'entretien et ne doivent pas être limitantes ou restrictives. Elles sont des moyens/médiateurs pour communiquer avec le patient et ainsi permettre l'identification des difficultés.

Suivant le temps dont vous disposez vous n'êtes obligé de reprendre toutes les cartes avec le patient, vous pouvez décider de reprendre uniquement les cartes ayant été classées dans les 2 tris par exemple, ou celles qui vous paraissent les plus pertinentes pour le patient. Libre à vous.

Pour vous aider à appréhender cette nouvelle façon d'utiliser la MCRO, vous trouverez ci-joint une feuille A4 guide, que vous pouvez remplir pendant l'entretien si besoin.

Afin de faciliter l'entretien téléphonique qui suivra la phase d'expérimentation, vous trouverez ci-après les questions que je vous poserai / les thèmes qui seront abordés.

Thèmes abordés pendant l'entretien post expérimentation

Concernant l'utilisation des cartes ELADEB comme support d'entretien :

- **Réaction du patient**
Comment le patient a-t-il réagit après les premières questions ? A-t-il répondu spontanément ? Comment -t-il accueilli les cartes ?
- **Tri de cartes**
Le patient a-t-il réussi à faire le tri facilement ou était ce compliqué ? A-t-il eu des hésitations ? si oui avez réussi à identifier pourquoi dans la discussion ? Avez-vous pu reprendre chacune des cartes identifiées comme difficulté ou besoin d'aide ? Si non, pourquoi ? et comment avez-vous sélectionné les cartes reprises dans la discussion et celles qui ne l'ont pas été ?
- **Intérêt pour le patient**
Pensez-vous que cela aide le patient ? si oui en quoi ? si non pourquoi ? quel avis vous a-t-il donné en fin d'entretien ?
- **Intérêt pour l'ergothérapeute**
Qu'avez-vous pensé de cette façon d'identifier les difficultés ? Est-ce que cela vous a apporter quelque chose par rapport à votre façon d'utiliser la MCRO ? Si oui, pourquoi ? Auriez-vous envie de continuer à l'utiliser par la suite ? si non pourquoi ?

Concernant l'utilisation de la MCRO en elle-même :

- **Passation MCRO**
Réalisez-vous les cotations avec vos patients ? quelles difficultés rencontrez-vous ? comment y remédiez-vous ?
- **Bénéfices / valeur ajoutée**
Quels bénéfices tirez-vous de l'utilisation de la MCRO dans votre pratique ? La MCRO vous permet-elle d'adapter votre plan d'intervention, d'aider à définir votre plan d'intervention ?
- **Interprofessionnalité**
La MCRO permet-elle des échanges avec les autres professionnels ? facilite-t-elle les échanges ?

Annexe 6 : Guide de passation – feuille simplifiée

Passation MCRO avec cartes ELADEV

Questions initiales

« Y a-t-il des activités que vous souhaitez réaliser mais que vous n'arrivez pas à réaliser/à faire ? »

« Y a-t-il des activités que vous devez/voulez faire qui sont un peu compliquées à réaliser ? »

« Y a-t-il des activités que vous n'arrivez pas à faire comme vous le souhaiteriez ? qui sont un peu compliquées à réaliser ? »

Tri de cartes

« Afin de vous aider à identifier les activités qui peuvent poser des difficultés, je vous propose d'utiliser des cartes. Voici une série de cartes représentant plusieurs domaines de vie.

Pourriez-vous les trier en 2 tas « difficulté » et « pas de difficulté »

Puis reprendre les 18 cartes « Pouvez-vous recommander en triant en 2 tas « besoin d'aide supplémentaire / pas besoin d'aide supplémentaire »

Domaines de vie	D	BA	Commentaires / Hésitations
Lieu de vie			
Finances			
Travail			
Temps libre			
Tâches administratives			
Entretien du ménage			
Déplacements			
Fréquentation des lieux publics			
Famille			
Enfants			
Relations sentimentales			
Connaissances et amitiés			
Alimentation			
Hygiène personnelle			
Etat physique			
Etat psychique			
Addiction			
Traitement			

Discussion

« Je vous propose de reprendre les cartes que vous avez classées dans « difficulté » et « besoin d'aide » pour voir ensemble plus précisément de quoi il s'agit. Par exemple « fréquentation des lieux publics » pourriez-vous me préciser un peu ce que vous aviez en tête ? qu'est ce qui vous pose problème ? quelles difficultés rencontrez-vous ? »

« A quoi vous a fait penser la carte quand vous l'avez vue ? »

« Qu'est-ce qui vous vient à l'esprit quand vous voyez la carte ? »

Suite de l'entretien comme vous en avez l'habitude (rédaction des difficultés, cotations, ...)

A la fin : avis patient

« Qu'avez-vous pensé de cet entretien ? » « de l'utilisation des cartes ? »

« Est ce que le tri de cartes vous a paru facile / difficile ? » « Etait-ce contraignant ? »

Guide d'entretien

Pouvez-vous en quelques mots vous présenter svp ?

Quel est votre parcours ? Dans quelle structure vous travaillez aujourd'hui ... ?

Concernant la MCRO « classique »

Aujourd'hui vous l'utilisez lors de vos prises en charges, pourriez-vous m'en dire un peu plus ?

- De quelle façon utilisez vous la MCRO ?
A quel moment de la prise en charge ? Avec tous les patients ? Depuis combien de temps l'utilisez-vous ?
- Effectuez vous la passation dans sa totalité ?
Vos patients ont-ils des difficultés à identifier ce qui leur pose problème ? Comment y remédiez-vous ? Utilisez-vous des outils comme la journée type pour identifier les difficultés des patients ? Réalisez-vous les cotations avec vos patients ? Faites-vous la réévaluation ?
- Quelles sont selon vous les limites de la MCRO ?
Quelles difficultés rencontrez-vous ? Comment y remédiez-vous ?
- Pourquoi utilisez vous la MCRO ? Quels sont vos objectifs ?
Quels bénéfices tirez-vous de l'utilisation de la MCRO dans votre pratique ? La MCRO vous permet-elle d'adapter votre plan d'intervention, d'aider à définir votre plan d'intervention ?
- Interprofessionnalité
La MCRO permet-elle des échanges avec les autres professionnels ? facilite-t-elle les échanges ?

Concernant l' EXPERIMENTATION

Dans le cas où l'expérimentation n'a pas été réalisée :

- Que pensez-vous de cette proposition ?
Pensez-vous que les cartes seront bien accueillies par les patients ? que pensez-vous des catégories ?
- A votre avis, qu'est-ce que cela pourrait vous apporter d'utiliser les cartes de l'ELADEB ? Et à votre patient ?
Pensez vous que ca peut faciliter la discussion entre vous ? être un support d'entretien ?
- Quelles limites voyez-vous à cette expérimentation ?
Qu'est ce qui pourrait poser problème ? Pensez-vous que cela soit utile ?
- Si vous aviez le temps, aimeriez-vous l'expérimenter ?
Si oui ou non, pourquoi ?

Dans le cas où l'expérimentation a été réalisée :

- Quelle a été la réaction du patient en début d'entretien lorsque vous présentez les cartes ?
Comment le patient a-t-il réagit après les premières questions ? A-t-il répondu spontanément ? Comment -t-il accueilli les cartes ?
- Comment s'est passé le tri de cartes pour le patient ?
Le patient a-t-il réussi à faire le tri facilement ou était ce compliqué ? A-t-il eu des hésitations ? si oui avez réussi à identifier pourquoi dans la discussion ?

Avez-vous pu reprendre chacune des cartes identifiées comme difficulté ou besoin d'aide ? Si non, pourquoi ? et comment avez-vous sélectionné les cartes reprises dans la discussion et celles qui ne l'ont pas été ?

- **Pensez-vous qu'utiliser les cartes de l'ELDAEB puisse avoir un intérêt pour le patient ?**
Pensez-vous que cela aide le patient ? si oui en quoi ? si non pourquoi ? quel avis vous a-t-il donné en fin d'entretien ?

- **Et pour vous, ergothérapeute ?**
Qu'avez-vous pensé de cette façon d'identifier les difficultés ? Est-ce que cela vous a apporter quelque chose par rapport à votre façon d'utiliser la MCRO ? Si oui, pourquoi ? Auriez-vous envie de continuer à l'utiliser par la suite ? si non pourquoi ?

Concernant l'Eladeb :

Vous arrive t il d'utiliser l'ELADEB ?

Si oui, quelle différence faites vous entre les deux outils ? et pourquoi utilisez vous la MCRO plutôt que l'ELADEB (ou l'inverse) ?

Pouvez-vous vous présenter, vous et la structure dans laquelle vous travaillez ?

Je travaille en intra sur le secteur de ____ c'est un hôpital qui est privé, j'y suis depuis 1 an et 4 mois, diplômé depuis a peine plus. C'est mon premier vrai poste on va dire, car je suis diplômé depuis 2016. Voilà. Donc il y a 4 services : 3 d'entrée et 1 au long cours, pour ceux qui sont en attente de FAM de MAS, d'un lieu de vie. Normalement, je suis plus rattaché à ce dernier service mais je suis quand même pas mal partagé finalement entre les 4. C'est des groupes semi ouverts, où euh.. il y en a un jeux de société ou sinon plusieurs activités manuelles et créatives en gros. Car en même temps je suis obligé de faire des trucs un peu larges pour qu'il y ait le plus le monde. Du coup c'est semi ouverts car beaucoup de rotation donc c'est compliqué de faire groupes fermés, même si là j'ai le projet d'en faire. Donc voilà. Pour la population c'est beaucoup de schizophrénie, bipolarité, pas mal de dépression, c'est très hétérogène.

Vous me parlez de prises en charge en groupe, avez-vous aussi des prises en charge individuelles ?

Du coup oui pardon, j'en fait aussi mais par contre j'ai pu mettre, oui car c'est une création de poste. J'ai pu mettre peu de prises en charge individuelles. J'ai pu mettre que 3 créneaux pour des PEC individuelles, pour les patients trop en difficultés dans un groupe, ou trop limités et du coup qui sont en échec en fait dans le groupe. Et aussi une dernière indication : les patients un peu trop hors cadre avec qui j'essaie d'amorcer bcp de travail sur le cadre, et du coup sur un groupe ce ne serait pas gérable. Donc voilà, je fais aussi des prises en charge individuelles.

Aujourd'hui dans votre pratique, la MCRO vous l'utilisez comment ? Avec tous les patients ?

Du coup j'étais plus sur l'ELADEB pendant longtemps au début de ma pratique, de ma courte pratique. Quand je me suis mis à utiliser la MCRO c'était avec des patients qui avaient une bonne conscience de... de leurs difficultés au moins, après c'est très arbitraire.

En début de carrière, on fait plein de tests, on se questionne, du coup j'ai essayé de trouver des patients qui, pour moi, étaient pas trop dans la maladie, dans le déni. Avec n'importe quelle pathologie, mais plutôt stabilisée. Voilà c'est la meilleure réponse que je peux vous donner. Après je pense que y a pas franchement de contre-indication à la MCRO. Après moi j'étais beaucoup plus sur l'ELADEB, avec les cartes, donc pour les cas un peu plus lourd entre guillemet. Mais parce que moi j'étais plus sur l'ELADEB, mais je pense que ce sera pas la réponse de tous les ergos.

Depuis combien de temps utilisez-vous la MCRO ?

Ca fait euh je sais pas ca fait peut être 6 mois que je me suis à la MCRO, je l'ai pas bcp beaucoup fait. En fait je l'avais bien bosser en cours, et voilà, j'ai pas eu spécialement de difficultés, j'ai bien saisi direct. Je sais pas, j'ai peut-être eu entre 5 et 10 passations quoi. Mais je fais pas les cotations, je vois pas l'intérêt. Faudrait peut être que je m'y intéresse et que je creuse mais je suis pas sûr que ce soit hyper pertinent.

Pouvez-vous me dire comment vous présentez la MCRO au patient ? et comment se passe le déroulement ?

Pour vous introduire plus le contexte, je vais présenter ma 2^e structure rapidement. C'est donc un hôpital de jour à médiation cognitive, une orientation réhabilitation psychosociale, tout ça tout ça. La quand un patient arrive, qu'il a passé le 1^{er} rendez-vous avec le docteur et qu'il est accepté, il y a une évaluation avec toute l'équipe. Ensuite on fait une synthèse et on lui dit : voilà nous dans l'équipe on a vu ça ça ça, on vous propose ça ça ça, est ce que vous êtes d'accord est ce que vous signez le contrat.

Et du coup en fait, les rendez-vous avec eux, ils viennent pour l'évaluation et donc c'est surtout à l'hôpital de jour que j'ai proposé des MCRO. Ils arrivent pour l'évaluation ergo, ils étaient déjà un peu rodés donc l'introduction était rapide, et je mets l'accent dans ma présentation sur l'auto-évaluation, que c'est avant tout eux qui s'évaluent, parfois je dis aussi que c'est aussi pour eux quoi, ce sur quoi on va faire le point, ce sur quoi on va travailler, sur quoi ils peuvent s'appuyer. Voilà un peu comment je leur présente. Je leur explique comment ça se passe, et qu'on va essayer de les classer et de noter un peu leur importance. Voilà. La, je fais quelque chose d'assez bref, et je dis vous inquiétez pas ca va bien se passer. Et on y va.

Est ce qu'il vous est arrivé d'avoir des patients qui vous disent « rien » ou « je n'ai pas de difficultés » quand vous débutez l'entretien ?

Euh... je pense... Après à l'HDJ ils ont déjà souvent eu avant moi d'autres évaluations, donc ils arrivent un peu rodés. Ils ont déjà parlé de leurs projets, de leurs problèmes et difficultés, pourquoi ils viennent là, qu'est ce qu'ils en attendent. c'est élaboré, du coup ils ont toujours quelques chose. En fait ca a pas du arriver je pense, j'ai pas vraiment eu le problème.

Avez-vous déjà utilisé la description d'une journée type pour aider à identifier des difficultés, ou autre chose ?

Non, pas forcément non.

Est-ce que vous faites coter l'importance ?

Ouais. C'est un peu l'équivalent du problème « très important, important, peu important » [NDLR : de l'ELADEB], mais en beaucoup mieux pour moi. La cotation de 1 à 10 je trouve que c'est plus parlant, et... donc oui j'utilise vraiment ce qu'il y a sur les feuilles.

Est-ce que vous cotez la satisfaction et le rendement aussi ?

Oui ça aussi. Donc le rendement pour moi c'est euh... ben voilà ça fait précisément partie des choses pour quoi j'essaie de revenir à la MCRO malgré que j'ai bien commencé avec l'ELADEB. Le rendement bon ben vous verrez, sur le premier que j'ai fait passer le patient est dans un déni hyper important et du coup ben ca aide à souligner ca en fait. Ca aide a ...comment dire, dans ce système de santé ou on a toujours besoin de chiffres ou de choses comme ca, d'évaluations, la t'arrives à avoir des chiffres. Par exemple avoir un appartement, c'est un patient que je connais très bien, je sais très bien qu'il est en difficultés sur beaucoup de choses, que c'est pas impossible qu'il le retrouve pas son apart autonome. Et la je passe sur la satisfaction, non sur le rendement et du coup le rendement il est à 8 et du coup c'est des choses très ...

Pardon, c'est des choses très ?

C'est des choses très parlantes.

Interruption suite à coupure de téléphone

Désolée, nous avons été coupés. Bon alors...

Oui donc j'étais en train de dire que ce qui était génial dans la MCRO c'est que pour moi c'est auprès de tout le monde, y a aucune euh... ça peut marcher dans tous les domaines quoi.

Du coup vous l'utilisez à l'HDJ, mais pas en intra c'est ça ?

J'ai plus le souvenir, j'ai peut-être tenté une fois ou deux en intra, mais c'est pas sûr, c'est possible, je sais plus.

J'avais commencé pendant un temps à le faire en systématique à l'HDJ et j'en ai fait un peu moins de 10 car en fait à l'HDJ, on galère pas mal à le remplir. Des nouveaux arrivants y en a pas tant que ça. Depuis un temps je fais la MCRO en systématique à l'HDJ mais des nouveaux arrivants y en a pas tant que ça. Donc depuis 6 mois j'en ai pas fait passer tant que ça des évaluations. Et pas depuis assez longtemps pour réévaluer. En fait j'évalue que quand c'est des nouveaux arrivants globalement, enfin pour l'instant.

Si j'ai bien compris, tous les nouveaux entrants depuis qq mois de l'HDJ ont passé la MCRO, mais ceux déjà dans la structure non.

Non car je leur avais fait passer l'ELADEB, j'étais sur l'ELADEB depuis que je suis là. C'est plus facile d'accès... La MCRO faut se remettre quand même une seconde ou deux sur la théorie et tout ça. C'est vrai qu'ELADEB m'attirait beaucoup au début, je trouvais ça génial. Donc j'étais pas mal là-dessus. J'ai voulu varier un peu dans ma pratique, et voilà.

Très bien, et concernant l'intra : Si je comprends bien c'est plutôt l'ELADEB que vous utilisez ?

Oui ELADEB carrément, pas la MCRO, ou peut-être une fois ou deux quand même.

Qu'est-ce qui vous ferai utiliser la MCRO plutôt qu'ELADEB en intra ?

Déjà on est toujours sur mode d'autoévaluation, un entretien, une autoévaluation. Et l'évaluation d'importance, comme je disais, je trouve ça plus pertinent que le gros problème, moyen problème, petit problème de l'ELADEB. Je trouve ça plus précis, plus pertinent.

Est-ce que cela peut dépendre du patient ?

Non. Euh, je vous ai pas dit non plus : Quand on m'envoie quelqu'un en intra je fais systématiquement un bilan initial, donc un entretien, on revoit un peu les objectifs tout ça. Et avant les objectifs, he bien à part une fois ou deux, à chaque fois, je fais une évaluation de l'autonomie. Une autoévaluation que ce soit ELADEB ou MCRO, au début j'en avais même testé d'autres, mais j'étais resté sur l'ELADEB finalement.

Ça m'aide à orienter ma prise en charge, et à aider le patient aussi enfin.... On va signer des objectifs, et euh.... Je vais impliquer le patient grâce à ça, et on va se mettre d'accord sur des objectifs plus facilement que si ça sortait de nulle part... Enfin... voilà.

Les objectifs dont vous me parler c'est en intra c'est bien ça ?

Oui, surtout en intra pour le coup, car c'est pas à moi de faire ça à l'hôpital de jour. C'est toute l'équipe, on discute en équipe, mais c'est moins spécifique à l'ergo. Je demande quand même à l'HDJ mais c'est moins spécifique à l'ergo. Sur l'intra on m'envoie un patient avec des axes de prise en charge.

Des axes de prise en charge... Vous pouvez me donner un exemple svp ?

Sur ma prescription j'ai mis 3 ou 4 axes, et faut que les médecins cochent ce qu'ils veulent en gros.

Tout ce qui a rapport au cognitif, ce qui a rapport au social, ce qui a rapport à l'autonomie et ce qui est en rapport au.... Avec une activité structurante un peu.

C'est-à-dire quelqu'un qui est très explosé, destructuré... Une activité comme menuiserie, vannerie, qui sont des activités très techniques, où on a un toucher avec la matière, tout ça c'est très théorique je suis pas expert là-dedans, mais ça permet aussi à la personne de se recentrer.

Avec ça je demande aussi quelques trucs : est ce qu'il y a des antécédents, des allergies, y a-t-il de la dangerosité ? Pensent-ils plutôt à une prise en charge individuelle ou de groupe ? Voilà je crois que j'ai fait le tour, ils m'orientent comme ça.

Après moi comme je disais, en systématique je fais un bilan initial et donc avec mon entretien et comme je disais quasi systématiquement un bilan de l'autonomie, et ben j'arrive à Disons que c'est moi qui évalue et qui refixe les objectifs avec le patient, et souvent on en revient aux axes de prise en charge.

Vous pouvez me donner un exemple d'objectif fixé en accord avec le patient svp ?

Oui euh, par exemple appréhender le groupe, qu'il se positionne dans un groupe, des fois ça peut être pouvoir avoir un avis et le partager, après ça peut être évaluer et stimuler les fonctions cognitives, ça vous va comme réponse ?

Oui merci, et comment ça se passe avec les patients non stabilisés ou dans le déni ?

Ben on l'amène. Par exemple : On constate quand même avec l'équipe par exemple que les relations sociales ça peut être compliqué, donc je vous propose de mettre ça dans les objectifs par exemple. En général euh... enfin. Après c'est vrai que ceux qui sont vraiment euh plus que dans le déni, dans le refus, dans l'opposition etc... là je pense que ça va être une approche différente, où je vais plus y aller euh allez on fait une activité, on va écouter un peu de musique. J'essaie de le séduire quelque part, pour amorcer le lien, et qu'il soit plus dans cette opposition et qu'on en vienne à, au point de départ quelque part.

LA MCRO vous permet-elle d'adapter ou d'aider à définir votre plan d'intervention ?

Oui eh bien le mieux c'est que je donne un exemple. Par exemple un patient dans ses difficultés il me dit « oui moi c'est dans les tâches administratives, c'est trucs là, j'ai du mal à comprendre, dès que je lis une ligne, ensuite j'oublie ce que j'ai lu » euh , des trucs style cognitif

Ca va m'aider à orienter ma prise en charge, à me dire bon ben la on va travailler le cognitif.

J'ai des exemples précis : Il y a un patient, dans ses difficultés, moi c'est les tâches administratives dès que je lis une ligne, j'ai du mal à comprendre, puis je lis une ligne et puis j'ai oublié ce que j'ai lu, vous voyez un problème de l'ordre du cognitif, en fait d'une part moi si je l'avais pas vu en général ça c'est des trucs que j'avais déjà en tête et ça va m'aider à me dire ben là on va travailler cognitif. Et au-delà même d'orienter la prise en charge, là vous avez un exemple concret où j'implique le patient dans sa prise en charge. Ah ben oui grâce euh.... Si vous acceptez de faire des jeux de société avec moi par exemple, ben on va beaucoup travailler l'attention, la concentration, la compréhension des règles, là il va être super impliqué après.

Et, autre exemple, c'est « moi je me sens complètement seul, abandonné, j'arrive pas à me faire des amis », ah ben là on va se dire voilà, je vous reprends le même exemple comme quoi on peut orienter nos objectifs en fonction de nos moyens quoi, « ben écoutez, venez dans le groupe jeux, vous allez voir c'est très simple de créer des liens, on joue ensemble, ça va vous permettre d'appréhender un peu le

groupe », et du coup de travailler du coup les activités sociales et la capacité à avoir une conversation, ce genre de choses quoi.

Cà c'est quelque chose que j'avais pas vumais j'ai quand même une idée des difficultés, et donc là c'est un peu m'ajouter un objectif à mon plan d'intervention quoi. Et quoiqu'il arrive ça va aussi beaucoup m'aider à m'impliquer quoi.

Et réorienter pour répondre à la question, ouais, je pense.

-D'accord...et du coup...

Après quand je vous dis ça je le fais déjà, souvent c'est à l'entretien en fait.

A l'entretien tous ces trucs-là au bout d'un moment on les voit direct quoi. On a un peu la famille, les amis, s'il a un gros réseau ou pas et donc là on sait très bien qu'il va devoir travailler le groupal.

-D'accord ok. Et est-ce que utiliser une évaluation modifie vos échanges avec les autres professionnels ?

J'ai eu la chance qu'on me fasse beaucoup confiance alors... au début je pouvais pas du tout faire la même chose. Fallait que je fasse des choix...enfin là je commence à avoir un truc correct à mesure mais voilà, c'est tout nouveau quoi, j'ai pas mal d'imprévus quand même . Comme je vous disais, j'ai essayé, j'ai arrêté, j'ai recommencé...beaucoup de tests

-Ok. Et du coup au niveau des échanges avec les autres professionnels est ce que ça vous apporte d'avoir mis en place tout ça ?

Ben oui... Comment dire...du coup déjà à l'hôpital de jour il n'y a pas mon auto-évaluation en fait, ils l'attendent ...donc ouais, enfin forcément quoi. Pendant la synthèse, on fait un tour de table, il y a l'assistante sociale qui va dire son bilan, le médecin, l'infirmière, la neuropsychologue, au bout d'un moment c'est à mon tour et moi là en fait je donne les résultats de mon auto-évaluation, de mon évaluation, de ce que j'en conclus pour... comment moi je vois la prise en charge quoi.

Et en intra, souvent quand on m'oriente un patient c'est pareil on attend de moi que je fasse un rendu....

Je suis pas forcément aux réunions cliniques, par contre l'équipe me demande une auto-évaluation, ou le médecin ou voilà, et en fait en gros moi je vais la mettre sur le logiciel dans le dossier du patient.

C'est rare, c'est rare que j'en parle de vive voix

Il y a aussi quand on fait des dossiers pour aller dans une MAS, un lieu de vie, donc des fois on demande aussi un petit bilan d'autonomie ou un bilan de la prise en charge. Après voilà moi quand je me balade dans les services et que je croise les équipes on parle de choses beaucoup plus cliniques, des situations, des problèmes actifs en cours de la personne prise en charge. Je leur reparle pas forcément de ce que j'ai vu...A moins qu'il y ait un truc à se dire comme ça de vive voix.

-Pouvez-vous me préciser ce que vous voulez dire par bilan d'autonomie svp ?

C'est l'ELADEB ou la MCRO, quand je dis bilan d'autonomie c'est équivalent à auto-évaluation

-Alors du coup si vous pouvez me dire avec qui, quels étaient les patients avec qui vous avez testé, dans quel cadre et pourquoi les avez choisi eux ?

Alors du coup c'était à l'intra, le 1^{er}, coup du sort, en fait j'avais pensé à lui tout de suite. Parce que je le connais depuis l'extra, qu'il est revenu en intra, et que j'ai un bon feeling avec lui. Au début il était très opposé et tout et il allait jamais vers moi, donc j'allais lui proposer en fait. Et bien du coup j'avais déjà fait une ELADEB avec lui et bien vu que vous m'aviez demandé, ça allait me permettre aussi de faire une réévaluation quelque part. Vous voyez comment je peux être un peu fripaille dans ma pratique quelque part... !

Bilan d'autonomie je me prends pas franchement la tête et du coup en fait quand j'arrivais dans le bureau pour aller voir, pour avancer un peu avec lui et ce genre de choses et ben le médecin me dit qu'il aimerait bien une nouvelle évaluation, voir où il en est. Donc voilà ça c'est bien tombé comme ça. Et le 2^{ème} tout simplement parce qu'on a un dossier de prises en charge...., c'est un nouveau patient.

-D'accord. Est-ce que vous avez pu suivre un peu le protocole que j'avais envoyé ?

Je l'ai suivi du coup, oui.

-Quand vous avez commencé à poser la première question sur les difficultés, les patients vous ont-ils répondu spontanément ?

Oui

Le 1^{er} il a dit aucune difficulté, y'a pas de souci, et la 2^{ème} elle m'a sorti un truc un peu délirant si je me rappelle bien. Donc elle n'arrive plus à dessiner correctement, son don de dessin a disparu ! Elle a dit qu'elle n'a pas de difficultés pour l'autonomie parce qu'elle est maniaque, voilà

-Cà c'est ce qu'ils vous ont dit spontanément. Et du coup après vous avez sorti les cartes ?

Oui

-Pouvez vous me dire comment ça s'est passé, comment ils ont réagi avec les cartes, et ce qui en est ressorti ?

Ben du coup le 1^{er} qui avait déjà fait l'ELADEB, je pense qu'il connaissait, au final il m'a sorti 5 problèmes, dont 2 qu'on peut regrouper, qui montre bien qu'il a conscience des difficultés qu'il peut avoir quoi. Voilà.

Et la 2^{ème}, 5 difficultés également, et elle pour le coup pour moi c'est intéressant, la 2^{ème} c'est plus parlant pour votre sujet si j'ai bien compris. Parce qu'elle elle a vraiment bien cibler les difficultés qu'elle avait. Alors qu'elle l'avait pas fait avant.

Alors que le 1^{er} non. Il me sort les difficultés mais ça l'aide pas forcément à cibler ses difficultés quoi. Des choses plus concrètes, les tâches administratives en fait c'est pas lui qui gère et il voudrait gérer lui-même. Est-ce qu'il en est capable, bonne question, c'est pas sûr. Après le temps libre, parce qu'il est en permission accompagné et en fait du coup en fait il est limité, il peut pas voir ses copains comme il veut, tout ça quoi. Donc vous voyez c'est pas forcément des difficultés quoi, enfin si, un peu des injustices finalement

Après comme je vous dit pour moi ça reste hyper intéressant. Mais pas forcément dans l'évaluation de l'autonomie du coup.

Quoique vous fassiez c'est toujours intéressant de toutes façons...

-Est-ce que au moment des tris de cartes les patients, là les 2 que vous avez eu, est-ce qu'ils ont hésité de temps en temps ?

Euh oui. Il y a toujours des hésitations, même quand je fais passer, enfin je fais passer l'ELADEB depuis un moment, et il y a toujours des hésitations .

et...Je les questionne. Qu'est-ce qui vous fait hésiter...A quoi vous pensez...c'est les questions que je pose en fait, même quand je fais l'ELADEB.

Ben c'est assez logique en fait, j'essaie de voir un peu et du coup c'est difficile parce qu'il faut vraiment essayer de pas l'orienter en fait, c'est tout l'intérêt de ces tests-là en fait, c'est l'appropriation que vous en faites, l'interprétation. Bon voilà faut essayer de pas l'orienter mais voilà on essaie de guider.

-Et est-ce que vous avez eu le temps de reprendre avec eux les 5 cartes pour identifier un problème qui dépendait de cette carte là ?

Ouais, ouais. Cà c'est ce que j'ai toujours fait et que j'adore avec l'ELADEB en fait... je l'ai pas forcément dit mais je fais pas l'ELADEB vraiment au sens pur et dur parce que L'ELADEB apparemment faut rien dire de plus, faut juste noter ce que nous dit le patient... Moi en fait je me le suis tout de suite approprié, en fait l'ELADEB tout ce que vous cherchez à en démontrer, le côté d'animer la conversation, rendre le côté un peu ludique, et réorienter quoi. Moi j'ai toujours pris ELADEB comme ça. Pour tout justement ces discussions en fait.

-Ok. Une fois que vous avez identifié les difficultés avec lui, est-ce que vous lui avez fait coter ?

Oui.

-Ok. Les trois, importance, satisfaction et rendement ?

Oui. Je leur explique avec mes mots en fait. Donc là on a listé les difficultés, donc on va essayer de coter l'importance entre 1 et 10, donc ce qui est pour nous vraiment très important et qu'il faut régler. Il y a des choses un peu moins importantes avec lesquelles vous pouvez un peu plus vivre avec entre guillemets.

Et après le rendement, les échelles sont très bien faites je trouve.

-Et concernant le rendement et la satisfaction ?

Du coup le rendement donc...il y a ceux qui peuvent pas exécuter l'activité, il y a ceux qui peuvent l'exécuter parfaitement cette activité. Donc voilà dans ce problème-là est-ce que vous vous sentez efficace, est-ce que vous vous sentez capables de le faire, ou est-ce qu'au contraire vous vous sentez incapables de le faire....

Par exemple je vous prends le 1^{er}. Donc le 1^{er} ce qui est le plus important c'est de voir ses amis, donc avec la notion vous vous rappelez qu'il est toujours accompagné, il a une mesure de protection là, donc il a droit à des permissions mais toujours accompagné et tout ça, et ça c'est son problème en fait. Donc au final je lui demande « est-ce que vous vous sentez capables de voir vos amis seul, sans personne quoi » et lui il me répond « oui mais »

-D'accord. Et la satisfaction ?

Est-ce que cette situation vous satisfait ? Là il me met 5 ; ça ça m'a beaucoup intrigué d'ailleurs.

-Est-ce que vous pensez que les cartes ont aidé les patients ?

Ben clairement, du coup moi je le pense. Et puis c'est même concret. Parce que comme on l'a dit ils ont vu aucune difficulté...spontanément. Et au final on voit bien que tous les 2 ils ont eu des trucs mais y'en a un qui a pas vraiment ciblé de difficulté ou de symptomatologie quoi.

Je sais que dans la prise en charge effectivement je vais pas l'aider à être autonome ce garçon en fait. Je vais l'aider à prendre conscience de ses troubles, qu'il aille dans un groupe, qu'il puisse discuter avec d'autres gens, voir où il se situe. Tout à l'heure on parlait de l'autonomie au début là, comment on gère , enfin c'est dur à expliquer.

-Concernant votre plan d'intervention, est ce que cela va vous servir ?

Dans le premier cas, ça va pas forcément m'orienter comme on l'entend.Par contre la 2^{ème} beaucoup plus.

La 2^{ème} beaucoup plus parce qu'elle par exemple elle m'a dit ah ben vous voyez le coup de l'amitié, elle l'a dit elle. Elle aimerait se faire des amis ou retrouver des anciens amis et elle en vient à discuter là-dessus. Les tâches administratives elle dit qu'elle les remplit pas et là elle était partie sur les impôts, quand elle a vu la carte ça lui a fait penser aux impôts, donc c'est encore un bon exemple de l'utilisation des cartes. Du coup elle a flippé, les impôts jusqu'à maintenant je les remplis pas, je sais même pas faire. Donc elle l'a jamais fait , elle sait pas faire . Elle est sous curatelle.

-Que vous ont dit les patients concernant les cartes ?

Du coup le 1^{er} il a pas du en dire grand-chose, il est un peu je m'enfoutiste voilà. Et la 2^{ème} elle a dit qu'elle avait trouvé ça enfantin et que ça l'avait quand même un petit peu aidée, un petit peu je l'ai souligné dans mon texte, un petit peu aidée pour trouver les difficultés.

Globalement, ça passe bien. Le reproche qu'on a pu faire aussi, c'est pas arrivé souvent mais y'a 2,3 patients je me rappelle qui justement étaient un peu dans l'opposition « ouais mais moi je suis pas un gamin, c'est un peu le reproche qu'on peut lui faire. Mais ça arrive tellement peu souvent, et puis même dans ces cas-là, le mec c'est le médecin qui l'envoie et tout donc il se prête au jeu quand même quoi. Donc à la limite il va... donc ça engendre pas de problématique non plus.

-D'accord. Alors on a presque fini, qu'avez-vous pensé de cette façon d'identifier les difficultés, est-ce que ça vous a apporté quelque chose par rapport à juste la MCRO , et est-ce que du coup vous avez envie de continuer à l'utiliser comme ça ?

Alors...moi j'adore cette façon d'identifier les difficultés, moi je trouve ça trop bien , c'est pour ça que je suis resté sur l'ELADEB et que j'ai eu tant de mal à me rapprocher de la MCRO parce que ce tri de cartes je le trouvais génial quoi. Donc la MCRO que je vous ai déjà décrit, quand même mon intérêt pour elle, avec toutes les cotations qu'elle peut comporter... et du coup ben ce mélange moi je trouve ça vraiment génial. Alors « est-ce que ça vous a apporté quelque chose par rapport à votre façon d'utiliser la MCRO », ben oui complètement.

En fait j'étais embêté au niveau de la MCRO, avant j'allais donner des exemples, pour les aiguiller. Et du coup oui, ça m'apporte complètement quelque chose c'est l'interprétation de la personne qu'elle va faire des cartes. Et pour moi c'est un point trop important quoi.

Et puis du coup là j'ai pu le faire ça avec des patients assez lourds pour le coup, et la MCRO nickel quoi. Mais je pense que les cartes m'ont bien aidé. J'en aurais pas forcément besoin pour l'hôpital de jour, et comme j'ai répondu à vos questions, je les mettrais quand même.

-Est-ce que vous pouvez m'expliquer ça ?

Avant je donnais des exemples, en reprenant la feuille de la MCRO, donc là soins personnels, donc là exemples alimentation, habillement, draps, hygiène...avec des exemples on oriente plus. Avec les cartes, c'est lui-même qui interprète et qui se demande s'il a un problème avec cette carte ou pas, ben c'est pas du tout pareil.

Du coup avec les cartes on est plus du tout dans ces exemples... Je sais pas le patient il a beaucoup plus de facilités je trouve à dire oui, non ça ça va, enfin et puis du coup vous me faites poser les bonnes questions en fait, et vraiment du coup je pense aussi que c'est le côté auto-évaluation plus qu'entretien qu'apporte les cartes aussi. Ouais je vais dire que ça va être ça mes 2 grands apports. Donc il y a ce côté auto-évaluation, plus qu'un entretien avec la MCRO, c'est le patient qui fait son tri, donc ça pour moi c'est trop bien, et du coup l'interprétation des cartes. C'est les 2 gros points.

-Ok, mais du coup ça c'est des points qui sont aussi dans ELADEV ?

Quand vous utilisez ELADEV il y a ça aussi ?

Oui mais il n'y a pas les autres cotations vous voyez...

-D'accord

Donc pour moi en fait, je vais enchaîner les autres questions « Auriez-vous envie de continuer à l'utiliser par la suite, ben moi c'est déjà le cas en fait. Ca prend vraiment les bons côtés de en enlevant un peu le côté négatif des uns et des autres, pour moi c'est parfait.

-Que vous apporte la MCRO par rapport à l'ELADEV, que vous utilisez déjà et plus souvent ?

Ben pour moi dans l'ELADEV il y a surtout l'importance en fait : « gros problème, moyen problème, petit problème ». La MCRO, je trouve qu'elle est plus pertinente, y'a l'échelle de 1 à 10, et du coup y'a en plus le rendement et la satisfaction qui pour moi amènent des éléments en plus.

Par exemple pour mon patient de tout à l'heure, on voit clairement le déni affiché en chiffres. Donc ça ça a un avantage c'est sûr, une plus-value...

C'est 2 approches différentes qui marchent très bien quoi.

-Que pensez vous de l'utilisation d'évaluation en santé mentale ?

-C'est vrai qu'il faut pas en abuser de ces évaluations, déjà avec un entretien vous voyez pas mal de choses. Bon c'est vrai que ça peut appuyer des entretiens, ça peut quand même vous apporter des choses, vous voyez avec tout ce qu'on a dit depuis tout à l'heure sur l'ELADEV ou la MCRO, donc du coup le mélange parfait que vous en avez fait, ben ça apporte quand même des choses.

Mais effectivement c'est pas parce que le patient nous dit qu'il a des difficultés à faire quelque chose que nous on va obligatoirement s'axer directement là-dessus. Effectivement ça donne plein d'informations aussi à côté et autour pour orienter notre prise en charge ...

Oui tout à fait, je suis d'accord avec vous.

On a terminé. Est-ce qu'il y a quelque chose que vous voulez rajouter ?

Notre intérêt peut-être, je sais pas si on en a parlé, dans l'intérêt pour aider le patient, c'est ceux qui ont une élaboration très limitée, vous voyez ce genre de patients où vous les avez en activité ou en entretien, ou n'importe, mais vous ramez, il faut leur tirer les informations, ils élaborent rien du tout, limite c'est oui ou non quoi. Ben du coup ces cartes elles sont précieuses, ça les aide beaucoup ces patients-là. Et moi un des gros avantages aussi, pour vraiment appuyer ça, le surligner, le mettre en gras qui est l'implication de la personne aussi, au-delà de l'évaluation des difficultés ou de ces choses-là, d'impliquer la personne dans sa prise en charge et pas forcément qu'en ergo, sa prise en charge en général. Moi j'ai l'impression et j'en suis un peu persuadé, ...

Voilà j'ai tout dit je crois, et même plus

-Super, merci beaucoup.

Annexe 9 : Entretien avec ergothérapeute E2

Entretien Ergothérapeute n°2 – E2

-Alors en quelques mots pouvez- vous vous présenter et la structure dans laquelle vous travaillez ?

Alors donc je m'appelle ____, je suis ergothérapeute depuis 3 ans, donc ça fait pas très longtemps... J'ai travaillé pendant deux ans à l'hôpital de Ville- Evrard donc en psychiatrie adulte toujours et mais que en unités intra hospitalière et là du coup depuis octobre 2017 je suis à ____ donc dans le pôle ____ et j'interviens du coup sur l'intra-hospitalier et sur l'extra hospitalier en CMP- CATTTP. Voilà je fais les deux et donc la structure où je travaille ben on accueille du coup tous les patients qui ont besoin de soins au niveau psychique qui habitent dans le ____^{ème} arrondissement de Paris donc en intra- hospitalier. Ils ont besoin plutôt d'être hospitalisés, d'avoir une contenance, d'avoir un temps vraiment dans les murs pour aller mieux et en extra-hospitalier au CMP- CATTTP donc plus des patients qui viennent plus ponctuellement pour avoir... pour garder toujours ce lien, ce lien après et ce soin, de ce soin un peu plus ponctuel qu'à l'extérieur, donc au CATTTP... donc par des prises en charge individuelles ou par des groupes, on peut faire... ont fait les deux

-En intra aussi il y a les 2?

En intra il y a les 2 aussi. Individuelle et groupes. Et j'interviens aussi donc aux appartements thérapeutiques, on a des appartements thérapeutiques dans le pôle et donc j'interviens avec E4 aux appartements, on a une... enfin on fait une visite à domicile une fois par semaine donc on alterne en fait avec E4, une semaine c'est moi, une semaine c'est elle, en binôme avec une infirmière. Et du coup on suit des appartements, des patients dans leur appartement, des appartements associatifs et on travaille tout ce qui est autonomie, gestion du domicile, gestion de leur environnement.

-Et du coup c'est dans le quartier ?

Alors donc les appartements c'est toujours pour nos patients habitant dans le ____^{ème} arrondissement mais les appartements ne sont pas forcément dans le ____^{ème}. C'est un peu compliqué parce que même pour le moment on en a aucun dans le ____^e alors que normalement ça devrait. Mais c'est aussi en fonction des appartements qu'on nous octroie et du coup c'est plutôt...non on en a un dans le ____^e et sinon c'est dans le ____^e.

-Ok. Alors maintenant quelques questions sur l'utilisation de la MCRO telle que vous la faites aujourd'hui. Quand vous l'utilisez dans vos prises en charge pourriez- vous m'en dire un peu plus, de quelle façon vous l'utilisez, et est -ce que vous l'effectuez dans sa totalité ?

Oui. Alors du coup moi je l'utilise en guide d'entretien quand j'ai besoin de faire un... voilà un état des lieux un peu de la personne, faire un bilan autonomie pour avoir un regard global sur ses capacités, ses difficultés, du coup comment nous on peut l'aider.

Donc du coup je fais un entretien où j'utilise les grands... les grands domaines, enfin les grands items de la MCRO pour du coup guider la personne dans mon entretien et pouvoir vraiment avoir un regard sur toutes les sphères. Donc du coup c'est plus un guide et aussi... j'utilise aussi l'importance et la satisfaction donc quelles activités sont importantes. Des fois je fais quoter, des fois je fais pas forcément quoter enfin ça dépend un peu de la réponse de la personne ou s'il y a plusieurs choses qu'elle met en avant, j'essaie de faire quoter pour vraiment lister lesquelles sont plus importantes que d'autres et du coup voilà l'importance, la satisfaction mais pas vraiment du coup comme on peut l'apprendre en cours, c'est plus dans le discours, moi j'ai plus l'impression qu'il faut préciser de...plutôt de l'importance après je leur demande tout le temps s'ils sont satisfaits ou non, s'ils aimeraient le faire différemment, des choses comme ça mais...

-Du coup- là vous me parlez de l'importance de l'activité, de la satisfaction, et le rendement ?

Le rendement ...peu...je le fais...enfin... du coup pour moi ça rentre aussi le rendement sur comment ... s'ils sont satisfaits, s'ils voudraient le faire différemment, mieux, enfin... je le fais plus verbalement, je leur parle pas trop de rendement... et puis je trouve que le terme rendement ça parle pas trop, enfin moi... après c'est peut-être moi ma projection.... mais moi j'ai l'impression que ça parle moins aux patients que la satisfaction... enfin voilà après on est aussi sur autre chose mais la notion de rendement moi je l'ai ...en tout cas moi je me la suis mal appropriée pour pouvoir l'utiliser comme ça ... c'est quelque chose qui me parle moins.

- Du coup c'est pas forcément en utilisant l'échelle de cotation pour l'importance et la satisfaction, c'est plus un ressenti sur ce qu'ils en pensent ?

Voilà !

- Que l'utilisation de l'échelle numérique ?

Ouais, alors l'échelle numérique si je l'utilise par moments mais pas pour ... pas pour tout. Après ce qui m'embête aussi pour l'échelle numérique c'est que... c'est du coup si je l'utilisais pour tous les items ça durait très très longtemps et c'est pas forcément évident quand on est en intra- hospitalier de... du coup de faire un... déjà pour le patient enfin rester en entretien pendant une heure c'est déjà énorme, là du coup je voudrais la faire en plusieurs fois et c'est pas forcément évident du coup sur de l'intra je trouve de devoir la faire en plusieurs fois. Donc j'utilise pas forcément l'échelle numérique.

-Ok. Du coup à quel moment de la prise en charge intervient la MCRO ? Est-ce que c'est avec tous les patients ou est-ce que c'est avec que certains patients uniquement ?

Là, en ce moment, moi je l'utilise pour certains patients uniquement, pour lesquels déjà au niveau du projet il y a enfin il y a la question du projet qui rentre en jeu et où on sait pas vraiment s'il a les capacités pour je sais pas ... on a une patiente là par exemple qui... qui vivait chez sa mère, sa mère est décédée et elle a jamais vécu seule. Donc du coup se posent les questions, de quel projet on va pouvoir lui proposer, parce qu'elle ne veut pas retourner du coup à l'ancien domicile qui était le domicile de sa mère et du coup quel... vers quel projet on peut l'accompagner en fonction de ce qu'elle a envie, de comment nous aussi on la voit et un peu de l'aiguiller au mieux. Donc du coup pour elle, pour elle on l'a pas fait non plus tout de suite c'était... enfin déjà elle est arrivée mal donc faut aussi prendre en compte l'état psychique du patient quand il arrive. Quand il arrive en crise on ne va pas tout de suite parler de tout ça, c'est beaucoup trop tôt, donc nous en tant qu'ergo on aura enfin on ne va pas être trop là-dedans, on va avoir d'autres actions que tout de suite l'autonomie et l'accompagner dans son projet de vie mais plutôt quand la personne commence à être stabilisée qu'il y a vraiment la question du projet qui entre en jeu où là oui on pourra plus intervenir à ce moment-là.

-D'accord. Donc ça dépend du projet mais ça est-ce que ça peut dépendre de la pathologie du patient ou pas ?

Non... Alors pour moi on peut le faire enfin quand... quand il y a ce problème ou ce questionnement qui entrent en jeu dans une prise en charge du patient on peut le faire. Je ne ferai pas de distinguo entre les différentes pathologies après, moi par exemple, j'ai voulu passer dernièrement pour un jeune patient, un jeune schizophrène et... et qui se projette pas du tout vers l'avenir qui... qui a du mal à se dire qu'il peut vivre dans un autre lieu qu'avec ses parents qu'il peut du coup lui être sujet, être autonome, avoir sa vie c'était compliqué.

Du coup je lui... je lui avais proposé cet outil là pour parler de façon plus ciblée mais les termes je pense que ça l'a... un peu persécuté cette façon de... parce que c'est assez euh... enfin voilà on parle des différentes sphères, c'est assez global, on rentre par moments dans l'intime et du coup je pense que lui, pour lui c'était pas forcément adapté pour le moment parce ce qu'il en était pas là et que c'était un peu trop intrusif et qui pouvait être un peu vite persécuté par tout ça. Donc pour lui j'ai mis cours et je me suis dit non ce n'est pas le moment. Donc peut-être plus pour une symptomatologie un peu comme ça de persécution ou de... de grande méfiance quand... c'est un patient aussi que je connaissais depuis peu donc je pense qu'il y a vraiment besoin déjà de... d'établir un lien thérapeutique ... bah je dirai pas assez fort mais voilà quelque chose qui... qui tient pour ensuite proposer ça.

Donc ce serait plutôt ... mais après ça dépend aussi du... des patients enfin du... de comment après ils le reçoivent des fois, on sait pas trop comment ils ont pu réagir et lui je pense que ça montrait aussi sa problématique de se projeter et de là du coup de devoir aussi faire des choix de devoir dire ce que lui il en pense, c'était compliqué et je pense que ça l'a mis aussi face à cette problématique. Mais ce qui est aussi positif parce que ça permet aussi d'affiner mon observation sur ce patient-là.

-D'accord. Du coup donc pour les autres patients en général pourquoi vous allez utiliser la... je crois que vous m'avez déjà répondu, c'est dans certains cas pour le projet vous utilisez la MCRO, mais c'est pas tout le temps ?

Voilà, non c'est pas tout le temps donc ça peut être ou pour le projet de vie quand voilà on se demande un peu si la personne peut retourner à domicile enfin... de façon autonome, donc du coup quand il y a la question de « le retour à domicile est- il possible ? » là oui je le fais ça peut être aussi du coup pour les aider à se projeter comme le... comme le patient, le jeune patient. Moi c'est les seuls que j'ai fait c'était dans ces cas- là, dans ce contexte- là plutôt.

Ou aussi pour... et du coup aussi pour les structures... ça peut donner quand la personne va aussi aller dans une structure que vous voyez un ...foyer...une famille thérapeutique ou... ou EHPAD, ben ça peut aussi du coup... on peut du coup comme ça avoir un regard relatif à la personne et ça peut aider pour faire la transition d'une structure à l'autre.

-D'accord. Et depuis combien de temps vous utilisez la MCRO en psychiatre ?

Ah ben du coup pas du tout longtemps parce que... alors je l'avais utilisé un petit peu dans mes précédents postes mais de façon très très ponctuelle... oui voilà de façon très très ponctuelle donc je sais pas... Bon on peut dire que du coup ça ferait un an quelque chose comme ça mais le début de façon ponctuelle et là ça fait quand même plusieurs... ça fait bien huit mois que je le fais de façon un peu plus importante on va dire.

- D'accord. Et du coup ça fait à peu près une passation toutes les semaines ou deux ou trois, ou une tous les mois ?

Euh... non. Une passation toutes les semaines non. Après oui peut-être je dirai tous les mois. J'en ai pas non plus euh... mais après une passation par mois je la complète aussi avec des mises en situation, donc c'est quelque chose qui se fait vraiment sur la durée avec le patient.

- Donc la MCRO c'est le début d'une démarche un peu plus complète en fait ?

Tout à fait oui. Et du coup après pour faire mes comptes rendus de bilans d'autonomie j'utilise le modèle conceptuel du MCRO pour présenter mes...mon observation...enfin mon analyse et ensuite en fonction des items si par exemple, pas pour la cuisine, il en est ressorti des choses à l'entretien mais qui me faut un peu plus, que j'ai besoin de renseignements supplémentaires je peux prévoir une mise en situation cuisine et du coup je l'intègre ensuite dans mon compte-rendu de bilan.

-D'accord. Alors donc quand vous effectuez la passation est ce que vos patients ont des difficultés à identifier ce qui leur pose problème et comment y remédiez-vous ?

Alors oui c'est assez difficile enfin des fois... enfin sauf si voilà il pense à quelque chose et hop ils le disent mais sinon ils ont... ils ont des difficultés à vraiment... oui pouvoir verbaliser sur ce qui leur pose problème voilà même si je leur parle des soins personnels, hygiène, habillage, enfin c'est vrai que c'est pas forcément évident par le verbal où je leur liste un peu les choses, les éventuelles choses qui peuvent leur poser des difficultés de eux rebondir dessus et de et de me ressortir quelque chose. C'est vrai que des fois il faut beaucoup de... euh... Moi je leur donne des exemples enfin de choses, mais verbalement,... mais que le verbal des fois ça suffit pas forcément à capter toute leur attention ou à ce qu'ils disent vraiment pour telle chose ou telle chose les difficultés.

Je sais pas si je m'exprime bien mais je sais pas si c'est compréhensible de faire que juste le verbal en leur disant des exemples, bah eux de se saisir de chaque exemple pour dire ben oui c'est difficile ça, ou la oui c'est difficile ça, c'est plus compliqué.

-A réussir à transposer à leur propre situation ?

Oui, voilà. Et alors du coup des fois je leur fais parallèle avec ici enfin de ce que je peux voir, de ce que les équipes m'ont dit. Ou je sais qu'il y a d'éventuelles difficultés mais donc je vais plus l'axer mais c'est pas forcément évident tout de suite de ... voilà à ce qu'ils se saisissent des exemples et qu'ils se l'approprient.

-Du coup pour les aider, c'est des exemples ?

Oui c'est plutôt des exemples. alors c'est plutôt une réponse globale au début et ensuite quand ils savent pas trop ou autre je les aiguille par des exemples mais ils vont avoir tendance à me répondre par une réponse globale surtout sans préciser chaque domaine ben leurs difficultés. Du coup je vais avoir une réponse globale sur tout et pas assez précise sur chaque acte...

-Et après du coup est-ce que vous creusez ?

Ouais je peux creuser et mais du coup ça demande toujours... enfin ça peut être...pas compliqué mais faut reprendre chaque item...enfin chaque acte et là celui-là est- ce que... est- ce que ça vous pose des difficultés du coup c'est un petit peu redondant et même pour le patient de dire voilà « et pour prendre votre douche comment ça se passe » « et pour aller aux toilettes comme ça se passe »... ça fait beaucoup de petits questionnements à la suite et euh... et voilà donc pour eux c'est pas non plus évident de répondre à tout ça ou de pouvoir dire, de pouvoir étoffer leur réponse.

-Je regarde en même temps...

Je sais pas du coup si j'ai répondu à toute la question ?

-Oui parce que « Comment y remédiez -vous » du coup bah c'est en donnant des exemples...
Oui en donnant les exemples pour les aiguiller mais...

- Est-ce que la journée type ou à utiliser ?

J'utilise la journée type. Après ils ont toujours du mal dans la journée type parce que il y a... ils vont me dire alors journée type ici ou avant, ou qu'est-ce qui ...donc voilà est ce que c'est à l'hôpital ou est-ce que c'est à l'extérieur ? Moi je leur dis quand même à l'extérieur et après on peut aussi s'il y a aussi des choses qui sont peut-être un peu plus difficiles ici on peut aussi les ajouter mais du coup c'est vrai que des fois ils savent plus trop où se mettre.

Et la journée type oui, non ça aide parce que du matin au soir ils vont peut-être plus nous verbaliser de choses que avec les catégories c'est plus difficile peut-être pour eux d'y penser que dans leur journée type où il y a des choses comme ça auxquelles ils peuvent penser...

-Est ce qu'il y a des patients avec qui vous n'avez rien eu, avec qui ça marche pas, avec qui ... ?

Alors j'ai jamais eu...j'ai jamais rien eu enfin j'ai tout le temps eu quand même des réponses mais avec le jeune patient par exemple, quand je l' ai commencé, c'était euh... c'était ... « c'est bien... enfin moi j'ai aucun souci tout est bien partout », donc pour moi j'avais l'impression de ne pas avoir eu vraiment de réelle... une réelle analyse ou une réelle observation parce que tout allait bien « y'a pas de souci ,j'ai pas difficulté, tout se passe bien « donc euh... donc sur le papier quand j'ai voulu faire mon bilan autonomie c'était assez léger parce que je me disais ça enfin lui du coup disait qu'il avait pas de problème mais... mais ça a été un travail du coup de reprendre quelques items de façon un peu détourné à un autre moment ou dans une conversation.

En séance du coup voilà il pouvait du coup me dire des choses et je pouvais dire pas du coup est -ce que ça peut être difficile enfin le... du coup on a pu y revenir dans un autre contexte et j'ai pu apprendre des choses qui au final n'étaient pas... tout n'allait pas super bien il y avait quand même des difficultés et j'ai pu y revenir après Donc sur le moment à la passation d'un truc voilà où je me dis qu'on va faire plus qu'on va passer un petit entretien autour de ça, là... là il m'avait dit que tout allait bien et j'ai rien vu sur le coup vraiment après l'entretien avec lui mais c'est sur l'après coup en continuant après de le voir en individuel que j'ai pu ...euh... voilà avoir des compléments d'information et travailler quelque chose avec lui.

-D'accord ? Est-ce que... Tout à l'heure vous m'avez dit que vous utilisiez la MCRO, les cotations de temps en temps mais pas régulièrement. Est-ce que du coup vous faites la réévaluation ou pas ?

Non moi je ne fais pas la réévaluation ben parce que déjà avec les patients avec lesquels je l'ai fait, souvent il y avait une sortie prochaine enfin donc le temps de réévaluation n'a pas pu se faire. Après c'est vrai que je ne fais pas la cotation pour le moment donc la réévaluation ce serait peut-être un peu abstrait, enfin ce serait en fonction de comment je la ferai mais là peut être que pour le patient par exemple qui maintenant va aller en maison de retraite quand je l'ai fait il y a quelques mois la MCRO il allait retourner chez lui donc c'était un peu dans avec ce projet- là, et là le projet maintenant il a été réhospitalisé du coup le projet a changé parce que le retour à domicile ben ça va pas être possible du coup peut-être que je vais pouvoir la refaire sur un autre projet de couleurs et réadapté mais je fais pas la réévaluation à proprement dit.

- D'accord.

Mais je pense que c'est parce que je suis gênée par la cotation et parce que je ne la fais pas ...Donc...Voilà

-Ok Je fais juste une pause là dans le déroulement de l'entretien par rapport au bilan d'autonomie dont vous me parliez... ça c'est quelque chose qui est demandé aux ergothérapeutes de faire un bilan d'autonomie par la structure ou c'est vous qui avez mis ça en place et à quoi ça correspond exactement ?

Alors c'est moi qui ai proposé de faire, de mettre ça en place. Ben à quoi ça correspond, du coup je fais passer la MCRO pour avoir un peu un état des lieux des capacités, des difficultés éventuelles de la personne, de ce qui est important pour elle de pouvoir continuer à faire, de pouvoir faire ou refaire. Donc de prendre déjà ça en compte avec l'entretien par la MCRO et ensuite donc en fonction de ça, je couple avec des mises en situation si besoin qu'on avec mes observations au groupe on peut faire déjà en intra hospitalier avec des mises en situation plus spécifiques sur certains items et du coup de là je ressors un regard global sur l'autonomie du patient dans les différentes sphères que peut proposer le

MCRO et...et voilà ça peut du coup donner des pistes un peu sur quel projet on pense mettre en place et après les objectifs thérapeutiques qui est un projet d'intervention sur comment du coup on peut l'accompagner faire ce projet- là, qu'est-ce que du coup on peut mettre en place nous en ergo au niveau de nos objectifs, spécifiquement sur ça, qu'est-ce qu'on peut mettre en place.

-Du coup je saute à la dernière question, on reprendra après, qui concernait l'interprofessionnalité. Du coup ce bilan d'autonomie là c'est quelque chose dont vous parlez après avec l'équipe ou c'est... ?

Ah ben de toute façon sur les différents items par exemple dans le MCRO, dans tout ce qui est gestion du budget, des tâches administratives, des trucs comme ça donc ça je fais avec l'assistante sociale le plus souvent qui elle aussi le suit parce que elle aussi quand elle est en entretien avec le patient elle a pu soulever des difficultés. Enfin voilà, elle en parle avec la personne donc elle peut savoir elle peut savoir aussi si avant il gérait ses comptes, si ça pouvait lui poser problème ou non, donc c'est tous ces items là avec les assistantes sociales. Le domicile aussi parce que les assistantes sociales des fois sont déjà allées au domicile, moi pas forcément. Donc du coup elles ont aussi un peu des infos par rapport au domicile. Après pour tout ce qui est médicaments ça va être avec les infirmiers mais même comment la personne...enfin sur le comportement de la personne comment elle est dans l'unité, comment elle est avec les autres, enfin tout ce qui est interactions donc là oui effectivement ça va être avec tout ce qui est infirmier, aides- soignants et soignants et soignants plus spécifiquement bien qu'il y ait aussi les infirmiers pour tout ce qui est hygiène personnelle, soins personnels comment ça se passe parce ce que nous n'est pas forcément là donc c'est vraiment eux qui vont nous donner des infos et médecins bien sûr après pour de façon globale sur certains, sur la personne et après plus spécifiquement sur des items.

Et après avec aussi mes autres collègues ergo qui le voient dans d'autres groupes auxquels moi par exemple je ne suis pas et du coup qui ont aussi un regard qui ... C'est vraiment pour moi la MCRO c'est...c'est tellement global que... on doit prendre en compte les autres professionnels et ils nous apportent des choses et du coup c'est intéressant parce que autour de cet outil là ...enfin on a les regards, on a du coup le point de vue de plusieurs professionnels donc ça fait un bon résumé enfin ça compile bien toutes ces informations là et on a un regard vraiment global mais pas que le notre mais aussi de plusieurs professionnels.

-Du coup ça prend quelle forme après ?

Vous voulez que je vous montre ou pas ?

-Oui...

[coupure suite à recherche du document dans l'ordinateur + interruption dans le bureau]

-Voilà. Du coup ça vous le remplissez en allant demander des informations à l'équipe ? Et une fois qu'il est rempli ça fait comme un compte-rendu en fait ce bilan. Du coup il est diffusé comment, qu'en faites vous ?

Alors du coup je le mets dans le dossier du patient, comme ça chacun après peut le lire bien sûr au fur et à mesure moi de mes évaluations je fais des transmissions aux soignants, aux médecins, enfin voilà tous les corps de métiers je mets aussi mes transmissions dans le dossier du patient et ensuite du coup quand il est terminé je le mets. Donc ça comme ça c'est dans le dossier du patient si après on en a besoin pour une prochaine hospi on a déjà un peu un bilan qui a été fait avant et du coup qu'on peut reprendre effectivement si on a besoin de faire une réévaluation du coup ça peut nous donner des informations. Et alors après moi comme je le vois là ça pas encore été fait mais par exemple après quand le patient est dans une autre structure ou qu'il est transféré voilà dans un foyer comme je disais tout à l'heure ou en famille d'accueil thérapeutique mais du coup ça aussi vocation d'être aussi pour la structure pour avoir comme ça quand la personne arrive aussi un regard un peu global en complément des compte -rendus des autres professionnels parce que chacun aura fait des comptes rendus mais là du coup on a vraiment un truc un peu aussi global sur l'autonomie de la personne et puis on a aussi un papier des ergos quoi. De comment nous on l'a perçu, et ça c'est important parce que souvent il y a un compte-rendu bien sûr du médecin de l'équipe sur comment il était, des AS il y a des démarches en cours mais on n'a pas forcément des choses des ergos ou et voilà c'est pas qu'une observation sur comment on le voit en activité, c'est vraiment quelque chose global donc ça montre aussi la nos compétences comme quoi même en psychiatrie on est aussi sur l'autonomie, on est aussi sur tout ça.

Et qu'on prend aussi en compte toutes ces choses -là même si on fait aussi des médiations thérapeutiques, mais voilà il y a aussi autre chose et ça se complète plutôt bien.

-Ok. Et du coup est-ce que ça vous sert après pour établir le projet d'intervention avec le patient ?

Ouais bien sûr. Bah du coup de toutes façons le patient sait tout ce qu'il y a là -dessus, enfin on le fait avec lui et du coup il y a un accord avec ça et après quand j'ai fini tout ça je refais un point avec lui et je le revois en entretien

pour re-résumer un peu tout ce qu'on a dit dans la MCRO les difficultés qu'il peut qu'il peut rencontrer tout ça. Je lui demande si il est d'accord avec toutes ces choses- là ou si il a des éventuelles modifications à refaire comme ça après je me réadapte aussi en fonction de lui. Et là après j'ai pas encore terminé mais on fait attente de madame envers son projet de soins, analyses et recommandations de notre part, les objectifs en ergothérapie pour le reste de l'hospitalisation. Après des fois c'est difficile parce que les patients ils partent avant vraiment qu'on puisse bien travailler nos objectifs, déjà le temps de faire passer la MCRO, les mises en situation ça prend déjà beaucoup de temps mais c'est intéressant aussi si la personne revient ou si elle va dans une autre structure ben nous on avait déjà pensé à des objectifs là, donc ça donne des pistes de prise en charge.

-Du coup est-ce que vous auriez des exemples d'objectifs à me donner ?

Ben par exemple ça peut être des objectifs euh... par exemple pour la patiente là ,pour cette patiente-là, aller... aller vers l'extérieur c'est très compliqué donc du coup ce serait peut-être favoriser une ouverture vers l'extérieur qu'elle soit, qu'elle puisse par exemple aller faire des achats quotidiennement de façon autonome donc du coup un des objectifs là ce serait plus du coup favoriser l'autonomie à l'extérieur dans des actes de la vie quotidienne tels que... tels que la gestion de courses et la gestion accident de budget du coup ça pour des objectifs plutôt axés comme ça. Ça peut être aussi sans forcément aller à l'extérieur une personne par exemple qui comment je pourrais dire qui est très repliée qui va pas forcément oser, et être en lien avec l'autre et à enfin voilà qui est pas beaucoup dans l'échange, la communication mais qui à l'extérieur on pense que c'est important que de travailler ça parce qu'à l'extérieur il faudrait à minima qu'elle soit en contact avec l'autre, qu'elle ait les ressources...pour si elle a besoin de demander de l'aide enfin voilà des choses comme ça.

Donc du coup on va pouvoir travailler dans les groupes en ergothérapie cette notion-là, cette notion d'être avec l'autre, d'échanger avec l'autre de communication pour en faire... voilà des petits exemples...

-Ok. Donc là vous me parlez que des objectifs après les moyens que vous utilisez ça c'est... ça va pas apparaître dans le... ?

Si... si ça pourra apparaître par exemple enfin si c'est comme je disais, l'objectif favorisait l'autonomie, l'ouverture vers l'extérieur en allant... et dans la gestion de courses du coup non je le mettrais après accompagnement... Il faudrait que une fois par semaine, ou une fois toutes les deux semaines on fasse des achats à l'extérieur alors une pour telle activité par exemple un groupe pâtisserie et que là du coup elle aille faire les courses pour le groupe pâtisserie, ça peut être des choses comme ça.

-D'accord. Ok... Du coup depuis que... donc ça ça fait à peu près un an que vous l'avez mis en place ?

Même pas autant ça fait quelques mois vraiment avec le compte-rendu tout ça...

-Est-ce que ça ça facilite et favorise les échanges du coup avec les autres professionnels ?

Oui. Oui énormément parce que du coup... pour le coup ben on va les voir, enfin il y a vraiment quelque chose autour du questionnement de comment ils perçoivent la patiente et même si on le fait de façon peut-être un peu informelle dans le quotidien là on est dans quelque chose de plus formel qui va peut-être nous aider à un peu plus pousser la réflexion et... Enfin moi par exemple tout ce qui est de l'ordre social, des choses comme ça je m'y intéressai peu avant et là parce qu'il est dans le... parce que c'est important de le connaître, parce qu'il est aussi dans le bilan et que ça nous donne aussi un regard, un autre regard sur la personne, ben du coup je suis plus allée demander des questions un peu plus spécifiques sur ces domaines là, sur les ressources de la personne, sur ses droits, sur la question de protection enfin des choses comme ça, du coup des demandes plus spécifiques, que je ne l'aurais fait dans un temps informel. Et puis ça nous aide aussi à mieux comprendre le travail de l'autre aussi parce que du coup on le questionne il peut nous dire enfin plus spécifiquement ...

-Et est-ce que ça a changé vous pensez le regard des autres sur l'ergothérapie ?

Alors je pense qu'on n'a pas assez de recul, j'ai pas assez de recul là pour le dire mais je... mais après là ce serait du coup que mon avis mais comme j'ai pas assez de recul et j'ai pas non plus l'historique qui fait que avant est -ce que on faisait plus ou pas, mais moi j'ai l'impression que depuis que j'ai mis ça en place une première fois après, notamment les médecins qui nous prescrivent, avaient repéré qu'on pouvait faire ça et du coup j'ai eu d'autres indications et là j'ai d'autres indications parce que je pense qu'on a pu faire avant, qu'on a pu avoir ce truc enfin voilà qu'ils ont vu que ce que ça faisait et que du coup ça a facilité après la demande pour réitérer....

-Vous voulez dire que là c'est les médecins qui viennent demander de réaliser ce bilan ?

Oui .

-D'accord

Ouais, on a de la chance, on a des supers médecins.

-Ok.

Bon ils ne disent pas aussi spécifiquement j'aimerais un bilan mais voilà plus d'évaluer ses capacités dans les règles de la vie quotidienne. C'est énorme...c'est un gros truc...

-Alors pour revenir à la MCRO proprement dite, quelles sont les limites que vous vous voyez à la MCRO ?

Bah moi la limite comme j'ai pu le dire un petit peu, c'est vrai que ce qui a pu moi me poser difficultés dans les entretiens c'est, alors je parlerai pas de lourdeur, mais de... quand on le fait, quand on fait la cotation importance- satisfaction et rendement, ça fait trois choses à demander aux patients, enfin ça fait beaucoup de choses en fait qu'on lui redit, « là ça vous satisfait comment vous le coteriez, pour celui-là comment vous le coteriez », et l'importance, la satisfaction ça fait beaucoup de termes qu'on leur donne comme ça même si on l'explique avec nos mots mais du coup pour chaque item c'est un petit peu long ou en tout cas moi j'ai pas encore trouvé la meilleure façon de... de faire l'ensemble des cotations pour que ce soit fluide et que ce soit pas trop... trop lourd au niveau de l'entretien avec le patient, même si on le fait en séquentiel et qu' on le fait pas en une fois. Mais en tout cas moi je n'ai pas j'ai pas encore réussi à trouver le truc mais c'est aussi parce que enfin mais c'est pour ça que j'ai demandé là j'ai fait une demande de formation vraiment sur cet outil là pour pouvoir après j'espère pouvoir mettre en place tout ça mais je sens j'ai encore besoin d'un accompagnement par des formateurs par des gens qui l'utilisent pour du coup moi changer, enfin pas changer mais modifier ma pratique et pouvoir peut-être le faire passer de façon plus fluide sans que ce soit trop répétitif pour la personne...

- Parce que du coup l'objectif ça... quels sont les objectifs pour quand vous utilisez la MCRO ? Là vous voudriez utiliser les cotations, donc c'est pas facile à utiliser mais l'idée ce serait quand même d'essayer de l'utiliser ?

Oui moi ...pour moi c'est quand même l'outil... parce que... enfin je trouve que déjà en psy on a pas de bilan, enfin on en a très peu et du coup quand on utilise la cotation quand même effectivement pour faire des réévaluations c'est beaucoup plus facile et ça nous... ça nous donne quand même des infos, enfin des choses très concrètes pour pouvoir après le refaire ou pour pouvoir faire une analyse donc je trouve qu'avoir une cotation on a quand même quelque chose de plus sérieux quoi... Enfin ça fait moins bilan maison que autre chose, donc oui moi j'aimerais avoir la cotation et la faire, mais pour le moment juste avec la formation que j'ai eu à l'école et surtout là adapter en psy ça me paraît pas suffisant pour pouvoir faire toute la cotation et je m'y emploierai moi-même. Et je préfère en attendant d'avoir la formation, j'espère en juillet, l'utiliser en guide, en fil conducteur pour notre pensée ergo, du coup... pour le regard ergo et pour avoir un maximum d'informations dans les différentes sphères mais je me sentirais pas de faire la cotation , pour moi là c'est... il faut une formation encore, enfin pour moi en tout cas je ressens d'avoir une formation de plus et pour pouvoir vraiment le lier avec mon domaine d'activité qu'est la psychiatrie. Et en cours je ne l'ai pas pratiquée du tout avec ce genre de population donc...

-Voilà... Donc vous m'avez déjà répondu en partie à ces questions -là mais je les repose au cas où il y a quelque chose de supplémentaire à ajouter et puis si vous voulez redire un peu les grandes lignes, c'est : quels bénéfices tirez-vous de l'utilisation de la MCRO dans votre pratique et est-ce que ça vous permet d'adapter le plan d'intervention, adapter et définir le plan d'intervention avec les patients ?

Les bénéfiques pour moi c'est le regard global, c'est aussi le fait que la personne soit un petit peu actrice, qu'elle dise ce qui est important pour elle et d'avoir vraiment quelque chose en fonction des attentes de la personne, est-ce qu'elle sait faire les courses oui ou non, est-ce qu'elle a des difficultés ou non. Mais c'est plutôt déjà est-ce que cette activité- là elle est importante pour elle, et si oui elle est importante et qu'elle n'a pas mis en place de moyens de compensation avant, par exemple une personne pour qui faire des courses n'est pas important et qu'au final chez elle, elle fait livrer et c'est pour ça donc elle n'a pas du tout besoin, ça la satisfait très bien comme ça et elle va pas faire de modifications, ben cet item- là ben il sera pas important pour moi dans mon bilan et dans mon observation.

Donc et je trouve que c'est quand même un bilan qui met ça en avant du coup de la personne sa satisfaction de l'importance de cette activité-là donc du coup sa cible vraiment quelque chose en fonction des attentes de la personne, de ses besoins de ce qu'elle a envie. Ça la rend aussi actrice parce qu'elle voit aussi qu'on prend en compte toutes ses sphères-là et que du coup elle peut aussi elle se mobiliser, être plus volontaire, plus actrice par ça, donc ça c'est vraiment un gros bénéfique.

C'est aussi ce regard global cette pensée ergo qu'on retrouve du coup dans un bilan et qui est aussi un modèle conceptuel donc on peut réutiliser après pour notre résumé, pour notre analyse finale. Donc pour moi c'est déjà de beaux bénéfiques. J'essaie de réfléchir s'il y en a d'autres.... Et aussi enfin c'est aussi un outil qu'on peut facilement coupler avec d'autres choses complémentaires... donc le test ELADEB en est la preuve, mais aussi des mises en situations enfin des choses comme ça qu'on peut coupler avec d'autres... donc qui s'imbriquent bien avec d'autres choses .

Donc elle est aussi facile d'utilisation et c'étaient les bénéfiques du coup je me rappelle plus? ...

-Et puis si ça permet d'adapter ou de définir le plan d'intervention ?

Ben ouais... Bien sûr ça nous... ça nous permet effectivement de ressortir les choses qui sont importantes pour la personne et elle a envie d'être aidée pour le moment. Donc du coup on peut cibler tout de suite ce qui est le plus important pour elle pour le moment et du coup ça fait aussi travailler l'approche thérapeutique, le lien, de...ben... elle a envie de travailler ça, ben on travaille ça. Donc du coup ça va peut-être aussi après à l'amener vers d'autres domaines qu'elle voulait peut-être pas forcément travailler mais qui sont quand même importants dans la vie quotidienne et, ... mais d'un côté elle va... enfin voilà on accroche le lien et du coup on pourra peut-être aussi l'amener sur autre chose ou pas, enfin en fonction de ce qu'elle a envie mais je trouvais que ça favorise en tout cas le lien, et peut-être ce sentiment d'être... d'être entendues et d'être accompagnées dans ce qu'elles ont envie.

Ce qui est déjà énorme en psychiatrie parce que en psychiatrie souvent les patients peuvent avoir l'impression que qu'il sont forcément tout le temps écoutés ou qu'on leur donne des traitements auxquels ils sont pas forcément d'accord.... Enfin... et du coup c'est intéressant là de replacer un peu l'accompagnement et avec le patient et en adaptant en fonction de ses envies là-dedans. Et parce que du coup on est moins dans un truc de... dans quelque chose qui est imposé ou non. Enfin comme eux ils peuvent le ressentir. C'est pas imposé, mais eux des fois ils peuvent le ressentir comme ça.

-Du coup ça me fait penser tout à l'heure, je voulais demander et j'ai oublié, la MCRO vous l'aviez passé ? ... C'est des patients qui sont en intra du coup ?

Ouais. Je l'ai pas encore passé en extra mais je pense que...enfin...que je la passerai mais pour le moment je le fais qu'en intra.

-D'accord... Pourquoi ?

Parce que déjà j'avais pas de suivi individuel dans un premier temps en extra, je faisais que des groupes, les suivis individuels sont venus après, donc là j'en ai vraiment des réguliers que depuis peu de mois, vraiment des réguliers et donc du coup je vais y tendre mais j'attends un peu que mes prises en charge...

-Vous attendez que ça se mette en place...

Oui, voilà. Que ça se mette en place, que le lien avec la personne se fasse pour après peut-être essayer de cibler vers d'autres choses. Mais pour le moment ...c'était pas possible parce que j'avais pas de patient on extra en individuel.

Ok. Alors du coup maintenant on va passer à cette expérimentation avec les cartes de l'ELADEB dont je vous ai expliqué un petit peu le principe. Qu'est-ce que vous pensez de cette proposition ?

Alors moi je trouve ça intéressant donc le fait de proposer les cartes, on a quelque chose de... on a l'information du coup auditive qu'on donne aux patients mais aussi visuelle, donc il a deux points de repère un peu pour mieux s'orienter on va dire dans le suivi du bilan et des différents items qu'on peut

faire donc je trouve ça intéressant. Je trouve ça intéressant aussi que au lieu qu'il soit un peu passif à nous écouter et du coup à lui donner des petits exemples comme ça succinctement en les énumérant, qu'il puisse avoir cette action de prendre la carte et de savoir où ça va pas, ça permet aussi de se cibler enfin j'imagine après je l'ai pas fait, mais que voilà ils prennent une carte et du coup vraiment avec cette carte là si c'est « tâches administratives » est-ce que j'ai des soucis ou non quoi ? Et je pense que ça favorise le processus de se poser la question, de s'interroger, et puis en plus avec du coup des pictos ça peut aussi plus parler les pictogrammes que ce qu'on peut dire en exemple. Il peut du coup, ... peut-être ça peut plus les accrocher, les aider à mieux verbaliser par la suite leurs difficultés ou non. Puis y'a vraiment ce truc où il est acteur de dire s'il pose problème ou non, enfin il le fait ou non, du coup ça favorise ça...

-Ok. Qu'est-ce que vous pensez des catégories des cartes, les pictogrammes, les différents domaines de vie ?

Ouais bah je trouve que c'est... ça se lie plutôt bien au MCRO parce qu'on retrouve du coup des items qui est aussi dans la MCRO donc du coup ça se couple plutôt bien avec, parce que chaque carte du coup on va pouvoir après la reclasser dans des items et sans difficulté.

-Est-ce que vous pensez que ça sera bien accueilli par les patients ?

Alors ça je ne sais pas, je pense que ça favoriserait la compréhension donc dans ce sens- là je pense que ce serait bien accueilli. Après est-ce que les pictos peuvent... bah ils peuvent se dire qu'ils sont infantilisés ou pas....

.....
Est-ce que du coup les pictos peuvent du coup ils peuvent se dire « ah ben c'est infantilisant ou autre le fait de trier »... Je sais pas après comme je l'ai pas fait je peux pas dire. Ça peut peut-être avoir un côté infantilisant, mais d'un côté je pense que ça peut aussi leur plaire de trier eux même les cartes et de favoriser du coup la compréhension puis ça apporte aussi un petit côté ludique. On n'est pas dans un entretien ou juste on discute il y a aussi ce petit côté ludique de « je fais » et ça peut être, ça peut du coup peut-être aider le fait que ce soit moins lourd dans la passation. Que du coup il y a plusieurs temps avec, sans les cartes, et que eux- mêmes participent, parce que du coup c'est un peu nous qui sommes beaucoup à leur proposer des choses tout le temps, même si bien sûr et ils nous répondent donc qu'ils participent, mais que aussi du coup ils amènent en fait, c'est comme si ils amenaient aussi le sujet et que nous on va utiliser ça pour pouvoir après continuer de parler.

-Après le tri de cartes, une fois qu'il a trié, l'idée c'est de reprendre les cartes qui posent problème avec lui, pour discuter et voir pourquoi il a classé et ça là, et puis creuser un petit peu quand même. Est-ce que vous pensez que ça peut faciliter la discussion ?

Oh oui je pense. Oui je pense parce que déjà on fait une à une, bah tiens celle- là pourquoi ça pose problème, on se penche dessus, que à l'oral on va dire par exemple « j'ai du mal à prendre ma douche », ok, qu'est-ce qui vous pose souci? Ben ça, ça, ça. » Mais peut-être qu'on prendra moins de temps de développer que par la carte en reprenant la carte, vraiment je sais pas comment dire on est dans une autre temporalité je trouve, on peut peut-être plus prendre le temps carte à carte, le fait de prendre la carte, de l'étudier ensemble, de discuter que oralement ça peut être un peu plus difficile aussi des fois. Et puis cette réserve autre est passée par un média, donc on est peut-être aussi plus à l'aise avec un média que... je sais pas...

-Est-ce que ça peut apporter quelque chose ces cartes quoi ?

Ouais, pour moi oui ça peut faciliter la discussion. Et du coup on cible vraiment...ah ben tiens ça ça pose question, ça c'est difficile pour vous, pourquoi c'est difficile ? Que peut être après dans l'entretien... juste parler... les deux se mélangent un peu « bah non ça c'est facile, ça c'est difficile » et du coup c'est peut-être moins organisé, moins construit que par des cadres... tiens voilà un moment fait difficulté peut-être...

-Ok. Et là, comme ça, quelle limite est-ce que vous voyez à cette expérimentation, au fait d'utiliser les cartes ?

...Quelle limite je vois ? Alors je réfléchis... Le temps je pense pas parce que je pense qu'on en gagne au final, plutôt que revenir à chaque fois sur des trucs là peut-être qu'on aurait toutes les informations au même moment, au même endroit, donc je pense pas que ça ce serait une limite. Après c'est peut-être... le besoin peut-être aussi de quand même toujours de...d'étayer un peu chaque carte, ce qu'elle représente ? Je sais pas... je vois pas trop de comme ça je ne ferai pas de limites moi, après c'est peut-être en passant que je verrai où je me dirais ah tiens j'y avais pas pensé...

-Et si vous aviez le temps, est-ce que vous aimeriez l'expérimenter ?

Ben oui, oui bien sûr. J'aurai aimé expérimenter si j'avais pu. Ça pourrait enrichir les réponses...par rapport à ça...

-Du coup là on a parlé de la MCRO, on utilise les cartes de L'ELADEB, je voulais savoir en question subsidiaire si il vous arrive d'utiliser l'ELADEB ? Est-ce que vous connaissez un petit peu cet outil ?

Alors oui je connais l'outil ELADEB, on nous l'a présenté au dernier collège ergo. Après moi je l'utilise pas car c'est toujours ce problème de formation, j'ai pas eu la formation et pour moi c'est un outil qu'on utilise quand même quand on a eu l'ensemble de la formation pour la passation, donc je me sentirai pas de l'utiliser. Après c'est un outil que je trouve intéressant quand on nous la présenter, c'est un outil que je trouve intéressant. Mais pareil à faire plusieurs fois avec le patient, parce que si on le fait de façon complète ça prend beaucoup de temps et puis, pour en avoir parlé avec des collègues qui l'ont fait passer, c'est un peu ce qu'elles peuvent dire mais après du coup on a quelque chose, on a une quantité d'informations qui est très riche et qui nous apporte encore plus d'infos et encore plus j'imagine d'axes de prises en charge pour le patient.

-Et du coup là entre MCRO et ELADEB qu'est-ce qui... puisque là vous n'avez pas eu non plus de formation MCRO, pourquoi plus la MCRO que l'ELADEB ?

Ben parce que MCRO je l'avais déjà un peu vu dans ma formation initiale, ELADEB pas du tout, et MCRO c'est aussi... j'avais utilisé le modèle conceptuel pour mon mémoire, donc le modèle conceptuel m'était un peu plus familier, je m'étais un peu plus penchée dessus, à m'intéresser dessus et du coup utiliser après la MCRO me paraissait un peu plus facile parce que j'avais déjà ce modèle conceptuel qui du coup était un peu le socle de cette évaluation-là. Donc je pense que c'est plutôt ça qui m'a aidé, parce que je me suis retrouvée dans cette pensée du modèle conceptuel et du coup ça a favorisé après l'utilisation de la mesure.

-D'accord. Merci

Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?

Ben...Après je trouve que... peut-être mettre en avant l'importance de la formation sur les bilans aussi en psy, et que voilà même si on est intéressé par des modèles, des choses comme ça, avoir des formations complémentaires des choses complémentaires, ça peut vraiment aider à l'utiliser parce que du coup des fois on sort de l'école à avoir vu des choses mais pas forcément adaptées au domaine du travail, et du coup le transposer c'est pas toujours évident et de le transposer, enfin surtout les bilans qui sont validés, qui sont cotés, on est obligés de les utiliser... souvent il y a quand même un mode de passation qui est assez précis et on va pas le faire forcément...du coup c'est important d'avoir après une formation un peu plus spécifique pour avoir tout ça.

-Merci beaucoup.

Entretien Ergothérapeute n°3 – E3

-Alors, déjà avant tout merci beaucoup d'avoir réalisé l'expérimentation. Alors pour commencer est-ce que vous pouvez me dire en quelques mots quel est votre parcours et dans quelle structure vous travaillez svp?

Alors mon parcours...j'ai fait mes études à Berk, je suis diplômée depuis cinq ans maintenant, et je travaille depuis 5 ans en psychiatrie générale à Dreux. Donc la psychiatrie générale c'est un service qui accueille des patients de 18 ans et plus, atteints de pathologies majoritairement la schizophrénie, ou on peut avoir ce qu'on appelle maintenant les bipolaires, des borderline et de la toxicomanie.

-D'accord. Et donc vous utilisez la MCRO depuis combien de temps ?

Depuis janvier là, c'est une pratique toute récente qu'on commence à intégrer, donc avec les modèles conceptuels, et on a commencé en janvier parce que on l'a reçu...on a commandé le petit livret et les fichiers d'éval en décembre donc on a tout reçu en janvier.

-D'accord ? Vous avez été formée ?

Euh pas du tout non. Non moi j'ai juste eu 2 ou 3 interventions en congrès, dont la dernière c'était à Toulouse, c'est Jean-Michel C qui nous représentait encore une nouvelle fois...Voilà...mais on n'a pas eu d'informations ...sur 3 jours ou je sais pas combien de temps.

-Et du coup dans la présentation que vous avez eu de la MCRO, est-ce que l'on vous a parlé de l'utilisation en psychiatrie ?

Pas du tout. Moi toutes les présentations que j'ai eues, c'était vraiment des utilisations en EHPAD avec de la personne âgée, pas du tout en santé mentale et des collègues ergos en santé mentale que j'ai pu côtoyer, ceux qui l'utilisent c'est plus en extra-hospitalier, hôpital de jour, plutôt des structures de ce type-là... nous on est en intra, moi je suis en intra...

- D'accord. Alors du coup comment est-ce que vous l'utilisez aujourd'hui la MCRO ?

Alors nous on fait un 1^{er} entretien avec le patient pour faire connaissance avec lui , et ensuite on sélectionne certains patients où on peut envisager une prise en charge de réhabilitation psycho-sociale plutôt, où là on va faire un MCRO pour vraiment cibler les objectifs du patient.

-D'accord. Donc c'est pas avec tous les patients que vous l'utilisez ?

Non c'est pas une utilisation systématique parce que tel qu'il est formulé... Nous on a certains patients qui sont juste en voie de stabilisation, ou du coup pas forcément ancrés dans la réalité, avec potentiellement une symptomatologie encore très présente, qui entrave et la vie quotidienne et les habitudes sociales et la capacité du coup à répondre à ce type d'entretien.

-D'accord. Du coup depuis que vous l'utilisez, vous pouvez me donner un ordre d'idée de fréquence d'utilisation de la MCRO ? Pour vous ?

On l'utilise en gros sur deux patients sur 30, on a du l'utiliser depuis le début 3, 4 fois pas plus.

-D'accord.

Un par mois à peu près.

-Et du coup 2 patients sur 30 c'est ça ? C'est ça que vous m'avez dit ?

Oui.

- Ok. D'accord. Du coup ça veut dire qu'il y a pas beaucoup de patients qui sont... qui ont... enfin pour qui vous avez des projets de réhabilitation ?

Euh en fait on a pas tellement le temps de les faire en sortie d'hospitalisation et en entrées d'hospitalisation effectivement comme c'est de l'intra comme il y a énormément d'entrées de patients qui sont incapables de répondre à ce type d'entretien.

-D'accord.

Ou alors les données on les utilise plutôt pour construire un projet de vie, pas pour fixer l'objectif de prise en charge pendant qu'ils sont vraiment hospitalisés, en début d'hospitalisation, où on va chercher plutôt à abaisser la symptomatologie plutôt que vraiment à construire quelque chose tout de suite avec le patient.

-D'accord. Du coup vous faites vraiment une différence entre l'entretien initial avec le patient et la MCRO ?

Ouais. L'entretien initial c'est vraiment un entretien d'ergothérapie classique avec nom, prénom, présentation, pourquoi vous êtes hospitalisé, est-ce que vous pouvez nous décrire une journée type, sauf s'ils sont pas toujours aptes à y répondre, et ils ne sont pas capables de classer les activités qui sont importantes ou problématiques. Nous pour la plupart, majoritairement ce sont des schizophrènes, y'a par exemple un défaut d'insight où vous allez leur demander s'il y a des difficultés quelque part et où ils vont vous répondre « ben non, tout va bien. J'suis là parce que je dors pas bien » !

-Et du coup la MCRO quand vous l'utilisez, vous l'utilisez avec les cotations aussi ?

Oui avec les petites échelles de 1 à 10...

-Pour les 3 items ?

Oui. Parce que dans l'ensemble qu'on avait commandé il y avait directement les 3 items dedans, du coup...

-D'accord. Est-ce que parfois vos patients ont des difficultés à identifier ce qui leur pose problème ?

Ils ont beaucoup de difficultés, ils arrivent pas à identifier des situations problématiques ou des activités problématiques pour eux, ils ont l'impression souvent si vous leur demandez que « tout va bien », y'a pas de difficulté. Y'en a même certains en début d'hospitalisation, même si on leur fait un ELADEB qui est pourtant très ciblé, ben ils vont tout nous mettre dans pas de problème par exemple, ou pas besoin d'aide.

-D'accord ? Et est-ce que vous faites aussi de la réévaluation ?

J'avoue que non.

-Ok, pas de problème. C'est juste pour savoir. Du coup, selon vous, quelles sont les limites de la MCRO aujourd'hui ? En psychiatrie ?

Pour moi les limites c'est le fait que l'entretien est très ouvert, il y a aussi le vocabulaire utilisé où par exemple la notion d'engagement plus personnel et de rendement, c'est pas forcément concret pour le patient, ça lui parle pas... Souvent on est obligé de reformuler et de...l'important c'est qu'ils arrivent à cibler à peu près la notion qu'il y a derrière, ben alors rendement et satisfaction c'est très très compliqué pour eux et faire le lien entre tout ça... c'est même plus difficile. Après, la partie entretien vraiment pour connaître les activités ou comment se déroulent les journées comme on a dans le MCRO qu'il faut reformuler, ça on arrive à s'en sortir, mais c'est plutôt tout ce qui est cotations où c'est des gros concepts, ils ont du mal de voir de quoi on parle.

-D'accord. Du coup vous m'avez dit tout à l'heure que les patients qui arrivaient, souvent ils étaient pas capables de faire l'entretien, je sais plus comment vous m'avez formulé ça... ?

Ben ils sont pas dans la réalité, ils ont pas conscience de...ils sont pas capables d'avoir du recul sur leur vie et ce qui peut être important ou quoique ce soit...

-Ah j'aurais du noter ma question parce que je me rappelle plus. Ça reviendra peut-être plus tard. Donc pour vous la limite principale c'est pas l'identification des difficultés, ça serait plus les cotations ?

Mais parce que l'indication des difficultés...ouais parce qu'on met en place une adaptation nous un peu systématique où on va reformuler...

-C'est-à-dire ?

Ben nous soit on voit tout chez le patient, soit on va chercher à orienter

Parce qu'on a tendance de façon inconsciente à s'adapter au niveau du patient qu'on a en face. Et vraiment à constamment reformuler pour être sûr d'avoir ces informations-là.

-Est-ce que vous pouvez me donner un exemple de ce que vous faites quand vous reformulez ou comme enfin comment ça se passe, comment vous aidez le patient à identifier les difficultés ?

Alors moi je vais lui faire...redire une journée type au complet, reprendre chaque étape de la journée, lui demander s'il y a des difficultés ou si ça fonctionne bien. Si c'est un patient que j'ai déjà vu en activité je vais lui renvoyer ce que moi j'ai pu observer en activité, par exemple en cuisine thérapeutique s'il y a des difficultés, et que il y a pas eu de notion de problème avant, je vais lui renvoyer les difficultés qui ont été observées de l'extérieur par un regard soignant, ça va être des choses comme ça.

-D'accord. Alors du coup est-ce que vous pouvez me dire pourquoi vous avez choisi de mettre en place la MCRO ? Quels étaient les objectifs ? Et quels bénéfices vous en tirez ?

Alors de tenter la MCRO c'est déjà la découverte du modèle qu'on pourrait utiliser, ça pourrait être intéressant tout de même, surtout pour construire le projet de vie, qui est pas toujours pris en compte en intra...Je sais plus les autres questions...désolée ?

-Pourquoi, quels étaient vos objectifs ? Et quels bénéfices ?

Alors les objectifs c'était vraiment avoir un support pour construire le projet de vie, plus étayé par exemple ELADEB qui nous sert beaucoup, ELADEB on le fait quasiment systématiquement en début de prise en charge, elle va nous servir à orienter la prise en charge en intra, et MCRO va me servir à commencer à travailler le projet de vie sur l'extra et le projet de soins qui va avec.

Le bénéfice de MCRO c'est qu'on peut recibler et recentrer sur le patient, c'est à dire qu'en santé mentale on va pas se mentir on a un gros défaut c'est d'avoir tendance à vouloir décider pour eux, que ce soit le psy, que ce soit l'orientation en termes d'activités, on va décider si on veut les envoyer en hôpital de jour, si on veut qu'ils retournent travailler, si... on va pas forcément prendre en compte les activités de loisirs ou elles vont être quasiment absentes pour les ¾ des usagers, l'idée c'est de pouvoir intégrer toutes ces notions-là et ça c'est le gros objectif avec la MCRO.

-Du coup ma question suivante est-ce que ça vous permet d'adapter votre plan d'intervention ?

Alors pas pendant la prise en charge en intra, mais ça nous permet vraiment d'adapter la suite de la prise en charge quand on va envisager, commencer à envisager un projet de vie, un projet de soins en terme de réinsertion on va dire. De réhabilitation.

-D'accord. Maintenant donc une question concernant interprofessionnalité et MCRO. Est-ce que depuis que vous utilisez la MCRO, est-ce que vous voyez des changements, est-ce que ça vous permet d'échanger plus avec les autres professionnels ?

Euh non...parce que les autres professionnels ont beaucoup de mal à intégrer ces modèles-là...je pense qu'au niveau ergo on avait une ouverture d'esprit qui nous permet d'intégrer ces modèles, on a déjà des prises en charges qui sont très centrées sur le patient, les autres professionnels... on va dire très techniciens, très mise en place de protocoles, et du coup de se dire qu'en plus il faut prendre en compte l'avis du patient qui veut, vers où il veut aller,..euh...ça va être compliqué. Alors ça nous sert de support pour pouvoir nous communiquer avec eux, mais on va pas leur dire j'ai fait un MCRO et il en est ressorti ça, ça, ça. Il va juste dire ah ben tiens le patient il fait tel projet pour sa sortie, il veut pas retravailler mais il veut reprendre telle activité de loisirs ou découvrir telle activité de loisir en milieu ordinaire, ça va plutôt être orienté dans ce sens-là.

-D'accord. Donc vous vous appuyez sur ce que vous avez obtenu avec la MCRO mais sans en parler ?

Oui, sans le mettre en évidence de façon formelle.

-D'accord.

Sauf à l'écrit dans les transmissions mais à l'oral ou dans les échanges, on le verbalise pas directement.

-Et comment ça se passe pour l'ELADEB, puisque vous m'avez dit que vous l'utilisez régulièrement ?

Alors il y a que les ergos qui l'utilisent. Les équipes médicales paramédicales en ont peu conscience mais en même temps je pense qu'on a pas spécialement échangé avec eux la dessus. Les équipes médicales alors elles connaissent pas le bilan en détail, mais elles ont l'habitude d'en lire les comptes-rendus et du coup ne nous demandent pas forcément un ELADEB directement, mais de façon détournée ils vont nous demander « et le regard du patient qu'est-ce que ça va être » là à l'heure actuelle...voilà.

-D'accord. Donc l'ELADEB il est un peu plus intégré comme outil au niveau de l'équipe ?

Ouais au niveau de la pratique...on a une utilisation plus ancienne aussi...

-Depuis combien de temps vous l'utilisez l'ELADEB ?

ELADEB ça fait 2-3 ans qu'on l'utilise. 3 ans je pense.

-Ah oui d'accord. Du coup je vous ai pas demandé tout à l'heure vous êtes combien d'ergos, est-ce que tout le monde utilise ELADEB et MCRO parmi les ergos de votre structure ?

Alors nous en intra on est 2 ergos. Les 2 ergos utilisent ELADEB. MCRO ça va dépendre de qui est en charge du patient, mais les 2 ergos peuvent l'utiliser. Et il y a une ergo en extra mais qui n'utilise ni l'un ni l'autre, elle aime pas les bilans, elle est très psychodynamique en terme d'orientation professionnelle et du coup elle s'oriente pas vers ces outils-là.

-D'accord. Du coup je continue mes questions sur l'ELADEB, on reprendra la MCRO après. Quelle différence est ce que vous faites entre les deux outils parce que les deux sont des auto-évaluations des besoins ou des problèmes. C'est toujours le patient qui est au centre.

Entre l'ELADEB et la MCRO pourquoi est-ce que c'est l'ELADEB que vous avez choisi depuis trois ans et qu'est-ce que vous amène en plus la MCRO par rapport à l'ELADEB ?

Alors, nous l'ELADEB on le fait en premier parce que c'est le premier qu'on a découvert, on l'a gardé plutôt en début de prise en charge parce que le fait d'avoir un support visuel nous permet vraiment d'orienter les patients et ça facilite l'entretien. Alors après les réponses sont des fois faussées, on a des défauts d'insight, des choses comme ça, mais on a le support et ça nous sert nous aussi en tant que soignant, je vais pas mentir, le fait d'avoir le support visuel... »ah oui c'est vrai tiens les activités de loisirs » ben on oublie pas de domaines. Alors que MCRO...ben moi je suis un peu distraite, j'ai une mémoire de poisson rouge, je peux oublier certaines choses ou je vais pas relancer le patient au niveau des questions. C'est vraiment le gros bénéfice et du coup ELADEB on a tendance à l'utiliser en début de prise en charge pour nous fixer nos objectifs. Parce que le support des cartes c'est vraiment un atout autant pour les usagers que pour nous à ce moment-là.

-D'accord. Et donc l'ELADEB il est utilisé en systématique pour les entretiens initiaux en fait ? C'est ça ?

Euh...en 2^{ème} intention. L'entretien initial c'est vraiment un entretien pour faire connaissance, et créer une alliance thérapeutique avec le patient. Et dans les 15 jours, 3 semaines du début d'hospitalisation, généralement on fait un ELADEB pour vraiment cibler une fois qu'on a l'alliance thérapeutique sur quoi on va pouvoir travailler avec le patient.

-D'accord. Et c'est tous les patients ou là vous faites une sélection aussi ?

Quasiment tous les patients, les seuls patient avec on l'utilise pas c'est parce que c'est l'indication médicale au début qui a pas été adaptée ou ça va être pour de l'occupationnel comme de l'ergo ou il est en hospitalisation pour réadaptation du traitement mais on n'a pas d'objectifs précis ou c'est qu'à la sortie son projet de vie est déjà construit, et en termes de projets de soins en intra-hospitalier il y a pas d'objectifs précis non plus, puisque l'objectif essentiel c'est l'adaptation du traitement aux médicaments.

Si je dois vous donner un chiffre sur 30 patients, ELADEB facilement 15-20 patients.

-D'accord. Et la MCRO vous la faites passer au bout de combien de temps avec le patient du coup ? Parce que là vous m'avez dit ELADEB c'est au bout de 2 ou 3 semaines...

MCRO c'est fin de prise en charge donc entre...vous allez me dire les délais sont larges...c'est entre 3 mois et 1 an.

-D'accord. Mais si c'est en fin de prise en charge ça veut dire que après ils vont quitter la structure ?

Oui, nous ça nous sert à faire notre compte-rendu pour leur relai. Parce que les $\frac{3}{4}$ de leurs objectifs qui vont ressortir d'un MCRO on pourra pas y répondre en intra-hospitalier, mais par contre on s'en sert pour faire le compte-rendu pour la structure suivante. Ça peut être l'hôpital de jour, le CATTP, l'ESAT...

-D'accord. Donc ça permet de construire le compte-rendu que vous donnez ensuite. Et c'est des transferts d'ergo à ergo ou c'est dans le dossier et ça va pour tout le monde ?

Alors d'ergo à ergo principalement, après je sais pas... par exemple au SAMSAH on le transfère directement aux soignants qui vont prendre le relais au domicile.

-D'accord.

Et c'est pas des ergothérapeutes.

-Vous avez eu des retours concernant les personnes les soignants qui prennent la suite derrière ?

Les retours qu'on a c'est souvent qu'ils sont satisfaits parce que ça eux ça les aide en ce qui concerne le symptôme, ça les aide vraiment à construire leur accompagnement derrière avec l'usager à son domicile.

-D'accord. Est-ce que vous savez si c'est utilisé après par la suite ?

Euh... est-ce qu'ils utilisent le modèle des MCRO, est-ce qu'ils utilisent les données qu'on leur a transmises... ?

-Alors les données, j'ai cru comprendre que oui et je voulais dire comme... parce que finalement vous vous faites l'entretien en fin de prise en charge on vous transmet toutes ces informations là, vous me dites si je me trompe hein, vous transférez ces informations-là aux équipes qui vont suivre et après est-ce que eux ils pourraient aussi réévaluer par exemple par la suite la MCRO ou ... ?

De ce que moi j'en sais, non ils les réutilisent pas, enfin ils font pas de réévaluation ou ils utilisent pas du tout le modèle derrière.

-D'accord. Ils utilisent par contre les données ça oui.

Ouais.

-D'accord. Donc du coup maintenant je vous propose de passer à l'expérimentation proprement dite que vous avez réalisée, alors je vais suivre ma petite grille même si on va sûrement dévier à certains moments, donc déjà qu'elle a été... ah oui... non avant de commencer, vu votre utilisation, les patients à qui vous avez fait passer la MCRO avec les cartes de l'ELADEB est-ce qu'ils avaient déjà eu une ELADEB avant du coup ?

Euh non, du coup on a, avec votre format d'utilisation, on a essayé de l'utiliser en début de prise en charge, donc dans les 15 jours, 3 semaines.

-D'accord. Donc plutôt comme vous auriez utilisé l'ELADEB ? C'est ça ?

Voilà.

-D'accord. Ok, donc c'était juste pour savoir s'ils connaissaient déjà les cartes ou pas du coup.
Non non pas du tout.

-Ok. Du coup est ce que vous pouvez me dire un peu quelle a été la réaction du patient quand vous avez montré les cartes comment ça s'est passé ?

Euh... plutôt satisfait, le côté tactile et le côté visuel fonctionnent bien. Ça les aide à orienter, c'est moins la panique qu'un entretien, ça permet de le mettre entier dans la relation l'air de rien... Non, non plutôt un retour positif de la part des usagers.

-D'accord. Et comment s'est passé le tri des cartes du coup ? Pour lui ? Est-ce que ces phases, est-ce qu'il trie facilement, est-ce que il pose beaucoup de questions, est-ce qu'il y a beaucoup d'hésitations ?

Le tri ça a été fait simplement, Il n'y a pas spécialement de questions complémentaires. Une fois que la consigne est posée ils ont moins de demandes d'étayage complémentaires spécialement.

-D'accord .

[Coupure suite à problème de téléphone]

-Alors du coup, oui je suis passée trop vite à la question sur les cartes, je voulais vous demander au début du coup quand vous avez commencé de la MCRO avec le patient et que vous lui demandez ses difficultés avant de montrer les cartes, comment ça s'est passé ?

Les difficultés avant de montrer les cartes j'ai juste soit un grand blanc, avec des grands yeux euh... écarquillés en mode « qu'est-ce qu'elle me demande, » soit j'ai « tout va bien, y'a rien de difficile, tout se passe bien, j'ai pas de problèmes ».

-D'accord. Donc là et vous l'avez fait passer à combien de patients du coup ?

A 3 patients.

-D'accord, super. Et donc pour les trois c'était la même chose, sans les cartes ?

Pour les 3, c'était 3 profils ...alors je vous avoue j'ai un peu sélectionné les patients quand même, 3 profils avec personnes atteintes de schizophrénie, plutôt un profil déficitaire donc déjà des gens avec qui je savais que même avec MCRO avec en fin de prise en charge ça aurait pas été possible.

-D'accord . Et c'est des gens que vous suiviez...que vous aviez vu, que vous suivez depuis longtemps à qui vous l'avez fait passer ou ... ?

Alors il y a une personne qu'on avait déjà eu lors de 2 précédentes hospitalisations, que je connaissais bien, et 2 nouveaux usagers.

-D'accord. 2 nouveaux donc au bout de 2-3 semaines ?

C'est ça.

-Donc sans les cartes du coup il y avait pas grand-chose ?

Non, c'était « le tout va bien habituel qu'on peut avoir quand on fait un entretien d'entrée classique ou y'a pas de problèmes, pas de difficultés, tout se passe bien quand je suis « armé »...

-D'accord. Ok. Et du coup alors une fois que vous allez donner les cartes ils ont fait le tri et qu'est-ce que ça a donné ? Je voulais vous dire si c'était plus facile vous pouviez séparer, enfin séparer les trois patients si les réactions étaient différentes.

Alors le patient connu, les cartes m'ont servi de support, mais il a pas fait ressortir de problématique, c'est resté sur le tout va bien. Donc ça nous a pas apporté d'informations supplémentaires sur sa vie quotidienne et ses habitudes de vie. Les 2 nouveaux usagers ça leur a permis de mettre en évidence des difficultés plus ciblées, soit dans les habiletés sociales, donc dans les relations sociales je sais plus comment c'est marqué, activités de loisirs, et là y'en a un qui nous a ressorti les traitements et la santé physique et psychique.

-D'accord. Et du coup il a... ils ont trié les cartes ?

Ouais on les a repris pour qu'ils puissent étayer les difficultés, pour quand c'était compliqué, pour élaborer, pour avoir des informations plus qualitatives.

-Ok.Le retour que j'ai eu là, des entretiens précédents, c'était que ça permettait un gain de temps, est-ce que... est-ce que ça c'est quelque chose que vous avez ressenti ou pas ?

Alors un gain de temps durant l'entretien ...pas forcément parce que du coup c'est des patients qui ont des choses à faire ressortir, donc on va faire un entretien plutôt d'une heure. Par contre pour un gain de temps dans la planification du temps de prise en charge parce que les objectifs sont plus ciblés, sont ciblés vers une activité qu'il va devoir réaliser, et là on gagne du temps.

-D'accord. Donc bien ça veut dire que la MCRO telle que vous l'avez utilisée avec les cartes là elle vous a vraiment permis de mettre en place le plan de traitement quoi.

Oui. Ça nous a permis de mettre en place des plans de prise en charge plus ciblés vraiment sur la problématique du patient, et de gagner du temps du coup puisque patients et soignants avaient le même objectif

à atteindre, et il y avait plein d'activités annexes et qui sont au final utiles pour l'un et pour l'autre.

-D'accord. Ok. Alors on a commencé à en parler un petit peu mais bon comme vous allez me dire, vous allez pouvoir compléter, est-ce que les cartes de l'ELADEB ont eu un intérêt pour le patient et si oui lesquels ?

L'intérêt ça a été de cibler et de centrer vraiment sur les thématiques. Ça a permis vraiment au patient dans le déroulé de redérouler dans sa tête toutes les activités à lui, ce qu'il fait et là où c'était difficile ou pas. Ça donne vraiment un guide à l'entretien officiel.

-Ok. Et pour vous du coup l'intérêt de ces cartes ?

Nous il nous permet d'utiliser le modèle du coup en début de prise en charge, il nous permet de canaliser les choses et de les orienter. Là où elle ne nous aide pas à améliorer l'utilisation du MCRO c'est quand il faut coter l'engagement et le rendement, la notion reste quand même floue pour les usagers.

-D'accord... Du coup là ça veut dire que pour ces patients là vous n'allez pas... enfin ça remplace la cotation par l'ELADEB dans votre système de fonctionnement ?

Oui.

-Et qu'est-ce que ça donne du coup par rapport... qu'est-ce que vous en pensez par rapport à l'utilisation de l'ELADEB et ou la MCRO avec les cartes, est-ce que ça vous a apporté plus, moins, est-ce que vous avez envie de continuer ou pas?

Bah je pense qu'on va continuer. Là où ça apporte un plus, alors même si on arrive pas à avoir la notion d'engagement et de rendement, en tous cas ils arrivent à coter du coup l'importance de l'activité, à nous dire quelles sont les activités les plus importantes et les plus difficiles. Ils vont pas utiliser rendement et satisfaction, mais ils vont être capables de nous dire « ça c'est difficile mais c'est très important pour moi » et ça va permettre de cibler.

Du coup je pense que oui on va le garder parce que ces 2 thèmes là nous permettent d'avoir l'impact motivationnel du patient qu'on a pas forcément avant...

-D'accord. Et du coup là les cotations rendement- satisfaction vous avez pas du tout fait ou vous avez quand même fait et ça donne rien ?

Alors on l'a présenté mais ça donne pas... enfin pour moi ça donne pas des informations utilisables ensuite pour travailler la prise en charge. Parce que satisfaction... alors satisfaction on arrive encore à leur faire comprendre ce que ça veut dire quand on passe par les notions de plaisir, en contournant comme ça, quand on parle de rendement, « est-ce que je suis efficace, est-ce que j'arrive à mener mon activité à terme ou est-ce que je suis bon dans cette activité » même si elle est pas importante, ça ça va être très subjectif pour eux.

Je pense que c'est dû potentiellement aux pathologies, on l'a utilisé principalement sur des patients atteints de schizophrénie et du coup au niveau d'insight c'est peut être trop fait pour que eux ils puissent avoir un retour la dessus.

-Du coup là mon sujet c'est sur la schizophrénie donc du coup c'est que des patients schizophrènes mais vous d'habitude vous l'utilisez aussi sur les autres patients cet outil ?

Alors sans problème sur les autres usagers, ma collègue elle travaille plus avec de la névrose, donc tout ce qui est bipolaire elle va utiliser le MCRO. Elle pour le coup le MCRO elle des fois elle l'utilise en début de prise en charge, parce qu'ils sont déjà capables d'avoir ce regard là sur leurs troubles. Sur les troubles de la personnalité aussi on l'utilise et ELADEB je sais qu'avec la névrose du coup elle a une utilisation plus ponctuelle.

-D'accord. Ok. C'est un peu inversé alors ?

Ouais c'est vrai.

-Et est-ce que vous savez pourquoi on utilise plus la MCRO que l'ELADEB du coup ?

Je pense que c'est la capacité de verbalisation des usagers et leur capacité de regard, leur capacité d'insight sur leurs activités, voir là où ça déconne ou pas.

-D'accord. Du coup ça veut dire que si le... si je comprends bien, ce que j'ai déduit de ce que vous me dites, mais vous me dites si j'ai tort c'est que du coup l'outil préféré entre guillemets ça serait plutôt la MCRO mais comme tous les patients n'ont pas la capacité de répondre et de comprendre un peu les notions de la MCRO, du coup quand ils ont des difficultés vous passez plutôt sur l'ELADEB ?

C'est exactement ça oui.

-D'accord. Ok. Alors je fais un tour juste pour voir si j'ai rien oublié... Alors est-ce que les cartes ça vous a apporté quelque chose par rapport à la façon d'utiliser la MCRO d'habitude ?
Ben ça a changé la structure de l'entretien. Enfin d'habitude avec le MCRO je vais laisser la libre parole au patient et limite l'orienter en requestionnant sur « comment se déroule votre journée et tout ça ». Alors que les cartes du coup on prend pas le déroulement de la journée, mais on prend les cartes dans l'ordre de l'ELADEB et ça fait un support en plus.

-D'accord. Du coup, ah oui j'ai retrouvé ma question de toute à l'heure...

Quand vous notez les difficultés avec vos patients, est-ce que vous pouvez me donner quelques exemples de difficultés qu'ils vous ont soulevées et que vous avez notées ? Et combien est-ce que vous arrivez à en cibler 2, 3, ou est-ce que vous arrivez à en cibler une dizaine, est-ce que c'est toujours très occupationnel ou pas ?

Euh généralement on va cibler 2-3 difficultés qui retombent souvent sur les mêmes thématiques. Les thématiques ça va vraiment être relationnelles, activités de loisirs et prise des traitements et santé physique et psychique. Ça va être les 3 grosses thématiques qui ressortent régulièrement.

-D'accord. Et du coup donc ça c'est les dénominations des cartes donc c'est assez général. Après avec le patient vous allez plus loin pour savoir exactement quelle activité de loisirs ?

Ah oui ! On va lui donner un exemple... Par exemple si c'est une relation sociale on va demander de la cibler, est-ce que c'est avec l'entourage familial ou est-ce que c'est général à tout le monde. Est-ce que c'est des difficultés d'entrée en interaction, est-ce qu'il aimerait avoir un réseau social plus large... enfin on requestionne derrière pour recibler vraiment, et cibler une activité du patient et une activité qui le dérange.

-D'accord. Et du coup est-ce que vous pouvez me donner des exemples de comment ça ...comment vous adaptez la prise en charge en fonction des objectifs si vous avez un...l'idéal c'est si vous avez un exemple d'une ou deux difficultés et de concrètement dans votre prise en charge, de ce que ça va... de que vous allez mettre en place que ce soit vous ou peut-être d'ailleurs le reste de l'équipe en fonction de votre fonctionnement.

Concrètement par exemple si on reste sur les activités sociales et les relations sociales, ça va être des patients qui vont vous dire « ben moi à l'extérieur je rentre chez moi, je regarde la télé, je fais rien, j'aimerais bien prendre contact avec les autres mais c'est compliqué, j'arrive pas à garder des amis, j'arrive pas à faire de nouvelles connaissances, je sais pas comme on entre en interaction avec l'autre, j'arrive pas à suivre la conversation...

Et nous ça, ça va nous servir à cibler les activités thérapeutiques sur lesquelles on va aller. Par exemple si c'est uniquement activité sociale mais ça peut être plein de choses qui peuvent être en lien avec un trouble cognitif, pas de trouble attentionnel ou de la mémoire de travail qui font que par exemple les conversations sont compliquées, on va se dire bon ben c'est juste l'entrée en interaction, donc on va cibler soit un groupe d'entraînement aux activités sociales tout court, soit ce groupe là est trop précis et pas accessible pour le patient, donc on va passer par une activité type la cuisine thérapeutique, mais en lui verbalisant que l'objectif c'est pas d'apprendre à cuisiner ou d'améliorer l'autonomie en cuisine, mais vraiment d'aller apprendre à travailler avec quelqu'un d'autre, travailler en binôme, collaborer, que les informations doivent être données, que les informations quand on les donne ben je prends en compte.

On va vraiment cibler les objectifs des activités proposées.

Et du coup par exemple si on voit que c'est plutôt lié à des troubles cognitifs en premier parce qu'il va nous dire « ben oui mais euh...j'essaye d'aller avec les autres mais à partir du moment où ils sont 3 et qu'il y a 2 conversations qui se mettent en parallèle, moi je suis plus rien, mon attention elle passe d'une conversation à l'autre, ou je comprends plus, ou en plus j'ai des voix dans la tête qui me parlent en même temps...et c'est trop compliqué, là on va plutôt lui dire ben on va d'abord cibler de la remédiation cognitive pour travailler les fonctions attentionnelles et après on travaillera peut-être les activités sociales. Donc voilà avec le patient c'est plutôt comme ça sur la base du MCRO avec l'utilisation des cartes.

-D'accord, ok. Alors du coup pour conclure qu'est-ce que vous pensez de cette idée là d'avoir mis les cartes dans la MCRO ?

Moi j'ai énormément apprécié, ça nous a permis un confort de pratique et d'élargir la pratique en intégrant vraiment du coup un modèle conceptuel à nos pratiques. Ça nous a permis aussi de réorienter de façon plus précise les prises en charge pour les patients, et de pouvoir jouer sur quelque chose où on avait du mal à jouer avant, qui est l'impact motivationnel, parce qu'on arrive à argumenter des activités de plus en plus précises, et vraiment en répondant à un besoin qui sera exprimé. Moi je pense que c'est un outil qu'on va garder d'ailleurs... Merci d'avoir fait votre mémoire la dessus parce que il nous a bien servi !

-Ben tant mieux !

Après je pense qu'il faudrait le compléter...alors je sais pas comment ni quoi ni qu'est-ce, mais sur toutes les notions subjectives. C'est vraiment le côté qui reste encore difficile à utiliser.

-J'ai pas compris, sur les notions subjectives c'est ça que vous m'avez dit?

Oui sur le rendement et la satisfaction, il faudrait qu'on arrive à trouver un moyen pour que...soit un moyen explicatif, soit un support, parce que l'échelle visuelle est déjà pas mal mais c'est la notion subjective qu'il y a derrière qui est encore difficile à intégrer.

-D'accord, oui. C'est la partie cotation rendement et satisfaction qui est pas très facile à...Oui d'accord je vois. Oui effectivement. Vous êtes tous d'accord sur ce point.

Bon ben c'est parfait !

-Personnellement j'ai pas encore trouvé l'idée...

Ben si vous voulez faire un master en ergothérapie ?....

-Oui alors euh...là on verra. J'ai déjà repris mes études parce qu'avant je faisais autre chose, donc pour l'instant je crois que je vais m'arrêter là, on verra après. Ok. Pour finir est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?

Bon ben non rien de plus...Jolie expérience !
Et bien bon courage... au revoir...

-Merci. Au revoir

Retranscription entretien E4

-Alors pouvez-vous en quelques mots vous présenter, votre parcours et votre structure ?

Bonjour je m'appelle _____ je suis ergothérapeute. En fait moi bon d'abord j'ai fait ma licence et mon master au Canada et j'ai travaillé en psychiatrie au Canada avant de déménager en France où j'ai fait un an de licence à l'IFE de Créteil, donc "j'ai gradué" de Créteil l'année dernière, et puis depuis cette année je travaille aux _____ en psychiatrie, unité _____. Alors voilà. C'était quoi l'autre question ?

Présenter un peu la structure...comment ça fonctionne ?

Bon et bien en fait moi je travaille sur deux unités et puis le pôle _____ en fait ça représente tous les patients de psychiatrie du _____ donc quand ils sont hospitalisés ils viennent sur une des quatre unités. On a toutes sortes de types de patients, toutes sortes de diagnostics et toutes sortes d'état en fait, les aigus, les chroniques. Je vais aussi en extra- hospitalier donc au CATTTP, en fait en fin de suivi on fait des groupes avec des patients qui sont suivis en externe et je vais également en centre de jour où je fais partie en fait du groupe de réhabilitation, donc des patients qui sont en extra mais qui ont besoin d'un suivi un peu plus important pour les engager vraiment dans un projet un peu plus dynamique. Donc soit partir de chez leurs parents, trouver un travail s'impliquer socialement dans leur communauté ou simplement rester en appartement.

Voilà donc on fait des groupes, on fait des suivis en individuel, on va faire une évaluation standardisée, on a des réunions d'équipe un peu comme partout et ben voilà en fait quand on reçoit une prescription médicale moi je rencontre le patient je lui fait passer quelques tests pour connaître ses forces, ses difficultés, apprendre à mieux le connaître puis après avec lui on décide en fait de quelles sont les meilleures modalités de suivi. Donc combien de fois par semaine je vais le voir, est-ce que ça va être en groupe, est-ce ça va être en individuel. Quelles sortes d'activités il veut faire qu'est-ce qu'il veut travailler.

Voilà puis parfois le suivi va consister à faire une visite à domicile, où à pratiquer les transports en commun, sortir à l'extérieur de l'hôpital ce qu'on fait aussi en extrahospitalier davantage. Et puis parfois certains suivis sont transférés en extrahospitalier donc je commence un suivi en intra et puis je le poursuis en extra...

- Petite question supplémentaire sur les visites à domicile, du coup comment se passent et quels sont les objectifs des visites à domicile ?

C'est assez variable en fait parfois c'est simplement pratico-pratique pour tout ce qui est ménage, l'organisation, parfois c'est l'utilisation du transport en commun, comment se repérer, où sont la boulangerie, la charcuterie, les commerces. On a beaucoup de patients qui sont hospitalisés qui viennent d'hôtels en fait, puis bon avec l'aide d'assistantes sociales ils retournent soit chez leurs parents, soit dans un appartement associatif ou dans d'autres structures et puis ou même en appartement. Leur faire visiter le quartier c'est quand même important, et puis ça peut être anxiogène.

C'est généralement plus à domicile comment il veut s'organiser, faire du ménage, faire les courses puis après faire une préparation de repas par exemple. Mais je dirais qu'on fait peut-être 80% à domicile puis 20% vraiment aux alentours du domicile.

-Et là, c'est hors mémoire ça, mais c'est juste pour savoir du coup ça ça arrive souvent c'est l'ergo qui décide avec l'assistante sociale ou c'est en fonction de la demande du patient ?

Pour les patients hospitalisés en fait on doit toujours avoir l'aval du médecin. C'est aussi une question de placement en fait, si le patient est en placement libre ou bien en SPDT, donc ça varie. Enfin moi je peux prendre la décision d'aller à domicile avec un patient, par contre on y va toujours à 2 et puis évidemment faut avoir l'aval du médecin. Si le médecin refuse c'est un peu contraignant d'aller contre.

-D'accord, ok, merci ! Alors du coup on va commencer avec tout ce qui concerne la MCRO telle que vous l'utilisez aujourd'hui. Alors est ce que vous pouvez m'en dire un peu plus justement sur votre façon de l'utiliser avant que je vienne vous voir pour mon mémoire ?

Moi, la MCRO je l'utilise vraiment plus comme une évaluation initiale et parfois je l'utilise de façon standardisée, de façon... je la cote comme il est demandé mais je dirais que la plupart du temps je l'utilise seulement comme un guide d'entretien, et puis je vais leur demander aussi bon si ils sont

satisfaits, s'ils sont satisfaits de leur rendement, si on pense avoir besoin plus d'aide où ils voudraient s'améliorer... Et puis l'importance que ça a pour eux mais souvent je demande pas vraiment de notes avant que je pense que ce soit vraiment pertinent de coter plus tard en fait.

Mais je l'utilise davantage de façon standardisée avec des patients que je sais qu'ils vont rester longtemps l'hôpital, qui sont plus chroniques. Je dirai que le séjour moyen est d'à peu près trois semaines, donc il faut rapidement prendre en charge les patients, se fixer des objectifs réalistes, surtout si on les voit que une ou deux fois par semaine des fois c'est que de l'information... Mais pour les patients qui vont rester je pense deux mois et plus, je dirai peut-être 30 à 40% de nos patients, donc c'est moins de la moitié, et puis bon mes collègues ont leur prise en charge, je vois pas tous les patients chroniques non plus. La façon que je l'utilise standardisée c'est vraiment plus avec cette population là. Et puis parfois je la fais pas non plus au premier entretien, souvent je le fais au second entretien donc d'abord je vais voir le patient, je me présente, je fixe un rendez-vous avec lui. Après au premier entretien je l'accueille, on passe peut-être une demie-heure ensemble où je lui explique le rôle de l'ergothérapeute, qu'est-ce qu'on fait, notre rôle, puis je lui présente les différentes salles, je lui présente mes collègues puis je lui demande s'il est d'accord, si on peut faire une évaluation la rencontre d'après. J'essaie d'être assez graduelle dans mon approche parce que c'est quand même, ça peut être assez confrontant il y a des sujets... la famille, le travail c'est plus confrontant qu'on le pense, donc j'essaie d'être, de pas arriver dès le 1^{er} contact.

-D'accord. Donc c'est plutôt en début de prise en charge et donc avec tous les patients, mais pas forcément de la même façon c'est ça ?

Pas tous les patients, je dirais c'est plus facile de le faire avec les patients qui sont dépressifs, troubles anxieux un peu plus dans le versant névrotique, je le fais aussi avec les personnes du versant psychotique seulement j'attends qu'ils soient légèrement stabilisés. En fait des personnes qui sont complètement et vraiment dans une phase aiguë, parfois juste leur dire bonjour et avoir un contact c'est compliqué, donc j'attends qu'ils soient capables d'être assis au moins 15 minutes dans mon bureau.

-D'accord. Et depuis combien de temps l'utilisez-vous ?

Ben depuis que je travaille. Je l'utilisais au Canada puis depuis septembre, depuis que je travaille aux hôpitaux de Saint-Maurice aussi.

-Et du coup la fréquence d'utilisation ce serait tous les combien ?

Euh, tous les dix jours, deux semaines donc j'ai pas des nouveaux patients toutes les semaines

-Ok. Du coup vous avez commencé à me répondre mais je repose la question au cas où vous me donneriez des compléments, est-ce que vous effectuez la passation dans sa totalité ?

Pas toujours. Je vais quand même utiliser le vocabulaire de la MCRO parce ce que c'est important, « est-ce que vous êtes satisfait », et puis c'est quoi l'autre déjà, bon rendement-satisfaction...ça je l'utilise, les mots, j'utilise le vocabulaire, par contre je vais pas nécessairement coter, parfois sur 10 certains patients et psychotiques peuvent être persécutés par mettre une note. Donc qu'est-ce qui est le plus important ?

Donc souvent si je vois qu'il y a deux thèmes assez importants, je vais essayer de lui demander de prioriser. Mais je vais pas nécessairement mettre un chiffre.

-Et du coup pour ceux avec qui vous cotez, est-ce que vous réévaluez ?

Ouais je peux réévaluer, pas souvent je dirais peut-être 10% du temps je réévalue si, par exemple, quand je suis dans une impasse, je sais pas trop, ça stagne depuis longtemps... Les patients en psychiatrie en fait c'est assez fluctuant donc on peut être avoir des plateaux, donc bien sûr je vais en parler avec mes collègues, je vais leur demander bon ben qu'est-ce que vous feriez ? Et ça peut m'arriver de faire repasser parce qu'en fait quand je sais plus quoi faire avec le patient, je me dis bon, on a travaillé tel objectif mais au final il n'y a pas d'avancement ou au contraire on l'a réussi cet objectif-là, c'est quoi la prochaine étape ...

-Et du coup vous faites une réévaluation, vous reprenez les mêmes objectifs que vous aviez notés avec le patient et vous le refaites coter ou vous recommencez tout de zéro ?

Je reprends les mêmes objectifs je vais pas les lire textuellement mais je lui dis par exemple « vous vouliez apprendre à faire de la cuisine, mais là ça fait plusieurs mois que vous participez au groupe cuisine, au groupe pâtisserie, on est allés faire les courses ensemble et tout, comment vous trouvez ça, puis là le patient me répond puis je lui demandais est-ce que vous voulez continuer à travailler ça, est-ce que vous pensez vous être amélioré ? Encore une fois j'avais pas utilisé des notes.... C'est plus,

soit plus dans l'informel, plus dans la conversation pour que ensemble, on puisse ensemble, on puisse aller plus loin avec le patient.

-Du coup les règles de cotation de la MCRO classique vous les utilisez... ?

Je les utilise rarement, mais je les utilise, plus rarement en fait.

-Selon vous quelles sont les limites de la MCRO en psychiatrie ? Quelles difficultés ?

Les difficultés que j'ai moi c'est surtout par rapport à la cotation, mettre un chiffre, les patients souvent je leur demande...ça m'est arrivé quelques fois de leur demander de mettre un chiffre sur 10 puis là ben ils veulent pas être mis en échec, ils veulent pas dire ah ben là c'est 3 sur 10, donc ils disent 9 sur 10, mais ça a plus de valeur en fait. Il y a certains patients, surtout les patients bipolaires, voilà tout est dépressif en fait, tout va bien et tout va mal, donc j'avais une patiente dépressive et je lui ai demandé « Quels sont vos problèmes les plus importants », « Mais tout est un problème ». Il n'y avait aucune catégorie, il n'y avait rien qui allait bien. Enfin quand on demande de coter, de mettre un chiffre, de justifier c'est ...ça peut être biaisé.

-Et pour l'identification des difficultés et des problèmes du coup vous faites comment ? Ça pose pas de soucis ?

Ben en fait je commence par, en fait quand je rencontre un patient pour la première fois je lui pose une question ouverte, je lui dis « Parlez-moi de vous ? » Alors est-ce qu'il va me parler de sa famille, est-ce qu'il va me parler de son travail ou de ses loisirs, ou sa maladie même pas, mais je vais commencer par cette porte d'entrée là donc je vais vraiment aller discuter en premier avec lui par le sujet où il est le plus à l'aise, puis peu à peu je vais, je vais passer selon mon opinion, je vais passer aux autres sujets. Parfois j'oublie des trucs, malgré que ce soit écrit, c'est des thèmes qui sont relativement larges, surtout on a souvent des personnes âgées qui sont dépressives parce qu'on a une diminution d'autonomie et puis de l'indépendance, donc je vais pas passer en détail tous les soins personnels mais idéalement il faudrait que je fasse ça. Donc je vais passer la voir un peu plus tard pour venir lui demander

-Le protocole de la MCRO c'est de demander aux patients quelles sont ses difficultés, quels sont ses besoins ? Est-ce qu'ils répondent directement ou est ce que vous indexez en posant des questions spécifiques pour chaque catégorie, ou en utilisant la journée type ou autre ?

Concrètement c'est vrai je fais beaucoup la journée type puis après j'essaie de voir si on peut faire un peu d'autocritique par rapport à leur journée type.

Enfin je commence vraiment large puis peu à peu je reste spécifique, c'est pas vrai, maintenant je commence large puis je vais de plus en plus détailler, par contre que je le fais en évaluation initiale je vais pas aller dans vraiment de grands détails, je sais que ça dure pas plus qu'une demie-heure, 40/45 minutes au maximum la discussion, puis parfois ça prend 15 minutes mais j'essaie vraiment de laisser parler le patient quitte à revenir un peu plus tard une semaine ou 2 plus tard de revenir avec le questionnaire pour poser des questions plus spécifiques.

-Du coup là, de ce que j'entends si je résume un peu ce que vous me dites, l'identification des difficultés par les patients pour vous c'est pas quelque chose qui est compliqué à réaliser ?

Ca dépend, en fait ça dépend de l'autocritique des patients. En fait il y a des patients qui arrivent et qui me disent « j'ai aucune difficulté », il y en a d'autres qui me disent « je suis nul dans tout », donc rendu là si la personne me dit je suis nulle dans tout, alors d'accord, mais dans quoi vous êtes le meilleur ?

D'autres même me demandent mais je suis..., je sais pas comment dire mais ça va dans telle sphère... Donc là je suis quand même capable de hiérarchiser dans les personnes qui disent ça va dans tout... Moi quand même, comme j'ai lu le dossier au préalable, je sais qu'est-ce qui est plus complexe, mais enfin à la première évaluation je dis rien, je demande quand même qu'est-ce qu'il veut travailler puis au final peu à peu je pense que les patients développent leur autocritique. Et on est capable de... Par exemple si moi je veux travailler l'attention, la concentration je peux faire plusieurs activités qui vont travailler ça, même si le patient est pas capable lui et qu'il a des difficultés de concentration.

-D'accord, ok. Alors du coup quand vous utilisez la MCRO, est-ce que vous pouvez me dire un peu pourquoi, quels sont les objectifs, à quoi ça vous sert, quels bénéfices vous retirez d'utiliser ça ?

J'aime bien avoir un support écrit pour faire une évaluation initiale en fait c'est toutes les données des activités. Souvent j'y pense par moi même mais ça peut m'arriver d'oublier des choses donc pour ça c'est pratique. Puis aussi je veux savoir en fait le patient qu'est-ce qu'il pense de lui, pour lui quelles sont ses forces, quelles sont ses difficultés.

Puis moi j'essaie vraiment de travailler autour de ça pour qu'il y ait une meilleure adhésion au traitement. Ben en ergothérapie du moins si c'est pas signifiant pour le patient ça me sert à rien de travailler là-dessus.

Donc par exemple on avait une patiente qui aimait bien la pâtisserie mais au niveau de l'hygiène c'était catastrophique, donc moi je disais ben mais elle veut améliorer ses talents de pâtisserie, elle veut participer au groupe pâtisserie, la cuisine c'est quelque chose qui est important pour elle, elle veut faire la cuisine pour ses enfants, ben d'un moyen détourné je lui faisais pratiquer, améliorer son hygiène. Je lui disais ben vous devez vous laver les mains, vous devez ne pas porter de vêtements tâchés, de vêtements sales, on va cuisiner...

J'avais quand même mes objectifs que je pense qu'il était important de travailler, mais d'une façon détournée je lui faisais travailler mon objectif mais en même temps le sien qui était de participer au groupe.

-Du coup la question qui en découlait c'était est-ce que ça vous permet d'adapter votre plan d'intervention ?

Oui, comme je l'ai nommé ça me structure dans ma pensée d'avoir un outil d'évaluation puis ça me permet aussi de voir qu'est-ce qui est important pour le patient donc le fait d'avoir la MCRO oui ça me permet de...c'était quoi la question ?

-D'adapter, de définir...le plan d'intervention...

Oui c'est adapter que je cherchais... D'adapter mon plan d'intervention puis malgré que même s'il y a des objectifs que je pense hyper importants et c'est pas l'objectif principal du patient je sais que je suis capable de travailler de façon détournée.

-Du coup une question sur l'interprofessionnalité. Est-ce que la MCRO selon vous permet d'échanger avec les autres professionnels plus que si vous l'utilisiez pas ?

Je sais pas, en fait en psychiatrie je trouve que les réunions informelles sont vraiment vraiment importantes donc on a nos réunions formelles où on parle vraiment des cas puis du travail fait avec le patient, mais on est toujours en réunion informelle où on parle de tel patient puis de tel patient puis l'information je pense enfin où est-ce que je travaille circule assez bien, la seule chose que la MCRO je pense peut m'amener c'est pour avoir un élément qui serait pas venu naturellement à la conversation avec le patient qui peut être important.

Je reformule parce que je me perds dans mes idées...

Comme c'est un guide qui est standardisé et puis en fait qui a des catégories, ça me permet d'avoir une conversation spécifique avec le patient sur ses envies sur son rendement sur sa satisfaction. C'est pas nécessairement quelque chose que j'aurais eu naturellement avec lui lors d'une évaluation initiale normale ou informelle, donc il se peut que j'ai des éléments de plus à dire aux soignants.

-D'accord

Par contre comme en psychiatrie on est toujours en discussion, puis les infos, les rencontres informelles sont assez importantes on est toujours en train de discuter des patients, donc j'imagine que si les infos les plus importantes seront dites, mais c'est sûr que d'avoir un guide ça nous permet de penser à autre chose.

-Et est-ce que l'équipe sait que vous utilisez la MCRO, enfin est-ce que vous en parlez que... est-ce que c'est un outil que vous utilisez entre vous ergo et que du coup ça reste un outil que ergo, ou est-ce que c'est cette façon de travailler avec le patient, enfin cette façon de s'entretenir avec le patient est-ce que ça sort un peu de l'ergo les autres savent que vous utilisez ça, s'attendent à ça au niveau du vocabulaire etc, ou pas du tout?

Pas vraiment non, ça reste entre ergos, il y a la psy qui utilise un outil semblable, je peux pas dire lequel, mais entre rééducateurs on s'en parle, après au niveau des médecins des infirmiers pas trop moi je suis de par mon éducation, les évaluations standardisées sont assez importantes, donc je l'utilise, mais mes collègues, ...c'est pas toutes mes collègues qui vont l'utiliser.

-D'accord. Du coup à priori au niveau des échanges interpro la MCRO ça vous permet pas d'avoir des ... un truc spécifique?

Mais je vais pas, je vais pas dire ah j'ai utilisé la MCRO et je me suis rendue compte que tel patient pour lui telle chose était très importante.

-Vous allez pas mettre en avant le comment vous êtes arrivée à ça ?

Non.

-D'accord, ok. Alors maintenant concernant l'expérimentation avec les pictogrammes de l'ELADEB du coup, donc vous avez pu lire le protocole que j'avais envoyé ? Avec combien de patients vous l'avez testé du coup ?

Juste un, j'ai essayé 2 mais j'ai pas eu le temps

-Ok merci. Quand vous avez commencé à demander les difficultés, qu'a-t-il répondu spontanément ?

Ben c'était une patiente qui était quand même, qui avait un bon recul par rapport à sa maladie puis elle avait un assez haut niveau scolaire, elle était professeur de droit....

Elle est suivie depuis quelques années mais c'est sa première hospitalisation, diagnostic de schizophrénie et avec peut-être soupçon de bipolarité mais c'est pas...c'est plus de famille...

Son hospitalisation va durer peut-être un mois et demi le temps de la stabiliser. Elle a quand même un bon, je pense de par son éducation, de par ses réflexions, un bon niveau socio-économique et puis malgré la maladie elle est capable de... elle a une bonne autocritique.

-D'accord

Ouais donc c'est ça, elle a un vocabulaire riche, capable de bien s'exprimer Donc ce qu'elle m'a dit en fait c'est que....

Répétez- moi la question ?

- Je vous dis la question et celle qui va venir après comme ça ça va peut-être vous permettre de mieux comprendre : Que vous a-t-elle dit spontanément ? et ensuite quand vous avez sorti les cartes, est ce que cela lui a permis de dire des choses en plus ou non ?

Avant les cartes elle était ...elle a quand même une bonne auto critique mais c'était assez large, c'était un peu comme un monologue, c'est quelqu'un qui parle, qui s'écoute parler. Bon c'est des phrases assez simples donc » moi je fais tout, j'ai pas vraiment besoin d'aide, c'est moi qui m'occupe de mon mari, on est en appartement, bon là j'ai pas pris mes médicaments et j'ai rechuté, mais c'est parce que je suis partie à la retraite donc il y avait un peu de...comment dire... d'autocritique ,mais c'était assez large, assez enrobé.

Elle a un peu aussi le syndrome de je suis la meilleure, elle est un peu narcissique... Donc au niveau des loisirs ça allait, et vraiment de grands problèmes, elle trop d'amis et elle ne les voit pas assez. Voilà...trop de maisons de campagne...

-Elle a trop de maisons de campagne ?

Ah ben oui elle a trop de maisons de campagne, vous voyez c'est un peu mégalomane, mais c'est vrai que en fait elle a de l'argent.Voilà après avec les cartes au niveau de ses réponses c'était déjà un peu plus spécifique donc au niveau des finances, des tâches administratives, ça c'est des choses qu'elle n'avait pas parlé et puis en fait elle sait pas gérer son argent .Elle avait un très très bon salaire mais elle a jamais eu d'argent....

Malgré tout elle me dit qu'elle a pas besoin d'aide, dans tout ce qui est finances, tâches administratives, elle me dit « oh j'aime pas ça, j'ai pas besoin d'aide, j'emprunte à des amis, il y en a pas de soucis » donc ce que je dirai en fait c'est que c'est plus spécifique, est-ce que ça l'aide à avoir un peu plus d'autocritique, une autocritique qui est en surface pour certaines choses. Je pense que ça.... on peut mettre le doigt sur plus d'éléments parce que c'est plus précis que la MCRO les cartes, par contre au niveau de l'autocritique de la patiente c'était ... elle en a légèrement plus mais j'irai pas jusqu'à dire que ce fut une révélation.

-Du coup quand comment elle a accueilli les cartes cette dame ?

Mais en fait je lui avais expliqué que c'était pour votre mémoire, que ça serait pas utilisé à des fins d'évaluation, que c'était vraiment plus... enfin que c'était moi qui allait être jugée... c'est sur ma performance en fait. sur ce qui vous intéressait plus les réponses qu'elle donnait... « Ah ben oui si je peux l'aider -un peu dans la toute puissance - si je peux aider une étudiante ça va me faire plaisir. » surtout en étant prof ...

-Si vous n'aviez pas dit ça, est- ce que vous pensez... comment elle aurait accueilli les cartes ?

Peut-être de façon un peu plus sceptique. C'est quelqu'un qui vient de l'académie et légèrement persécutée, un peu narcissique, un peu dans la toute puissance, donc je pense sans contexte c'est un peu euh....

- Et j'avais une question...elle est partie.... comment ça s'est passé le tri pour elle ? Quand elle a trié les cartes ça a donné quoi ?

Ben c'était facile. » Problème, pas de problème, problème, pas de problème «, aucune hésitation c'est bon mais même dans les problèmes ou les besoins d'aide c'était aucune hésitation, « oh ben mais j'aime pas ça, je suis pas une fan de ménage, donc ouais ma maison elle est sale, oh oui j'ai des problèmes d'alimentation j'aime trop le chocolat est-ce que le chocolat c'est une addiction »... c'était pas je dirai un peu enfantin mais un peu dans le déni des troubles...

-Et quand vous avez repris les cartes avec elle vous avez creusé un peu à chaque fois quand... enfin comment vous avez géré la discussion par rapport à chaque carte ?

Bah oui j'ai creusé mais sans plus en fait, comme on avait déjà fait la MCRO, ça c'est une critique je sais pas si je peux le dire maintenant, mais comme ,comme la MCRO je l'avais déjà fait...

-Avec elle ?

Ben non je l'avais déjà fait une 1ère fois et puis après j'ai utilisé les cartes mais en fait ce que j'aurais du faire c'est prendre chaque catégorie de la MCRO et prendre les cartes qui correspondent. Parce que là j'étais un peu... enfin ça m'a moi en tant que thérapeute... ça m'a un déstabilisée parce que on revenait sur des sujets qu'on avait déjà parlé.

-D'accord, parce qu'elle avait déjà dit plein de choses en fait avant ?

Ben oui, ben c'est sûr j'aurais pu creuser plus, mais c'est quelqu'un qui parlait facilement, enfin je pense que ça aurait pu et c'est ce que je voulais faire, mais j'ai pas eu le temps de le faire. Aujourd'hui on m'a posé un lapin, mais ce que je voulais faire en fait c'est y reprendre chaque,... chaque partie de la MCRO, associer à chaque partie les cartes comme les soins personnels bon.. et puis il y aller catégorie par catégorie , parce que là c'est comme si je faisais les deux tests, l'un à la suite de l'autre, et je reviens et je repose au final les questions 2 fois...

-Mais peut-être que là, là peut-être que cette dame- là elle avait pas besoin des cartes si elle vous a dit plein de choses avant ?

Ouais, c'est possible malgré que les cartes ça m'a permis d'apprendre d'autres choses, les cartes ont permis qu'elle ait légèrement plus d'autocritique, ça m'a permis de creuser différemment. Je pense que c'est un bon support mais je pense qu'il était jeune et mal utilisé...

-Je me permettrais pas de dire ça parce que de toutes façons il n'y a pas vraiment de règles... c'est juste un essai mais d'accord. Si je comprends bien parfois ça fait des redites, mais des fois ça a amené des choses nouvelles donc c'est un peu entre deux... Comment vous verriez les choses alors ?

Par exemple les soins personnels j'essaierai vraiment d'associer les cartes, le pictogramme parce que je pense pas que c'est nécessaire que ce soit vraiment l'ELADEB mais plus des pictogrammes. J'essaierai de faire... d'associer, par exemple les soins personnels, à toutes les cartes qu'on peut penser, qu'on pourrait penser, on a une discussion, puis après bon je lui donne les cartes, je lui demande de prioriser peut-être sans coter la MCRO... Et prioriser dans lequel vous avez plus de difficultés, lequel vous avez moins de difficultés, lequel est le plus important pour vous, lequel est moins important pour vous.

Donc c'est plus spécifique que seulement ce qui est mis dans la MCRO, ça me permet d'avoir une hiérarchisation sans nécessairement coter et puis mettre un chiffre, mais je sais qu'est-ce qui est le plus important, qu'est-ce qui est le plus difficile pour la personne. Et puis pour chaque catégorie de la MCRO j'ai des cartes différentes...

- D'accord donc dans le livret de la MCRO il y a, ils donnent des exemples de ce que contient chaque catégorie, donc ça serait plus des pictogrammes qui correspondraient à tous ces exemples-là ?

Et que le patient trierait ou du moins que le patient aurait entre les mains pour lui faire un peut penser à ces choses là ?

Oui, et puis j'irai vraiment catégorie par catégorie parce que là j'ai d'abord fait la MCRO plus ou moins sans la finir, puis après je suis allée avec les cartes et j'avais déjà commencé à creuser et à poser des questions à la patiente avant d'utiliser les cartes,

-C'est ça qui fait redite, parce que l'idée, enfin en tout cas moi ce que j'avais en tête, mais en même temps qu'on discute, je me rends compte que je l'ai précisé nulle part, c'était de voir ce que le patient allait donner spontanément, sans creuser tout de suite dessus et de donner les cartes avant de creuser. C'était plus ça que j'avais en tête mais bon après c'est peut-être pas possible, c'est au cas par cas....

En fait c'est seulement que si le patient discute de quelque chose moi je peux pas être de marbre et puis dire bon ben on passe à la prochaine question.

Donc j'ai creusé un peu mais j'ai pas été vraiment dans des détails précis, mais en même temps c'est une conversation, on essaie d'apprendre. Je me vois mal oui c'est ça, je me vois mal en fait juste recevoir puis reposer les mêmes questions et creuser après .

-D'accord... Je relis juste pour voir parce qu'il y a des choses du coup auxquelles vous avez déjà répondu... Ah oui du coup est ce que vous pensez qu'utiliser les cartes de l'ELADEB peut avoir un intérêt pour le patient ?

Oui. Un peu comme je l'ai expliqué je pense que les patients... c'est sûr que c'est plus facile avec des patients qui parlent peu, mais c'est un autre support le support visuel puis je pense des patients qui, pour qui c'est compliqué de coter, mettre un chiffre donc hiérarchiser qu'est-ce qui est le plus important, hiérarchiser qu'est-ce qui ont plus de difficultés,...

-Ah oui je comprends, je crois comprendre ce que vous voulez dire, c'est à dire que par exemple il garderait en main les cartes qui lui posent problème et il les rangerait du plus au moins important ? C'est ça que vous avez en tête ?

Parce qu'en fait d'accord quand on demande aux patients, moi je le faisais d'une façon verbale, qu'est ce qui est le plus important entre travailler et avoir une bonne hygiène pour lui, mais il me dit en gros, peu importe, mais par exemple si on prend juste l'histoire personnelle si on a cinq cartes, moi je peux savoir qu'est-ce qui est le plus important pour lui sans dire bon mais c'est important 7 sur 10...

-D'accord, donc ça fait quand même une cotation de l'importance mais sans avoir des chiffres et juste en classant les images en fait...

Et puis c'est de l'importance et des difficultés, en fait on peut le faire, on peut faire la MCRO mais sans coter et puis l'ELADEB si je revendique pour ELADEB c'est que : peu important, important, très important mais

là on oublie ça, on fait juste pour vous si on prend que ces cartes là qu'est ce qui est le plus important, moins important. Puis je leur ai fait par catégories.

Du coup pour vous, c'est le support visuel qui aide le patient, mais en quoi ça l'aide ?

Mais enfin peu importe, je pense peu importe le niveau cognitif du patient parce qu'on sait que les maladies psychiatriques ont un effet quand même important sur les fonctions cognitives des patients. Les pictogrammes sont assez simples pour tout de suite parler puis dire « oh oui ça je sais pas pourquoi, mais c'est important pour moi, puis je sais pas pourquoi mais ça c'est difficile pour moi » ça donne un choix de réponse peut-être plus marquant que comment je leur pose la question généralement « dites-moi vos forces, vos difficultés, sinon qu'est ce qui est important pour vous ? »

Souvent les questions ouvertes c'est compliqué à répondre ça donne un choix aussi aux patients puis moi mais ça me permet de rien oublier.

-Donc est-ce que ça vous apporte à vous d'utiliser ce support visuel ?

Je pense que ça me structure, aussi je peux voir le non verbal du patient qui voit les cartes des fois ça dit beaucoup aussi. Ouais le non verbal je pense c'est important, ça me structure, je pense que ça facilite la discussion. On a en a un objet, une matière, c'est pas que des feuilles de papier. Puis parfois aussi c'est plus facile pour le patient de dire « ben mais j'ai pas compris, qu'est-ce que vous voulez dire par addiction parce que moi je prends pas d'héroïne « ... Ben effectivement le café c'est une addiction, le thé c'est une addiction mais je pense que les patients sont plus curieux, posent plus de questions ce qui me permet d'ajuster en fait mon intervention.

-D'accord ok. Du coup est -ce que le fait là d'avoir un support visuel c'est quelque chose que vous auriez envie de continuer à utiliser ?

Oui je pense que ça peut être utile pour certains patients, mais je le referais autrement. On en a discuté là, faudrait que je prenne chaque section puis que j'associe les pictogrammes
Ce que je ferai par exemple, ce que je pourrais faire avec les pictogrammes de l'ELADEB, c'est toujours les avoir avec moi lorsque je fais passer la MCRO et puis si je vois que c'est compliqué d'avoir de l'info, je les sors mais ils sont préalablement classés comme je le veux puis j'ai pas à chercher.

-Alors maintenant je vais vous poser quelques questions sur l'ELADEB pour savoir si il vous arrive de l'utiliser, et quelle différence vous faites entre les deux dans votre pratique ?

L'ELADEB c'est très long...comment dire, comme évaluation. Je dirais que ça me prend au moins deux heures... ça me prend au moins deux heures de la passer et puis y'a certains patients... ah oui c'est hyper long, parce qu'en fait on prend les cartes et on pose, puis à chaque fois on demande est-ce que c'est un problème important, très important... Les patients parfois me disent ben c'est un problème mais je pourrais pas dire si c'est important, très important. Puis après on reprend les mêmes cartes une deuxième fois puis on leur demande si ils ont besoin d'aide. Ca fait lourd, même pour des patients je l'ai fait plusieurs fois je dirai 5, 6 fois, et puis c'est surtout avec des patients chroniques parce que ça vaut pas la peine de faire, enfin c'est pas que ça vaut pas la peine, mais c'est moins utile avec des patients qui partent dans trois semaines.

Donc puis les patients chroniques au niveau cognitif c'est plus compliqué, donc les symptômes sont plus importants et puis à chaque fois on leur demande d'élaborer, c'est pour ça que je préfère la MCRO et j'aimais bien le côté pictogrammes, le fait de hiérarchiser les problématiques je pense que ce serait quand même une bonne idée, un bon compromis. Faut le repenser mais je pense que c'est ça peut être utile... Ouais mais l'ELADEB et même moi, enfin quand je fais que de l'ELADEB je fais que ça dans l'après-midi, puis le reste de l'après midi je fais des notes, je vois pas d'autres patients. C'est pas possible, c'est vraiment lourd...

-Et du coup vous le faites avec quel type de patients l'ELADEB, pourquoi est-ce que vous allez choisir de faire l'ELADEB avec un patient ?

Mais je le fais, on a quelques patients qui ont des orientations de MAS- EHPAD, qui sont donc sans préciser, qui en fait qui sont plus âgées, qui ont eu un commencement de démence, donc c'est pas très clair si c'est psychiatrique ou si c'est cognitif, mais c'est un peu des deux mais ils sont hospitalisés en psychiatrie parce que ben la problématique psychiatrique prime et puis on sait qu'ils peuvent pas retourner chez eux, donc dans ce cas-là je vais faire un grand rapport pour que lorsqu'ils vont être transférés en EHPAD ou en MAS ben j'ai toutes les, toutes les infos sur eux. Donc c'est une de mes principales motivations mais aussi savoir aussi une fois en (MAS), une fois en EHPAD, même présentement ils sont hospitalisés pour des mois, donc qu'est-ce que je peux faire avec eux. C'est plus complet comme il y a énormément de catégories...

-Du coup ça me fait penser là, vous en avez parlé... donc ça vous permet de faire un rapport quand le patient part en MAS ou autre avec vos résultats de la MCRO, et du coup le rapport il est visible par vous, est-ce qu'il est dans le dossier du patient, est-ce qu'il diffusé aux médecins... ?

Ben en fait je fais passer la MCRO, je vais vous avouer que je tape, mais selon les besoins du médecin, selon mes besoins et selon le temps je vais pas taper le le bilan de la MCRO ou le bilan d'ergo pour tous les patients. Pour les patients que je pense que c'est prioritaire là je le fais. Aussi comme on est 4 ergothérapeutes j'ai pas tous les patients. Moi je suis celle qui fait le plus de bilans, qui tape le plus de bilans mais c'est pas comme les collègues donc...

-D'accord

On a quand même nos spécificités en tant que personne donc voilà, donc ce que je fais c'est que une fois que j'ai le bilan qui est fait, je vais l'imprimer, je vais dire à l'équipe que j'ai fait le bilan ,je le mets dans le dossier puis si le patient quitte pour une structure où on fait des demandes de subventions pour par exemple l'AAH, on peut le mettre aussi. Selon les infirmiers on en discute, je suis pas certaine qu'ils le lisent mais au moins on en discute. Mais c'est en rapport suite à la MCRO, c'est beaucoup plus facile, c'est beaucoup plus court que par rapport à l'ELADEB.

-D'accord et du coup là donc la MCRO vous êtes combien à l'utiliser sur l'équipe de l'ergo ?

En haut on est 2, des fois 4 et puis en bas je sais pas si ils l'utilise mais les autres je pense pas ? Ce serait 3 sur 8...

-C'est pas mal! Je reviens à ce que vous m'avez dit tout à l'heure sur cette patiente qui était... qui avait un peu des idées de persécution :, est-ce que là ,comme on pose pas mal de questions quand on fait la MCRO, sur sa vie, sur ce qui va bien ou pas, bien les difficultés, est-ce que est-ce que ça a amplifié son sentiment de persécution à votre avis ou pas ?

Je pense pas, mais je l'ai pas senti, j'ai vraiment mis en face sur c'est moi qui était évaluée, sur ce que moi je vais dire et puis je l'avais prévenue avant, on s'était fixé un rendez-vous pour ça donc j'avais quand même fait en sorte qu'il y ait...

-Mais ça vous lui aviez dit pour les cartes, mais avant d'utiliser les cartes vous lui aviez déjà dit ?
Ah non mais la MCRO, les cartes et tout je lui ai dit ben moi je dois faire une évaluation mais c'est pas vos réponses vraiment qui sont importantes, c'est plus moi comme je les classe euh.....

-Du coup, donc ça va pas augmenter ses idées de persécution c'est... mais du coup ça a peut-être un peu biaisé ses réponses non, qu'est- ce que vous en pensez ?

Non ben je pense qu'elle était assez véridique, je vois pas comment ça aurait pu biaiser ses réponses, le fait...enfin qu'elle aurait voulu vous plaire dans ses réponses ?

-Non mais comme l'objectif c'est de faire le test pour l'étudiante du coup elle va peut-être pas creuser assez dans ses problèmes parce qu'elle va se dire de toutes façons vu qu'elle s'en fiche de ce que je dis l'étudiante je vais pas dire tous mes problèmes enfin c'est plus dans ce sens là, mais je sais pas.

Non je pense pas, je pense pas que sa réflexion est allée jusque là, Moi j'ai vraiment plus mis ça sur moi et sur ta faute, en fait pour justement qu'elle soit pas persécutée et puisse être libre de dire tout ce qu'elle voulait dire..

-Et du coup est-ce qu'il y a des patients chez qui ça a créé des soucis à ce niveau là, qui se sont sentis persécutés quand vous avez passé des MCRO ?

Des MCRO ou ELADEB ?

-Ben l'un ou l'autre....

Ben oui en fait dans l'ELADEB il y a une carte qui est relations sexuelles, puis y'a un patient qui délire sur moi et puis je suis sa femme, donc bon ... à l'ELADEB on est toujours 2 à les passer, puisque il y en a une qui discute, puis l'autre prend des notes sinon faire les 2 c'est compliqué. Donc j'ai posé cette question-là et puis euh....

-Parce que vous avez laissé la carte, parce que vous auriez pu l'enlever ?

Oui c'est vrai mais en même temps, je vais vous parler d'un autre cas après, en même temps c'était quand même intéressant de voir que en fait il voulait avoir de l'intimité. Bon c'est sûr que y'a eu 1 ou 2 phrases de cohérentes puis après il a déliré sur moi mais on pouvait voir quand même qu'il y avait quelque chose... Et puis il y a un autre patient, on le soupçonne très fortement d'être pédophile, même si on a pas de preuves ou rien, c'est..., bon ça mais c'est dans la façon dont il regarde les enfants...bref.... et puis j'avais enlevé la carte enfant, puis en fait on me l'a reproché, mais mes collègues mais ça a été vraiment intéressant de discuter des enfants avec lui, parce que lui il a pas d'enfant, il a pas de frère et sœur, tout contact pédiatrique enfants ou pas de fratrie c'était intéressant, je me suis censurée moi-même en fait...je dirais

Ok je vois où vous voulez en venir....

Et puis sinon j'ai une dame très très très dépressive et qui enfin elle est... c'est de la mélancolie, elle est dépressive puis elle si on la force pas à manger elle, elle se laisse mourir de faim, elle a des voix persécutrices qui lui disent que elle va mourir ce soir vraiment, très persécutée, et puis j'ai passé l'ELADEB avec elle la première partie donc « est-ce que c'est un problème, un grand problème, très grand problème, puis tout était un problème mais et il y avait rien qui allait bien.

Puis alors c'est peut-être un vocabulaire négatif mais l'ELADEB pour cette sorte de patients-là, puis après quand j'ai voulu passer à la catégorie de besoin d'aide, elle disait ben Geneviève quoi penser, j'ai pas de famille, j'ai pas besoin d'aide, y'a personne qui va vouloir m'aider et puis on était resté assis au moins une heure donc c'était trop pour elle donc finalement j'ai jamais été capable de passer la 2^{ème} partie de l'ELADEB....

-D'accord du coup de ce que, si je comprends bien pour vous l'ELADEB c'est plus à risque au niveau de la persécution, ça va être plus vécu comme persécuteur que la MCRO ?

Je pense que oui. Je pense que oui mais je pense que le point fort de l'ELADEB c'est ses cartes mais c'est plus long, Son vocabulaire est relativement négatif.

-Alors là je vous dirai que le vocabulaire de la MCRO il est un peu dur aussi, parce qu'on parle que de difficultés pour le coup dans la MCRO?

Euh ben oui et non, on parle de « est- ce que c'est important ou non » puis c'est vrai qu'à l'évaluation finale les problèmes rendement-occupationnel... C'est vrai mais je suis, là moi je suis partiellement d'accord avec vous, à la fin on va parler des problèmes de rendement occupationnel mais avec la cotation importance- rendement- satisfaction c'est plus comme si une auto -évaluation de sa satisfaction, est- ce que vous êtes satisfait ou non, c'est pas est-ce que vous avez un problème, je pense que le vocabulaire il est moins dur dans les l'ELADEB pour l'avoir fait passer presque chaque fois je demande bon » les soins personnels, est- ce que c'est un problème peu important, important, ou très important » puis je dis mon problème à chaque catégorie, chaque réponse pourquoi » ah oui c'est très important comme problème. Pourquoi c'est un problème très important ? ...

-Du coup dans la MCRO vous ne notez pas que les difficultés des patients, vous notez aussi ce qui va bien ?

Je note tout ce qui va bien mais c'est pas écrit... c'est pas écrit dans l'évaluation en tant que telle, mais je pense que ça serait déprimant notre travail si on notait que les problèmes.

-Je suis tout à fait d'accord !

C'est bien d'avoir...si les personnes disent « ah ben oui moi je très organisée » et où on voit qu'il 'y a un bon niveau de concentration, on peut noter des choses sans qu'elles soient dites.

Parce que la MCRO, telle qu'on nous la présente nous en formation et telle qu'elle est dans le petit livret de formation qui est vendu là, la conversation tourne autour des difficultés, on doit identifier les difficultés du patient, les noter. Du coup moi quand j'ai eu l'occasion de le tester en stage c'est comme ça que je l'ai fait et j'ai trouvé ça très dur parce que justement on ne parlait que de ce qui n'allait pas au patient. Mais du coup là je vois que vous faites pas du tout ça ?

Ben c'est mon expérience mais, au Canada je pense qu'on fait plus la MCRO comme moi je le fais, c'est un peu plus moins informel, non moins formel dont un peu plus informel, je pense que les gens le cote, mais je note toujours les forces et les faiblesses, je vais pas que me concentrer sur les faiblesses. En France j'ai l'impression, après je peux me tromper, que la réticence des ergothérapeutes à utiliser des tests standardisés, c'est l'impression, je pense qu'elles ont l'impression de devoir toujours utiliser le test comme il est, et faire la passation tel quel. Alors qu'au Canada on nous la montre mais après les ergothérapeutes on est les professionnels de l'adaptation en fait, de l'adaptation de l'activité alors pourquoi on pourrait pas adapter nos tests aussi ?

-Du coup au Canada vous avez le même livret rouge là de passation de la MCRO où ça c'est un truc qui a été fait que pour nous, que pour la France ?

Je sais pas, est-ce que vous pouvez me le montrer ? J'ai jamais vu ce livret, mais j'aurais tendance à vous dire que si... c'est vraiment des Canadiens. Ben ça doit être comme ça, mais moi je suis pas euh ... mais mes collègues qui travaillent au Canada passent plus la MCRO de manière informelle puis parfois ils le cotent, parfois ils le cotent pas, mais mes collègues françaises qui utilisent la MCRO et on a eu le même retour et elles me disaient j'aime pas trop l'utiliser parce que je trouve ça trop...c'est long, c'est chiant, faut noter, trois mois plus tard faut renoter, moi je me donne la liberté que je veux et puis parfois ça m'est arrivé de l'utiliser et puis de me dire ah finalement c'était pas si pertinent pour telle raison ou telle raison... ou le patient il est pas prêt, ou il est dans une phase trop aigue ben je le referai plus tard, je m'oblige pas à...le suivre précisément, ça arrive mais je me donne plus de liberté je pense.....

-Merci, est-ce que vous avez quelque chose de plus à ajouter ?

Non, j'ai bien aimé votre idée des pictogrammes parce que moi je pense que la MCRO peut être utilisée partout. Chez toutes les populations en santé physique, en santé mentale puis je pense aussi que c'est pertinent d'avoir, de toujours avoir un plan d'intervention qui correspond aux désirs des patients.

Je pense au fait que vous êtes un peu ouverte au fait de changer la procédure de passation de la MCRO, je pense que c'est bien les cartes, par contre faut réfléchir davantage à comment le faire.

-Ok, merci beaucoup !

De rien, ça me fait plaisir...

Nowadays, assessments and patient-centred approaches are more and more used in healthcare. The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) is a client-centred assessment tool designed for use by occupational therapists. However, although COPM was created for any occupational therapist intervention's field, it is rarely used yet in Mental Health in France. This can be explained by the difficulty patients may have to identify their needs and problems.

The aim of this study is to determine whether the use of cards from the ELADEB scales, such as interview support, can facilitate assessment using COPM, by helping patients to identify the issues that restrict their occupational performance.

In order to answer this question, four occupational therapists (OT) were asked to try a new protocol using ELADEB cards together with the COPM tool, to assess patients diagnosed with schizophrenia.

The results showed that using ELADEB cards with MCRO can help patients identify their problems, but is not the case for all of them. This study also shows that it can help the OT to structure the interview and facilitate the discussion with patient.

To conclude, in addition to assisting the development of therapeutic relationship with patient and adapting OT's intervention to their needs, the use of assessment tool, such as COPM, in mental health can also help OTs to organize their intervention and reinforce their role within the multidisciplinary team.

Keywords : schizophrenia, mental health, assessment, Canadian Occupational Performance Measure (COPM), ELADEB scale

Evaluations et approche centrée sur la personne sont en plein essor ces dernières années. La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) est un outil d'évaluation centré sur la personne, créé pour les ergothérapeutes. Bien qu'utilisable dans tous les domaines d'interventions, la MCRO est très peu utilisée en santé mentale en France. En effet une des limites de cet outil peut être la difficulté pour les patients à identifier leurs difficultés ou besoins. L'objectif de cette étude est de déterminer si l'utilisation des cartes de l'ELADEB comme support d'entretien permet de simplifier la passation de la MCRO en facilitant l'identification des difficultés par les patients.

Afin de répondre à cette problématique, quatre ergothérapeutes ont expérimenté un nouveau protocole de passation utilisant les cartes de l'ELADEB auprès de patients souffrant de schizophrénie. Les résultats montrent qu'utiliser les cartes de l'ELADEB peut aider les patients à identifier leurs problèmes, mais que cela ne fonctionne pas à chaque fois. L'étude montre aussi que cela permet de structurer l'entretien et de faciliter la discussion avec le patient.

Pour conclure, en plus d'être un moyen pour développer la relation thérapeutique et adapter l'accompagnement en ergothérapie aux besoins du patient, l'utilisation d'un outil d'évaluation tel que la MCRO permet d'organiser sa pratique et d'asseoir le rôle de l'ergothérapeute au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

Mots clés : schizophrénie, santé mentale, évaluation, Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO), Echelle Lausannoise d'Autoévaluation des Difficultés Et des Besoins (ELADEB)