

L'ENGAGEMENT DU PATIENT POST-AVC EN ERGOTHÉRAPIE



IMPACT DE LA MESURE CANADIENNE DU RENDEMENT OCCUPATIONNEL

Mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie
En vue de l'obtention du Diplôme d'État d'ergothérapeute

Session juin 2018

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, soussigné (e), DOS SANTOS Claire étudiant(e) en 3ème année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

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

A Créteil, le 4 juin 2018

Signature :



NOTE AUX LECTEURS

« Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque. »

Article L122-4, Code de la propriété intellectuelle

REMERCIEMENTS

En premier lieu, je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée, soutenue et encouragée dans la réalisation de ce travail :

- Ma maitre de mémoire, **Elsa DEGAND**, pour son accompagnement, ses remarques pertinentes et pour le temps qu'elle a su m'accorder tout au long de l'élaboration de ce travail.
- L'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFE de Créteil qui m'a accompagnée durant mes trois années de formation.
- Les ergothérapeutes et les patients qui m'ont accordée leur temps et leur confiance en participant à l'enquête de ce mémoire.
- Les étudiants ergothérapeutes de ma promotion, qui ont rendu mes années de formation mémorables.
- Ma famille et Dorian, pour leur soutien sans faille dans ce travail mais aussi au quotidien.

“Tu me dis, j'oublie. Tu m'enseignes, je me souviens.

Tu m'impliques, j'apprends.”

Benjamin Franklin

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
PARTIE 1 : CADRE CONCEPTUEL.....	3
I. L'accident vasculaire cérébral	3
A. Un enjeu de santé publique.....	3
1. Epidémiologie et prévalence	3
2. Plan « accident vasculaire cérébral 2014-2018 »	4
B. Les différents types d'AVC	4
C. Facteurs de risque	5
D. Les conséquences de l'AVC.....	6
1. Sémiologie et troubles associés	6
2. Complications.....	9
E. Prise en charge de l'AVC.....	10
1. Prise en charge à la phase aiguë	10
2. Prise en charge à la phase subaiguë et chronique	11
II. L'engagement : le définir pour l'évaluer	13
A. Définition et généralités.....	13
B. « L'énergie du « faire » : la motivation, la volition, l'engagement ».....	14
C. Mesurer l'engagement	15
D. L'engagement du patient post-AVC.....	16
III. La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO), le patient acteur de sa prise en charge	19
A. Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO) ...	19
1. Définition et utilité du modèle conceptuel	19
2. Présentation du MCREO	19

B.	L'instrument de mesure MCRO	21
C.	Une approche centrée sur la personne	24
D.	Les limites de la MCRO	25

PARTIE 2 : CADRE EXPERIMENTAL.....27

I.	Méthodologie de l'enquête.....	27
A.	Objectifs.....	27
B.	Outils et populations	28
1.	Questionnaire à destination des patients.....	28
2.	Entretiens auprès d'ergothérapeutes	29
II.	Analyse de l'étude.....	31
A.	PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	31
1.	Méthodologie d'analyse des données	31
2.	Présentation et analyse du questionnaire destiné aux patients.....	31
3.	Présentation et analyse des entretiens auprès d'ergothérapeutes.....	37
4.	Analyse croisée.....	47
B.	DISCUSSION.....	48
1.	Interprétation des résultats.....	48
2.	Intérêts et limites	51

CONCLUSION.....	53
-----------------	----

BIBLIOGRAPHIE.....	55
--------------------	----

ANNEXES.....	60
--------------	----

INTRODUCTION

Aujourd'hui, l'accident vasculaire cérébral (AVC) est un enjeu de santé publique et ne cesse de toucher toujours plus de personnes. Du fait de l'importance des séquelles, il représente aujourd'hui en France la première cause de handicap acquis chez l'adulte (INSERM, 2013). La rééducation représente un élément majeur du parcours de soins après un AVC. Ainsi chaque année ce sont près de 25 000 personnes qui intègrent un service de soins de suite et de réadaptation en raison de cette affection (GABET, et al., 2017).

L'AVC est brutal et peut entraîner une perte d'indépendance et d'autonomie majeure. Ainsi la prise en charge peut être longue, difficile et le moment du retour à domicile est souvent convoité mais peut décourager le patient s'il met en évidence ses incapacités. Ainsi dans le but d'accompagner au mieux le patient, l'hospitalisation de jour est proposée comme une transition (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2016). Mais la poursuite du parcours de soins peut être complexe pour les patients désengagés. L'engagement du patient est reconnu comme un élément qui contribue à la qualité de l'intervention en rééducation (LEQUERICA & KORTTE, 2010 ; PAOLUCCI, et al., 2012 ; World Health Organization, 2003).

Ainsi, la problématique posée est :

Par quel moyen l'ergothérapeute peut-il favoriser l'engagement du patient post AVC dans sa thérapie en hôpital de jour ?

La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) est, comme son nom l'indique une évaluation ergothérapeutique canadienne dont l'utilisation est en expansion aujourd'hui en France. Elle permet à l'ergothérapeute d'axer son suivi sur les priorités du patient en amenant le professionnel à collaborer avec la personne suivie dans l'élaboration des objectifs. Le patient, co-auteur de ses objectifs de rééducation et acteur de sa prise en charge pourra ainsi travailler sur des éléments qui lui semblent importants.

L'hypothèse émise est donc la suivante :

L'utilisation de la MCRO par l'ergothérapeute permet de faciliter l'implication du patient post-AVC dans sa prise en charge.

Pour vérifier cette hypothèse, la première partie de ce travail est consacrée au cadre conceptuel. Afin de présenter les notions clés de cette réflexion, les méthodes de recherche ont été suivies avec un état de la littérature.

Ensuite le cadre de recherche sera exposé en commençant par l'explication de la méthodologie d'enquête puis en poursuivant avec la présentation des résultats et de l'analyse.

Enfin, ce travail s'achèvera sur la discussion qui permettra de positionner l'hypothèse et sur la conclusion qui viendra clore cette étude.

CADRE CONCEPTUEL

I. L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est défini comme l'arrêt brutal de la circulation sanguine dans le cerveau. Cela entraîne l'interruption de l'approvisionnement du cerveau en oxygène et en nutriments, ce qui détériore les tissus cérébraux. La gravité de l'AVC dépendra de la localisation et de l'étendue de la zone cérébrale touchée (OMS, 2017).

L'accident vasculaire cérébral constitue aujourd'hui une problématique de santé publique. Le nombre d'AVC est aujourd'hui en constante augmentation, cela est principalement dû à l'allongement de la durée de vie. Aussi, l'AVC engendre une prise en charge pluridisciplinaire qui peut parfois être longue et qui génère un coût financier non négligeable.

A. Un enjeu de santé publique

1. Epidémiologie et prévalence

Selon l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), en France on recense chaque année plus de 130 000 accidents vasculaires cérébraux, ce qui équivaut à un AVC toutes les 4 minutes (INSERM, 2013).

L'âge moyen de la survenue de l'AVC est de 73 ans, mais il ne touche pas seulement les personnes âgées, en effet, 25% de ces accidents touchent les moins de 65 ans. Cette incidence augmente avec l'âge (TRANCHANT & AZULAY, 2012).

L'AVC représente la première cause de handicap acquis chez l'adulte et la deuxième cause de démence (après la maladie d'Alzheimer). C'est également la première cause de mortalité chez la femme, avec 18 343 décès en 2013 et la troisième chez l'homme, avec 13 003 décès (LECOFFRE, et al., 2016). Soit un taux de létalité d'environ 25%.

Face à ces chiffres préoccupants, les autorités gouvernementales ont engagé des actions de santé publique, dont la plus connue est le plan AVC 2010-2014.

2. Plan « accident vasculaire cérébral 2014-2018 »

Un plan de santé publique « *est basé sur le constat d'un problème sanitaire que ce plan tente de résoudre* » (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2011). Dans ce sens, le plan AVC a été publié dans un but de prévention, de promotion de la santé, de réhabilitation et de réinsertion psycho-sociale.

Il a aussi pour but de combler les manques d'attention des actions précédentes qui étaient principalement axées sur la phase aiguë de l'AVC. Ce plan s'intéresse particulièrement à la prise en charge à distance de l'AVC (FERY-LEMONNIER, 2009).

Ce plan repose sur quatre axes principaux, à savoir :

- « Améliorer la prévention et l'information de la population avant pendant et après l'AVC »
- « Mettre en œuvre des filières de prise en charge et les systèmes d'information adaptés »
- « Assurer l'information, la formation et la réflexion des professionnels »
- « Promouvoir la recherche et veiller aux équilibres démographiques »

(Ministère de la santé et des sports, 2010).

B. Les différents types d'AVC

Si ces chiffres sont aussi importants pour cette affection c'est parce que les étiologies sont variées et les facteurs de risques nombreux.

Il existe plusieurs types d'AVC :

Les AVC ischémiques, aussi nommés infarctus cérébraux, sont les plus fréquents. Ils représentent 85% des AVC et résultent de l'occlusion d'une artère cérébrale par un caillot sanguin (thrombus ou embolie) (INSERM, 2013).

La plupart du temps, cette occlusion est causée par l'athérosclérose, qui est un amas de dépôt gras sur les parois internes des vaisseaux sanguins ou des artères. Ces accumulations de cholestérol créent un rétrécissement des artères et facilitent la formation de caillots (AMELI, 2018), (OMS, 2017).

En cas d'occlusion partielle ou de courte durée, on parle **d'accidents ischémiques transitoires (AIT)**, les symptômes sont les mêmes qu'un AVC mais ils régressent en moins de vingt-quatre heures. La majorité des AIT durent moins de 1h, seulement 15% dureront entre 1 et 24 heures.

L'AIT doit être considéré comme une urgence, c'est un signe d'alerte, en effet 1 an après l'épisode le risque d'AVC ischémique sera de 10 à 20% (HAS, 2005).

Les AVC hémorragiques représentent 15% des AVC, ils regroupent les hémorragies cérébrales (10%) et méningées (5%) (INSERM, 2013).

Les hémorragies cérébrales résultent de la rupture d'une artère, on peut en distinguer deux types selon l'emplacement : les hémorragies lobaires impliquent une partie ou l'entièreté d'un lobe cérébral, les hémorragies profondes quant à elles concernent les structures sous corticales.

Les hémorragies méningées touchent plus fréquemment des jeunes sujets. Elles résultent de l'irruption spontanée de sang dans les espaces sous arachnoïdiens, causée le plus souvent par une rupture d'anévrisme.

L'AVC hémorragique peut être provoqué par une élévation soudaine de la tension artérielle, un traumatisme ou peut survenir suite à une malformation artérielle qui se rompt (TRANCHANT & AZULAY, Neurologie, 2012).

C. Facteurs de risque

La probabilité de subir un accident vasculaire cérébral est augmentée par certains facteurs de risque :

Il existe des facteurs de risque **non modifiables** comme :

- L'âge : le risque augmente sensiblement après 55 ans (TRANCHANT & AZULAY, 2012).
- Le sexe : les femmes ont un risque plus élevé, du fait de leur plus forte espérance de vie. Elles sont aussi plus sujettes aux facteurs de risque comme l'hypertension, la fibrillation auriculaire ou le diabète, qui ont sur elles un effet plus prononcé que sur les hommes (CORDONNIER, et al., 2017).
- Les antécédents familiaux (TRANCHANT & AZULAY, 2012).

D'autres facteurs de risques sont **modifiables**, c'est-à-dire qu'ils peuvent être diminués avec une prise en charge adaptée :

Le premier est l'hypertension artérielle, c'est le facteur de risque le plus important, il multiplie par quatre les risques d'AVC ischémiques et hémorragiques. Nous pouvons retenir d'autres facteurs de risque modifiables comme : les cardiopathies, le tabagisme, la

contraception orale (pilule oestroprogestative), le diabète, l'hypercholestérolémie, l'alcool ou encore la migraine (TRANCHANT & AZULAY, 2012).

D. Les conséquences de l'AVC

1. Sémiologie et troubles associés

Des accidents vasculaires cérébraux qui semblent similaires peuvent avoir des conséquences différentes. L'AVC a une symptomatologie très hétérogène, les conséquences de celui-ci dépendent principalement du lieu et de l'étendu de la lésion.

En général, nous retrouvons les séquelles suivantes :

a) Dimension physique

- Troubles moteurs :

La séquelle la plus caractéristique de l'AVC est l'hémiplégie. Elle est définie comme la « perte plus ou moins complète de la motricité volontaire dans une moitié du corps » (DE MORAND, 2014). Lorsqu'elle n'est pas totale, on parle d'hémi-parésie. L'hémicorps touché par le déficit sera, sauf cas rare, controlatéral à la lésion. Autrement dit si l'AVC a lieu dans l'hémisphère droit du cerveau, la paralysie touchera l'hémicorps gauche, et inversement (France AVC, 2014), (Académie de médecine, 2016).

Ce type d'atteinte regroupe aussi l'épilepsie, le syndrome cérébelleux mais aussi les troubles du tonus comme : la spasticité la syncinésie et la dystonie.

- Troubles sensitifs :

L'accident vasculaire cérébral peut altérer la sensibilité profonde et superficielle.

La sensibilité profonde comprend :

- Les sensibilités statéssthésique et kinesthésique qui nous permettent de connaître, de ressentir la position d'un segment articulaire immobile ou en mouvement dans l'espace.
- La sensibilité baresthésique, qui elle permet de déterminer les différences de masses.

La sensibilité superficielle comprend :

- La sensibilité tactile, elle peut être épicrotique si le tact est fin et très différencié ou protopathique si le tact est grossier et non discriminatif.
- La sensibilité thermique,
- La sensibilité algique, elle véhicule des sensations douloureuses.

Lorsque ces fonctions sont touchées, il est fréquent que le patient souffre d'une hypoesthésie (diminution de la sensibilité tactile) ou de paresthésies (sensations subjectives désagréables voir douloureuses, souvent décrites comme des fourmillements) le plus souvent d'un hémicorps (DESFONTAINES, et al., 2009), (Académie de médecine, 2016).

- **Troubles sensoriels :**

L'AVC peut altérer les cinq sens chez l'homme, mais nous pouvons citer un trouble de la vision fréquent à la suite de cet accident : l'hémianopsie latérale homonyme (HLH). C'est une perte du champ visuel controlatéral à la lésion. Ce déficit est présent du même côté sur les deux yeux.

Par exemple, un AVC qui a lieu dans l'hémisphère droit du cerveau peut entraîner une perte du champ visuel gauche des deux yeux (Académie de médecine, 2016) (DESFONTAINES, et al., 2009).

b) Dimension cognitive

- **Troubles cognitifs :**

Les troubles cognitifs sont présents dans la plupart des cas après un accident vasculaire cérébral. Ils peuvent avoir une influence négative sur la rééducation et donc la récupération des capacités physiques du patient, il est donc important de les prendre en compte (LESNIAK, BAK, CZEPIEL, SENIOW, & CZIONKOWSKA, 2008).

Les plus fréquents sont :

- Les **troubles de l'attention** surviennent en moyenne dans 48,5% des cas.
- L'**aphasie** (27% des cas) qui est un trouble du langage survenant suite à une lésion cérébrale, le plus souvent au niveau de l'hémisphère gauche. (DESFONTAINES, et al., 2009)
- Les **troubles de la mémoire à court terme** (24,5%), la mémoire à court terme est la capacité à mémoriser sept informations (plus ou moins deux) pendant une durée maximum de 30 secondes. Elle est très utilisée dans la vie quotidienne.
- Les **troubles des fonctions exécutives** (18,5%) correspondent aux difficultés rencontrées dans les activités nouvelles et non routinières (LESNIAK, BAK, CZEPIEL, SENIOW, & CZIONKOWSKA, 2008).

Nous pouvons aussi citer l'héminégligence : « Inattention à l'égard d'évènements se produisant sur un héli-espace, qui se manifeste dans les différentes modalités sensorielles (visuelles, auditives, tactiles) et dans la perception motrice de l'espace » et l'anosognosie : «*Méconnaissance par le patient de l'affection dont il est atteint* » qui peuvent être consécutifs à l'AVC (Académie de médecine, 2016).

c) Dimension affective

- **Troubles de l'humeur et du comportement**

Ils peuvent se manifester par :

- La **fatigue** : elle est importante et fréquente après un AVC mais elle est peu étudiée. Dans l'étude de CHOI-KWON, HAN, KWON et KIM, portant sur la fatigue post AVC, 56% des personnes étudiées rencontraient ce problème. Cette même étude révèle que la fatigue post-AVC a un retentissement négatif important sur la réalisation des activités de la vie quotidienne (CHOI-KWON, HAN, KWON, & KIM, 2005).
- La **dépression** : le risque est élevé après un AVC. Selon AL. Bourgeois, « la dépression peut entraîner un isolement, avec un refus de partager des activités avec ses proches, une moindre participation à la rééducation » (BOURGEAIS, GUAY, LAROUDIE, MARSAL, & THEVENIN-LEMOINE, 2010, p. 15). Il est important de prendre en charge cette complication car ce même auteur s'appuie sur différentes études pour affirmer que les patients souffrant de dépression se rétablissent plus difficilement que les autres (BOURGEAIS, GUAY, LAROUDIE, MARSAL, & THEVENIN-LEMOINE, 2010).
- L'**apathie** : est caractérisée par un manque d'initiative et une lenteur. Elle peut être un signe annonciateur d'une dépression (WOIMANT, MAHAGNE, BENON, & AUCHERE, 2014).
- Une **labilité émotionnelle** : les émotions se manifestent de manière variable, instable et sont parfois inappropriées. La personne a l'impression de ne pas réussir à maîtriser ses émotions (WOIMANT, MAHAGNE, BENON, & AUCHERE, 2014).

Cette liste est non exhaustive, les conséquences citées sont les plus communes ou les plus caractéristiques. Il ne faut pas oublier que les signes résultant d'un AVC ne sont pas

forcément isolés, ils peuvent être liés. Le tableau clinique d'un AVC est souvent riche et complexe.

On estime qu'un an après l'AVC 60% des patients récupèrent une indépendance fonctionnelle mais que 40% gardent des séquelles importantes (INSERM, 2013).

2. Complications

Les séquelles d'un accident vasculaire cérébral peuvent entraîner diverses complications. Le personnel soignant doit donc être vigilant à l'état du patient afin d'éviter une altération de son état. En 2014, dans son ouvrage, DE MORAND recense les principales complications rencontrées après un AVC (DE MORAND, 2014).

Il y a tout d'abord un risque **infectieux**, les troubles de la déglutition sont fréquents chez les personnes post AVC, ces troubles peuvent être responsables de pneumopathies d'inhalation (DE MORAND, 2014).

Des complications **cardiovasculaires** peuvent entraîner des œdèmes.

Il y a également un risque de complications **thromboemboliques** qui va se manifester par des phlébites ou des embolies pulmonaires.

Au niveau **cutané**, le risque de développer des escarres est important.

Sur le plan **trophique** l'hémiplégie d'un membre supérieur peut entraîner une subluxation de l'épaule (diastasis), il faut donc veiller à la bonne installation de ce membre et à adopter de bonnes techniques de manutention et de mobilisation articulaire (HAS, 2013).

Le « syndrome douloureux régional complexe » ou syndrome « **épaule –main** » peut être une complication liée aux séquelles de l'AVC. Selon GLIZE, JACQUIN-COURTOIS, & RODE, l'étiologie de ce syndrome est aujourd'hui méconnue, mais il existerait un lien entre ce syndrome, la spasticité, la force musculaire, la perte d'amplitude et la subluxation (GLIZE, JACQUIN-COURTOIS, & RODE, 2012).

L'hémi-parésie et les troubles de l'équilibre peuvent provoquer des **chutes** : 55 à 73% des personnes post-AVC chutent au moins une fois dans l'année qui suit l'accident (VERHEYDEN, et al., 2013).

Les **troubles vésico-sphinctérien** sont fréquents à la phase aiguë de l'AVC et tendent à diminuer par la suite.

E. Prise en charge de l'AVC

La Haute Autorité de santé distingue trois phases successives à l'accident vasculaire cérébral, présentées à travers la figure suivante :

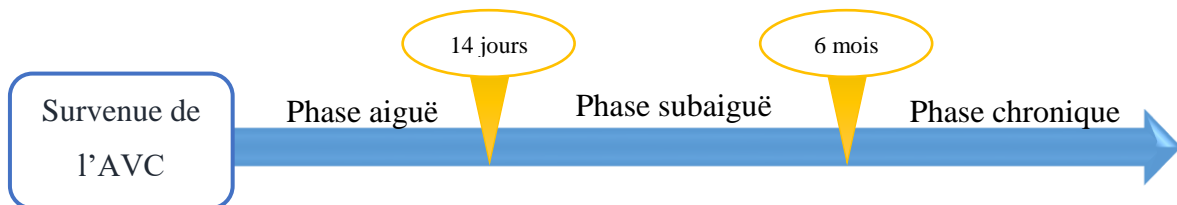


Figure 1 Phases de l'AVC

(HAS, 2012).

Comme nous l'avons vu précédemment, la sévérité d'un AVC est variable, les patients n'ont donc pas tous le même parcours de soins. Notre recherche s'axera sur les patients post-AVC qui bénéficient de séances d'ergothérapie au moins 6 mois après l'accident (phase chronique) dont le parcours de soins « type » va être détaillé ci-dessous.

1. Prise en charge à la phase aiguë

L'AVC représente une urgence. Lorsque le déficit brutal neurologique apparaît la personne touchée doit être dirigée vers un hôpital, le plus rapidement possible, idéalement vers une unité neuro-vasculaires (UNV). Ces unités améliorent le pronostic vital et fonctionnel du patient victime d'AVC (TRANCHANT & AZULAY, 2012).

Une imagerie cérébrale (IRM ou scanner) doit être effectuée précocement, elle permettra de poser/confirmer le diagnostic d'AVC et de définir la nature de celui-ci. Ces informations seront nécessaires pour diriger le traitement et orienter la prise en charge du patient (France AVC, 2014), (HAS, 2017).

Lorsque le risque vital n'est plus engagé, des évaluations sont pratiquées auprès du patient par des professionnels médicaux et paramédicaux afin de définir des objectifs communs pour une prise en charge harmonisée.

Dans son rapport sur « La prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral » de 2017, la Haute Autorité de Santé souligne l'importance d'une prise en charge rééducative précoce et multidisciplinaire à la phase aiguë de l'AVC (HAS, 2017).

Lors de cette phase l'un des objectifs prioritaires est de prévenir les complications dues à l'immobilité. Pour répondre à cet objectif, les professionnels de santé vont principalement se concentrer sur l'installation et la mobilisation du patient (COFEMER, 2006).

2. Prise en charge à la phase subaiguë et chronique

a) Rééducation post-AVC

A distance de l'AVC, le patient sera orienté vers une structure de rééducation ou de réadaptation fonctionnelle, type SSR (Service de Soins de Suite et de Réadaptation) qui implique la participation d'équipe multidisciplinaires (DUJARDIN & LEMAIRE, 2008).

Il a été démontré que ces structures amélioraient de manière significative l'indépendance des patients post-AVC (CAMBIER, MASSON, & DEHEN, 2000).

En SSR la prise en charge est diversifiée, ces établissements assurent des soins médicaux, curatifs et palliatifs mais aussi :

- **La rééducation** qui correspond aux techniques utilisées dans le but de diminuer un maximum les déficiences et incapacités du patient sur le plan moteur, cognitif et psychologique.
- **La réadaptation** qui concerne les moyens mis en place afin d'aider le patient à retrouver un maximum d'autonomie et d'indépendance en s'adaptant au mieux aux incapacités qui s'avèrent stabilisées et persistantes.
- **L'accompagnement à la réinsertion** sociale, scolaire ou professionnelle qui met en jeu des mesures médico-sociales dans le but d'optimiser le retour dans la société après l'hospitalisation (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2016), (COFEMER, 2007).

Ainsi, dans le but d'améliorer l'accompagnement et d'offrir une transition entre l'hospitalisation complète et le retour à domicile, les modes d'accueil en SSR se diversifient et proposent de plus en plus un accueil en hôpital de jour.

De ce fait, après stabilisation de son état sur le plan rééducatif, si le patient est en capacité de retourner à son domicile, il pourra poursuivre sa rééducation mais surtout sa réadaptation et sa réinsertion en se rendant au SSR la journée (Actes de la journée de l'Association Réseau traumatisme crânien Ile de France : Evaluation et parcours de la personne cérébrolésée-ARTC IdF, 3 octobre 2013), (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2016).

Cette phase du parcours de soins peut être longue et difficile. L'OMS a alerté sur la baisse de motivation et le désengagement du patient au stade chronique de différentes affections sur des prises en charge à long terme (World Health Organization, 2003).

L'ergothérapeute a une place importante dans cette étape du parcours de soins. Ses principaux objectifs sont de maintenir et de restaurer les capacités des personnes afin que celles-ci puissent pratiquer leurs activités de façon sécurisée, autonome et efficace (ANFE, 2017).

b) Evaluation de la personne cérébrolésée en ergothérapie

L'ergothérapie est une profession de santé dont la pratique est fondée sur le lien entre l'activité humaine et la santé. L'ergothérapeute tient compte des habitudes de vie et de l'environnement de la personne afin de réduire ou de supprimer les situations de handicap. C'est par le biais d'entrevues, de mises en situation mais aussi d'**évaluations** que l'ergothérapeute obtient des informations sur les capacités et les déficiences des patients (ANFE, 2017).

L'évaluation permet de construire un diagnostic ergothérapeutique et de diriger le plan d'intervention qui, en ergothérapie, comprend la rééducation, la réadaptation et la réinsertion. Elle permet également de fournir un support qui sera utile lors des échanges entre la personne, son entourage et l'équipe. C'est aussi un élément qui peut faciliter et accompagner la prise de conscience des troubles sur les activités de la vie quotidienne. Ainsi, les ergothérapeutes interviennent auprès de personnes après un AVC en s'appuyant sur leurs habitudes de vie pour réduire, voire pour permettre aux patients de compenser leurs difficultés motrices et/ou cognitives, liées à l'accident, dans leurs activités de la vie quotidienne. (Actes de la journée de l'Association Réseau traumatisme crânien Ile de France : Evaluation et parcours de la personne cérébrolésée- ARTC IdF, 3 octobre 2013).

Etant donné que les objectifs ergothérapeutiques sont basés sur les habitudes de vie de la personne, sa coopération et son engagement sont nécessaires pour pouvoir garantir une intervention optimale.

II. L'ENGAGEMENT : LE DÉFINIR POUR L'ÉVALUER

A. Définition et généralités

Selon DENIS, « s'engager » peut avoir plusieurs définitions mais nous retiendrons que cela correspond à un acte volontaire, dont le choix a été fait en toute conscience. Une personne qui s'engage est donc une personne qui a pleine conscience de ses choix. Toujours dans ce sens, ce même auteur l'illustre en prenant l'exemple d'un engagement dans une entreprise, où la personne fait le choix de s'impliquer tout en ayant connaissance des contraintes et des responsabilités que cela peut engendrer. S'engager dans la rééducation revient donc à faire le choix conscient de s'impliquer, malgré les contraintes que cela peut engendrer (DENIS, 2000).

L'implication est une notion qui ressort du discours de DENIS, en s'impliquant, la personne s'adonne pleinement à ce qu'elle fait.

Dans le domaine de l'ergothérapie, l'engagement est défini par le groupe terminologie ENOTHE (European Network of Occupational Therapy in Higher Education) comme « le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation » (MEYER, 2013, p.15).

Dans la thérapie en général, LEQUERICA, DONNELL et TATE définissent l'engagement comme un effort délibéré et une volonté de travailler vers des objectifs thérapeutiques de rééducation. Il se traduit généralement par une participation active et une coopération avec le thérapeute (LEQUERICA, DONNELL, & TATE, 2009).

Le terme d'implication est à nouveau présent ici et grâce à ces définitions, d'autres notions liées à l'engagement peuvent être mises en avant, notamment la participation, l'implication et la coopération. Nous étudierons ces notions plus tard dans cet écrit.

De ces définitions, il semble pertinent de retenir que l'engagement est un acte volontaire et conscient à travers lequel la personne consent à s'investir pleinement dans l'activité et ce malgré les contraintes que cela implique.

L'engagement tient une place primordiale dans la vie de tout être humain. Dans son ouvrage Démarches et raisonnements en ergothérapie, MEYER énumère les différentes valeurs et croyances qui guident la pratique de l'ergothérapeute, et l'une d'elles est :

« l'occupation donne sens à la vie » (MEYER, 2010, p.19). Ainsi, pour l'ergothérapeute, les êtres humains ont un profond besoin d'agir au travers de l'occupation, celle-ci représente un besoin fondamental. L'ergothérapeute perçoit donc l'homme comme étant un être occupationnel (POLATAJKO H. , et al., 2013).

En 1919 DUNTON affirmait que l'occupation, de la même manière que l'alimentation, est indispensable à la vie, ainsi l'occupation est « nécessaire à la survie, à la santé et au mieux-être ». S'engager dans ce domaine est donc être indispensable pour l'homme (POLATAJKO et al, 2013, p. 23)

Après un AVC l'engagement dans les activités passe aussi par l'engagement dans la thérapie. Des études ont montré qu'un désengagement dans la thérapie diminuait l'efficacité de celle-ci et ainsi jouerait sur la santé et le bien-être du patient (LEQUERICA & KORTTE,2010), (World Health Organization, 2003), (PAOLUCCI, et al., 2012).

L'ergothérapeute étudie l'occupation et la place qu'elle tient dans la vie quotidienne des personnes vivant avec des restrictions de participation. Et c'est grâce au potentiel thérapeutique de l'occupation qu'il va tâcher d'aider cette personne à surmonter ses limitations de participation. Les interventions de ce professionnel sont élaborées pour promouvoir l'engagement en prenant en compte les activités, tâches et rôles importants pour le patient (TABORD CONNOR, WOLF, FOSTER, HILDEBRAND, & BAUM, 2016).

B. « L'énergie du « faire » : la motivation, la volition, l'engagement »

Dans son ouvrage De l'activité à la participation, MEYER, en collaboration avec le groupe terminologie ENOTHE, ont lié l'engagement à la motivation et à la volition, formant ainsi un groupe de concepts nommé « L'énergie du « faire » » (MEYER, 2013, p. 39).

Ces trois termes font référence à des aspects émotionnels relatifs à l'investissement. Ils mettent tous en avant l'implication ou la volonté qu'une personne met dans ses actions. Ce groupe fait donc référence à une source énergétique nécessaire à l'exécution de l'activité.

L'engagement, déjà étudié précédemment, ne sera pas développé de nouveau mais va être mis en lien avec ces deux nouveaux concepts.

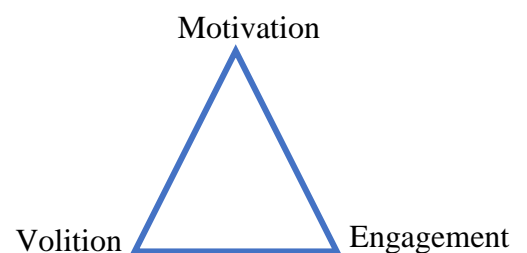


Figure 2 Schématisation de "l'énergie du "faire""

La motivation est définie comme « un élan qui oriente les actions d'une personne vers la satisfaction des besoins » (MEYER, 2013, p. 155). La motivation est partiellement consciente, c'est une « force interne », une « pulsion » qui naît de la nécessité de satisfaire un besoin. Cette « force interne » oriente le choix de nos actions, le but de celles-ci et notre comportement.

Une personne motivée sera donc orientée vers une activité satisfaisante, qui lui permet de combler un besoin, plutôt que vers une activité qui n'a aucune utilité pour elle.

La volition correspond à « la capacité de choisir de faire ou de continuer à faire quelque chose en ayant conscience que la réalisation de cette activité est volontaire » (MEYER, 2013, p. 155). C'est une action, un processus ou une capacité volontaire et consciente. La volition permet de faire ou de maintenir des choix lors de la réalisation d'une activité. Selon MEYER, la volition permet au patient de s'engager dans ses occupations. La volition, qui résulte d'une réflexion, se différencie de la motivation, qui est instinctive et partiellement consciente.

L'engagement, la motivation et la volition sont donc considérés comme des forces énergétiques qui poussent l'individu à faire une action. Selon MEYER, ces trois termes complémentaires sont des plus utiles en ergothérapie lorsqu'un patient a des difficultés à s'impliquer dans l'intervention proposée (MEYER, 2013).

L'engagement est donc lié à d'autres concepts qui sont susceptibles d'avoir une action sur celui-ci. Il semble donc important de prendre en compte ces deux notions comme faisant partie des critères capables d'influencer l'engagement.

C. Mesurer l'engagement

La Hopkins rehabilitation engagement rating scale (HRERS) (annexe I) est une évaluation qui permet aux thérapeutes de mesurer facilement l'engagement des patients lors des activités de rééducation.

Les créateurs de cet outil se sont appuyés sur plusieurs études pour mettre en avant les facteurs impliqués dans l'engagement du patient. Cinq éléments sont ressortis de ces recherches :

- **L'attitude du patient envers la thérapie.** Cet élément cherche si le patient considère sa rééducation comme étant utile. En effet, des études ont démontrées que

les patients estimant la rééducation comme moyen efficace de récupération, sont plus motivés à y participer.

- **La conscience du besoin de rééducation.** La dépression et l'anosognosie font que le patient n'a pas, ou peu, conscience de ses déficiences et incapacités, ainsi il n'éprouvera pas le besoin de rééducation.
- **Le langage adapté.** Certains patients, dont les personnes ayant des troubles cognitifs, peuvent avoir des difficultés à comprendre les instructions du thérapeute. Il est donc nécessaire que le professionnel adapte son langage de manière à être compris par tous. Une communication adaptée facilite l'échange d'informations et permet au patient d'adhérer à la thérapie.
- **La participation active.** Des études ont démontrées que les patients participant activement à la rééducation ont une meilleure récupération. Si le patient n'est pas engagé dans sa rééducation, il ne sera pas actif lors des séances.
- **L'assiduité aux séances de rééducation.** L'absence des patients en rééducation est un bon indicateur du désengagement. Si le patient n'est pas motivé, il sera moins assidu (KORTTE, FALK, CASTILLO, JONHSON-GREENE, & WEGENER, 2007).

Ces éléments sont à retenir tout en considérant la motivation et la volition développées ultérieurement. Il est important de prendre en compte ces facteurs dans toutes les dimensions décrites dans le modèle MCREO, c'est-à-dire les sphères personnelles, occupationnelles et environnementales qui vont avoir une influence sur le rendement occupationnel de la personne.

D. L'engagement du patient post-AVC

Différents facteurs peuvent faire décliner l'engagement des patients victimes d'AVC, parmi eux nous pouvons citer :

- **Les séquelles et complications liées à l'accident.**

L'AVC est imprévisible, il entraîne brutalement une diminution des capacités et de la participation, il bouleverse la vie d'une personne. Il peut laisser un traumatisme psychique qui peut persister même après la période d'hospitalisation (MORIN & BRUGUIERE, 2009).

Certaines séquelles et complications évoquées plus tôt dans cet écrit peuvent désengager le patient :

- L'état dépressif entraîne généralement un isolement de la personne. Celle-ci sera donc moins présente et moins impliquée dans les activités de rééducation (LEQUERICA, DONNELL, & TATE, 2009), (BOURGEAIS, GUAY, LAROUDIE, MARSAL, & THEVENIN-LEMOINE, 2010), (PAOLUCCI, et al., 2012).
- Les troubles cognitifs consécutifs à un AVC ont un retentissement important sur la vie du patient et sur sa rééducation. Plusieurs auteurs soulignent que ces troubles ont un impact négatif sur l'engagement dans la thérapie. L'étude de LEQUERICA, DONNELL et TATE, avance que les principales barrières cognitives à l'implication du patient sont la confusion, la désorientation, les troubles de l'attention et la désinhibition (LEQUERICA, DONNELL, & TATE, 2009), (LENZE, et al., 2004).

- **La prise en charge à long terme.**

Après un accident vasculaire cérébral, la récupération est lente, elle nécessite des efforts continus et la récupération est incertaine. En moyenne, lors des 3 à 4 premiers mois post-AVC la récupération est maximale et se stabilise après cette période (annexe II). Lors de la phase de stabilisation la récupération est moindre, les progrès sont donc moins perçus par le patient, ce qui est décourageant pour le lui (JORGENSEN, et al., 1995) (DE MORAND, 2014).

L'accident vasculaire cérébral nécessite une prise en charge longue et devient chronique après six mois. En 2003, L'OMS présente un rapport nommé [Traduction] Adhésion aux thérapies à long terme : preuve d'action. Dans ce document, l'OMS étudie différentes pathologies chroniques qui induisent une prise en charge à long terme. Elle alerte sur le désengagement du patient dans sa thérapie, car celui-ci réduit l'efficacité de la prise en charge et, de ce fait, a un impact négatif sur le système de santé. En effet, lors du long processus de récupération il est naturel que la motivation du patient diminue, cependant les thérapeutes doivent y prêter attention afin que cette démotivation n'influence pas la qualité de la prise en charge (World Health Organization, 2003).

- **Le retour à domicile**

Généralement, le retour à domicile est dans un premier temps convoité voir idéalisé. Mais, après un AVC, le retour à domicile peut être difficile autant physiquement que psychologiquement. C'est principalement lors du retour à domicile que le patient est

confronté à ses incapacités qui induisent des restrictions de participation. Dans cet environnement moins facilitateur que les centres médicaux, il est parfois difficile pour le patient de transférer les acquis obtenus en rééducation. Lors de cette phase parfois difficile le moral fluctue facilement, le patient prend conscience des limites de la récupération (DESFONTAINES, et al., 2009). C'est pourquoi il semble pertinent d'utiliser un outil en ergothérapie qui va permettre de maintenir voir de favoriser l'engagement du patient.

Au vu de ces éléments, l'enquête s'axera sur les patients à la phase chronique d'un AVC (plus de 6 mois) et ayant un suivi en HDJ afin d'étudier l'impact du retour à domicile sur l'engagement.

III. LA MESURE CANADIENNE DU RENDEMENT OCCUPATIONNEL (MCRO), LE PATIENT ACTEUR DE SA PRISE EN CHARGE

Le modèle utilisé dans cet écrit est le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO), il a été choisi en lien avec l'outil étudié : la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO).

Tous deux sont canadiens et utilisent donc le terme de « client » pour nommer le patient, ce terme est fréquemment utilisé dans les écrits anglo-saxons. Dans cet écrit, le terme de patient sera conservé étant donné que c'est une notion usuelle en France et que ce mot est plus étroitement lié au système de santé.

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

1. Définition et utilité du modèle conceptuel

Un modèle conceptuel est « une représentation mentale simplifiée d'un rapport qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique » (MOREL-BRACQ, Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux, 2009). L'utilisation d'un modèle conceptuel permet donc aux professionnels d'avoir une intervention structurée, orientée et permet aussi d'avoir une preuve à apporter à leurs pratiques.

2. Présentation du MCREO

Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) fut créé en 2007 par POLATAJKO, TONSEND et CRAIK. Les auteurs se sont appuyés sur le Modèle Canadien du rendement Occupationnel de 1997 développé par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE). Ce modèle reprend donc le précédent en l'alimentant de deux nouveaux concepts qui sont l'engagement et l'habilitation (POLATAJKO, TONSEND, & CRAIK, 2007), (MOREL-BRACQ, Les modèles conceptuels en ergothérapie, 2017).

L'engagement dans l'activité en rapport avec ce modèle correspond à « la participation autant psychologique qu'active physiquement ». L'habilitation est définie comme « la création de possibilités » et comme « le renforcement du pouvoir et de la

capacité d'être ou d'agir » (MOREL-BRACQ, Les modèles conceptuels en ergothérapie, 2017, p. 88).

Ce modèle met en évidence les interactions entre la personne, l'occupation et l'environnement.

Il considère **la personne** (illustrée par un triangle au centre du modèle) comme ayant des dimensions affectives, cognitives et physiques. De la même façon, il illustre la personne intégrée à son environnement. **L'environnement** est considéré à travers les dimensions sociales, physiques, institutionnelles et culturelles.

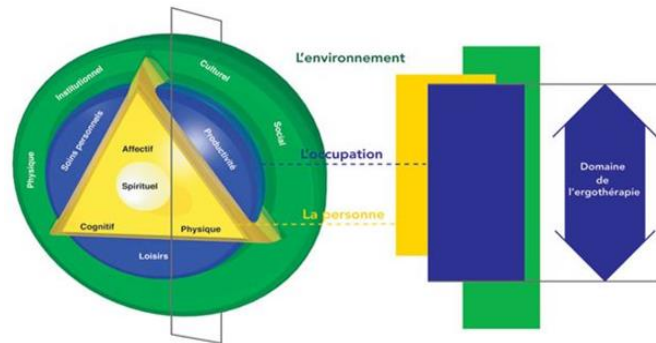


Figure 3 Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (annexe III)

L'occupation, représentée par le cercle bleu, symbolise « une passerelle » qui lie la personne à son environnement. C'est par le biais de l'occupation que la personne agit sur son environnement (POLATAJKO H. , et al., 2008).

C'est de cette relation dynamique entre la personne, l'environnement et l'occupation que résulte **le rendement occupationnel**. Le rendement occupationnel n'est donc pas directement visible mais est bien présent dans la totalité du modèle, il est influencé par chacune des caractéristiques. Le modèle expose l'interaction qui amène au rendement occupationnel (TOWNSEND, et al., 2002) (POLATAJKO H. , et al., 2013).

En effet si un changement se produit dans l'une des trois sphères (personne, occupation, environnement) il aura des répercussions sur les deux autres et cela influencera par la même occasion le rendement occupationnel (TOWNSEND, et al., 2002).

Le MCREO permet donc d'identifier les secteurs problématiques de l'occupation dans le but d'améliorer la performance occupationnelle et la satisfaction du patient.

Comme nous l'avons constaté précédemment, l'AVC a des répercussions sur toutes les dimensions de la personne (triangle jaune), qui peut amener la personne à se désengager des activités et notamment en ergothérapie.

L'activité est une passerelle entre la personne et son environnement : si le patient ne s'implique pas dans l'activité, il pourra rencontrer de nouvelles difficultés au niveau de son environnement. Ainsi, l'AVC affecte le rendement occupationnel du patient et peut le freiner dans sa thérapie.

B. L'instrument de mesure MCRO

En 1980, le Ministère de la Santé et du Bien-être social Canadien s'est associé avec l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE) dans le but « d'élaborer des lignes directrices sur l'appréciation de la qualité dans la pratique de l'ergothérapie au Canada » (LAW, et al, 2014 p.6).

Lors d'une publication, ce groupe a préconisé la création d'instruments propres à l'ergothérapie.

Suite à cela, en septembre 1988, le Programme national de recherche et de développement en santé en collaboration avec la Fondation canadienne d'ergothérapie ont financé un projet en lien avec cette recommandation. Ce projet s'applique à élaborer un instrument de mesure du rendement occupationnel, s'axant sur les priorités du patient. Ce sont les débuts de la MCRO (LAW, et al., 2014).

Le groupe de recherche à l'origine de cette évaluation était composé de six femmes nommées LAW, BAPTISTE, CARSWELL, McCOLL, POLATAJKO et POLLOCK (COPM, 2018).

La MCRO fut élaborée à partir du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement occupationnel.

La MCRO oriente l'intervention de l'ergothérapeute en l'amenant à prendre en compte les activités essentielles pour le patient, activités dans lesquelles il ne se sent pas totalement performant. Grâce à cet outil, il est possible de mesurer l'évolution de perception qu'a le patient à l'égard de son rendement occupationnel.

La MCRO est un outil validé qui nécessite une formation spécifique. L'association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) dispense cette formation auprès d'ergothérapeutes sur quatre jours (28 heures).

Cet outil prend la forme d'un entretien semi directif. Cette technique est utilisée dans le but de récolter des données qualitatives formulées avec les mots du patient afin que les

objectifs élaborés à l'aide de cette évaluation aient du sens pour celui-ci. Grâce à cela, des données subjectives peuvent être récoltées, mettant en avant la perception qu'a le patient de son rendement occupationnel. La MCRO aide l'ergothérapeute à comprendre la situation et le vécu du patient.

Il semble pertinent de mettre en place la MCRO auprès de patients post-AVC. En effet, l'hétérogénéité des séquelles peut avoir de nombreux impacts sur les occupations de la personne et peut influencer par la même occasion son rendement occupationnel. De plus cet outil est efficient auprès de cette population étant donné qu'il a été testé et validé auprès de personnes cérébrolésées (LAW, et al., 2014).

Dans l'ouvrage de LAW et al, il est recommandé de l'administrer en début de prise en charge afin de définir des objectifs, et à distance afin de constater l'évolution et de réactualiser les objectifs.

La passation de la MCRO se déroule en quatre étapes :

- **Etape n°1 : Identification des problèmes de rendement occupationnel**

Lors de cette étape, l'ergothérapeute est amené à questionner la personne sur ses activités de la vie quotidienne afin de déceler celles qu'il voudrait, doit ou devrait réaliser. Pour l'aider dans cette tâche, l'ergothérapeute peut proposer au patient de lui décrire une journée type. A partir des activités mises en avant, l'ergothérapeute va chercher à trouver celles dont la réalisation ne satisfait pas la personne. La satisfaction dans la MCRO correspond donc au sentiment de plaisir ou de bien être résultant de la manière d'accomplir une action.

Ces données doivent être retranscrites sur le formulaire d'évaluation (annexe IV) dans les rubriques soins personnel, productivité et loisirs (LAW, et al., 2014).

- **Etape n°2 : Evaluation de l'importance**

Après avoir déterminé les problèmes de rendement occupationnel de la personne, l'ergothérapeute lui demande de coter l'importance qu'il accorde à chaque activité.

Afin de faciliter l'évaluation, l'ergothérapeute se sert d'une échelle cotée de 1 à 10 :

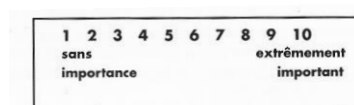


Figure 4 Echelle d'évaluation de l'importance MCRO

C'est une étape indispensable car elle amène le patient à prioriser les activités problématiques.

L'ergothérapeute sera donc plus à même de pouvoir comprendre les priorités du patient, ce qui facilitera la planification de l'intervention (LAW, et al., 2014).

- Etape n°3 : Cotation

En se basant sur les cotations de l'étape précédente, le patient doit choisir les problèmes qui lui paraissent les plus importants ou urgent à traiter. Il est conseillé de choisir 5 problèmes de rendement occupationnel. Des ergothérapeutes ont mis en avant une façon plus simple de procéder qui est de montrer directement au patient les 5 activités dont les cotations sont les plus élevées. Le patient aura simplement à confirmer ou à rejeter cette proposition. La suite de l'évaluation sera basée sur ces 5 problèmes de rendement occupationnel qui seront aussi la base de l'intervention ergothérapique.

Pour chacun de ces problèmes, le thérapeute questionne le patient sur son rendement et sur son degré de satisfaction vis-à-vis de ce rendement.

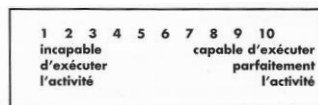


Figure 5 Echelle d'évaluation du rendement

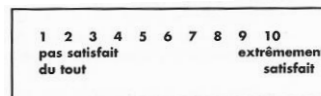


Figure 6 Echelle d'évaluation de la satisfaction

Le rendement occupationnel, défini précédemment, peut-être un terme difficilement compréhensible. Pour clarifier ce terme, l'ergothérapeute demande au patient « Comment coteriez-vous la façon dont vous exécuter cette activité maintenant » (LAW, et al., 2014, p. 47).

Pour aider le patient à évaluer sa satisfaction à l'égard du rendement occupationnel, l'ergothérapeute demande au patient « Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon dont vous exécutez cette activité » (LAW, et al., 2014, p. 47).

- Etape n°4 : Réévaluation

Cette étape s'effectue à distance de l'évaluation initiale. Il est conseillé de décider d'une date provisoire de réévaluation pendant l'évaluation initiale. Il n'y a pas d'intervalle de temps donné entre les deux évaluations, cette décision est prise par l'ergothérapeute en collaboration avec le patient.

A ce stade, il est demandé au patient de réévaluer son rendement et sa satisfaction sur les 5 problèmes identifiés, en utilisant les mêmes échelles que lors de la première évaluation.

Si le patient a le sentiment que certains problèmes ont été résolus, de nouveaux problèmes peuvent être formulés et évalués. Si le patient ne ressent plus aucune difficulté en matière de rendement occupationnel, il faudra débiter l'arrêt des traitements ergothérapeutiques.

La MCRO peut être effectuée autant de fois que nécessaire.

Les cotes obtenues lors de la première évaluation permettent donc de comparer deux situations à distance. C'est une mesure individualisée qui compare des cotes propres au patient, contrairement à certains tests normatifs qui comparent une norme aux cotes des patients (LAW, et al., 2014).

La MCRO est donc une mesure individualisée et subjective. Elle demande la participation active du patient en prenant en compte sa perception à l'égard de son rendement occupationnel.

La participation du patient est sollicitée dès le début de la thérapie, la MCRO peut être utilisée à titre d'évaluation initiale. Cette évaluation permet d'organiser et de prioriser l'intervention de l'ergothérapeute en prenant en compte l'avis du patient. Le thérapeute pourra par la suite effectuer d'autres évaluations auprès du patient afin d'analyser plus en profondeur les problématiques de rendement occupationnel mises en avant par la MCRO (LAW, et al., 2014).

C. Une approche centrée sur la personne

D'après TOWNSEND et al (2002), le terme de pratique centrée sur le client est apparu en 1939, proposé par ROGERS dans son ouvrage : The Clinical Treatment of the Problem Child (TOWNSEND, et al., 2002).

Ce cadre de référence est apparu plus tard, dans les années 80, en ergothérapie. Le modèle ainsi que la mesure canadienne du rendement occupationnel sont insufflés par la pratique centrée sur le patient (MEYER, 2010).

MEYER dans son ouvrage Démarches et raisonnements en ergothérapie, cite l'Association Canadienne des Ergothérapeutes dans le but de définir la pratique centrée sur le patient :

« La pratique centrée sur le client fait appel à des approches fondées sur la collaboration qui visent à la promotion de l'occupation du client qui peut être une personne, un groupe, un organisme, le gouvernement, une association ou autre.

L'ergothérapeute démontre du respect envers le client et l'invite à participer à la prise de décision. Il revendique les droits du client dans le but de répondre à ses besoins et il met en valeur l'expérience et les connaissances du client. » (MEYER, 2010, p.43).

Le modèle conceptuel ainsi que l'évaluation que nous venons de développer sont basés sur cette approche.

Dans cette approche, l'ergothérapeute voit le patient comme un collaborateur avec lequel il va essayer de construire un plan d'intervention personnalisé. La co-construction de ce projet nécessite donc la participation active du patient.

Ainsi, le patient participe à la création de ses objectifs de rééducation qui seront donc signifiants, autrement dit, ils auront du sens pour la personne (MOREL-BRACQ, Les modèles conceptuels en ergothérapie, 2017).

Cette prise en charge personnalisée et co-construite permet de donner du sens aux activités de rééducation et va donc impliquer et engager le patient dans sa prise en charge (KRISTENSEN, TISTAD, KOCH, & YTTERBERG, 2016).

D. Les limites de la MCRO

Comme nous l'avons vu, il existe de nombreux bénéfices à l'utilisation de la MCRO, cependant cette mesure a certaines limites.

La mesure canadienne du rendement occupationnel nécessite que le patient soit capable d'identifier par lui-même ses difficultés au quotidien, l'ergothérapeute sera présent pour aider à préciser les objectifs qu'il aura lui-même mis en avant.

Cependant, dans certain cas cette identification n'est pas possible. Par exemple, les personnes anosognosiques ne sont pas capables de reconnaître leurs difficultés car l'anosognosie correspond à la « méconnaissance, par un malade, de son affection, cependant évidente » (DE MORAND, 2014, p. 376).

Dans le cas où le patient n'est pas disposé à répondre à l'évaluation, un proche peut le faire pour lui. Cependant, nous pouvons souligner que la perception du proche peut ne pas être l'exact reflet de celle du patient et que les objectifs seront donc moins signifiants pour le patient (LAW, et al., 1990).

Les échelles proposées sont parfois difficilement comprises. Afin de pallier à cette difficulté, certains ergothérapeutes adaptent ces échelles à l'aide de smiley afin de donner une information visuelle simple et facilement compréhensible (DAVIS & RODD, 2014), (DEDDING, CARDOL, EYSSSEN, & BEELEN, 2004).

La MCRO est un outil validé auprès d'une population de personnes cérébrolésées (LAW, et al., 2014), mais à l'heure actuelle, peu de références bibliographiques traitent de sa spécificité auprès de patients post-AVC.

De plus après recension des écrits de la littérature scientifique sur la MCRO, aucun écrit n'a été trouvé en rapport avec l'engagement dans la thérapie.

Or, il s'avère que l'engagement du patient dans sa thérapie est indispensable pour garantir la qualité de celle-ci et le bien-être du patient.

C'est pourquoi ce mémoire d'initiation à la recherche s'adonne à déterminer si l'ergothérapeute peut favoriser l'engagement du patient dans sa thérapie à l'aide d'outils spécifiques à sa profession.

Ainsi, l'hypothèse émise est la suivante :

L'utilisation de la MCRO par l'ergothérapeute permet de faciliter l'implication du patient post-AVC dans sa prise en charge.

La suite de ce travail concerne le cadre de recherche qui comprend la méthodologie, la présentation des résultats et l'analyse des données de l'enquête. Ensuite la discussion permettra d'affirmer ou de réfuter l'hypothèse émise et d'identifier les limites et les intérêts de cette recherche.

CADRE EXPERIMENTAL

I. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

A. Objectifs

L'objectif primaire de l'enquête est de vérifier si la MCRO favorise l'engagement chez le patient post-AVC. Les résultats permettront de valider ou de réfuter cette hypothèse.

Les objectifs secondaires sont :

Identifier les différences de prises en charge, en fonction de l'utilisation ou de l'absence utilisation de la MCRO, du point de vue des patients.

A travers la comparaison des prises en charge, je pourrai déterminer si la MCRO a une réelle influence sur la thérapie et l'implication des patients.

Identifier une possible évolution de la motivation des patients après passation de la MCRO.

Il est donc question de savoir si la motivation du patient a pu évoluer lors de la passation de la MCRO mais aussi à distance. En effet la MCRO peut orienter les objectifs et la prise en charge du patient.

Déterminer les facteurs favorisant ou limitant l'engagement dans la prise en charge ergothérapique.

Cet objectif permet d'apprécier les composantes de l'engagement mises en jeu lors de l'utilisation de la MCRO à travers les données récoltées auprès des patients et des thérapeutes.

Connaitre l'influence de la MCRO sur la pratique de l'ergothérapeute.

Autrement dit, savoir si l'intervention de l'ergothérapeute est réellement influencée par la MCRO. Notamment s'il oriente ses objectifs et sa prise en charge à partir des éléments fournis par cette évaluation.

Connaître l'impact de l'engagement sur la prise en charge

Il s'agit de comprendre les conséquences engendrées par l'engagement sur la prise en charge, tant pour le patient que pour les thérapeutes.

Ainsi, dans le but de vérifier ces hypothèses, deux outils ont été créés : un questionnaire à destination des patients ainsi qu'un guide d'entretien pour recenser l'avis des professionnels vont permettre d'avoir une vue d'ensemble de la situation.

Ces outils vont être développés ci-dessous.

B. Outils et populations

1. Questionnaire à destination des patients

Pour répondre à ma problématique et valider ou non mon hypothèse, il me paraît pertinent d'interroger les patients. Ceux-ci me semblent être les plus à même de livrer leur vision de l'engagement dans la thérapie.

Critères d'inclusion : La population cible est constituée d'adultes victimes d'AVC. Par « adultes » sont désignées les personnes dont l'âge est compris entre 19 et 60 ans, âges correspondant respectivement à la fin de l'adolescence et au début du vieillissement selon l'OMS (OMS, 2018). Ces personnes doivent bénéficier de séances d'ergothérapie, en hôpital de jour, en centre de rééducation/ réadaptation et être à au moins 6 mois post-AVC (phase chronique).

Critères d'exclusion : Seront exclus les patients anosognosiques ou présentant des troubles cognitifs majeurs susceptibles d'influencer leurs capacités de jugement ou de rendre impossible la création d'un projet de vie. Seront également exclus les personnes ayant des troubles de la compréhension importants.

Cette population ne devra pas obligatoirement avoir été évaluée par la MCRO. En effet je souhaite comparer les ressentis avec et sans MCRO. Cela me permettra également de connaître les facilitateurs en termes d'engagement dans la prise en charge ergothérapique.

La méthode d'investigation choisie est le questionnaire auto administré (annexe V). Cet outil est anonyme et respectueux de l'intimité du patient. Celui-ci ne sera pas influencé dans ses choix par la présence d'une autre personne. Le questionnaire permet également d'obtenir

des données quantitatives tout en laissant la possibilité au patient d'ajouter des informations qualitatives (DE SINGLY, 2012).

Il a été créé en version GoogleForm mais aussi en version PDF dans le cas où les patients n'auraient pas accès à l'ordinateur.

Il est organisé en 3 parties de la manière suivante :

- « votre situation » : ici des données générales sont récoltées, elles apporteront des informations concernant l'âge, le sexe et le temps de prise en charge depuis l'accident.
- « suivi en ergothérapie » : le but ici est de connaître les attentes du patient à l'égard de l'ergothérapie, de savoir s'il se sent écouté et acteur de sa prise en charge. Cette section permettra de déterminer si le patient est engagé ou non dans sa thérapie. Grâce à ces données nous pourrons comparer les prises en charge où la MCRO est utilisée et celles où elle ne l'est pas.
- « MCRO » : cette partie est adressée exclusivement aux patients ayant bénéficié de cette évaluation. Elles visent à déterminer l'apport de cet outil du point de vue des patients.

Ce questionnaire a été envoyé dans 21 établissements.

2. Entretiens auprès d'ergothérapeutes

Afin de compléter mon enquête, il me semble intéressant d'obtenir d'autres informations auprès des ergothérapeutes maîtrisant la MCRO. Ces professionnels de santé pourront me faire un retour d'expérience.

Critères d'inclusion : Etre ergothérapeute D.E. Ces professionnels doivent travailler en centre de rééducation/réadaptation avec des patients victimes d'AVC. Ils doivent utiliser ou avoir utilisé la MCRO auprès de patients victimes d'AVC en hospitalisation de jour.

Critères d'exclusion : Cette étude exclue les ergothérapeutes n'utilisant la MCRO qu'en hospitalisation complète.

Pour compléter cette enquête, je souhaite utiliser l'entretien. Je choisis l'entretien individuel semi directif, car c'est un outil qualitatif qui a l'avantage de se fonder sur des questions

définies à l'avance en laissant libre cours aux réponses de la personne interrogée. Autrement dit, un fil conducteur structure l'entretien, de ce fait, les données nécessaires sont récoltées mais d'autres sujets peuvent être amenés si la personne interrogée le souhaite.

L'entretien permet de compléter les données récoltées avec le questionnaire. En effet il peut faire apparaître des idées qui n'auront jusque-là pas été abordées. Ces propos spontanés permettent d'enrichir l'étude (GRAWITZ, 2001).

Le guide d'entretien (annexe VI) est structuré de la manière suivante :

- « Généralités » : permet de récolter des informations sur le parcours professionnel du thérapeute.
- « le thérapeute face au patient désengagé en ergothérapie » : recense les expériences des professionnels auprès de patients désengagés et permet de mettre en avant les causes du désengagement et les actions du thérapeute face à cette problématique.
- « la MCRO » : montre les spécificités de cette évaluation auprès de patients post-AVC et cherche à démontrer un apport de cet outil au niveau de l'engagement à travers le point de vue des thérapeutes.

Ces différents thèmes offrent ainsi une vision globale de la situation et permettent de fournir des résultats en lien avec la problématique de ce mémoire.

Le guide d'entretien a été testé auprès d'un étudiant en ergothérapie ayant déjà utilisé la MCRO lors d'un stage de formation.

II. ANALYSE DE L'ETUDE

A. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

1. Méthodologie d'analyse des données

Pour le questionnaire, les résultats prendront la forme de statistiques simples :

- les données seront majoritairement exprimées en pourcentages afin de pouvoir comparer deux populations qui n'ont pas le même effectif. Elles seront présentées sous la forme de tableaux ou d'histogrammes.
- Des moyennes seront également exposées pour analyser les questions qui nécessitent d'attribuer une note sur 10.

Pour les entretiens, l'analyse de contenu se fera sous la forme de tableaux recensant les verbatim des professionnels. Des similitudes dans les propos rapportés seront recherchées (BLANCHET & GOTMAN, 2005).

2. Présentation et analyse du questionnaire destiné aux patients

a) Présentation de la population

Douze réponses ont été recueillies, parmi les sondés 5 avaient été évalués avec la MCRO durant leurs séances d'ergothérapie. Sur l'ensemble des participants, nous recensons 8 femmes (67%) et 4 hommes (33%) âgés en moyenne de 50 ans.

Les patients qui ont répondu à ce questionnaire étaient en moyenne à 7 mois et demi post AVC (au minimum 6 mois et au maximum 11 mois).

Les données avec MCRO seront représentées en rouge, les autres en vert.

Thème 1 : Votre situation

Tableau 1 Profils des participants au questionnaire

	Population totale (n = 12)	Population avec MCRO (n = 5)	Population sans MCRO (n = 7)
Moyennes d'âge	50,25 ans	49,5 ans	50,5 ans
Sexe	Hommes : 5 Femmes : 8	Hommes : 2 Femmes : 3	Hommes : 2 Femmes : 5
Moyennes de temps de prise en charge	7,3 mois	7,5 mois	7 mois

b) Présentation et analyse des résultats

Thème 2 : Perception du suivi en ergothérapie

1/ Estimez-vous avoir besoin des séances d'ergothérapie ?

Tableau 2 Présentation des résultats question 1.

	Population totale (n = 12)	Population avec MCRO (n = 5)	Population sans MCRO (n = 7)
Accord fort	75 % (n= 9)	100% (n= 5)	57% (n= 4)
Accord modéré	25% (n= 3)	0% (n= 0)	43% (n= 3)
Désaccord modéré	0% (n= 0)	0% (n= 0)	0% (n= 0)
Désaccord important	0% (n= 0)	0% (n= 0)	0% (n= 0)

Analyse et interprétation :

Parmi les personnes interrogées toutes estiment avoir besoin d'un suivi en ergothérapie. Nous pouvons tout de même relever une différence en ce qui concerne le degré d'accord. La totalité des personnes ayant bénéficié de la MCRO (100%) expriment un fort accord à cette question contre seulement 57% de la population sans MCRO.

2/ Vous vous rendez en ergothérapie...

(Choix multiples : c'est pourquoi le total des pourcentages fait plus de 100%)

Tableau 3 Présentation résultats question 2.

	Population totale (n = 12)	Population avec MCRO (n = 5)	Population sans MCRO (n = 7)
Avec envie et motivation	58% (n= 6)	80% (n= 4)	28% (n= 2)
Avec implication, participation active	67% (n= 7)	80% (n= 4)	57% (n= 3)
Par obligation due à la prescription	28% (n= 2)	0% (n= 0)	28% (n= 2)
Sans trop d'intérêt	0% (n= 0)	0% (n= 0)	0% (n= 0)

Analyse et interprétation :

Aucune personne interrogée ne dit venir en ergothérapie sans intérêt ni conviction. Dans les deux cas (avec et sans MCRO), les patients disent venir avec envie et motivation et/ou avec implication. Nous relevons que ces sentiments sont plus présents chez les patients ayant bénéficié de la MCRO. On observe que 2 personnes qui n'ont pas bénéficié de la MCRO (soit 28%) expriment un sentiment d'obligation envers leurs séances d'ergothérapie qui sont prescrites par un médecin, sentiment que nous ne retrouvons pas dans le cas d'un suivi avec MCRO.

3/ Avez-vous déjà été absent(e) aux séances d'ergothérapie ?

Présentation et analyse des résultats :

Seule une personne a répondu positivement à cette question. Cette personne n'a pas bénéficié de la MCRO et son absence est due à un empêchement indépendant de sa volonté.

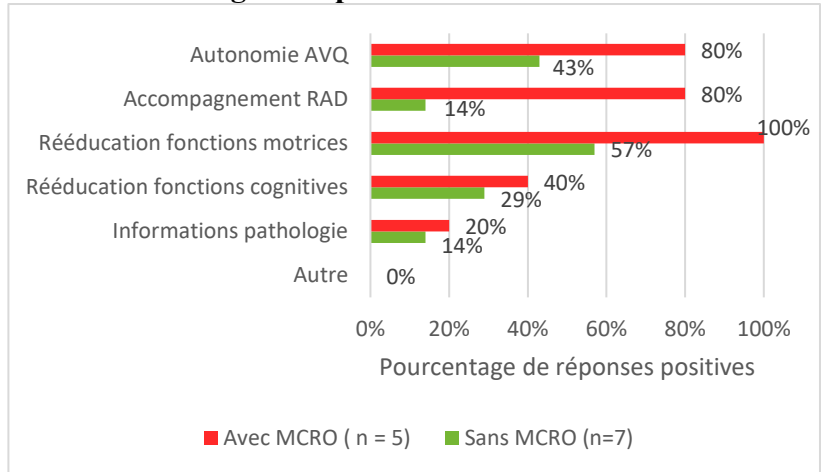
Le lien entre l'utilisation de la MCRO et l'assiduité aux séances ne peut donc pas être mis en avant.

4/ Quelles sont vos attentes durant vos séances d'ergothérapie ?
(Choix multiples)

Analyse et interprétation :

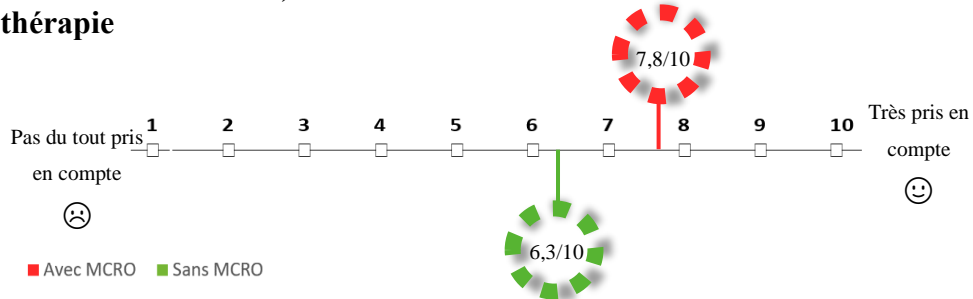
Dans les deux cas, la rééducation motrice est la plus sollicitée.

De plus, nous pouvons observer des attentes/ demandes plus importantes de la part des patients qui ont bénéficié de la MCRO.



Graphique 1 Présentation des résultats de la question 4. RAD = Retour à domicile

5/ Sur une échelle de 1 à 10, notez la considération de vos attentes durant vos séances d'ergothérapie

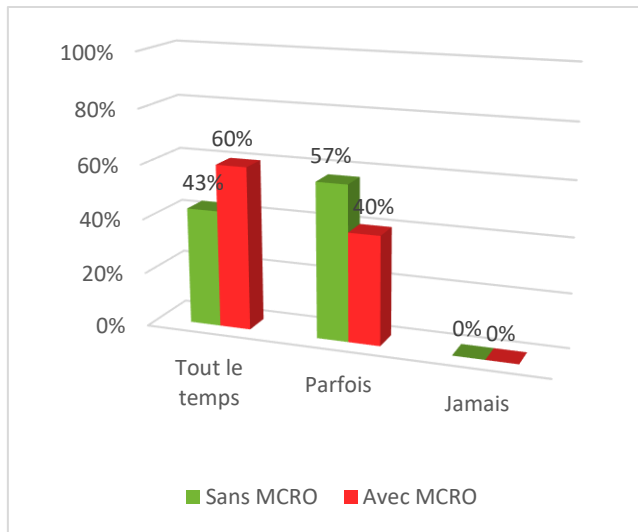


Graphique 2 Présentation des résultats de la question 5.

Dans les deux cas les moyennes sont supérieures à la moitié mais il ressort que la moyenne des notes des patients ayant bénéficié de la MCRO est supérieure.

6. Comprenez-vous les objectifs thérapeutiques des activités proposées en ergothérapie ?

Présentation et analyse des résultats :



Graphique 3 Présentation des résultats de la question 6.

Avec la MCRO, 60% des patients disent comprendre l'objectif thérapeutique de chaque activité contre seulement 43% dans le cas d'une prise en charge sans MCRO.

Une majorité de personnes qui n'ont pas bénéficié de la MCRO (57%) disent ne pas comprendre la totalité des objectifs thérapeutiques des activités proposées. Un patient a justifié sa réponse en disant que le lien entre les objectifs et les activités n'était pas expliqué par l'ergothérapeute.

Aucun participant n'a exprimé le fait de ne jamais comprendre les objectifs thérapeutiques des activités ergothérapeutiques.

Ainsi une majorité de personnes sondées ayant bénéficié de la MCRO comprennent la totalité des objectifs mis en jeu dans les activités ergothérapeutiques, contrairement aux prises en charge sans utilisation de cette évaluation.

7. Avez-vous contribué à la création de vos objectifs en collaboration avec l'ergothérapeute ?

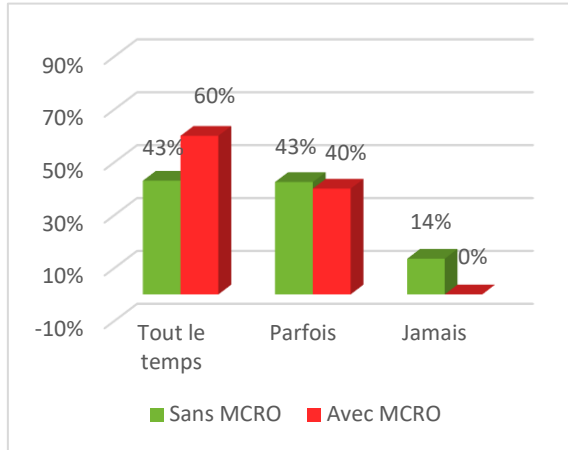
Présentation et analyse des résultats :

Comme attendu, 100% des patients ayant passé la MCRO disent avoir contribué à la création des objectifs ergothérapeutiques.

Sans utilisation de la MCRO, 57% des patients estiment ne pas avoir participé à la création de leurs objectifs en ergothérapie. Ainsi nous pouvons constater que la collaboration dans l'élaboration des objectifs n'est présente que dans une minorité des cas (43%) lorsque

l'ergothérapeute n'utilise pas la MCRO. Ces données coïncident avec la note moyenne de 6,3/10 attribuée par ces patients à la considération de leurs attentes par l'ergothérapeute.

8/ Vous sentez vous acteur/actrice de votre thérapie ?



Graphique 4 Présentation des résultats de la question 8.

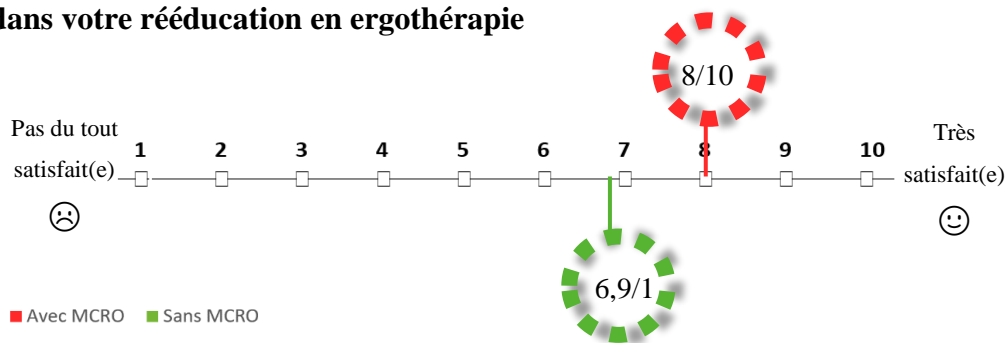
Analyse des résultats :

Une majorité (60%) des patients ayant bénéficié de la MCRO se sentent en permanence acteur de leur thérapie.

Ce sentiment est moindre dans le cas d'une prise en charge sans MCRO.

Seule 1 personne (14%) dit ne jamais se sentir actrice de sa prise en charge, elle n'a pas bénéficié de la MCRO.

9/ Sur une échelle de 1 à 10 notez votre satisfaction quant à l'implication que vous avez dans votre rééducation en ergothérapie



Graphique 5 Présentation des résultats de la question 9

La note moyenne quant au sentiment d'implication en ergothérapie est plus élevée pour les patients avec MCRO, cependant la différence entre les moyennes est modérée, elle ne diffère que de 1,1 point. Au vu de la taille de l'échantillon, la différence n'est pas significative. Ainsi nous pouvons dire que les patients se sentent impliqués dans les deux cas mais que ce sentiment est davantage présent chez les patients qui ont passé la MCRO.

Thème 3 : LA MCRO

Seuls les patients ayant bénéficié de la MCRO ont complété cette partie du questionnaire (n=5).

10/ 11/ Avez-vous apprécié collaborer avec l'ergothérapeute lors de cette évaluation ?

Les objectifs définis lors de cette évaluation vous semblent-ils pertinents ?

(Question 10 et 11 groupées)

Présentation et analyse des résultats :

La totalité des participants à l'enquête a répondu positivement à ces deux questions.

Ainsi les patients semblent apprécier participer à l'élaboration de leurs objectifs et avoir une place de collaborateur auprès du thérapeute.

Les objectifs qui découlent de la MCRO semblent appropriés pour l'ensemble des patients.

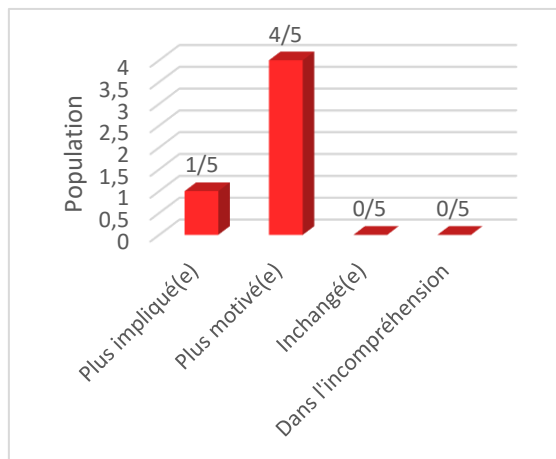
12/ Les activités réalisées en ergothérapie sont-elles en adéquation avec les objectifs définis lors de la MCRO ?

Présentation et analyse des résultats :

Trois choix étaient possibles pour cette question : « tout le temps », « parfois », « jamais ».

La totalité des patients ont répondu « parfois » à cette question.

13 / Après passation de cette évaluation, comment vous êtes-vous senti durant vos séances d'ergothérapie ?



Graphique 6 Présentation des résultats de la question 13.

Analyse des résultats :

Sur les 5 patients ayant bénéficié de la MCRO, 4 ont indiqué s'être sentis plus motivés après passation et 1 a dit se sentir plus impliqué dans son suivi.

Ainsi, la MCRO semble avoir apporté un changement positif dans la prise en charge de chaque patient.

Ainsi les données récoltées semblent montrer un engagement plus important chez les patients ayant bénéficié de la MCRO.

Ces résultats vont maintenant être comparés à ceux des professionnels.

3. Présentation et analyse des entretiens auprès d'ergothérapeutes

a) Présentation de la population

Pour mon enquête, j'ai eu l'occasion de m'entretenir avec 4 ergothérapeutes. Pour des raisons d'anonymat, les personnes interrogées seront nommées E1 / E2 / E3 / E4.

Le consentement de chaque ergothérapeute a été demandé pour l'enregistrement des entretiens afin de faciliter leur retranscription (ANNEXE VII).

Voici le profil professionnel des ergothérapeutes interrogés synthétisé dans le tableau ci-dessous :

Thème 1 : généralités

Tableau 4 Présentation des participants aux entretiens.

	E1 ♀	E2 ♀	E3 ♀	E4 ♀
Année du diplôme	2011	2009	2007	2014
Expérience auprès de patients post-AVC	3 ans	9 ans	11 ans	11 ans
Expérience en HDJ	11 mois	Plus de 3 ans	Plus de 5 ans	2 mois
Autres expériences	Hospitalisation complète	Hospitalisation complète Hospitalisation à domicile de réadaptation (HDR)	Hospitalisation complète	Hospitalisation complète
Formation MCRO	ANFE il y a 2ans	ANFE il y a 5 ans	ANFE il y a 6 ans	Lors de sa scolarité et puis par ses collègues (titulaires de la formation ANFE), il y a 1 an
Raisons d'utilisation de la MCRO	Suite à une prise en charge difficile avec une patiente démotivée	Sur demande de la cadre	Sur demande de la cadre pour acquérir une nouvelle approche en réadaptation	Dans le but d'axer réellement son suivi suivi sur le projet de vie du patient et ainsi de donner du sens à ses prises en charge.

b) Présentation et analyse des résultats

Thème 2 : L'ergothérapeute face au patient désengagé

1/ Avez-vous déjà eu à faire à des patients peu présents ou qui refusaient de se rendre aux séances d'ergothérapie ?

Présentation des résultats :

Tableau 5 Présentation des résultats de la question 1.

	Expérience auprès de patients désengagés
E1	Régulièrement
E2	Oui
E3	Oui
E4	Rarement

Analyse et interprétation :

Une seule ergothérapeute dit avoir rarement rencontré des patients désengagés en HDJ.

Cela pourrait s'expliquer par sa récente expérience dans ce domaine (en HDJ depuis 2 mois).

2/ Selon vous quelles sont les causes les plus fréquentes du désengagement des patients post AVC ?

Présentation des résultats :

Tableau 6 Présentation des résultats de la question 2.

	Causes du désengagement
E1	« Déprimés », « en ergo c'est compliqué parce qu'on les met parfois un peu en échec vu qu'on fait des mises en situation », « se rendent compte de leur difficultés », « il y a beaucoup de patients qui ne comprennent pas l'intérêt que ça a ».
E2	« Problème d'implication [...] où le patient n'est pas acteur de sa prise en charge », « Prescrit de la rééducation [...] sans qu'il sache trop pourquoi il vient », « Des patients qui voient l'ergothérapie comme une mise en échec [...] ils peuvent le vivre très mal », « on emploie la mise en situation, face à leurs difficultés [...] compliqué à supporter ».
E3	« Ne voient pas l'intérêt de l'ergothérapie », « Lié à la dépression, un peu de fatalisme », « Le fait de voir qu'ils ne récupèrent pas », « Ne supportent pas la mise en échec ».
E4	« La peur de ne plus pouvoir faire les choses tout seul », « Peur qu'il lui arrive quelque chose [...] plus simple d'abandonner », « Une certaine dépression qui s'installe, ça fait partie des symptômes post-AVC », « Accepter la situation »

Analyse et interprétation :

Parmi les causes évoquées par les professionnels, nous pouvons relever des éléments communs :

- 3 thérapeutes sur 4 ont évoqué la mise en situation comme pouvant être source de désengagement. En effet, lors de cette activité le patient peut être mis en échec, se retrouver face à ses difficultés. Cette mise en avant des situations de handicap peut être vécue difficilement.

- Nous pouvons aussi noter que, selon 3 ergothérapeutes, le désengagement peut venir de la dépression, ou d'un syndrome dépressif, fréquent après un AVC. L'impact psychologique de cette pathologie semble jouer un rôle dans l'implication du patient dans sa thérapie.
- Enfin, nous pouvons constater qu'un manque d'information peut être à l'origine du désengagement du patient.

3/Quels sont selon vous les besoins des patients nécessaires à leur engagement ?

Présentation des résultats :

Tableau 7 Présentation des résultats de la question 3.

	Eléments favorisant l'engagement
E1	« Il faut qu'il y ait du sens », « expliquer comment on va axer notre accompagnement », « Inclure tous les professionnels [...] un objectif commun à tout le monde ».
E2	« Remettre la personne au centre, d'avoir une pratique centrée sur la personne » « Partir de lui, de ses besoins et de ses attentes, être à l'écoute », « Surtout de construire les objectifs et le suivi vraiment en fonction de lui », « Baser le suivi sur des objectifs qu'il aura établi lui-même ».
E3	« Comprend sa pathologie, comprendre les conséquences », « Qu'il soit acteur de sa prise en charge », « Il faut qu'il ait conscience et qu'il ait compris, donc il faut qu'il ait les capacités de comprendre ».
E4	« L'implication de la famille peut jouer sur celle du patient », « Tout ça découle de la MCRO », « Faire le plus possible de mises en situation [...] que ce soit concret, ça peut être stimulant ».

Analyse et interprétation :

Parmi les réponses des ergothérapeutes à cette question, deux éléments reviennent à plusieurs reprises :

- Tout d'abord il semble que l'information ait un rôle privilégié dans l'engagement. Informer le patient implique une meilleure compréhension de sa pathologie, de ses conséquences mais aussi de l'ergothérapie. Cela rend les éléments concrets, rendant la projection plus facile.
- Nous pouvons aussi relier cet élément à la question précédente qui mettait en lien le manque d'information et le désengagement.
- Ensuite, la façon dont le thérapeute oriente sa prise en charge semble primordiale. Ainsi il a été mis en avant qu'une thérapie centrée sur le patient, avec un suivi personnalisé basé sur ses souhaits, favorisait la motivation du patient dans sa rééducation.

4/ Que faites-vous face à des patients désengagés ?

Présentation des résultats :

Tableau 8 Présentation des résultats de la question 4.

	Actions de l'ergothérapeute face au patient désengagé
E1	« Recherche la cause du désengagement [...] ça passe d'abord par un entretien » « Je fais souvent passer la MCRO [...] c'est l'évaluation qui va lui permettre de s'engager dans un processus où il va pouvoir identifier ses propres objectifs », « lui redonner confiance [...] « on est là pour vous accompagner, on n'est pas là pour vous dire ce que vous avez à faire » ».
E2	« J'utilise la MCRO [...] je pense en tout cas que ça peut faciliter face à un patient désengager », « Ça passe aussi par un questionnement auprès de la personne, déjà de savoir pourquoi, de savoir qu'est-ce qu'il attend », « Lui expliquer ce que nous pouvons lui apporter en ergothérapie ».
E3	« Il y a des patients qu'on ne pourra pas accompagner et avec lesquels on va arrêter la prise en charge », « Il y a des patients qu'on va essayer de pousser, de tirer, de remonter au niveau motivation », « Cibler mieux les objectifs pour leur permettre de comprendre », « Comprendre que nous ce qu'on leur fait faire par les mises en situations répond quand même à leurs objectifs, que c'est un autre moyen ».
E4	« Bien souvent je fais passer ou repasser la MCRO dans ce cas-là [...] retrouver des objectifs qui sont importants pour lui, c'est propre à la MCRO [...] revoir les priorités, sur quoi il veut qu'on travaille ». « On en discute avec les autres thérapeutes », « Ça va être une longue discussion qui débouche sur les problèmes actuels qui font que ça freine un peu la rééducation », « Organiser une synthèse avec le patient, tous les thérapeutes, si possible un proche pour revoir un peu les objectifs qu'on se fixe ».

Analyse et interprétation :

Face à un désengagement, les ergothérapeutes privilégient des actions de communication en passant par des entretiens individuels ou en groupe, incluant les proches et/ou les autres thérapeutes.

Ces entretiens ont pour but de déceler la cause du désengagement pour pouvoir par la suite réorienter son suivi.

Dans ce sens, les ergothérapeutes interrogés disent pratiquer ou re-pratiquer la MCRO auprès de patients désengagés. Cette action permettrait tout d'abord de remettre à jour les objectifs prioritaires pour le patient, et redonnerait un sentiment d'acteur à la personne.

Cependant, il semble que ces actions n'influencent pas l'engagement de la totalité des patients. Elles ne sont donc pas infaillibles. Un ergothérapeute évoque l'arrêt du suivi auprès de certains patients.

5/ En quoi le passage en HDJ peut être source de motivation ou de désengagement ?

Présentation des résultats :

Tableau 9 Présentation des résultats de la question 5.

	Éléments motivants lors du passage en HDJ	Éléments démotivants lors du passage en HDJ
E1	« Quand le patient va rentrer, il va peut-être identifier des problématiques », « Gros travail en hospitalisation complète de l'engager dans un processus qui va lui permettre de définir des problématiques lui-même », « Bonne source d'engagement [...] il va pouvoir peut être arriver à identifier ses propres problématiques ».	« En hospitalisation complète [...] on arrive pas à identifier toutes les problématiques du domicile », « Ça peut être un désengagement parce qu'ils peuvent se dire « malgré tout ce que j'ai fait avant je reste toujours en situation de handicap », « Il y a plein de patients qui n'arrivent pas à faire un transfert d'acquis », « Ils se retrouvent au domicile, ils ont des aides [...] ils se laissent un peu aller et on se rend compte qu'ils ne se réinvestissent pas ».
E2	« Le fait que la personne soit déjà rentrée à la maison, elle peut rencontrer des difficultés et ça va être plus facile je pense de savoir ce qu'elle veut travailler ».	« Le retour à domicile peut être une étape difficile, pas forcément évidente, parce que c'est source d'angoisse [...] parce que le patient peut être face à des situations d'incapacité qu'il ne rencontrait pas au centre » « confronté aux difficultés, confronté à l'environnement parce que un patient qui ici irai plutôt bien et serait indépendant, lors du retour à domicile va rencontrer des difficultés qu'il n'avait pas envisagé », « Des personnes pour qui le retour à domicile veut dire fin d'une récupération et d'un « retour à la normal ».
E3	« Permet au patient d'être en situation au quotidien et de se rendre compte de ses difficultés et de se motiver en se disant « je suis dace à un réel problème au domicile et donc les objectifs qu'on va travailler seront plus concrets ».	« Le patient se dit « Je sors d'hospitalisation [...] je vais continuer ma rééducation et donc je vais encore récupérer » [...] on est un peu embêté, on leur dit « [...] ce ne sera pas forcément du côté rééducation [...] mais plus du côté de la réadaptation »
E4	« Ça lui permet de se rendre compte des choses et de se dire qu'il va pouvoir les travailler en ergo ». « En HDJ, ça va devenir beaucoup plus concret »	« Pour l'instant je n'ai pas vu beaucoup de patients démotivés par le retour à domicile » (expérience en HDJ : 2 mois)

Analyse et interprétation :

Les personnes interrogées offrent une double vision de l'hôpital de jour.

D'après les dires des thérapeutes, l'hôpital de jour et le retour à domicile peuvent être vécus comme une épreuve par le patient. Du fait des troubles cognitifs, de l'anosognosie ou de l'environnement hospitalier protecteur, certains patients ne vont pas percevoir la totalité de leurs restrictions de participation en hospitalisation complète.

Le retour à domicile mettrait donc le patient face à ses difficultés, parfois de manière brutale. En effet un ergothérapeute dit qu'il n'est pas toujours possible de percevoir toutes les problématiques du domicile. De plus une personne interrogée explique que les patients peuvent avoir un sentiment de « retour à zéro » au moment du retour à domicile malgré toute la rééducation engagée auparavant.

Concernant les facteurs engageant dans la prise en charge en hôpital de jour, la totalité des ergothérapeutes interrogés s'accordent sur le fait que le retour à domicile permet au patient de trouver facilement des objectifs de rééducation et donc d'être motivé par ceux-ci.

Cependant cela s'inscrit dans le processus de la MCRO or, un patient n'ayant jamais formulé ou exprimé d'objectifs de rééducation lors de son hospitalisation pourra ne pas trouver l'utilité d'y réfléchir ou d'en faire part à son thérapeute lors de son retour à domicile.

6/ En quoi l'engagement peut-il influencer le suivi ergothérapique ?

Présentation des résultats :

Tableau 10 Présentation des résultats de la question 6.

	Influence de l'engagement du patient sur son suivi
E1	« Dans tous les cas et surtout pour un patient qui a fait un AVC, si lui n'y croit pas, bah l'accompagnement il n'est pas très utile ».
E2	« Un patient engagé va forcément avoir une meilleure récupération, je pense que ça peut amener derrière une meilleure performance occupationnelle, une meilleure participation sociale par la suite ».
E3	« Les délais d'hospitalisation seront réduits ».
E4	« On va « ramer » un peu sur les séances avec un patient moins engagé contrairement à d'autres où le patient est partant pour tous les objectifs qu'on s'est fixé avec lui ».

Analyse et interprétation :

L'ensemble des professionnels interrogés considèrent que l'engagement du patient en rééducation permet d'offrir des conditions propices à sa récupération tout en diminuant le temps d'hospitalisation.

Thème 3 : La MCRO

7/ Pour quelles raisons trouvez-vous pertinent d'utiliser cette évaluation auprès de personnes post-AVC ?

Présentation des résultats :

Tableau 11 Présentation des résultats de la question 7.

	Pertinence de l'utilisation de la MCRO
E1	« C'est pertinent d'utiliser la MCRO avec quasiment toutes les pathologies » « Ça permet d'établir un profil occupationnel de la personne [...] ça donne du sens pour le patient, pour son accompagnement et ça lui permet de s'engager » « C'est une démarche de se centrer sur l'occupation et pas autre chose parce que c'est ça qui fait sens »
E2	« On voit suite à l'AVC des syndromes dépressifs où justement un désengagement est important » « Des patients post-AVC peuvent avoir plus de difficultés à élaborer des objectifs et exprimer des attentes »

	« Ca favorise l'engagement occupationnel, je pense que ça permet de remettre le patient au centre de sa prise en charge », « L'intervention qu'on va donner derrière la MCRO permet de rendre le patient acteur ».
E3	« Ça permet d'agir sur l'engagement du patient, être au clair avec ce que le patient veut faire, je trouve ça très important ».
E4	« Bon outil à utiliser pour dégager des objectifs », « En post-AVC c'est intéressant parce que ce qui peut paraître important pour nous au début d'une prise en charge [...] ne va pas être prioritaire pour le patient ».

Analyse et interprétation :

Selon les thérapeutes, la MCRO donnerait du sens à leur pratique et la rendrait plus concrète pour le patient. La MCRO permet de prioriser les objectifs des patients en fonction de leurs demandes. Elle semble donc être pertinente auprès d'une population post-AVC. En effet cette affection peut entraîner de nombreuses séquelles et par conséquent offre de nombreux objectifs de rééducation. Or certains objectifs perçus par le thérapeute ne seront pas prioritaires ou signifiants pour la personne. Ainsi la MCRO se révèle être adaptée à cette population.

8/ Pourquoi faites-vous passer la MCRO en HDJ ? La faites-vous davantage passer avec les patients HDJ que les patients en hospitalisation complète ? (Si le thérapeute suit également des patients en hospitalisation complète

Présentation des résultats :

Tableau 12 Présentation des résultats de la question 8.

	Spécificités de la MCRO en HDJ
E1	« En HDJ on va avoir des objectifs totalement différents parce que les patients connaissent d'avantage leur vie quotidienne [...] ils sont dans quelque chose de beaucoup plus poussé, plus complexe dans les objectifs », « Après le mode de passation reste le même ».
E2	« Les patients en hospitalisation complète [...] ont plus de mal à projeter et du coup ils ont plus de mal à dégager des occupations dans lesquelles ils sont en difficultés », « le patient en HDJ est confronté au quotidien à ses difficultés et donc je pense que c'est plus facile pour lui d'exprimer les activités qu'il va trouver problématique ».
E3	« Je fais passer la MCRO en entretien initial en HDJ, ce que je ne faisais pas dans mon entretien initial en hospitalisation complète, je le faisais à distance [...] parce qu'on a quand même le basique à gérer [...] en HDJ ça ne sera pas la même difficulté [...] on essayera de peaufiner ».
E4	« En HDJ ils ont acquis une certaine indépendance donc on ne va pas être sur les mêmes difficultés donc ce ne sera pas les mêmes objectifs qu'on va se fixer. On est vraiment sur du primaire en hospitalisation complète

Analyse et interprétation :

Différents éléments ressortent des discours des thérapeutes interrogés.

La passation de la MCRO est la même dans les deux cas, bien qu'il semble plus aisé pour les patients en HDJ de trouver des objectifs.

Nous pouvons constater qu'une majorité de thérapeutes interrogés mettent en avant une particularité dans les objectifs de la MCRO en HDJ. En effet ils s'accordent à dire que les objectifs seront plus poussés et complexes qu'en hôpital de jour. Cela s'explique par le fait que les objectifs « primaires » ont déjà été traités en hospitalisation complète mais aussi par le fait que le patient a plus de facilités à se projeter et à trouver des objectifs lorsqu'il est au domicile

9/ 10/ De quelle manière la MCRO influence-t-elle la pratique de l'ergothérapeute et le suivi du patient ? Comment tenez-vous compte des objectifs formulés par le patient dans votre accompagnement ? (Questions 9 et 10 groupées)

Présentation des résultats :

Tableau 13 Présentation des résultats de la question 9.

L'influence de la MCRO sur le suivi en ergothérapie	
E1	« Je me base sur les objectifs (de la MCRO) et je dis « vous souhaitez travailler sur cet objectif ? » donc après on fait des mises en situation à fond ». « Un patient qui a fait un AVC, tu peux définir de nombreux objectifs sauf qu'ils ne sont pas tous intéressants pour le patient donc ça donne vraiment des priorités d'accompagnement ».
E2	« Je vais avoir une intervention très ciblée sur les objectifs et les occupations qui sont ressorties de la MCRO » « Il ne faut pas juste s'arrêter à la MCRO où on va mettre le patient acteur et puis derrière l'intervention où il va devenir de nouveaux très passif », « Si les objectifs sont atteignables rapidement je vais les traiter au cas par cas, s'ils sont plus complexes [...] j'essayerai de traiter plusieurs objectifs en même temps afin que ce ne soit pas redondant ».
E3	« Le fait de savoir à l'avance (les activités qui vont être proposées) ça permet d'avoir envie et de se poser les bonnes questions [...] les demandes reviennent naturellement pour le patient », « J'en tiens compte dans toute ma prise en charge » (Objectifs MCRO).
E4	« On va vraiment être plus efficace sur notre travail, on répond vraiment à une demande », « Je vais tenir compte de ses objectifs et travailler dans ce sens ».

Analyse et interprétation :

Les ergothérapeutes interrogés s'appuient majoritairement sur les objectifs définis lors de la MCRO pour guider leur suivi. D'autres objectifs provenant d'autres évaluations sont tout de même pris en compte dans le choix des activités thérapeutiques.

Il semble donc que les thérapeutes s'appuient bien sur la MCRO pour guider leur suivi.

11/ Avez-vous constaté des changements chez les patients après passation de la MCRO ?

Présentation des résultats :

Tableau 14 Présentation des résultats de la question 11.

	Changements après passation MCRO
E1	« La première MCRO que j'ai faite passer a totalement changé l'implication de la patiente », « la globalité des patients qui s'investissent dans leurs objectifs ».
E2	« Ça aide la personne à comprendre ce qu'il peut attendre de l'ergothérapie » « Les occupations qui sont importantes pour lui [...] ça facilite un engagement et par la même occasion la motivation pour le patient ».
E3	« Je la fais passer directement, pendant l'entretien initial, donc je ne connais pas le patient ».
E4	« Ca a un impact sur leur motivation, ça prend beaucoup plus de sens pour eux ».

Analyse et interprétation :

Il a été difficile pour les thérapeutes de répondre à cette question car certains utilisent la MCRO dans l'entretien initial. Mais en se référant à certains cas rencontrés, les thérapeutes s'accordent à dire que les patients seraient plus impliqués et motivés après passation de la MCRO.

Les justifications apportées mettent en avant une meilleure compréhension du rôle de l'ergothérapeute par les patients ainsi qu'une envie de remplir les objectifs qu'ils se seront eux-mêmes fixés.

12/ En quoi la MCRO pourrait-elle influencer l'engagement des patients post-AVC dans leurs prises en charge ?

Présentation des résultats :

Tableau 15 Présentation des résultats de la question 12.

	Éléments propres à la MCRO pouvant influencer l'engagement
E1	« La MCRO permet de créer une relation de confiance [...] dans cette évaluation tu le mets au centre », « tu lui dis « qu'est-ce que vous voulez faire ? » et je pense qu'il y a plein de gens à qui on a jamais demandé ce qu'on voulait faire et donc déjà ça crée une forme d'alliance thérapeutique que tu n'as pas forcément avec toutes les évaluations ».
E2	« Le fait de savoir qu'en ergothérapie on va travailler sur « mes occupations », celles qui me posent problème, on me demande mon avis en plus [...] ça facilite un engagement ».
E3	« Le patient a de la visibilité sur ce qu'il va se passer quand il va venir ici ».
E4	« Ca le rend acteur de sa prise en charge ».

Analyse et interprétation :

Les réponses diffèrent sur ce point mais nous pouvons retenir que la centration sur le patient proposée par la MCRO aiderait le patient à s'engager.

Un ergothérapeute affirme que la MCRO faciliterait la création d'une relation de confiance. En effet selon lui, l'avis du patient est rarement demandé tout au long de son suivi. La MCRO lui donnerait donc l'occasion de s'exprimer et de collaborer avec le thérapeute, lui donnant ainsi une place d'acteur dans sa thérapie.

13/ Selon vous quelles sont les limites de la MCRO ?

Présentation des résultats :

Tableau 16 Présentation des résultats de la question 13.

	Limites
E1	« Des gros troubles cognitifs où le patient n'est pas en capacité de communiquer ou de nous transmettre son avis et qu'on n'a pas de proches pour identifier un profil occupationnel », « Ici nous avons une population qui n'est pas tout le temps allée à l'école ou alors qui ne parle pas français, qui ne comprennent pas toutes les subtilités quand on leur parle de rendement et de satisfaction », « Malgré tout, je pense que ça vaut le coup de tester à chaque fois ».
E2	« Pour les patients qui ont des difficultés de communication, avec des patients aphasiques notamment », « les patients qui ont des troubles cognitifs majeurs, des troubles attentionnels ou mnésiques », « Il y a quand même besoin d'avoir un minimum de recul je pense pour que la personne puisse décrire ses difficultés ».
E3	« A la passation du bilan il n'y a pas frein, c'est juste un outil donc tout peut être réajusté ».
E4	« Pour les patients qui ont des troubles cognitifs, [...] les patients anosognosiques par exemple ne vont même pas pouvoir évoquer leurs difficultés donc ça va être compliqué. Les patients qui ont des difficultés de langage, aphasie, s'il est totalement muet ça va être compliqué »,

Analyse et interprétation :

Parmi les ergothérapeutes interrogés, seul le 3ème ne perçoit pas les limites de la MCRO en soulignant que cet outil peut être adapté à chaque situation.

Certaines similitudes ressortent dans les discours : les troubles cognitifs, l'aphasie ou l'anosognosie semblent être des freins à l'utilisation de la MCRO.

Cependant les thérapeutes évoquent des adaptations possibles de l'évaluation pour surmonter les freins à sa passation.

4. Analyse croisée

En croisant les éléments recueillis auprès des patients et des ergothérapeutes, nous pouvons observer qu'ils s'accordent à dire que la MCRO favorise l'implication, la motivation et par la même occasion l'engagement du patient dans ses séances d'ergothérapie.

En effet, lorsque le patient est placé dans une position d'acteur et de collaborateur de l'ergothérapeute, il comprend davantage les objectifs mis en jeu dans les activités et cela facilite son implication.

La compréhension est un élément qui a été abordé dans les deux populations et semble être une composante majeure pouvant favoriser l'engagement du patient. Les ergothérapeutes avancent que la méconnaissance de leur profession et que leurs méthodes de travail peut rendre difficile l'engagement du patient. A travers le questionnaire nous remarquons que les patients ayant bénéficié de la MCRO comprennent davantage leurs objectifs de prise en charge ainsi que les activités proposées en ergothérapie. La MCRO semble donc éclairer le patient sur les méthodes d'interventions et sur les demandes qui peuvent être traitées lors des séances.

L'utilisation de la MCRO semble augmenter les sollicitations des patients à l'égard des objectifs et des activités ergothérapeutiques mais semble également favoriser le sentiment de « besoin de rééducation » en ergothérapie. En effet lorsque l'on questionne les patients sur leurs attentes en ergothérapie, ceux ayant bénéficié de la MCRO montrent plus d'attentes que les autres. De plus les ergothérapeutes pratiquant cette évaluation mettent en avant une facilité dans le choix des objectifs, notamment lors du retour à domicile, lorsque le patient a déjà bénéficié d'une approche basée sur la MCRO. Ainsi, les thérapeutes mettent l'accent sur l'efficacité et donc sur l'importance d'utiliser cette évaluation en HDJ.

Cependant, les thérapeutes disent s'axer principalement sur la MCRO pour guider leur prise en charge. La majorité des objectifs du suivi proviennent de la MCRO mais les ergothérapeutes s'appuient aussi sur d'autres évaluations pour choisir les activités les plus adaptées. Nous pouvons mettre en lien cet élément avec une information récoltée auprès des patients qui indiquent que les objectifs des activités ergothérapeutiques ne sont pas systématiquement en lien avec ceux définis lors de la MCRO.

B. DISCUSSION

1. Interprétation des résultats

Les résultats de l'enquête vont maintenant être confrontés aux données théoriques afin de vérifier l'hypothèse émise dans le cadre de cette recherche.

Tout d'abord, les thérapeutes s'accordent à dire que l'engagement du patient facilite l'accompagnement et rend ainsi l'intervention du thérapeute plus efficiente.

Concernant l'engagement du patient, les ergothérapeutes interrogées s'accordent à trouver des points positifs et négatifs à l'hospitalisation de jour et au retour à domicile.

En changeant d'environnement, le patient peut être confronté à des difficultés qu'il n'avait pas rencontrées jusque-là. Ce constat rejoint l'idée évoquée dans le cadre conceptuel concernant l'indépendance et la prise de conscience des incapacités dues au retour à domicile qui peuvent amener à un désengagement du patient post-AVC dans sa thérapie (MORIN & BRUGUIERE, 2009).

Une information qui n'apparaît pas dans le cadre conceptuel a été soulevée par les ergothérapeutes. A ce stade de la prise en charge, une approche axée sur la réadaptation prend le dessus sur la rééducation. La réadaptation est définie comme « Ensemble de moyens mis en œuvre pour aider le patient à s'adapter à ces incapacités lorsqu'elles deviennent stabilisées et persistantes » (COFMER, 2007). Ainsi selon cette définition et les professionnels, la réadaptation induit une perte de capacités irréversible. Cette étape peut alors être vécue comme un choc psychologique, une période de deuil qui va amener le patient à se désengager de sa prise en charge.

Les ergothérapeutes ont mis en avant des éléments propres aux séquelles de l'AVC qui peuvent influencer l'engagement. Ils évoquent principalement un état dépressif post-AVC qui peut rendre le suivi difficile. Ce critère est en lien avec ce qui a été décrit dans la partie conceptuelle (LEQUERICA, DONNELL, & TATE, 2009), (BOURGEAIS, GUAY, LAROUDIE, MARSAL, & THEVENIN-LEMOINE, 2010), (PAOLUCCI, et al., 2012).

Selon les thérapeutes, le retour à domicile permettrait aux patients de trouver de nouveaux objectifs de rééducation ce qui entraînerait une motivation dans leur suivi en ergothérapie. Or, il a été observé à travers le questionnaire que lorsque le thérapeute n'utilise pas la MCRO, la majorité des patients ne contribuent pas à leurs objectifs en ergothérapie.

Dans le cadre conceptuel de ce mémoire, il est dit que la prise en compte des demandes et des attentes du patient intervient principalement dans les accompagnements centrés sur la personne (KRISTENSEN, TISTAD, KOCH, & YTTERBERG, 2016), (MEYER, 2010). Les ergothérapeutes interrogées ont une approche centrée sur le patient basée sur la MCRO. Ainsi, leurs discours et leurs expériences sont influencées par cette approche. Le retour à domicile peut favoriser l'émergence de nouveaux objectifs de rééducations, mais s'ils ne sont pas pris en compte par le thérapeute, cela pourrait ne pas influencer l'implication du patient.

Les professionnels déclarent utiliser la MCRO avec tous types de populations mais justifient tout de même la pertinence de cet outil auprès de patients post-AVC. Selon eux et comme évoqué dans la partie théorique, les séquelles liées à l'AVC peuvent être importantes et hétérogènes, donnant lieu à une multitude d'objectifs ergothérapeutiques. D'après elles, la MCRO permet d'axer le suivi sur les priorités du patient en triant parmi la multitude d'objectifs, cela donnera ainsi plus de sens à sa thérapie.

Elles utilisent la MCRO lors du bilan d'entrée en HDJ, comme recommandé par LAW et al, créateurs de cette évaluation. Les thérapeutes ne connaissaient donc que très peu le patient avant la passation. De ce fait, elles n'ont pas su m'informer sur l'évolution de l'implication chez un patient après passation de la MCRO.

Il semblerait que les patients bénéficiant de la MCRO formulent plus de demandes que les autres. Ainsi la MCRO favoriserait l'émergence d'objectifs qui motivent le patient. Les ergothérapeutes rajoutent que cette évaluation rend l'intervention plus concrète et qu'elle permet aux patients de mieux comprendre le champ d'action de ce professionnel.

Comme indiqué dans la partie conceptuelle et vérifié dans l'enquête, les patients bénéficiant de la MCRO se sentent acteur de leur thérapie (LAW, et al., 2014). Ce sentiment est plus marqué dans ce contexte que dans les suivis sans utilisation de la MCRO où les patients évoquent l'envie d'être davantage impliqué par leur thérapeute.

Les ergothérapeutes interrogés disent baser leur suivi principalement sur les objectifs créés en collaboration avec le patient lors de la MCRO. Ils précisent tout de même utiliser d'autres évaluations afin d'obtenir d'autres informations. Cette information peut être mise en lien avec un élément recueilli auprès des patients et qui montre que les activités proposées lors du suivi ne sont pas systématiquement en corrélation avec les objectifs formulés lors de la MCRO.

Malgré tout, après passation de la MCRO, les patients se sentent plus impliqués dans leur suivi. Comme le disait DENIS (2000) et MEYER (2013), l'implication et l'engagement sont deux notions étroitement liées : pour être engagée, le patient doit être impliqué (DENIS, 2000), (MEYER, 2013).

Nous pouvons donc en conclure que la MCRO favoriserait l'engagement du patient post AVC en ergothérapie en HDJ.

D'après les thérapeutes, la pratique centrée sur le patient et la relation de confiance créée grâce à la MCRO influenceraient positivement l'engagement lors des séances.

Quant aux limites de la MCRO chez les patients post-AVC, les thérapeutes sont en accord avec le cadre conceptuel mettent en avant l'anosognosie (LAW, et al., 1990).

Toujours selon eux, deux autres conséquences de l'AVC peuvent limiter la passation de cette évaluation : l'aphasie qui affecte l'expression et ou la compréhension rendant l'entretien difficile ainsi que des troubles cognitifs sévères qui pourraient rendre difficile, voire impossible, l'élaboration d'un profil occupationnel.

Un autre obstacle évoqué est plus général, il concerne la difficulté de compréhension des termes de « rendement occupationnel » et de « satisfaction » à l'égard de ce rendement. La MCRO est une évaluation qui a été créé au Canada, la version originale étant en anglais une traduction a abouti à ces termes qui sont peu courants en français et qui sont donc parfois difficilement compréhensibles.

Tous les ergothérapeutes s'accordent à dire que la MCRO peut être adaptée dans le but de surmonter les limites évoquées, principalement en faisant appel à un proche comme décrit dans la partie conceptuelle.

Pour rappel, l'hypothèse émise dans le cadre de ce mémoire d'initiation à la recherche est la suivante : **L'utilisation de la MCRO par l'ergothérapeute permet de faciliter l'implication du patient post-AVC dans sa prise en charge.**

L'analyse des résultats de l'enquête montre que de la MCRO offre de nouvelles perspectives aux ergothérapeutes car elle favoriserait l'implication du patient dans son suivi.

De ce fait, l'hypothèse émise est validée dans le cadre de cette enquête.

2. Intérêts et limites

a) Limites des outils d'enquête

Les outils utilisés présentent quelques limites.

Concernant le questionnaire :

Les critères d'inclusion n'ont pas été assez précis, notamment en ce qui concerne les troubles cognitifs. Plusieurs professionnels ont exclu quelques patients dans le doute, ne sachant pas s'ils étaient en capacité de répondre au questionnaire. Il aurait donc été souhaitable d'ajouter une information sur le niveau cognitif en se basant sur le score d'une évaluation. L'évaluation aurait dû prendre en compte principalement les capacités d'expression et de compréhension afin de ne pas exclure des personnes aptes à répondre au questionnaire. Le Mini Mental State (MMS) pourrait être pertinent car il est connu et souvent utilisé en rééducation. Mais cet outil évalue, également les capacités mnésiques et pourrait exclure des patients ayant des capacités de communication suffisantes pour répondre à l'enquête.

La méthode de diffusion du questionnaire n'était pas optimale, le renvoi des questionnaires en format PDF par mail (scan ou photographie) demandait beaucoup de temps aux ergothérapeutes et le questionnaire sur internet nécessitait l'accès au poste informatique pour les patients. Il aurait été préférable d'envoyer les questionnaires en version papier en ajoutant des enveloppes affranchies.

Aucune question n'était obligatoire. Toutes les questions fermées ont obtenu des réponses mais les questions ouvertes, qui permettaient de fournir des justifications, n'ont pour la plupart pas été remplies.

Concernant les entretiens :

Il aurait été bénéfique de travailler davantage mes questions de relance afin d'obtenir des réponses précises et plus développées sur les sujets traités.

L'ergothérapeute E4 n'avait que 2 mois d'expérience auprès de patients post-AVC en HDJ, de ce fait elle n'a rencontré que peu de patients désengagés dans ce contexte. Cela laisse supposer un manque de recul dans la réflexion qui peut influencer ses réponses.

Avec plus de temps, l'enquête aurait pu être plus approfondie en recensant les avis des professionnels qui utilisent et qui n'utilisent pas la MCRO dans le but de comparer la gestion de l'engagement dans ces deux cas de figure.

De manière générale, il aurait été nécessaire d'anticiper d'avantage la recherche afin d'obtenir un nombre plus important de réponses.

b) Limites de cette recherche

Certaines limites de cette recherche peuvent être mises en avant :

Bien qu'en expansion, l'utilisation de la MCRO reste aujourd'hui limitée en France. C'est pourquoi, le recrutement a été difficile et l'échantillon étudié n'est pas représentatif de la population. Le recrutement des ergothérapeutes a mis en évidence une méconnaissance de l'outil MCRO par de nombreux professionnels, souvent confondu avec le modèle conceptuel MCREO. Il semble que cette confusion provienne de la similitude des noms des deux outils.

Il paraît important de soulever le manque de données bibliographiques en rapport avec le thème de ce mémoire. En effet, n'étant pas le but premier de cette évaluation, aucun écrit ne met en lien l'engagement du patient en thérapie et la MCRO.

La plupart des patients interrogés n'étaient pas réellement désinvestis de leur prise en charge. Ce constat laisse à penser qu'il aurait été nécessaire d'ajouter un critère d'inclusion en rapport avec le désengagement. Cependant, cela n'entrave en rien l'étude qui, grâce aux propos d'ergothérapeutes et de patients, a révélé un engagement plus élevé chez les personnes ayant bénéficié de la MCRO.

c) Intérêts et perspectives de l'étude

Ce mémoire d'initiation à la recherche s'inscrit dans une démarche de santé publique et vise à l'amélioration de l'efficacité de l'accompagnement des patients après un accident vasculaire cérébral. Les résultats de l'enquête semblent prometteurs dans le sens où, s'ils sont approfondis, ils pourraient fournir un nouvel intérêt à la MCRO. Ainsi, ce nouvel apport pourrait inciter d'autres professionnels à se former.

CONCLUSION

Comme observé dans la partie conceptuelle et démontré dans l'enquête, l'engagement du patient post-AVC dans sa thérapie peut s'altérer au cours de son suivi, plus particulièrement en hospitalisation de jour à la phase chronique. Dans ce contexte, l'efficacité de l'intervention ergothérapique peut être remise en cause.

La pratique ergothérapique est en perpétuelle évolution. Ainsi de nouvelles pensées en termes d'accompagnement et de nouveaux outils apparaissent régulièrement. C'est le cas de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO), une évaluation ergothérapique créée dans les années 90 qui a pour but de définir les objectifs de rééducation en se basant sur la collaboration du patient et du thérapeute.

Ce mémoire d'initiation à la recherche s'est donc intéressé à l'impact de la MCRO sur l'engagement du patient post-AVC dans son suivi en ergothérapie.

Les résultats de l'enquête montrent que la MCRO favoriserait l'implication du patient. En effet les professionnels interrogés expliquent que cette évaluation amène à une meilleure compréhension de leur profession et facilite l'émergence d'objectifs motivants qui impliqueront davantage les patients dans leurs séances d'ergothérapie.

La comparaison des suivis avec et sans utilisation de la MCRO a permis de mettre en avant un engagement plus important dans la thérapie lorsque le patient a bénéficié de cette évaluation.

Par conséquent, l'analyse de l'enquête a permis de valider l'hypothèse émise dans le cadre de ce mémoire d'initiation à la recherche.

Les résultats qui découlent de ce travail d'initiation à la recherche sont encourageants, ils pourraient être bénéfiques à un certain nombre de patients et seraient susceptibles de favoriser l'efficacité de l'intervention ergothérapique.

Les informations sur la MCRO et sur l'approche centrée sur le patient, récoltées dans le cadre de ce travail, m'ont donné l'envie de me former à cet outil pour pouvoir l'utiliser régulièrement dans ma future pratique professionnelle.

La démarche de recherche m'a conduite à entrer en relation avec de nombreux professionnels ce qui m'a permis d'améliorer ma posture professionnelle.

Nous avons donc pu constater les bénéfices de la MCRO sur l'engagement. Il semble pertinent de se questionner sur la manière de mesurer l'évolution de l'implication du patient. Ainsi une question émerge de ce sujet :

The Hopkins Rehabilitation Engagement Rating Scale, étudié dans la partie théorique, serait-il un outil approprié pour évaluer l'engagement du patient après passation de la MCRO ?

BIBLIOGRAPHIE

- Académie de médecine. (2016). *Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine*. Consulté le janvier 29, 2018, sur <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=h%C3%A9miparésie>
- Actes de la journée de l'Association Réseau traumatisme crânien Ile de France : Evaluation et parcours de la personne cérébrolésée- ARTC IdF. (3 octobre 2013).
- AMELI. (2018, 01 22). *Comprendre l'accident vasculaire cérébral (AVC)*. Consulté le 01 27, 2018, sur Ameli.
- ANFE. (2017, juillet 03). *Definition Ergothérapie*. Récupéré sur Association Nationale Française des Ergothérapeutes.
- BLANCHET, A., & GOTMAN, A. (2005). *L'enquête et ses méthodes - l'Entretien*. ARMAND COLIN.
- BOURGEAIS, A., GUAY, V., LAROUDIE, F., MARSAL, C., & THEVENIN-LEMOINE, E. (2010, 09 28). *Informations et programme d'exercices dans les suites d'un AVC*. Récupéré sur France AVC.
- CAMBIER, J., MASSON, M., & DEHEN, H. (2000). *Neurologie - Abregés*. MASSON.
- CHOI-KWON, S., HAN, S., KWON, S., & KIM, J. (2005). Poststroke Fatigue: Characteristics and Related Factors. *Cerebrovascular Diseases*, 84-90.
- COFEMER. (2006, 01 22). *Accidents Vasculaires Cérébraux*. Récupéré sur Collège Français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation.
- COFEMER. (2007, 12 25). *Principales techniques de rééducation et de réadaptation*. Récupéré sur Collège Français des enseignants universitaire de Medecine physique et de Réadaptation.
- COPM. (2018). *About the COPM*. Consulté le 03 03, 2018, sur COPM.
- CORDONNIER, C., SPRIGG, N., SANDSET, C., PAVLOVIC, A., SUNNERHAGEN, S., & CASO, V. (2017, 06 21). Stroke in women — from evidence to inequalities.
- DAVIS, R., & RODD, R. (2014, 02). Proving the effectiveness of community occupational therapy in the equipment and adaptation setting using the Canadian Occupational Performance Measure. pp. 91-95.
- DE MORAND, A. (2014). *Pratique de la rééducation en neurologie*. Elsevier Masson.
- DE SINGLY, F. (2012). *L'enquête et ses méthodes - Le questionnaire*. ARMAND COLIN.

- DEDDING, C., CARDOL, M., EYSSSEN, I., & BEELEN, A. (2004, 06 01). Validity of the Canadian Occupational Performance Measure: a client-centred outcome measurement. *Clinical Rehabilitation*, pp. 660-667.
- DESFONTAINES, S., PESKINE, A., NICOLAS, C., TESSIER, C., WEILL-CHOULANMOUNTRY, A., RAMEL, V., & PERRIGOT, M. (2009). Conséquences des AVC. Dans C. MORIN, *Le retour à domicile après un accident vasculaire cérébral, guide pour le patient et sa famille* (pp. 19-52). John Libbey Eurotext.
- DENIS, B. (2000). Le sens de l'engagement. Dans B. DENIS, *Littérature et Engagement, de Pascal à Sartre*. Editions du Seuil.
- DUJARDIN, K., & LEMAIRE, P. (2008). *Neuropsychologie du vieillissement normal et pathologique*. MASSON.
- FERY-LEMONNIER, E. (2009). *La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux*. Ministère de la santé et des sports.
- France AVC. (2014, janvier 08). *Mieux comprendre ce qu'est un accident vasculaire cérébral*. Consulté le janvier 23, 2017, sur France AVC: http://www.franceavc.com/bibliotheque/files/mieux_comprendre_ce_quaest_un_accident_vasculaire_c_r_bral_322571.pdf
- GABET, A., DE PERETTI, C., WOIMANT, F., GIROUD, M., BEJOT, Y., SCHNITZLER, A., & OLIE, V. (2017, 11 01). *Evolution de l'admission en soins de suite et de réadaptation des patients hospitalisés pour accident vasculaire cérébral en France - 2010-2014*. Récupéré sur BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire.
- GLIZE, S., JACQUIN-COURTOIS, S., & RODE, G. (2012). L'épaule du patient hémiparétique. *La Lettre du Rhumatologue*(386).
- GRAWITZ, M. (2001). *Méthode des sciences sociales*. Dalloz.
- HAS. (2005). *Prise en charge initiale des patients atteints d'accident vasculaire cérébral*. Elsevier.
- HAS. (2010, 06 23). *AVC, travailler avec les professionnels pour améliorer les pratiques*. Récupéré sur Haute Autorité de Santé.
- HAS. (2012). *Accident vasculaire cérébral : méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte*.
- HAS. (2013, 02 28). *Accident vasculaire cérébral (AVC)- Parcours de soins*. Récupéré sur Haute Autorité de Santé.
- HAS. (2017). *Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral, Campagne 2017-Données 2016*.

- INSERM. (2013, janvier 2013). *Accident vasculaire cérébral (AVC), la première cause de handicap acquis de l'adulte*. Récupéré sur INSERM.
- JORGENSEN, H., NAKAYAMA, H., RAASCHOU, H., VIVE-LARSEN, J., STOIER, M., & OLSEN, T. (1995, Mai). Outcome and Time Course of Recovery in Stroke. Part II: Time Course of Recovery. The Copenhagen Stroke Study. *Physical Medicine and Rehabilitation*, pp. 406-412.
- KORTTE, K., FALK, L., CASTILLO, R., JONHSON-GREENE, D., & WEGENER, S. (2007, 07). The Hopkins Rehabilitation Engagement Rating Scale: Development and Psychometric Properties. *Archives of Physical Medecine Rehabilitation* , pp. 877-884.
- KRISTENSEN, H., TISTAD, M., KOCH, L., & YTTERBERG, C. (2016). The Importance of Patient Involvement in Stroke Rehabilitation. *PLOS one*.
- LAW, M., BAPTISTE, S., CARSWELL , A., MCCOLL, M., POLATAJKO, H., & POLLOCK, N. (2014). *MCRO, La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel*. Ottawa: CAOT Publication ACE.
- LAW, M., BAPTISTE, S., MCCOLL, M., OPZOOMER, A., POLATAJKO, H., & POLLOCK, N. (1990, 04 01). The Canadian Occupational performance : An Outcome Measure for Occupational Therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy* , pp. 82-87.
- LECOFFRE, C., DE PERETTI, C., GABET, A., GRIMAUD, O., WOIMANT, F., GIROUD, M., . . . OLIE, V. (2016, 11 30). L'accident vasculaire cérébral en France : patients hospitalisés pour AVC en 2014 et évolution 2008-2014. *Bilan épidémiologique hebdomadaire*.
- LENZE, E., MUNIN, M., DEW, M., ROGERS, J., SELIGMAN, K., MULSANT, B., & REYNOLDS, C. (2004, 01 13). Effects of depression and cognitive impairment on rehabilitation participation and recovery from hip fracture. *INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY*, pp. 472–478.
- LEQUERICA, A., & KORTTE, K. (2010, 05 05). Therapeutic Engagement a proposed model of engagement in medical rehabilitation. *American journal of physical medicine et rehabilitation*, pp. 415-422.
- LEQUERICA, A., DONNELL, C., & TATE, D. (2009, 06 21). Patient engagement in rehabilitation therapy: physical and occupational therapist impressions. *Disability and Rehabilitation*, pp. 753-760.

- LESNIAK, M., BAK, T., CZEPIEL, W., SENIOW, J., & CZIONKOWSKA, A. (2008). Frequency and Prognostic value of cognitive disorders in stroke patients. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 356-363.
- MEYER, S. (2010). *Démarches et raisonnements en ergothérapie* (éd. 2e). Les Cahiers de l'ésép.
- MEYER, S. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck Solal.
- Ministère de la santé et des sports. (2010). *Plan d'actions national "accident vasculaires cérébraux 2010-2014"*.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2016, 06 13). *Soins de suite et de réadaptation - SSR*. Récupéré sur Ministère des Solidarités et de la Santé.
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. (2011). *Livre des plans de santé publique*.
- MOREL-BRACQ, M. (2009). *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. Deboeck superieur.
- MOREL-BRACQ, M. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (éd. 2e). Deboeck superieur.
- MORIN, C., & BRUGUIERE, P. (2009). Les hauts et les bas du moral. Aspects psychologiques de l'AVC. Dans C. MORIN, *Le retour à domicile après un accident vasculaire cérébral, Guide pour le patient et sa famille* (pp. 125-135). John Libbey.
- OMS. (2017). *Accident vasculaire cérébral (AVC)*. Récupéré sur Organisation Mondiale de la Santé.
- OMS. (2017, 01). *Les 10 principales causes de mortalité*. Récupéré sur Organisation Mondiale de la santé.
- OMS. (2018). *Développement des adolescents*.
- OMS. (2003). *Méthodologie de la recherche dans le domaine de la santé - guide de formation aux méthodes de la recherche scientifique* (éd. 2ème).
- PAOLUCCI, S., DI VITA, A., MASSICCI, R., TRABALLESI, M., BURECA, I., MATANO, A., . . . GUARIGLIA, C. (2012, 04 20). Impact of participation on rehabilitation results: a multivariate study. *European journal of physical rehabilitation medicine*, pp. 455-466.
- POLATAJKO, H., DAVIS, J., STEART, D., CANTIN, N., AMOROSO, B., PURDIE, L., & ZIMMERMAN, D. (2013). Préciser le domaine primordial d'intérêt : l'occupation comme centralité. Dans E. TOWNSEND, & H. POLATAJKO, *Habiliter à l'occupation, faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. (pp. 15-44). CAOT publication ACE.

- POLATAJKO, H., DAVIS, J., STEWART, D., CANTIN, N., AMOROSO, B., PURDIE, L., & ZIMMERMAN, D. (2008). Préciser le domaine de préoccupation: L'occupation comme base. Dans E. TOWNSEND, & H. POLATAJKO, *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation* (pp. 15-42). Ottawa: CAOT publications ACE.
- POLATAJKO, H., TONSEND, E., & CRAIK, J. (2007). The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). Dans E. TONSEND, & H. POLATAJKO, *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health,well Being & Justice Through Occupation* (pp. 22-36). CAOT Publications ACE.
- TABORD CONNOR, L., WOLF, T., FOSTER, E. R., HILDEBRAND, M. W., & BAUM, C. M. (2016). Participation et engagement dans les occupation des adultes en situation de handicap. Dans D. PIERCE, *La science de l'occupation pour l'engagement* (pp. 125-137). De Boeck.
- TOWNSEND, E., STANTON, S., LAW, M., POLATAJKO, H., BAPTISTE, S., THOMPSON-FRANSON, T., . . . CAMPANILE, L. (2002). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*. CAOT Publications ACE.
- TRANCHANT, C., & AZULAY, J. (2012). *Neurologie*. Médecine sciences publications-Lavoisier.
- VERHEYDEN, G., WEERDESTEYN, V., PICKERING, R., KUNKEL, D., LENNON, S., GEURTS, A., & ASHBURN, A. (2013). Interventions pour la prévention des chutes chez les personnes ayant été victimes d'un AVC. *Cochrane*.
- WOIMANT, F., MAHAGNE, M.-H., BENON, F., & AUCHERE, B. (2014, 01 08). *Troubles de l'humeur, faitgue, dépression*. Récupéré sur France AVC.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*.

ANNEXES

SOMMAIRE DES ANNEXES

Annexe I :

The Hopkins Rehabilitation Engagement Rating Scale **I**

Annexe II :

Courbe de récupération après un AVC – JORGENSEN **I**

Annexe III :

Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) **II**

Annexe IV :

Mesure Canadienne du rendement occupationnel (MCRO) - Livret de passation **III**

Annexe V :

Questionnaire à destination des patients **VII**

Annexe VI :

Guide d'entretien **XI**

Annexe VII :

Retranscription entretien E2 **XIII**

ANNEXE I : The Hopkins Rehabilitation Engagement Rating Scale

Rater: _____

Job Title: _____

Date: _____

Please rate the patient's participation in your portion of his/her rehabilitation program on the following scales. This rating should be completed at the time of discharge and is a summary of his/her participation during the entire course of your interactions with the patient.

1. The patient regularly attended my therapy/ rehabilitation activity.					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Never	Seldom	Some of the time	Most of the time	Nearly Always	Always
2. The patient required verbal or physical prompts to actively participate in my therapy/ rehabilitation activity.					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Never	Seldom	Some of the time	Most of the time	Nearly Always	Always
3. The patient expressed a positive attitude towards my therapy/rehabilitation activity.					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Never	Seldom	Some of the time	Most of the time	Nearly Always	Always
4. The patient acknowledged a need for rehabilitation services and the benefit of therapy exercises or rehabilitation activities.					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Never	Seldom	Some of the time	Most of the time	Nearly Always	Always
5. The patient actively participated in his/her rehabilitation therapy/activity.					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Never	Seldom	Some of the time	Most of the time	Nearly Always	Always

ANNEXE II : Courbe de récupération après un AVC - JORGENSEN

408

TIME COURSE OF RECOVERY IN STROKE, Jørgensen

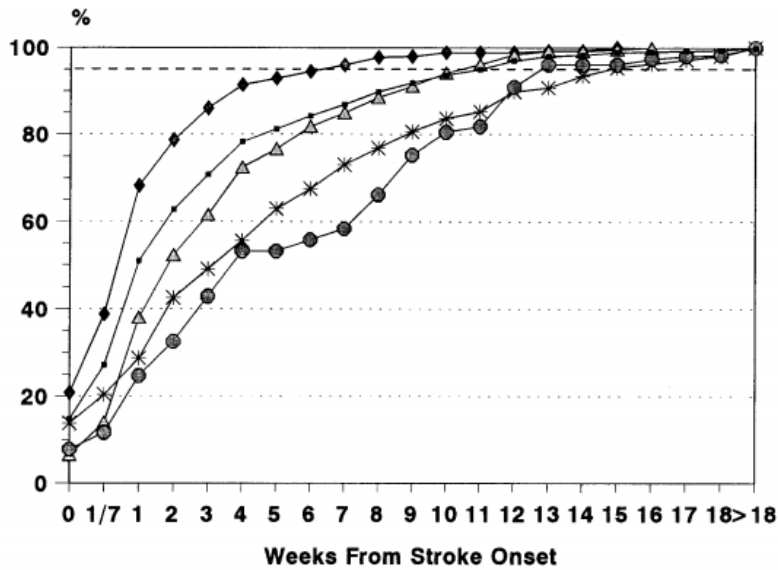
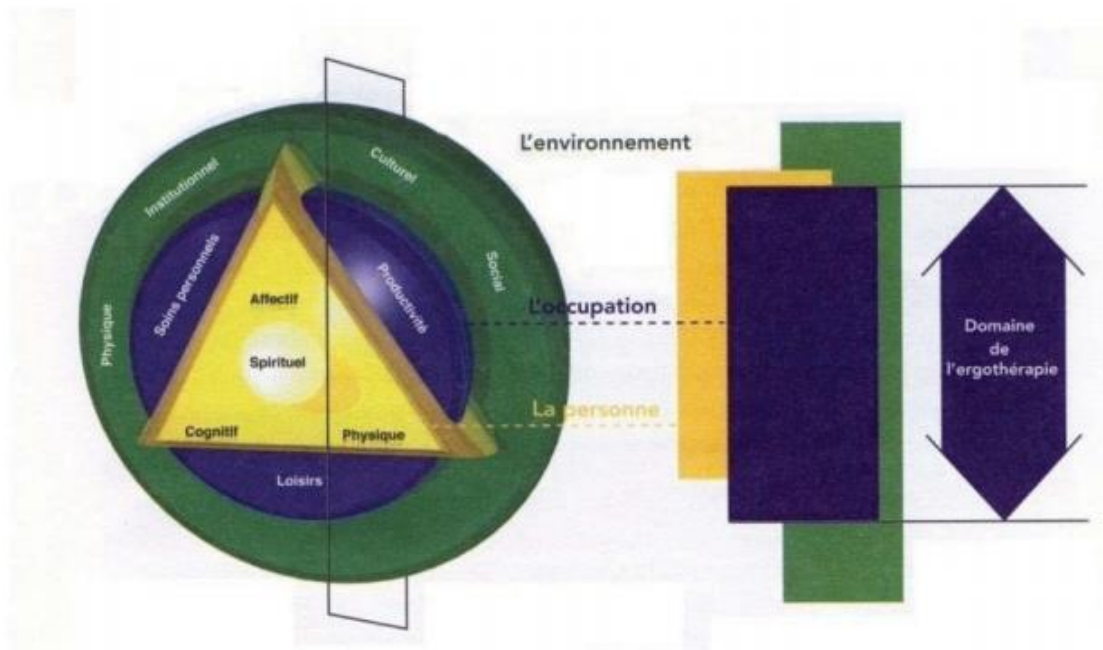


Fig 1—The time course of recovery in survivors shown as the cumulated rate of patients having reached their best neurological outcome. Rates are given for all patients, ■; for patients with initial mild stroke severity, ◆; for patients with initial moderate stroke severity, ▲; for patients with initial severe stroke severity, *; for patients with initial very severe stroke severity, ●. The ANOVA test showed an overall difference in the time course of recovery between the groups, $p < 0.0001$. Further analyses showed that the time course of recovery differed significantly between patients with initially mild strokes versus moderate strokes, $p < 0.0001$, and between patients with moderate strokes versus severe strokes, $p < 0.03$. No difference was found between patients with severe versus very severe strokes, $p = 0.19$.

ANNEXE III : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO)



ANNEXE IV : Mesure Canadienne du rendement occupationnel (MCRO) - Livret de passation



La mesure canadienne du rendement occupationnel

Tampon de l'établissement

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 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 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 : _____

Date de naissance du client : ____/____/____

Évaluation initiale : ____/____/____

Réévaluation : ____/____/____

Nom du thérapeute : _____



La mesure canadienne du rendement occupationnel

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

1. 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.**
2. Lorsque les difficultés spécifiques quant au rendement occupationnel ont été cernées, le client doit les coter en fonction de l'IMPORTANT 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.
3. 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.
4. 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?)
5. 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

La vie communautaire

L'IMPORTANT

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.

L'IMPORTANCE

Le travail rémunéré ou non

La gestion du foyer

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 paisibles, les loisirs actifs et la vie sociale.

L'IMPORTANCE

Les activités récréatives paisibles

Les loisirs actifs

La vie sociale

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	Impt	Rendement T ₁	Satisfaction T ₁	Rendement T ₂	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 <small>(Total des cotes / nombre de difficultés)</small>					
		Changement dans le rendement		Changement dans la satisfaction	
CHANGEMENT DANS LA COTATION (T ₂ - T ₁)					

NOTES SUPPLÉMENTAIRES ET OBSERVATIONS

Évaluation initiale

Réévaluation

ANNEXE V : Questionnaire à destination des patients

Ce questionnaire est destiné aux patients bénéficiant de séances d'ergothérapie en hôpital de jour à la suite d'un accident vasculaire cérébral.

Bonjour, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études en ergothérapie, je vous propose de remplir ce questionnaire, il concerne les séances d'ergothérapie à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC).

L'authenticité et la précision de vos réponses sont nécessaires à mon étude. Ce questionnaire est strictement anonyme.

Je vous remercie pour l'authenticité et la précision de vos réponses, ainsi que du temps que vous accordez à cette recherche.

Claire Dos Santos, étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie

❖ **VOTRE SITUATION**

Date du jour :

Sexe : Homme

Femme

Age :

Date de l'AVC (approximative) :

Date d'entrée en centre de rééducation après l'AVC (approximative) :

Date du début des séances en ergothérapie après l'AVC (approximative) :

❖ **SUIVI EN ERGOTHERAPIE (COCHEZ UNE OU PLUSIEURS REPONSES)**

1. Estimez-vous avoir besoin des séances d'ergothérapie ?

Tout à fait d'accord

D'accord

Pas d'accord

Pas du tout d'accord

Si non pourquoi ?.....

2. Vous vous rendez en ergothérapie...

Avec envie et motivation

Avec implication pour participer activement à votre rééducation

Par obligation car les séances ont été prescrites par le médecin

Sans trop d'intérêt et conviction

3. Avez-vous déjà été absent(e) aux séances d'ergothérapie ?

Oui, souvent

Oui, parfois

Non, jamais

Si oui pourquoi ?

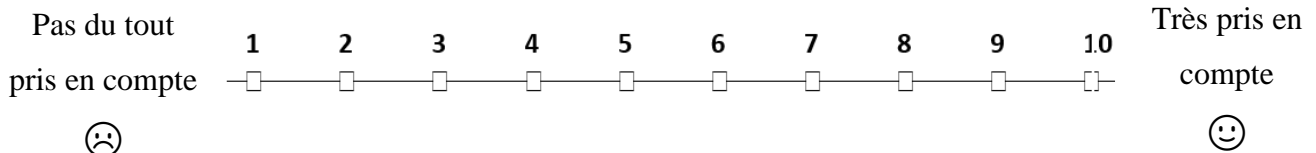
- Un empêchement
- Pas l'envie, pas la motivation
- Autre :

4. Quelles sont vos attentes durant vos séances d'ergothérapie ?

- Obtenir des informations sur votre pathologie
- La rééducation des fonctions cognitives (processus mentaux, comme la mémoire)
- La rééducation des fonctions motrices
- Un accompagnement pour le retour à domicile
- Retrouver une autonomie dans vos activités de vie quotidienne et vos habitudes de vie
- Autre :

5. Sur une échelle de 1 à 10, notez la considération de vos attentes durant vos séances

d'ergothérapie :



Justifiez vos appréciations ou vos désaccords:

.....
.....

6. Comprenez-vous les objectifs thérapeutiques des activités proposées en ergothérapie ?

- Tout le temps
- Parfois
- Jamais

Si non, pourquoi ?

7. Avez-vous contribué à la création de vos objectifs en collaboration avec l'ergothérapeute ?

- Oui
- Non

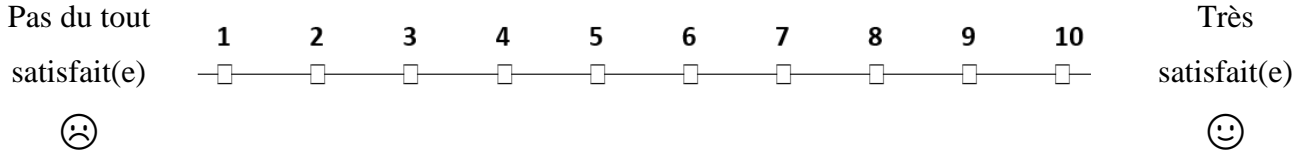
8. Vous sentez vous acteur/actrice de votre thérapie ?

- Tout le temps
- Parfois
- Jamais

Si non, aimeriez-vous être davantage impliqué(e) dans votre rééducation par l'ergothérapeute ?

- Oui
- Non

9. Sur une échelle de 1 à 10 notez votre satisfaction quant à l'implication que vous avez dans votre rééducation en ergothérapie :



Justifiez vos appréciations ou vos désaccords:

.....

❖ **LA MESURE CANADIENNE DU RENDEMENT OCCUPATIONNEL**

Votre ergothérapeute a-t-il utilisé la MCRO (Mesure canadienne du rendement occupationnel) lors vos évaluations ?

La MCRO est une évaluation où vous mettez en avant les problèmes que vous rencontrez au quotidien à la suite de votre accident. Ensuite vous évaluez l'importance, le rendement et la satisfaction à l'égard de ces problèmes. Cette évaluation vous permet de définir les objectifs de votre suivi en ergothérapie en collaboration avec votre thérapeute. **En cas de doute demandez à votre ergothérapeute.**

- Oui
- Non (fin du questionnaire)

10. Avez-vous apprécié collaborer avec l'ergothérapeute lors de cette évaluation ?

- Oui
- Non

11. Les objectifs définis lors de cette évaluation vous semblent-ils pertinents ?

- Oui
- Non

Pourquoi ?

12. Les activités réalisées en ergothérapie sont-elles en adéquation avec les objectifs définis lors de la MCRO ?

- Tout le temps
- Parfois
- Jamais

13. Après passation de cette évaluation, comment vous êtes-vous senti durant vos séances d'ergothérapie ?

- Plus impliqué(e)
- Plus motivé(e)
- Inchangé(e)
- Dans l'incompréhension

Pourquoi ?

.....

Remarque(s) / commentaire(s) :

.....
.....
.....

Je vous remercie de votre participation.

ANNEXE VI : Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN

Temps de passation : environ 20-30 minutes

Avant de commencer l'entretien, définition de la notion d'engagement et des termes liés.

Généralités

- En quelle année avez-vous été diplômé(e) en tant qu'ergothérapeute ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous avec des patients victimes d'AVC ?
- A quelle fréquence voyez-vous des patients en HDJ ?

Le thérapeute face au patient désengagé en ergothérapie

- Avez-vous déjà eu à faire à des patients peu présents ou qui refusaient de se rendre aux séances d'ergothérapie ?
- Selon vous quelles sont les causes les plus fréquentes du désengagement des patients post AVC ?
- Quels sont selon vous les besoins des patients nécessaires à leur engagement ?
- En quoi le passage en HDJ peut être source de motivation ou de désengagement ?
- Que faites-vous face à des patients désengagés ?
- En quoi l'engagement peut-il influencer le suivi ergothérapique ?

La MCRO

- Depuis combien de temps utilisez-vous la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel ? Qu'est-ce qui vous a poussé à l'utiliser ?
- Pour quelles raisons trouvez-vous pertinent d'utiliser cette évaluation auprès de personnes post-AVC ?
- Pourquoi faites-vous passer la MCRO en HDJ ? La faites-vous davantage passer avec les patients HDJ que les patients en hospitalisation complète ?
- De quelle manière la MCRO influence-t-elle la pratique de l'ergothérapeute et le suivi du patient ?
- Comment tenez-vous compte des objectifs formulés par le patient dans votre accompagnement ?
- Avez-vous constaté des changements chez les patients après passation de la MCRO ?
- En quoi la MCRO pourrait-elle influencer l'engagement des patients post-AVC dans leurs prises en charge ?
- Selon vous quelles sont les limites de la MCRO ?
- Avez-vous quelque chose à ajouter ?

ANNEXE VII : Retranscription entretien E2

C.D. : En quelle année avez-vous été diplômée ?

Ergo 2 : En 2009

C.D. : Et depuis combien de temps travaillez-vous avec des personnes victimes d'AVC ?

Ergo 2 : Depuis 2009

C.D. : D'accord, et à quelle fréquence voyez-vous des patients en HDJ ?

Ergo 2 : Alors, je suis à mi-temps en HDJ et à mi-temps sur l'hospitalisation à domicile de réadaptation.

C.D. : D'accord très bien, et à quelle fréquence prenez-vous en charge des patients post AVC ?

Ergo 2 : Donc je suis tous les jours en HDJ sur le mi-temps et on va dire qu'il y a environ 60 % des patients que l'on suit qui ont été victimes d'un AVC. Donc je dirais que quasiment tous les jours on rencontre cette population, après ça dépend des périodes, mais c'est quand même très régulier, très fréquent.

C.D. : D'accord et avez-vous déjà eu à faire à des patients qui étaient peu présents ou qui refusaient de venir aux séances d'ergothérapie ?

Ergo 2 : Oui, je pense que ça a dû arriver, en 9 ans, oui ça m'est déjà arrivé.

C.D. : Et donc selon vous quelles peuvent être les causes du désengagement des patients ?

Ergo 2 : Alors je pense qu'il peut y avoir plusieurs causes, je pense qu'il y a un problème d'implication de la personne dans sa prise en charge, où le patient n'est pas très acteur de sa prise en charge. Donc quand forcément c'est juste qu'on lui a prescrit de l'hôpital de jour, je parle d'une manière générale, pas qu'en ergothérapie, mais quand on lui prescrit de la rééducation parce que son médecin traitant lui a demandé de venir en hôpital de jour, sans qu'il

sache trop pourquoi il vient, ce qu'il peut attendre de l'hôpital de jour, forcément c'est des patients qui ne sont pas très impliqués et motivés dans leur prise en charge.

Après, il peut y avoir d'autres raisons, plus spécifiquement en ergothérapie, je pense qu'il y a des patients qui voient l'ergothérapie comme une mise en échec, parfois et du coup, ils peuvent le vivre très mal, voilà, ils peuvent mal vivre leur suivi en ergothérapie, après il y a plein d'autres raisons, c'est très personnel, je pense qu'il peut y avoir plein de facteurs qui font que les patients peuvent être peu engagés et peu investis dans leur prise en charge en ergo.

C.D. : Vous venez d'évoquer un sentiment de mise en échec en ergothérapie, pourquoi les patients peuvent-ils avoir ce sentiment ?

Ergo 2 : Je pense que vu que très souvent on emploie la mise en situation, certains patients peut-être peuvent le vivre comme être face à leurs difficultés et aux difficultés qu'ils rencontrent dans leurs occupations et ça peut être quelque chose de très compliqué pour eux à supporter.

C.D. : Ok, très bien et donc selon vous quels sont les besoins des patients nécessaires à l'engagement ?

Ergo 2 : Ce qui pourrait favoriser l'engagement du patient, c'est ça ?

C.D. : Oui.

Ergo 2 : je pense que de remettre vraiment la personne au centre, d'avoir une pratique centrée sur la personne, donc partir de lui, de ses besoins et de ses attentes, être à l'écoute et surtout de construire les objectifs et le suivi vraiment en fonction de lui, de ce qu'il va nous décrire comme difficultés. Je pense qu'il est important de baser le suivi sur des objectifs qu'il aura établis lui-même.

C.D. : Et en quoi le passage en HDJ peut être source de motivation ou de désengagement ?

Ergo 2 : Alors moi pour le coup, qui ai une expérience en HADR également et qui peut comparer, c'est vrai qu'en hôpital de jour peut être que le fait d'être pas directement dans l'environnement de la personne, c'est peut-être plus compliqué pour certaines personnes d'arriver à comprendre pourquoi on travaille telle et telle chose dans des occupations qui ne

sont pas dans son environnement. L'HDJ, ça demande aussi un transfert au domicile de ce qui va être travaillé au centre, ce n'est pas toujours très évident pour le patient d'arriver à comprendre l'intérêt de ce qu'on va faire, contrairement à l'HADR où la personne voit directement l'intérêt de ce qu'on fait car on travaille directement dans le lieu de vie.

Après un des éléments qui peuvent plus faciliter l'engagement par rapport à l'hospitalisation complète, je pense que l'hôpital de jour, le fait que la personne soit déjà rentrée à la maison, elle peut rencontrer des difficultés à la maison et ça va être plus facile je pense de savoir ce qu'elle veut travailler. C'est plus facile que pour personne qui est hospitalisée, qui ne se rend pas forcément compte du type de restriction dans sa participation qu'elle pourrait rencontrer par la suite. C'est plus facile pour la personne de se projeter une fois qu'elle est dans son environnement.

Après, je pense aussi que ça dépend des personnes, après peut-être si on devait généraliser le retour à domicile peut être une étape difficile, pas forcément évidente, parce que c'est source de plein d'angoisses, parce que justement pour plein de patients qui ont du mal à se projeter ça peut être compliqué, parce que le patient peut être face à des situations d'incapacité qu'il ne rencontrait pas au centre. Après, oui ça dépend vraiment des personnes, il y a des personnes, c'est leur vécu, mais il y a des personnes pour qui retour à domicile veut dire fin de la rééducation donc fin d'une récupération et d'un « retour à la normal », donc pour ça, ça peut être compliqué, il y a des patients qui peuvent le vivre difficilement.

Après comme je le disais, ça peut aussi être confronté aux difficultés, confronté à l'environnement parce que du coup un patient qui ici irait plutôt bien et qui serait plutôt indépendant, lors du retour à domicile va rencontrer des difficultés qu'il n'avait pas envisagé.

C.D. : D'accord, donc que faites-vous face à un patient désengagé ?

Ergo 2 : Bah du coup, moi j'utilise la MCRO, mais je ne l'utilise pas qu'avec des personnes désinvesties, désengagées, mais je pense en tout cas que ça peut faciliter face à un patient désengagé, ça peut vraiment faciliter.

Après ça passe aussi par un questionnement auprès de la personne, déjà de savoir pourquoi, de savoir qu'est-ce qu'il attend. Déjà c'est important de lui demander ce qu'il attend de sa prise en charge, de lui expliquer aussi ce que nous pouvons lui apporter en ergothérapie, parce que souvent les patients viennent en ergothérapie sans savoir vraiment quel peut être notre accompagnement, quel intérêt ça peut avoir pour eux, donc je pense que c'est important de resituer un petit peu notre intervention et ce qu'on peut amener.

C.D. : D'accord et en quoi l'engagement dans la thérapie peut influencer le suivi du patient ?

Ergo 2 : Alors je pense qu'un patient engagé va forcément avoir une meilleure récupération mais je pense que ça peut amener derrière une meilleure performance occupationnelle, une meilleure participation sociale par la suite.

C.D. : Donc maintenant je vais passer à la partie sur la MCRO, depuis combien de temps utilisez-vous cette évaluation ?

Ergo 2 : Je ne sais plus, ça fait quelques années que j'ai été formée à la MCRO, je ne sais plus dire, ça doit faire au moins 5 ans.

C.D. : D'accord et qu'est-ce qui vous a poussé à vous former et à utiliser cette évaluation dans vos prises en charge.

Ergo 2 : Alors au départ, ça a été une proposition qui venait de la cadre, enfin ça a été un peu imposé mais je ne connaissais pas du tout cette évaluation avant. C'est un outil que j'ai peu utilisé au départ à la suite de la formation, même très peu pendant plusieurs années je l'ai très peu utilisé parce que je ne le maîtrisais pas. J'avais l'impression de ne pas le maîtriser, ça me prenait énormément de temps de passation, ça prenait au moins deux séances, je n'étais pas à l'aise avec, du coup je n'arrivais pas forcément à en dégager des choses pertinentes pour mon intervention derrière. Donc voilà, je pense avoir lâché un peu l'affaire comme avec tout nouvel outil, nouvel apport théorique parce qu'il faut se l'approprier. Après le fait que d'autres personnes du service ont été formées je pense que ça a été une force, j'ai des collègues qui ont continués à l'utiliser et ça faisait vraiment parti de leur pratique au quotidien et je pense que ça a un peu aussi entretenu cette utilisation-là dans le service. Je pense que l'élément déclencheur a été le fait que j'ai fait d'autres formations par la suite où on m'a reparlé de la MCRO, du coup c'était d'autres formations qui m'ont amené à une approche qui était plus centrée sur la personne, centrées sur l'occupation. Du coup, ça a donné du sens à la MCRO, où avant j'avais moins la pratique centrée sur l'occupation, maintenant c'est quelque chose que j'utilise de manière très régulière, alors je ne dirais pas encore en systématique avec tous mes patients, ça

le devrait et en tout cas c'est vers ça que je veux tendre mais je pense aussi que voilà, j'évolue aussi encore au fur et à mesure des années.

C.D. : D'accord et donc pour quelles raisons trouvez-vous pertinent d'utiliser cette évaluation auprès de personnes post-AVC ?

Ergo 2 : Alors plus spécifiquement auprès de personnes post AVC je ne sais pas s'il y a des raisons particulières, peut-être aussi parce que chez ces patients on voit suite à l'AVC des syndromes dépressifs ou justement un désengagement qui est plus important et je pense que la MCRO peut faciliter. Et des patients post AVC peuvent parfois avoir plus de difficultés pour élaborer des objectifs et exprimer des attentes donc en ça, ça peut peut-être plus aider les patients post-AVC.

Après d'une manière générale, bon je l'ai déjà un peu dit mais je pense vraiment que ça favorise l'engagement occupationnel, je pense que ça permet de remettre le patient au centre de sa prise en charge. Quand je dis au centre de sa prise en charge, je veux dire de prendre en compte les besoins, les attentes, les habitudes de vie et l'environnement du patient. Moi ça me permet vraiment de dégager des objectifs du coup que la personne aura défini. Donc derrière l'intervention est plus facile quand on sait vers quoi on doit aller.

Aujourd'hui encore, très souvent les patients sont très passifs, et de manière générale ils attendent du thérapeute qu'on leur donne la « solution magique ». L'intervention qu'on va donner derrière la MCRO permet de rendre le patient acteur et je pense qu'il ne faut pas juste s'arrêter à la MCRO où on va mettre le patient acteur et puis derrière l'intervention où il va devenir de nouveau très passif.

D'une manière générale je pense qu'il faut avoir une approche où le patient arrive à comprendre qu'il va trouver lui-même les solutions, nous on est juste là pour le guider, mais c'est au patient vraiment d'être acteur de sa prise en charge.

C.D. : Pourquoi faites-vous passez la MCRO en HDJ ? Quelle particularité prend la MCRO en HDJ ?

Ergo 2 : Alors j'ai fait beaucoup d'hospitalisation complète avant et c'est peut être justement pour ça aussi que je l'utilisais moins, parce que c'était peut-être plus compliqué. Parce que justement les patients, comme je le disais tout à l'heure, en hospitalisation complète ont plus de mal à se projeter et du coup ils ont plus de mal à dégager des occupations dans lesquelles ils

sont en difficulté, ou ils pourraient être en difficulté lors du retour à domicile dans leur environnement. C'est des fois plus compliqué en hospitalisation complète, le patient en hôpital de jour, il est confronté au quotidien à ses difficultés donc je pense que c'est déjà plus facile pour lui d'exprimer les activités qu'il va trouver problématiques.

C.D. : De quelle manière la MCRO influence-t-elle votre pratique et le suivi du patient ?

Ergo 2 : Donc après la passation ?

C.D. : Oui tout à fait.

Ergo 2 : Bah c'est ce que je disais, après moi je vais avoir une intervention vraiment ciblée sur les objectifs et les occupations qui seront ressorties de la MCRO, donc essentiellement là-dessus.

C.D. : Et comment utiliser vous ces objectifs, traitez-vous tous les objectifs en même temps ?

Ergo 2 : Alors ça dépend des personnes et des objectifs, des fois si les objectifs sont atteignables rapidement je vais les traiter au cas par cas, s'ils sont plus complexes, ils seront atteignables en plus de temps et du coup j'essayerais de traiter plusieurs objectifs en même temps afin que ce ne soit pas trop redondant. Mais ça dépend vraiment des personnes, il faut aussi voir ça avec elles.

Alors, après ce qui est sûr c'est qu'avec la personne à qui on a fait passer la MCRO, on se met d'accord sur une date de réévaluation, en général c'est une date de réévaluation de tous ces objectifs, des 5 objectifs qui sont ressortis. Après, la date de réévaluation c'est vraiment en fonction des objectifs, si je vois que ses objectifs peuvent être atteints moins rapidement, du coup la date de réévaluation on la détermine en fonction, avec le patient.

Après, pour moi en général, c'est de plus en plus la MCRO qui va guider mon suivi, c'est une base. Après il n'empêche, qu'il y a des choses que je peux aborder avec le patient si elles n'ont pas été vues dans la MCRO, à travers d'autres évaluations par exemple.

Après c'est souvent des éléments sur lesquels moi je ne vais pas forcément intervenir directement mais qui ont été par exemple abordés lors de la MCRO et que je vais discuter avec les autres membres de l'équipe, avec les autres professionnels.

C.D. : Est-ce que vous avez pu constater des changements chez les patients après passation de la MCRO ?

Ergo 2 : Des changements à quel niveau du coup ?

C.D. : Plus au niveau de l'implication.

Ergo 2 : Après c'est vrai que maintenant moi je la fait passer très rapidement donc avant et après je ne sais pas trop, puisque je le fait passer dans l'évaluation initiale. Hum par rapport à mon expérience peut être avant, je pense vraiment que ça aide la personne aussi à comprendre ce qu'il peut attendre de l'ergothérapie, ça permet de recentrer un peu sur ce qu'est l'ergothérapie et je pense que ça aide beaucoup la personne à s'impliquer. Le fait de savoir qu'en ergothérapie on va travailler sur « mes occupations », celles qui me posent problème, on me demande mon avis en plus, ça veut dire pour la personne se questionner sur ce qui lui pose vraiment problème, sur les occupations qui sont importantes pour lui, je pense que forcément derrière ça facilite un engagement et par la même occasion la motivation pour le patient.

C.D. : D'accord, très bien. Selon vous quelles sont les limites de la MCRO ?

Ergo 2 : Alors moi, c'est peut-être plus des difficultés et encore que maintenant ça va mieux, mais pour la passation, ça peut être difficile pour les patients qui ont des difficultés de communication, avec des patients aphasiques notamment. Mais après, il n'y a pas longtemps je l'ai fait passer à quelqu'un qui avait peu de capacités d'expression et j'ai quand même réussi à le faire. Je dirais ça, après il peut aussi y avoir les patients qui ont des troubles cognitifs majeurs, des troubles attentionnels ou mnésiques. Il y a quand même besoin d'avoir un minimum de recul je pense pour que la personne puisse décrire ses difficultés.

C.D. : D'accord, avez-vous quelque chose à ajouter ?

Ergo 2 : Hum non.

C.D. : Très bien, merci beaucoup pour votre participation.

RESUME

L'accident Vasculaire Cérébral (AVC) apparaît de manière brutale et peut bouleverser la vie d'une personne. La prise en charge post-AVC est longue et difficile, cela peut impacter l'implication du patient dans sa thérapie. Dans ces circonstances, engager le patient dans sa thérapie optimiserait l'efficacité de l'intervention ergothérapeutique.

Objectif : Ce mémoire d'initiation à la recherche s'intéresse à l'impact de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) sur l'engagement en ergothérapie du patient post-AVC en HDJ. La MCRO est une évaluation ergothérapeutique, centrée sur le patient, elle permet de définir des objectifs en se basant sur les priorités de la personne.

Méthode : 12 questionnaires à destination de patients post-AVC ayant bénéficié ou non de la MCRO ainsi que 4 entretiens effectués auprès d'ergothérapeutes pratiquant cette évaluation ont permis de comparer les prises en charge et de déterminer l'apport de la MCRO.

Résultats : Cette recherche a mis en évidence l'impact positif que pouvait avoir la MCRO sur l'engagement du patient post-AVC. En effet, les patients et les thérapeutes s'accordent à dire que la MCRO favorise la compréhension du champ d'action de l'ergothérapeute ainsi que l'émergence d'objectifs qui vont motiver le patient. Le patient bénéficiant de la MCRO se sent écouté et a le sentiment de participer aux décisions concernant sa thérapie.

Cette étude a permis de mettre en avant un nouveau bénéfice à l'utilisation de la MCRO qui pourrait pousser de nouveaux ergothérapeutes à se former.

Mots clés :

AVC – Engagement du patient – Mesure Canadienne du rendement occupationnel (MCRO) – Ergothérapie

ABSTRACT

Stroke appears in a brutal way and can disrupt a person's life. Post-stroke care can be long and difficult which can affect the patient's involvement in therapy. In these circumstances, engaging the patient in therapy will optimize the effectiveness of the occupational therapy intervention.

Objective: This research focuses on the impact of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) on occupational therapy engagement of the post-stroke patient in day hospital. The COPM is a patient-centered, occupational therapy assessment that defines goals based on the individual's priorities.

Method : 12 questionnaires for post-stroke patients who had or not benefited from the COPM, as well as 4 interviews with occupational therapists who performed this evaluation, made it possible to compare care and determine the contribution of the COPM.

Outcomes: This research has demonstrated the positive impact that COPM can have on patient engagement after stroke. Indeed, patients and therapists agree that the MCRO promotes the understanding of the occupational therapist's field of action as well as the emergence of goals that will motivate the patient. The COPM patient feels listened and involved in decisions about their therapy. This study has made it possible to highlight a new benefit to the use of the COPM which could encourage new occupational therapists to be trained.

Key words:

Stroke – Patient engagement – Canadian Occupational Performance Measure (COPM) – Occupational therapy