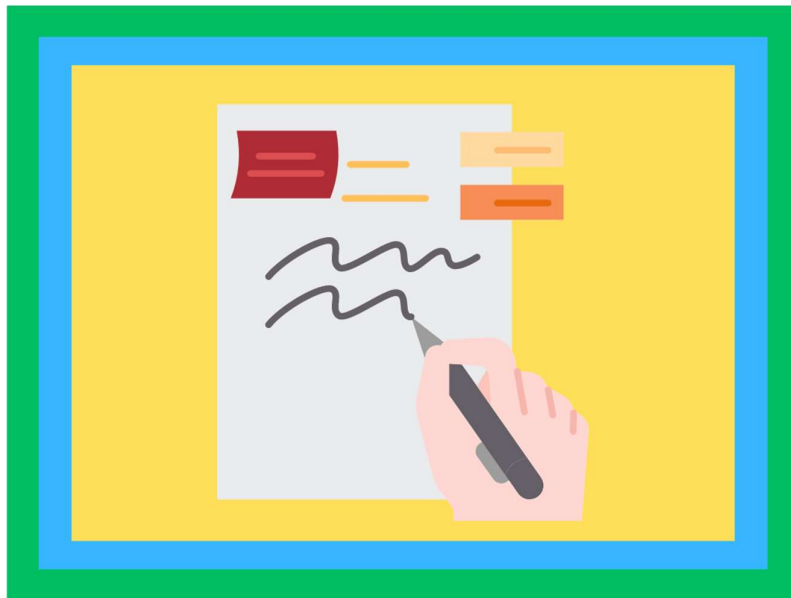




Institut de Formation en Ergothérapie de Paris
Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie
52 Rue Vitruve, 75020 Paris

**LE MODELE CANADIEN DU RENDEMENT ET DE L'ENGAGEMENT
OCCUPATIONNEL ET LES ECRITS PROFESSIONNELS DES
ERGOTHERAPEUTES FRANÇAIS**



Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'UE 6.5

Sous la direction de Mme Nathalie MORANCAIS

Perlette GORRON
Session juin 2023

Note aux lecteurs : « Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné ».

Remerciements

Je remercie tout d'abord Mme Nathalie MORANCAIS, ma maitre de mémoire, pour son écoute, ses conseils avisées et sa disponibilité tout au long de cette année.

Merci à l'équipe pédagogique et aux professeurs qui m'ont transmis leurs connaissances et leur amour pour ce métier. Merci tout particulièrement à mes tuteurs de stages sans qui l'application des concepts théoriques auraient été bien plus difficiles.

Merci aux ergothérapeutes qui ont pris le temps de répondre à mes questions. Merci de m'avoir confié votre expérience.

Merci à ma famille pour son soutien indéfectible et son accompagnement durant mes 5 années d'études.

Merci à mes amis et camarades de promotion pour ces trois années. Tout particulièrement, à vous Emilie et Véronique, pour votre soutien, pour ces longues heures à travailler ensemble et pour vos précieux conseils.

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
1 Cadre conceptuel.....	2
1.1 L'évolution de la pratique en ergothérapie.....	2
1.1.1 Les différents paradigmes.....	2
1.1.2 Le paradigme occupationnel.....	5
1.1.3 Adopter une approche centrée sur l'occupation : le changement de pratique	7
1.2 L'utilisation des modèles.....	9
1.2.1 Définition d'un modèle conceptuel	9
1.2.2 Evolution de la vision des modèles par les ergothérapeutes.....	10
1.2.3 Les modèles, un support pour mieux comprendre notre profession.....	11
1.2.4 Les modèles au service de l'identité professionnelle des ergothérapeutes et du sentiment d'appartenance à une profession.	13
1.2.5 Les modèles au service du travail interdisciplinaire.....	15
1.3 Le Modèle Canadien du Rendement et de l'enseignement Occupationnel (MCREO)17	
1.3.1 Choix du MCREO dans ce travail d'initiation à la recherche : Pré-enquête	17
1.3.2 Définition du MCREO	18
1.3.3 Objectifs motivant la création du MCREO	19
1.3.4 Utilisation du MCREO.....	19
1.3.5 Choisir le MCREO pour guider sa pratique	20
1.4 La rédaction d'écrits professionnels par l'ergothérapeute.....	23
1.4.1 La tenue de dossier : obligations, recommandations et réflexions	23
1.4.2 Le rôle des modèles dans la tenue de dossier	27
1.4.3 Le diagnostic ergothérapique	28
1.4.4 Le vocabulaire ergothérapique	30
1.5 Rappel de la question de recherche	32
2 Méthodologie d'enquête	33
2.1 Création d'un outil de recherche	33
2.2 Résultats de l'enquête	35
2.2.1 Présentation des résultats.....	35
2.2.2 Analyses des résultats.....	36
2.3 Discussion	49
Conclusion	54
Bibliographie.....	55
1 ANNEXES	60
Résumé	95

INTRODUCTION

D'un point de vue historique, l'ergothérapie d'aujourd'hui est bien différente de l'ergothérapie de 1904, date à laquelle le mot « ergothérapie » apparaît dans la littérature française, notamment par Monsieur Marco Levi Bianchini dans un article intitulé « Ergothérapie et Psychothérapie ». A cette époque-là, l'ergothérapie correspond à la thérapie par le travail : le travail des patients n'est à l'origine pas réalisé dans le but de soigner mais de permettre aux maisons d'accueil de gagner en efficacité et permettre un gain financier. Toutefois, des constats ont été faits sur les bienfaits de l'activité pour les « infirmes ». Cependant le rôle de l'ergothérapeute n'est pas encore défini : « Si l'ergothérapie est mentionnée, les ergothérapeutes ne sont pas identifiés. » (Delaisse et al, 2022). Un modèle biomédical est donc apparu. La priorité est de soigner le corps et l'esprit.

Aujourd'hui, la définition de la santé n'est plus la même. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1946) définit la santé comme : « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. ». Le système de santé français tend donc à répondre à cette définition en ouvrant des structures et en adoptant une vision plus holistique du patient. En tant que profession médico-sociale, l'ergothérapeute prend en compte la personne, l'environnement et ses occupations pour intervenir. Il devient donc une profession déterminante pour répondre à la vision de la santé actuelle.

L'ergothérapie est aujourd'hui une profession en plein essor. Selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), en janvier 2022, il y a 14 214 ergothérapeutes de moins de 62 ans en France. Ainsi, leur nombre a doublé depuis 2009. De plus, leurs domaines de compétences se définissent et se modifient en fonction de l'environnement dans lequel évolue l'ergothérapeute et en fonction des enjeux du système de santé actuel.

Depuis la validation du nouveau programme d'enseignement de l'ergothérapie en 2010, une unité d'enseignement est dédiée à l'utilisation des modèles. On compte donc 12 générations de diplômés qui ont reçu cet enseignement et qui sont encouragés à avoir une analyse de leur pratique. Ainsi, l'apparition des modèles et le développement de la science de l'occupation modifie la pratique actuelle de l'ergothérapie.

De plus, depuis le début des années 2000, la réglementation concernant la tenue du dossier médical du patient et des informations récoltées est devenue plus exigeante à travers de nouveaux articles du code de la santé publique. La traçabilité des soins dispensés au patient est devenue plus importante. Comment les ergothérapeutes français allient précision, preuves scientifiques et termes ergothérapeutiques ?

Ma question de recherche est donc : Dans un contexte de transition vers une approche centrée sur l'occupation, en quoi le MCREO modifie-t-il la rédaction des comptes-rendus ergothérapeutiques ?

Je m'interroge ainsi sur le rôle que jouent les modèles dans les écrits professionnels des ergothérapeutes aujourd'hui. Devant la multiplicité des modèles conceptuels, je concentrerai ma recherche sur le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO).

1 Cadre conceptuel

1.1 L'évolution de la pratique en ergothérapie

1.1.1 Les différents paradigmes

Qu'est-ce qu'un paradigme ? « le paradigme est une analyse réflexive entre pairs de ce qui est, ou a été considéré comme une « bonne pratique » à un moment donné. » (Delaisse et al, 2022, p.73). Ainsi, un paradigme est directement lié au contexte historique, social et à la vision de l'ergothérapie contemporaine. Un paradigme est par conséquent défini par comparaison. Un nouveau paradigme peut se construire en opposition au précédent ou grâce à une avancée technologique ou théorique qui n'existait pas auparavant.

La définition de Monsieur Kielhofner (2009) est souvent citée pour expliquer ce que comprend un paradigme :

Thus, the conceptual foundations that guide these occupational therapists in their everyday work include three types of knowledge:

- Knowledge that defines the nature, purpose, scope, and value of occupational therapy practice
- Knowledge that enables them to understand the problems their clients are having and to know how to work with their clients to overcome those problems

- Knowledge borrowed from other fields that also informs what they do in their practice

These three types of knowledge will be referred to as the paradigm, conceptual practice models, and related knowledge. (Kielhofner, 2009, p.10)

Traduction :

Ainsi, les fondements conceptuels qui guident ces ergothérapeutes dans leur travail quotidien comprennent trois types de connaissances :

- Les connaissances qui définissent la nature, l'objectif, la portée et la valeur de la pratique de l'ergothérapie.
- Les connaissances qui leur permettent de comprendre les problèmes rencontrés par leurs clients et de savoir comment travailler avec eux pour surmonter ces problèmes.
- Les connaissances empruntées à d'autres domaines qui informent également sur ce qu'ils font dans leur pratique.

Ces trois types de connaissances seront appelés paradigme, modèles conceptuels de pratique et connaissances annexes.

Ces trois types de connaissances constituent donc un paradigme.

Dans « l'ergothérapie en France : une perspective historique » (2022), trois paradigmes sont décrits. Chacune des périodes est déterminée par les différents programmes nationaux de formations en ergothérapie. Le tableau ci-dessous, réalisé par mes soins, tente de résumer les points importants décrits dans ce chapitre.

	Seconde Guerre Mondiale – début 80' (premier programme national 1971-1972)	1980-2000 (deuxième programme 1990)	2000-2020 (troisième programme en 2010)
Besoins sociétaux	<ul style="list-style-type: none"> - Retour au travail des « personnes handicapées » - Désinstitutionnalisation des « personnes handicapées » chroniques - Loi de 1975 : intégration des « personnes handicapées » en milieu ordinaire 	<ul style="list-style-type: none"> - répercussions de la crise pétrolière sur le marché de l'emploi - augmentation des loisirs - les pratiques ergothérapeutiques visent l'accès aux milieux de vie ordinaire - progrès médicaux. Premiers ergothérapeutes libéraux. -APF et autres associations 	<ul style="list-style-type: none"> - volonté d'une société inclusive : lois de 2002 et 2005 - tendance néolibérale : santé = responsabilité individuelle - Les pratiques des ergothérapeutes doivent s'inscrire dans le système de santé (ETP, domaine de la prévention) - ergothérapie politique et sociale en réaction à l'approche individualiste de la santé

Pratiques valorisées	<ul style="list-style-type: none"> - activités artisanales pour servir un but biomédical. En médecine physique, elle doit distraire le patient pour masquer un travail analytique sur telle ou telle fonction. 	<ul style="list-style-type: none"> - handicap : à l'intersection entre les capacités fonctionnelles de la personne et les limitations ou opportunités de l'environnement. - approche bottom-up - rendre l'environnement plus accessible - utilisation grandissante de bilans (souvent empruntée par d'autres pays) - activités ludiques, sportives, ayant du sens - approche centrée sur la personne 	<ul style="list-style-type: none"> - basées sur des théories et de la recherche propre à la profession. - 2001 : dossier du patient, diagnostic ergothérapeutique - 2004 : mémoire d'initiation à la recherche dans le but du développement d'une pratique réflexive. - transition vers une approche top-down - pratique plus centrée sur l'activité comme but et moyen de la thérapie - activité de la vie quotidienne plutôt qu'artisanale.
Concepts clés	<ul style="list-style-type: none"> - Les savoirs « théoriques » utilisés sont empruntés à d'autres disciplines. - « le principe de la concordance handicap-travail » - intérêt pour les théories issues de la psychanalyse et les modèles psychodynamiques 	<ul style="list-style-type: none"> - activité = moyen, outil - indépendance et autonomie - intérêt pour les modèles qui expliquent le handicap tels que la Classification internationale des handicaps - curiosité des ergothérapeutes envers les modèles propres à l'ergothérapie. 	<ul style="list-style-type: none"> - modèles biopsychosociaux deviennent incontournables : PPH, CIF - « habitudes de vie », « qualité de vie » - intérêt grandissant pour les concepts, modèles et outils, développés pour et par les ergothérapeutes : MCREO, MOH - science de l'occupation - justice et équilibre occupationnelle
Éléments menant à une modification du programme	<ul style="list-style-type: none"> Intérêt plus marqué pour l'environnement des personnes. Transition vers des modèles dits « bio-psycho-sociaux » 	<ul style="list-style-type: none"> Ouverture des ergothérapeutes français vers l'Europe et les pratiques, modèles et la recherche développés à l'international. 	

Après lecture du tableau, on peut observer une évolution des pratiques valorisées et des concepts clés au cours des trois périodes, notamment en lien avec le contexte financier et politique (reconstruction post-guerre, crise pétrolière) mais aussi via un changement de conceptualisation de la santé ou une influence internationale.

Les trois paradigmes les plus fréquemment cités dans la littérature sont : holistique, biomédical et biopsychosocial (Charret & Thiébaud Samson, 2017). Ici, je ne détaillerai pas ces différents paradigmes par souci de simplicité et pour limiter au nécessaire les notions abordées.

Enfin, les paradigmes évoluent et se superposent comme le décrit Meyer : « La science de l'occupation se développe à la suite d'un renouveau conceptuel fréquemment qualifié de changement paradigmatique. Le concept de paradigme emprunté par Kielhofner et Burke (1977) à Kuhn (1974), leur permet d'expliquer un changement fondamental dans les conceptions de l'ergothérapie. » (Meyer, 2018, p.17) Les ergothérapeutes formés depuis le nouveau programme de 2010 reçoivent des enseignements concernant la science de l'occupation. Ils apprennent donc à reconnaître les différents concepts durant leurs études. Actuellement, un concept est défendu par les différentes instances tel que l'ANFE¹ et la WFOT² : l'approche centrée sur l'occupation.

1.1.2 Le paradigme occupationnel

Le paradigme occupationnel part du postulat que l'Homme est un être occupationnel et que par conséquent l'occupation est un facteur déterminant de sa santé. (Gauthier & Trouvé, 2017). L'ergothérapeute va alors mettre l'occupation au centre de son intervention. Les problèmes occupationnels prennent la place de la pathologie et les déficiences. Cette approche redéfinit aussi la place et le champ d'intervention de l'ergothérapeute.

Ainsi, dans le paradigme contemporain, plusieurs notions me semblent importantes à définir. Tout d'abord la notion de « centrée sur l'occupation et le patient » :

Fisher (2013) dans un article renommé distingue, dans l'approche occupationnelle, trois visions de l'occupation en thérapie : des interventions centrées ou fondées sur l'occupation (centered), basées sur celle-ci (based) et ciblant (focused) l'occupation. La centration sur l'occupation est le concept supérieur qui place celle-ci au cœur de l'ergothérapie. (Meyer, 2020, p.38)

En mettant l'occupation en priorité lors de l'intervention auprès du patient, l'ergothérapeute peut prendre des décisions en gardant l'objectif de maintenir, restaurer ou permettre les

¹ Association Nationale Française des Ergothérapeutes

² World federation of Occupational Therapists

occupations de son patient (ANFE, 2019). Ainsi, l'ergothérapeute va privilégier des mises en situation et des médiations plus ancrées dans le quotidien du patient.

Dans un deuxième temps, la notion d'intervention basée sur des données probantes. Dans Willard & Spackman's occupational therapy (12ème édition), « evidence based practice » est définie ainsi :

Thus, evidence-based practice is composed of three equal core components: (1) the current best evidence, (2) the treatment environment, and (3) each client's values and circumstances (Shin et al, 2010), which, in combination with a clinician's expertise, aid in clinical decision making. (Baker & Tickle-Degen, 2014, p.399)

Traduction : Ainsi, la pratique fondée sur des données probantes se compose de trois éléments fondamentaux égaux : (1) les meilleures données actuelles, (2) l'environnement de traitement et (3) les valeurs et la situation de chaque client (Shin et al, 2010), qui, associées à l'expertise du clinicien, facilitent la prise de décision clinique.

« Les données probantes sont utilisées en ergothérapie afin d'apporter de la qualité à la pratique et de personnaliser l'offre. Les preuves peuvent provenir de plusieurs sources. » (WFOT, 2021, p.1). La WFOT encourage l'utilisation d'études scientifiques pour guider la prise de décision en ergothérapie. Cependant, elle rappelle aussi l'importance d'avoir une analyse critique et de confronter l'étude avec son expérience professionnelle, des avis d'experts, la situation du patient et le contexte de prise en charge. De plus, cette notion apparait dans une étude menée sur les valeurs qui constituent un idéal susceptible de guider la pratique ergothérapique (Desormeaux-Moreau & Drolet, 2019).

Ainsi, l'approche centrée sur l'occupation est un enseignement et intéresse les ergothérapeutes. Elle s'implante lentement dans la pratique des ergothérapeutes français : « Dans les pratiques professionnelles le paradigme contemporain centré sur l'occupation n'a pas supplanté le paradigme biomédical bien qu'il progresse ces dernières années. » (Gauthier & Trouvé, 2017, p.32).

1.1.3 Adopter une approche centrée sur l'occupation : le changement de pratique

Dans un article paru dans la Revue Francophone de Recherche En Ergothérapie (Baillargeon-Desjardins et al, 2019), les raisons pour lesquelles un ergothérapeute ne parviendrait pas à avoir une pratique fondée sur les occupations sont identifiées. Les barrières rapportées à une pratique fondée sur l'occupation sont : la dominance du modèle biomédical, un environnement non adapté à cette pratique, le manque de ressources matérielles, ou le manque de temps. Certains obstacles sont liés au thérapeute : perception faussée de ce qu'est une pratique fondée sur les occupations, manque de connaissance, de créativité, d'habiletés. Mais aussi des obstacles liés au patient: faible capacité d'insight³, incompréhension, symptômes, préférence pour la technologie et les exercices thérapeutiques.

De plus, les ergothérapeutes peuvent percevoir les bénéfices à adopter une certaine approche sans pouvoir y parvenir. C'est ce qui est exposé par De Haerne et Brousseau (2018) concernant les ergothérapeutes français qui adopteraient ou non une approche centrée sur la personne. Leur recherche montre que les ergothérapeutes ont une bonne connaissance de l'approche centrée sur la personne et ses bénéfices, qu'ils ont conscience de l'importance de cette approche mais qu'il est difficile de la mettre en place. Les freins sembleraient venir autant de l'ergothérapeute lui-même, que de l'institution, du temps et des ressources. Ainsi, les ergothérapeutes peuvent percevoir les avantages d'une approche sans pour autant réussir à l'appliquer.

D'autre part, l'institution offre parfois des conditions suffisamment favorables pour permettre aux ergothérapeutes d'adopter une nouvelle technique et appliquer ainsi une théorie basée sur des données probantes. Par exemple, dans le centre de Réadaptation National Rancho Los Amigos (Los Angeles, USA), une démarche de recherche a été lancée afin de « réfléchir à l'efficacité et à l'efficience de notre pratique et à chercher une mesure des résultats qui puisse

³ « La notion d'insight fait référence à la conscience de son trouble mental par le patient. L'insight recouvre non seulement l'identification du trouble mais aussi la façon dont le patient en perçoit les causes et les conséquences, et la façon dont il adhère au traitement. Il s'agit d'une variable influençant le pronostic et la qualité de l'observance du traitement ainsi que le degré d'implication du patient dans sa prise en charge, comme cela a été montré dans la schizophrénie (Amador 1994). L'insight fait l'objet de nombreuses études récentes dans d'autres troubles chroniques (troubles de l'humeur, troubles anxieux...). » (Franc, N. & Pupier, F. (2014).

refléter nos valeurs fondamentales » (Berro & Deshaies, 2016, p.311). Les ergothérapeutes ont lancé cette recherche afin de trouver un compromis entre les attentes du centre et leurs besoins d'être en accord avec leur identité professionnelle. Ils ont testé la mise en place de trois outils dont la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel, MCRO. Ils ont pu conclure que « la MCRO s'est bien adaptée à leur pratique. Elle nous a permis de démontrer les résultats positifs des interventions en ergothérapie. » (Berro & Deshaies, 2016, p.315). C'est donc dans une recherche d'affirmation de leur identité professionnelle que les ergothérapeutes peuvent être amenés à trouver de nouvelles manières de pratiquer.

Ainsi, le changement de pratique, c'est-à-dire l'utilisation d'une nouvelle approche, technique, outils ou moyens thérapeutiques, dépend du contexte historique et social mais aussi de l'ergothérapeute (formation, connaissance, personnalité, motivation), du patient et de l'environnement de travail. Tous ces facteurs influent sur la décision des ergothérapeutes de fonder leur pratique sur l'occupation.

Dans le cadre de ce mémoire d'initiation à la recherche, c'est sur cette transition vers une approche centrée sur les occupations que je mènerai mon enquête. Dans la seconde partie de ce cadre conceptuel, il est intéressant de définir ce qu'est un modèle et de décrire leur impact sur la pratique de l'ergothérapie.

1.2 L'utilisation des modèles

1.2.1 Définition d'un modèle conceptuel

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

Cette représentation va être confrontée à la réalité sur les lieux d'exercice des ergothérapeutes. Elle a pour but d'aider à expliquer et organiser leurs actions. Chacun des modèles est basé sur une théorie qui lui est propre et reflète parfois une vision de la santé d'une culture particulière. Il faut donc être conscient qu'en empruntant un modèle à un autre pays, certains termes ou valeurs seront à adapter à sa propre culture. Je tenterai donc de définir les modèles du point de vue des ergothérapeutes français.

Il existe différents types de modèles conceptuels. Morel-Bracq se réfère à la définition de Kortman (1994) pour présenter les catégories de modèles :

- les modèles généraux qui peuvent être utilisés dans de nombreuses situations professionnelles (comme le modèle de résolution de problèmes ou le modèle de l'occupation humaine) ;
- les modèles appliqués qui s'adaptent à certaines pathologies ou situations (comme le modèle biomécanique ou le modèle ludique) ;
- les modèles de pratique, en lien avec les modèles appliqués et qui décrivent des évaluations et techniques spécifiques (comme les modèles Bobath ou Perfetti auprès des personnes hémiplegiques ou la Reality Orientation auprès des personnes âgées...). Ces derniers modèles ne seront pas étudiés ici. (Morel-Bracq, 2017, p.3)

Ainsi, les modèles ont des caractéristiques différentes. L'ergothérapeute peut choisir d'utiliser un modèle en fonction de ses besoins.

Les modèles ont souvent un vocabulaire propre et une schématisation. Certains d'entre eux sont accompagnés d'outils d'évaluation. Ce vocabulaire, cette schématisation et ces outils d'évaluation permettent d'appliquer le modèle, aussi bien pendant l'étape d'évaluation que pour

la rédaction d'un diagnostic ergothérapeutique ou d'objectifs thérapeutiques. Ce modèle permet d'orienter le travail de l'ergothérapeute. La mise en place d'un cadre thérapeutique et du plan d'intervention découle de la vision d'une prise en soin mise en valeur par le modèle.

En 2013, Morel-Bracq écrivait sur les habitudes d'utilisation des modèles par les ergothérapeutes français. Ces derniers utilisaient principalement des modèles interprofessionnels. Elle faisait remarquer la difficulté d'intégrer ces modèles dans la pratique courante mais remarquait aussi un changement : « Cependant, un changement important se perçoit actuellement du fait de la mise en place du nouveau référentiel de formation » (Morel-Bracq, 2013, p.137).

Ainsi, on observe une évolution dans l'utilisation des modèles conceptuels. Comment les ergothérapeutes contemporains perçoivent et se saisissent des modèles ?

1.2.2 Evolution de la vision des modèles par les ergothérapeutes.

En réalité, tous les ergothérapeutes ne font pas référence aux modèles. Parfois, les ergothérapeutes expérimentés reprochent aux modèles de tenter de faire rentrer une situation complexe dans des cases. De plus, une mauvaise utilisation des outils supprimerait l'aspect relationnel de la thérapie. L'ergothérapeute pourrait chercher à modifier ce qui est dit par le patient pour l'adapter aux termes, aux contraintes du modèle.

« En France, beaucoup d'ergothérapeutes expérimentés ne perçoivent pas l'intérêt d'approfondir différents modèles car ils ont intégré les fondements théoriques et les moyens d'interventions pertinents dans leur contexte de travail. » (Morel-Bracq, 2013, p.137)

Les cadres de référence et les approches spécifiques sont utiles à la conduite du processus d'évaluation et d'intervention en ergothérapie, mais l'ergothérapeute doit demeurer vigilant à ne pas en perdre son « ergothérapie », c'est-à-dire ce qui caractérise l'apport spécifique de son intervention : le fonctionnement du client dans ses habitudes de vie. (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2016, p.2)

Ces deux citations nous montrent qu'il faut prendre du recul sur l'utilisation des modèles. Il est important de bien les connaître pour savoir comment les adapter au mieux à la singularité du patient. Il faut savoir se détacher de la rigueur d'un outil et manier les différentes

théories. Plus un ergothérapeute aura une bonne connaissance des fondements du modèle, mieux il pourra l'adapter à son contexte de travail.

Par ailleurs, Madame Aurélie Fohr questionne la position thérapeutique de l'ergothérapeute. En effet, elle appelle les ergothérapeutes à ne pas perdre leur aspect thérapeute en se concentrant trop sur l'aspect fonctionnel de l'occupation. Glasdam et al relève l'importance que les ergothérapeutes soient conscients des "effets cachés" de l'utilisation d'outils de mesure: "Occupational therapists must take into consideration that use of measuring tools and outcome measurements have hidden and adverse effects, which can empower and disempower older adults and occupational therapists."

Traduction: Les ergothérapeutes doivent tenir compte du fait que l'utilisation d'outils de mesure et la mesure des résultats ont des effets cachés et négatifs, qui peuvent renforcer ou affaiblir les personnes âgées et les ergothérapeutes.

Encore une fois, l'utilisation d'outils plus rigoureux scientifiquement doit permettre une prise en soin holistique de la personne et ne pas oublier l'aspect psychologique de notre prise en soin. Cependant, qu'est-ce que les modèles conceptuels peuvent apporter à la pratique de l'ergothérapie ?

1.2.3 Les modèles, un support pour mieux comprendre notre profession

"Surrounding the paradigm are several conceptual practice models that provide the unique concepts, evidence, and resources that occupational therapists use in their practice" (Kielhofner, 2009, p.10)

Traduction : Autour du paradigme se trouvent plusieurs modèles conceptuels de pratiques qui fournissent les concepts, les preuves et les ressources uniques que les ergothérapeutes utilisent dans leur pratique.

Les modèles conceptuels sont étroitement liés à la pratique de l'ergothérapie. Par ailleurs, « La validation d'un modèle se fait dans la confrontation à la réalité de l'expérience pratique : un modèle doit permettre de comprendre une situation et d'anticiper son évolution » (Morel-Bracq, 2013, p.137). Ainsi, les modèles conceptuels servent à **structurer** une pratique

de l'ergothérapie déjà existante dans le but de la **promouvoir** et de viser une évolution positive de celle-ci.

De plus, dans une étude sur l'utilisation des outils d'évaluation, l'un des messages clefs qui ressort de l'étude est que l'utilisation des outils permet aussi d'avoir une réflexion sur leur profession : « Uncovering the way in which use of measuring tools are implicated in structuring and managing power relations can help occupational therapists to **reflect upon their profession.** » (Glasdam & Sudmann, 2021, p.68).

Traduction : La découverte de la manière dont l'utilisation des outils de mesure est impliquée dans la structuration et la gestion des relations de pouvoir peut aider les ergothérapeutes à réfléchir sur leur profession.

Les modèles sont donc aussi un outil de réflexion.

« Dans tous les cas, ces modèles visent une **amélioration des pratiques** professionnelles et sont en lien avec des travaux de recherche. » (Morel-Bracq, 2013, p.137). Ainsi, dans une recherche de qualité de l'intervention et de correspondance avec l'identité professionnelle de la profession, l'utilisation d'un modèle spécifique à l'ergothérapie semble être indiquée. Les modèles sont utiles pour affirmer l'identité de la profession et pour encourager la recherche et la réflexion sur sa propre pratique.

D'autre part, un besoin de prouver notre efficacité dans les services et de laisser une trace de notre intervention est observé. Y a-t-il une nouvelle exigence dans les écrits et le niveau de **preuve scientifique** ? Toujours dans cet article, Morel-Bracq prend exemple sur l'exigence des écrits au Canada :

l'Ordre des Ergothérapeutes du Québec exige des ergothérapeutes qu'ils élaborent l'ensemble du dossier et le traitement selon un modèle bien spécifié. L'ergothérapeute choisit un modèle pertinent pour sa pratique, respecte le processus d'intervention proposé, utilise les outils d'évaluation associés à ce modèle, rédige le compte rendu avec le vocabulaire du modèle. Cette exigence, associée à une pratique fondée sur les preuves, vise un accroissement de la qualité des prestations en ergothérapie. (Morel-Bracq, 2013, p.142)

Dans un bulletin de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (2016), il est rappelé l'importance d'utiliser un modèle conceptuel. Un exemple est pris pour montrer que la démarche d'un ergothérapeute **gagne en crédibilité**. À la fin de l'intervention, l'ergothérapeute est non seulement en mesure de documenter l'évolution du fonctionnement de la main, mais peut dresser un portrait juste des habiletés fonctionnelles du client et de conclure sur son niveau de fonctionnement dans ses occupations (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2016).

Enfin, les ergothérapeutes peuvent aussi s'appuyer sur ces modèles pour **expliquer leur profession** aux autres professionnels de santé qui ont parfois du mal à se représenter l'étendue du champ d'application de l'ergothérapie. L'utilisation d'un modèle élaboré par les ergothérapeutes peut permettre de mieux argumenter l'utilité et l'originalité de l'intervention en ergothérapie (Morel-Bracq, 2013).

Ainsi, utiliser un modèle conceptuel présente de nombreux intérêts notamment celui de renforcer l'identité professionnelle de l'ergothérapeute. Cet avantage sera développé davantage dans la partie suivante.

1.2.4 Les modèles au service de l'identité professionnelle des ergothérapeutes et du sentiment d'appartenance à une profession.

L'utilisation des modèles semblent aider les ergothérapeutes à définir leur profession et à « guider et justifier les pratiques » (Laurent, 2021, p.59).

Une quête identitaire des ergothérapeutes est à l'origine de beaucoup d'écrits. Cette recherche est importante pour permettre aux ergothérapeutes de défendre leur positionnement et d'expliquer l'étendue de leur champ d'intervention. En 2021, Laurent s'interroge sur l'utilisation des modèles et des outils ergothérapeutiques. Elle donne une définition de l'identité :

Claude Dubar précise que « l'identité est le produit de socialisations successives » (Dubar, 2010, p. 15). Il en décrit trois composantes : Moi (l'identité pour soi), Autrui (l'identité pour autrui), et Nous car « l'identité se construit à travers l'image que les autres nous renvoient » (Dubar, 2000, cité dans Fray et Picouleau, 2010, p. 75). (Laurent, 2021, p.59)

Ainsi, selon cette définition, dans le cadre professionnel, l'identité d'un individu se construit à travers les relations qu'il entretient avec les autres ergothérapeutes, des organisations professionnelles (comme l'ANFE, l'organisation du lieu d'exercice...) et des activités professionnelles qu'il effectue.

Construction de son identité par l'ergothérapeute (soi) et par ses pairs :

En 2015, Monsieur Trouvé parle d'« Ethos professionnel » pour désigner l'ensemble de valeurs partagées et intériorisées par les ergothérapeutes. C'est là où les modèles peuvent intervenir selon moi. Ils permettent de véhiculer certaines valeurs fondamentales de l'ergothérapie ou de mieux analyser sa propre pratique de l'ergothérapie. Cette hypothèse est validée dans les écrits comme dans *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : Entre concepts et réalités* :

Une meilleure connaissance des concepts et fondements de l'ergothérapie est utile pour comprendre, réfléchir de façon distancée, argumenter la place de l'ergothérapie et développer une identité professionnelle forte. Le chapitre 4 ouvre sur les fondements de l'ergothérapie pour souligner l'émergence d'une **position de méta-analyse** sur le sens de ce soin particulier qu'est l'ergothérapie. L'étude des différents modèles prédominants dans la profession nous permet d'appréhender comment la connaissance et la reconnaissance d'une modélisation influent sur notre pratique (Caire, 2012, p.16- 17).

Construction de son identité par interaction avec les membres de son équipe :

De plus, déjà en 2012, Monsieur Platz constatait que depuis 20 ans, les modèles spécifiques à l'ergothérapie (notamment PEO, personne-environnement-occupation) sont créés dans le but de développer l'identité professionnelle et de fonder la pratique sur la science de l'occupation. La pratique étant mieux argumentée avec des outils validés scientifiquement, l'utilisation des outils issus des modèles conceptuels aide à améliorer la reconnaissance de l'ergothérapie et la collaboration interprofessionnelle (Laurent, 2021).

Parmi les ergothérapeutes ayant été interrogés dans l'étude de 2021, trois ont réussi à mieux communiquer avec les équipes et à faire connaître leurs compétences en présentant les outils et modèles conceptuels qu'ils utilisent. « D'après les résultats de l'étude, il semble que les ergothérapeutes renforcent leur identité professionnelle en modifiant positivement leur

représentation, et celles d'autrui à l'égard de l'ergothérapie. Tout cela serait permis par l'utilisation d'outils d'évaluation issus de modèles conceptuels. » (Laurent, 2021, p. 62)

Pour conclure, les modèles conceptuels sont un support pour changer la représentation de l'ergothérapie par l'ergothérapeute lui-même, pour les équipes et les patients. Ils permettent de renforcer l'identité professionnelle de l'ergothérapeute, la position de méta-analyse, la crédibilité de leurs pratiques aux yeux des scientifiques, et la communication interprofessionnelle. Ce dernier point est important et sera abordé ci-dessous. D'autant plus, dans le cadre de ce mémoire car les comptes-rendus sont aussi des supports de communication.

1.2.5 Les modèles au service du travail interdisciplinaire

Parmi les modèles généraux, certains sont connus par plusieurs professions. Le vocabulaire et la théorie sur laquelle repose le modèle peuvent donc être compris par plusieurs professionnels. L'utilisation d'un modèle commun à plusieurs professionnels d'une équipe a l'avantage de faciliter la compréhension et favoriser la communication. Il y a ainsi une « augmentation de la synergie » (Brousseau & Tosser, 2015, p.40).

Morel-Bracq propose une classification des modèles généraux et distingue les modèles interprofessionnels et les modèles élaborés par des ergothérapeutes. Les modèles interprofessionnels ont l'avantage d'être applicables dans de nombreuses situations, compris et utilisés par l'ensemble des professionnels. Cependant, les objectifs peuvent être flous, et l'approche peut être parfois incompatible avec « l'intérêt central de l'activité pour les activités » (Morel-Bracq, 2017, p.39). En effet, la plupart mettent l'accent sur les déficiences du patient.

Modèles généraux	
Interprofessionnels	Élaborés par des ergothérapeutes
<ul style="list-style-type: none"> • Modèle de résolution de problèmes • Modèles du handicap : <ul style="list-style-type: none"> - modèle biomédical : CIH - modèle bio-psycho-social : CIF, PPH • Modèle humaniste • Modèle systémique 	<ul style="list-style-type: none"> • Modèles écologiques de la performance occupationnelle (PEO) • Modèle Personne – Environnement – Occupation – Performance (PEOP) • Modèle de l'Occupation Humaine, de Gary Kielhofner (MOHO) • Modèle Canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO) • Modèle KAWA (Rivière), de Michael Iwama • Modèle de compétence, de Jacqueline Rousseau • Modèle australien de la Performance Occupationnelle (OPM : A)
Cadres conceptuels, modèles appliqués ou cadres de référence	
Interprofessionnels	Élaborés par des ergothérapeutes
Troubles physiques et cognitifs : <ul style="list-style-type: none"> • Modèle biomécanique • Modèle neuro-développemental • Modèle cognitif Troubles psychosociaux : <ul style="list-style-type: none"> • Modèle psychodynamique • Modèle comportemental • Modèle cognitivo-comportemental • Modèle interactif 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadre conceptuel du groupe Terminologie d'ENOTHE (CCTE) • Modèle du processus d'intervention en ergothérapie (OTIPM) • Modèle ludique, de Francine Ferland • Approche CO-OP

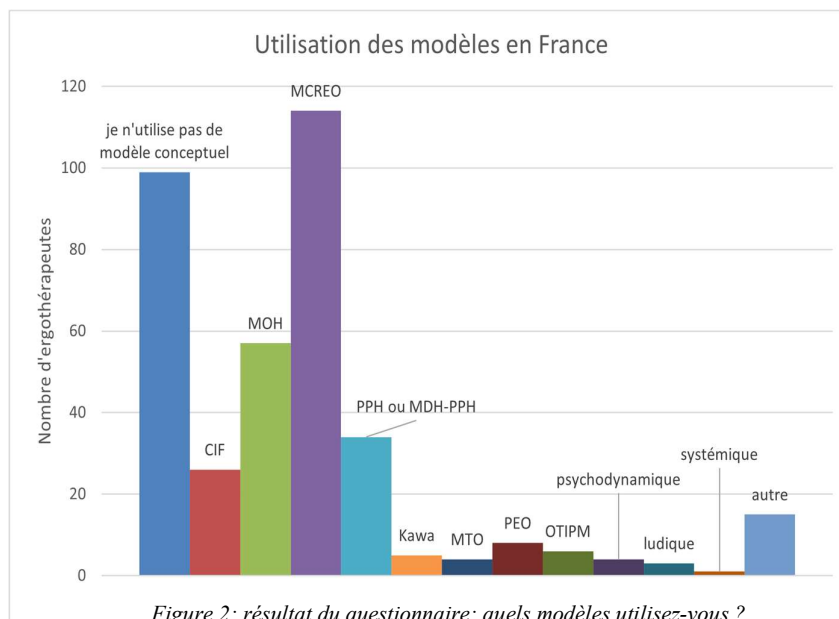
Figure 1: Classification possible des modèles selon Marie-Chantal Morel-Bracq (2017)

Ainsi, je n'étudierai pas l'utilisation des modèles interprofessionnels dans mon enquête. En effet, comme décrit dans la partie 1.1.2, le paradigme occupationnel prend de l'importance ces dernières années. Les modèles élaborés par des ergothérapeutes sont de plus en plus cités dans la littérature française, et le vocabulaire occupationnel prend plus de place dans les écrits professionnels des ergothérapeutes.

1.3 Le Modèle Canadien du Rendement et de l'enseignement Occupationnel (MCREO)

1.3.1 Choix du MCREO dans ce travail d'initiation à la recherche : Pré-enquête

Afin d'étudier la faisabilité de ma démarche de recherche, j'ai voulu recentrer mon sujet sur le modèle conceptuel le plus utilisé par les ergothérapeutes français. Je n'ai pas trouvé cette donnée dans la littérature. J'ai donc réalisé une pré-enquête : un questionnaire transmis sur les réseaux sociaux sur des groupes réservés aux ergothérapeutes diplômés en France. Vous pouvez trouver le questionnaire en annexe. Sur un échantillon de 276 ergothérapeutes, 115 ont répondu qu'ils utilisaient le MCREO.



De plus, après avoir pris contact avec l'ANFE, je peux affirmer que les stagiaires suivant la formation sur la MCRO (qui aborde le MCREO) sont plus nombreux que dans les autres formations concernant les modèles conceptuels. On m'a indiqué que la formation MOH ne se fait qu'en intra établissement alors que la MCRO se fait aussi bien en intra qu'en en inter, ce qui peut expliquer cette différence.

1.3.2 Définition du MCREO

Le MCREO ou Canadian Model of Occupation Performance (CMOP) a été créé en 2007. En effet, il s'agit de la nouvelle version du Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel qui a été modifié en 2013 à la suite de critiques que nous développerons en partie 4.2. Les deux auteures principales sont Townsend et Polatajko. Elles ont expliqué ce qu'était le MCREO et les lignes directrices de la pratique canadienne dans leur ouvrage : *Habilité à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice*.

Le MCREO est un modèle conceptuel fondé sur l'occupation et ayant une approche centrée sur la personne. Il cible le **rendement** et l'**engagement**. En annexe 1, vous trouverez la définition de ces termes selon Townsend et Polatajko. « La pratique centrée sur le client est fondamentale dans ce modèle, prenant en compte la subjectivité, les désirs et les besoins propres du client » (Caire & Rouault, 2017, p.87).

Le MCREO est un modèle PEO : personne, environnement, occupation. Il décrit trois catégories d'activités (soins personnels, productivités et loisirs), 4 dimensions de la personne (affective, cognitive, physique, spirituelle) et 4 dimensions environnementales (physique, institutionnel, culturel et social).

La version révisée de 2013 a pour objectif de mieux fonder la pratique sur l'occupation et de mettre en relief les relations entre les 3 catégories : personne, occupation et environnement. Une vue latérale a donc été rajoutée. Cette vue permet de placer l'occupation au centre de notre intérêt (Townsend & Polatajko, 2013). Cette nouvelle version reprend aussi le terme « Habilitier » et le définit.

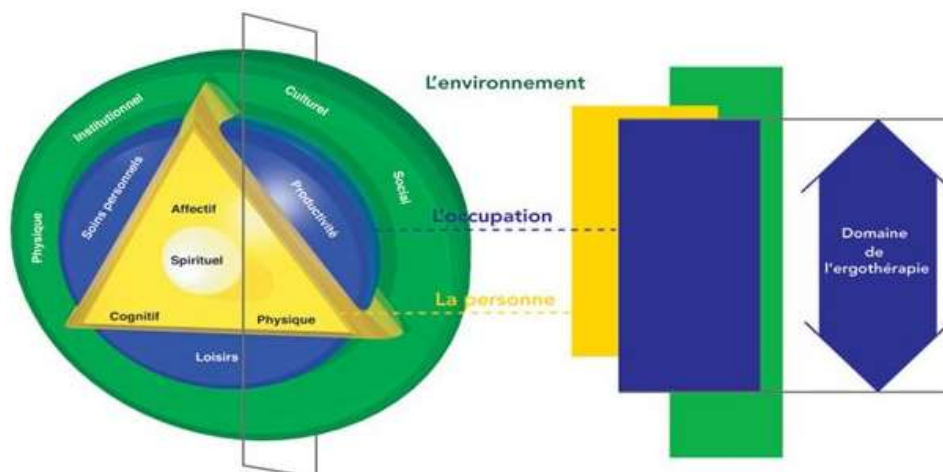


Figure 3: Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO), TOWNSEND; POLATAJKO, 2008 (version reprise et modifiée en 2013)

Après avoir défini ce modèle, il est important de comprendre dans quel contexte il a été construit.

1.3.3 Objectifs motivant la création du MCREO

Quels sont les objectifs de ce modèle ? En lisant l'introduction de la version de 2013, plusieurs objectifs et éléments contextuels justifient la création du modèle. Voici les objectifs que j'ai relevés :

- Rétablir l'occupation comme objet primordial d'intérêt de l'ergothérapie (p.5)
- Dans un contexte d'expansion de la pratique, de l'enseignement universitaire et de la recherche (p.6)
- « Le centre d'intérêt de l'ergothérapie va bien au-delà du rendement » (p.6)
- Dans un contexte d'une « grande mosaïque culturelle » au Canada (p.7)
- Demande d'une pratique pertinente et efficace (p.7)
- Aide à construire un partenariat avec le patient et à augmenter sa participation occupationnelle.
- Harmoniser et aider les ergothérapeutes dans leur démarche de traitement. (Caire & Rouault, 2017)
- « dans un souci de clarification du rôle des ergothérapeutes » (Caire & Rouault, 2017, p.85)

Les ergothérapeutes canadiens ressentaient donc le besoin de créer un modèle qui soit propre à leur langage et leur vision de l'ergothérapie, et qui harmonise leur pratique dans un contexte où les ergothérapeutes peuvent intervenir dans de plus en plus de situations diverses. Ainsi, comment les ergothérapeutes peuvent-ils utiliser le MCREO dans leur pratique ?

1.3.4 Utilisation du MCREO

« La théorie y est développée afin de guider la pratique, tout comme la pratique contribue à rendre compte de l'évolution constante de la théorie en ergothérapie » (Townsend & Polatajko, 2013, p.9). L'ergothérapeute, ayant intégré la théorie, pourra choisir un plan d'intervention en se basant sur le modèle conceptuel le plus adapté à la situation. Il cherchera à mettre en place une relation thérapeutique basée sur la collaboration.

Le MCREO peut être utilisé par tous les ergothérapeutes dans le but d'entreprendre une prise en soin d'un individu, d'un groupe ou d'organisme rencontrant « des difficultés dans les occupations liées à des problèmes de santé, médico-sociaux ou de justice sociale. » (Caire & Rouault, 2017). C'est un modèle basé sur des idées fondamentales de l'ergothérapie au Canada. Il faut donc se poser la question de la pertinence de son utilisation dans un autre pays ou par un membre d'une autre profession. Cependant, le MCREO a une portée internationale (Townsend & Polatajko, 2013)

Au Canada, il s'utilise dans le cadre conceptuel du processus de pratique canadien (CCPPC) :

1. Initier à établir le contact
2. Etablir les balises
3. Evaluer et analyser
4. Convenir des objectifs et du plan
5. Mettre en œuvre un plan
6. Faire le suivi
7. Evaluer le résultat
8. Conclure et mettre fin

Les ergothérapeutes voulant faire référence au MCREO formaliseront ainsi un plan d'intervention centrée sur les occupations et son patient. Il choisira des évaluations questionnant la productivité, les soins personnels et les loisirs du patient inscrit dans son environnement. Ses objectifs et ses moyens découleront de cette vision de l'ergothérapie.

Ainsi, nous pouvons questionner les raisons pour lesquelles l'ergothérapeute choisirait de faire référence au MCREO.

1.3.5 Choisir le MCREO pour guider sa pratique

Nous avons déjà vu ce qu'un modèle conceptuel créé pour les ergothérapeutes apporte à la pratique. Il s'agit ici de trouver les avantages et inconvénients à choisir le modèle MCREO.

Le MCREO véhicule l'idée que l'homme a besoin d'occupations pour vivre et être en relation. Il prend en compte la subjectivité de la personne, de ses occupations et de son environnement. En mettant au centre la personne, l'ergothérapeute pourra construire son plan d'intervention en fonction de ce qui est important pour la personne. Il permet de s'intéresser

aux activités significatives du patient. De plus, le MCREO considère l'occupation comme un moyen et une finalité. Il ramène l'occupation au centre de la préoccupation de l'ergothérapeute. Ainsi, il contribue au renforcement de son identité professionnelle.

De plus, ce modèle a pour but de promouvoir l'engagement et l'habilitation (cf. définition en annexe). Ces deux notions sont importantes et rajoutent une nouvelle dimension à l'intervention de l'ergothérapeute. L'ergothérapeute doit permettre au patient d'être actif dans ses occupations et de retrouver un accès à celles-ci.

L'un des avantages du MCREO est l'outil qui lui est lié : la mesure canadienne du rendement et de l'occupation. Cette mesure permet par un entretien de déterminer avec le patient quelles sont les activités les plus importantes, et celles dont le rendement et la satisfaction ne lui conviennent pas au début de la prise en soin. Elle permet aussi de réévaluer après intervention et de noter une évolution subjective. Une étude menée au Canada sur l'utilisation de la MCRO conclut :

In summary, the paper reviews issues and considerations required to ensure the highest quality of information derived from the COPM in each of these targeted situations. Although the paper emphasizes the centrality of the client-centred approach with the COPM, it also demonstrates the flexibility and adaptability of the COPM to different situations, clients, settings and purposes. (McColl et al, 2005, p.300)

Traduction : En résumé, le document passe en revue les questions et les considérations nécessaires pour garantir la meilleure qualité possible des informations tirées de la MCRO dans chacune de ces situations ciblées. Bien que le document souligne l'importance de l'approche centrée sur le client dans le cadre de la MCRO, il démontre également la flexibilité et l'adaptabilité de la MCRO à différentes situations, différents patients, différents environnements et différents objectifs.

Ainsi, la MCRO est un moyen concret d'appliquer les valeurs fondamentales véhiculées par le MCREO.

Cependant, l'utilisation du MCREO présente des désavantages et des limites. En effet, « il commence par faire émerger les problèmes, ce qui peut parfois occulter au départ ce qui va bien. » (Morel-Bracq, 2017, p.92). Le vocabulaire du MCREO est très spécifique et rend parfois

la compréhension difficile pour le patient. De plus, l'utilisation du MCREO, de son outil et de l'approche centrée sur la personne présentent des barrières :

- Barrières liées aux patients : difficulté de méta-analyse (difficulté à définir ses difficultés dans sa vie quotidienne), entourage ne pouvant pas parler à la place du patient. (Kaiser et al, 2005), difficulté à évaluer sur les échelles de la MCRO, difficulté à communiquer
- Barrières liées aux thérapeutes : absence de formation des ergothérapeutes, « il peut alors avoir le sentiment que son savoir expert n'est pas reconnu et que ses compétences professionnelles ne sont pas valorisées » (Kaiser et al, 2005, p.31), difficulté à mener l'entrevue en gardant le vocabulaire indiqué.
- Obstacle organisationnel : manque de temps pour se former et pour passer à la MCRO

Ainsi, l'ergothérapeute doit prendre en compte les bénéfices et les désavantages à utiliser le MCREO, et les outils et les moyens qui en découlent. Dans la prochaine partie, nous nous demanderons comment cette vision de l'ergothérapie, ces avantages et ces limites influencent la rédaction des écrits professionnels.

1.4 La rédaction d'écrits professionnels par l'ergothérapeute

1.4.1 La tenue de dossier : obligations, recommandations et réflexions

Les écrits professionnels que les ergothérapeutes sont amenés à rédiger sont nombreux : comptes-rendus, fiches de suivi, transmissions, argumentaires pour la préconisation d'aides-technique, d'aménagement etc... L'ergothérapeute consacre du temps à la rédaction, et la quantité d'écrits a augmenté depuis le début des années 2000. En effet, des obligations et des recommandations concernant la tenue de dossier du patient ont été créées.

Tout d'abord, du point de vue légal, la tenue d'un dossier médical propre au patient est devenue obligatoire depuis le décret du 31 mars 1992. L'établissement et le médecin en sont responsables et doivent prêter attention à ce que le dossier soit rempli par les différents professionnels intervenant dans la prise en soin du patient. Les informations doivent être protégées et doivent rester confidentielles. Les écrits des professionnels de santé sont soumis au Règlement Général de Protection des Données (RGPD) ; ces professionnels de santé doivent pouvoir transmettre à tout moment les écrits concernant le traitement et les justifications du choix de ce traitement. Parmi les textes légiférant sur le dossier du patient, je peux citer l'article **R1112-1, l'article R1112-2 et le RGPD**⁴. La CNIL veille à ce que la protection des données des patients soient respectée.

Ainsi, l'ergothérapeute doit garder en tête certaines obligations légales lors de la rédaction de ses comptes-rendus :

- **« Secret professionnel :** Secret professionnel vs. Partage d'information au sein de l'équipe de soin
- **Consentement :** De la personne par rapport à notre intervention, au partage d'informations
- **Traçabilité :** Identification de la personne :
 - A minima, nom d'usage/prénom/date de naissance
 - +/- nom de naissance et adresse

⁴ Définition du RGPD

Règlement de l'Union Européenne, entré en vigueur le 25 mai 2018 encadrant la protection des données à caractères personnelles et applicable à toutes les organisations qui traitent des données à caractère personnel au sien de de l'UE ou de ressortissants de l'UE dans d'autres parties du monde.

- **Archivage** : Données de santé conservées 20 ans
- **Droit d'accès** : Données à caractère personnel : RGPD, Données de Santé » (Gauthier & Mignet, 2023)

De plus, les écrits des professionnels de santé jouent un rôle dans l'obtention d'accréditations des établissements de santé. Les comptes-rendus des ergothérapeutes doivent pouvoir répondre à certains critères pour que l'établissement soit accrédité.

« L'accréditation est un programme volontaire d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour les médecins et équipes médicales, conçu par leurs pairs et visant à :

- améliorer la qualité des pratiques professionnelles ;
- réduire le nombre des événements indésirables associés aux soins (EIAS) ;
- limiter les conséquences des EIAS au bénéfice de la sécurité du patient. » (HAS, 2022)

Pour obtenir cette accréditation, les dossiers des patients doivent être complets et détaillés afin de rendre l'analyse possible et d'améliorer la qualité des pratiques. De plus, depuis 2021, l'accréditation est valorisable dans la certification des établissements de santé. Ainsi, les ergothérapeutes ont l'obligation légale et administrative de remplir correctement le dossier du patient.

Pour répondre à ses obligations, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) a rédigé en 2001 des recommandations pour la tenue du dossier du patient en ergothérapie.

Le dossier du patient en ergothérapie est un document créé à partir des recommandations d'un groupe de travail portant sur la tenue de ce dossier. Il propose de définir le dossier du patient de la façon suivante :

Document rassemblant les informations et données utiles concernant le patient afin d'élaborer, de planifier et d'évaluer la démarche de soins en ergothérapie, c'est un outil de réflexion, de synthèse, de traçabilité des soins permettant le suivi du patient. Partie constitutive du dossier du patient, c'est un support de communication entre les professionnels et d'information du patient. [...]

C'est un outil pour l'ergothérapeute et l'équipe, à intégrer dans le dossier unique du patient. Il est consultable et communicable dans le système d'information de la structure de soins.

Il comporte le projet de soins établi de manière interdisciplinaire et, dans la mesure du possible, avec le patient, s'il en exprime le souhait. (ANAES, 2001, p.20)

L'ergothérapeute doit être dans une démarche de réflexion concernant les concepts fondamentaux utilisés, les démarches de soins, la méthodologie professionnelle et les actions à mettre en œuvre pour faciliter la réadaptation optimale du patient. En effet, les concepts fondamentaux ainsi que les valeurs professionnelles vont transparaître dans le dossier du patient. On peut y voir ici une première fonction des modèles conceptuels.

Pour construire le dossier du patient en ergothérapie, les auteurs se sont basés sur le modèle du Processus de Production du Handicap (PPH). Ainsi, la synthèse des évaluations est divisée en trois rubriques : les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les situations de handicap. Chacune des rubriques a été décrites afin de conseiller les ergothérapeutes.

En conclusion, les auteurs rappellent que « La tenue du dossier nécessite l'intégration de savoirs théoriques au service des pratiques professionnelles » (ANAES, 2001, p.43). L'ergothérapeute pourra donc remplir le dossier du patient à partir des recommandations et de ses connaissances, notamment des modèles conceptuels.

Recommandation par l'ANFE et conscience professionnelle :

Au-delà des obligations légales, les comptes-rendus ergothérapeutiques sont un enjeu pour l'ergothérapeute. Il s'engage à travers ses écrits. Pour accompagner les ergothérapeutes à mener une réflexion sur leurs écrits, l'ANFE donne des recommandations.

L'ANFE communique dans Le Monde de l'Ergothérapie les raisons pour lesquelles l'écriture professionnelle est un élément important de la profession et peut être source de préoccupation : « 7 raisons : aide-mémoire, outil de communication, reflet des compétences de l'ergothérapeute, élément de protection juridique, attestation des services rendus,

enseignement, recherche & compte-rendu d'activité, respect d'une obligation légale. » (Trouvé, 2019, p. 3)

De plus, les ergothérapeutes cherchent à avoir une qualité d'écriture afin de répondre à différents critères : à qui est destiné l'écrit ? Quel niveau de preuve est attendu ? Est-ce qu'il représente bien le patient et l'intervention menée ? En effet, « Celle-ci doit refléter correctement la pratique, se référer le plus possible à des approches théoriques reconnues scientifiquement et à justifier les décisions prises par l'ergothérapeute. » (Trouvé, 2018, p.62)

Par conséquent, l'ergothérapeute peut se former individuellement en formation continue.

Par exemple, l'ANFE propose une formation sur l'écriture des dossiers en ergothérapie qui dure 15h. La formation a pour objectif d'accompagner le professionnel à structurer ses écrits à partir des modèles conceptuels ergothérapeutiques basés sur l'occupation, de formaliser un raisonnement professionnel, de concevoir un diagnostic ergothérapeutique pertinent, de communiquer ses écrits professionnels. « Cette formation permet de réaliser, avec efficacité, des écrits (rédaction de compte-rendu d'évaluation ou de visite à domicile, transmissions, argumentaires techniques) afin de valoriser le raisonnement professionnel (démarche d'évaluation, diagnostic ergothérapeutique, plan d'intervention...). » (ANFE, 2023)

Autre exemple : Aurélie Gauthier et Gladys Mignet ont présenté dans un webinaire des astuces afin de gagner en efficacité lors de la rédaction des comptes-rendus. En effet, l'exercice est souvent chronophage et les ergothérapeutes ont l'impression que la qualité du compte-rendu se fait au détriment du temps passé avec le patient. Pour résumer, il n'existe pas de réponse binaire à ce qu'il faut inclure ou non dans un compte-rendu. Cependant, l'ergothérapeute doit apprendre à synthétiser et à donner seulement les informations importantes et nécessaires. L'ergothérapeute, en s'exerçant, peut trouver des phrases d'accroches et une trame qui pourront l'aider à réduire le temps de rédaction. Aurélie Gauthier et Gladys Mignet conseillent aussi de dialoguer avec leurs collègues ergothérapeutes afin d'avoir leur avis et de connaître leur besoin.

Enfin, le fond et la forme des comptes-rendus sont bien un élément de préoccupation actuel des ergothérapeutes. Les ergothérapeutes témoignent du fait qu'ils manquent d'outils pour les aider à rédiger leurs comptes-rendus (Mignet, 2019). C'est pour cela que, en 2017, un groupe de travail menée par 16 ergothérapeutes a été formé. Ce groupe a étudié les différentes

formes de comptes-rendus, les trames, le diagnostic ergothérapeutique et la place des modèles conceptuels mais aussi quel vocabulaire emprunter etc... De ces échanges est ressortie une « Fiche guide pour la rédaction de comptes-rendus ergothérapeutique » (Mignet, 2019, p.54). Le but de cet outil est de fournir une base pour que chaque ergothérapeute retravaille une trame selon ses besoins. Cette fiche recommande certains éléments à inclure dans la nouvelle trame du professionnel. Elle a pour but d'être assez souple pour s'adapter aux différents types d'exercices.

Pour conclure, les ergothérapeutes doivent répondre à de nombreuses exigences lors de la rédaction de leur compte-rendu. Cependant, ils disposent de peu d'outils, et ceux qui existent sont peu connus. Ainsi, comment les modèles conceptuels peuvent-ils aider les ergothérapeutes à concevoir leurs comptes-rendus ?

1.4.2 Le rôle des modèles dans la tenue de dossier

Les modèles conceptuels étant ainsi un outil de réflexion pour concevoir leur intervention, ont-ils un impact sur les écrits des ergothérapeutes dans la tenue du dossier d'un patient ?

Brousseau et Tosser s'interrogent sur comment et quoi écrire dans les dossiers. Y-a-t-il une meilleure trame ? « Les dossiers en ergothérapie sont le reflet de la pratique, mais sont également le reflet de concepts identitaires de la profession et doivent par conséquent s'inspirer de modèles conceptuels spécifiques à l'ergothérapie » (Brousseau & Tosser, 2015, p.38). L'article décrit plusieurs principes dont les dossiers sont le reflet de la démarche clinique et le reflet de modèles conceptuels. Les écrits laissés dans les dossiers des patients témoignent du processus de pratique que l'ergothérapeute a entrepris. Cependant, l'apparition explicite du modèle conceptuel ne semble pas encore d'actualité comme l'indique cette citation : « Choisir un modèle conceptuel et faire en sorte que ce modèle apparaisse dans le dossier du patient représente un autre défi (Gailhac-Roussot, 2013) » (Brousseau & Tosser, 2015, p.40). Toutefois, les écrits reflètent tout de même les modèles les plus utilisés par une population à un moment donné. En effet, en France, en 2015, la CIF et le PPH sont les plus utilisés alors qu'au Québec, c'est le MCREO et le PPH puis la CIF et le MOH qui seront utilisés majoritairement.

Les modèles peuvent guider l'écriture des dossiers. Bien qu'ils ne soient pas systématiquement exploités, ils ont un vocabulaire propre qui peut aider les ergothérapeutes à décrire leurs actions auprès du patient.

La rédaction du diagnostic ergothérapeutique est en lien avec l'utilisation des modèles conceptuels. Le diagnostic est souvent un moyen d'appliquer un modèle conceptuel dans les comptes-rendus ergothérapeutiques.

1.4.3 Le diagnostic ergothérapeutique

Depuis l'arrêté du 5 juillet 2010, les ergothérapeutes sont habilités à poser un diagnostic. Les ergothérapeutes ont donc cherché à définir ce qu'est un diagnostic ergothérapeutique et les éléments qui le composent. Un groupe d'étude s'est constitué pour tenter de définir le diagnostic ergothérapeutique et fournir aux ergothérapeutes un outil pour les aider à la conceptualisation de ce dernier. C'est ainsi qu'en 2017 est paru le *Guide du diagnostic en ergothérapie*. On y trouve la définition suivante du diagnostic :

Le diagnostic ergothérapeutique est à la fois un processus et un énoncé. Le raisonnement diagnostique est une composante du raisonnement professionnel qui aboutit à la formulation d'un énoncé diagnostique. Il définit et résume les problèmes présents ou potentiels relatifs à l'état occupationnel de la personne/du groupe qui justifient l'intervention de l'ergothérapeute. Le diagnostic ergothérapeutique identifie les facteurs internes et externes explicatifs de cet état occupationnel et met en évidence les ressources sur lesquelles la thérapie pourra s'appuyer. (Dubois et al, 2017, p.13).

Le nouveau référentiel de formation en ergothérapie inclut de nouvelles unités d'enseignements afin d'améliorer les capacités rédactionnelles et de maîtrise des concepts occupationnels compte-tenu de l'augmentation des écrits et de la facilité d'accès à la documentation étrangère (notamment grâce à internet, réseau européen...). Le diagnostic ergothérapeutique fait partie de ce nouveau programme d'enseignement (Morel-Bracq, 2010). Ainsi les nouveaux étudiants sont formés à la rédaction du diagnostic ergothérapeutique.

Afin d'aider les ergothérapeutes à se former à la rédaction d'un diagnostic, Trouvé (2018) reprend la proposition de critères de qualités par Bonner⁵. Il les confronte à des ouvrages et crée une fiche mémo et une grille d'évaluation de la qualité pour aider à la rédaction.

Ainsi, le diagnostic ergothérapeutique est composé de 3 parties :

- La partie descriptive : elle décrit objectivement les problèmes occupationnels présents ou potentiels
- La partie explicative : elle donne les causes et les éléments qui expliquent les problèmes occupationnels décrits dans la première partie. L'ergothérapeute montre aussi les forces et les faiblesses qu'il devra prendre en compte lors de son intervention.
- Le pronostic : « Il se prononce si nécessaire sur l'évolution possible de la situation et des enjeux tels que les risques, la sécurité, l'indépendance, le mode de vie... » (Trouvé, 2018, p. 76)

Les critères de qualité inclus dans la grille d'évaluation sont accompagnés d'indicateurs pour aider l'ergothérapeute à évaluer son diagnostic :

- Le contenu répond à la demande
- L'écrit commence par les problèmes relatifs à l'état occupationnel (niveaux, domaines et aspect) dès le départ selon une approche top-down
- Les atteintes occupationnelles sont présentées selon un ordre de priorité
- Les domaines d'occupation sont mentionnés
- Les niveaux et les aspects de l'agir sont précisés
- Les forces sont appréciées
- Les atteintes sont appréciées
- Le contenu donne une explication du problème occupationnel
- Le contenu présente les choix et positions de l'ergothérapeute
- Le contenu apprécie l'évolution s'il y a lieu
- Les enjeux sont précisés s'il y a lieu
- Le vocabulaire est professionnel et appartient à un champ épistémologique homogène
- Le contenu doit être cohérent intrinsèquement

⁵ Bonner,A. (2013). *L'utilisation d'une grille d'auto-évaluation afin d'apprécier la qualité d'une analyse dans un dossier-client en ergothérapie*. Mémoire pour l'obtention de la maîtrise en ergothérapie. Trois-Rivières : Université du Québec.

- Les données relevant d'un autre professionnel sont référencées
- L'écrit est contextualisé. (Trouvé, 2018, p.77-76)

Ainsi, l'ergothérapeute est amené à choisir s'il intégrera ou non un diagnostic ergothérapeutique dans son compte-rendu. De plus, il devra choisir le vocabulaire qu'il souhaite employer.

1.4.4 Le vocabulaire ergothérapeutique

Dans De l'activité à la participation, Meyer présente le projet de terminologie ENOTHE, le cadre conceptuel du groupe terminologie (CCTE). L'objectif de ce projet est de déterminer une définition des termes les plus utilisés en ergothérapie qui feraient consensus. Dans le chapitre 2, Madame Meyer présente les enjeux liés au vocabulaire qu'utilisent les ergothérapeutes.

Le lexique de l'ergothérapie et les problèmes qu'ont les ergothérapeutes à le construire et à le manipuler s'expliquent par le contexte d'exercice et de développement de la profession. Premièrement, il faut être en prise avec la vie quotidienne et pouvoir parler de celle-ci avec des usagers et leurs proches.

Deuxièmement, il faut être reconnues comme professionnelles compétentes dans le monde de la santé dominé par la médecine avec sa conception du fonctionnement corporel et son vocabulaire spécialisé.

Troisièmement, il faut se construire un corps de connaissances professionnelles spécifiques et s'ériger en discipline académique pour être reconnues dans la communauté scientifique et accéder à des positions socialement valorisées. (Meyer, 2013, p.22)

Ainsi, si l'ergothérapeute est capable de définir les termes de manière précise et claire, la communication avec les usagers, les autres professionnels ou le grand public sera plus facile et pertinente.

Cependant, là où Meyer défend la prise d'un vocabulaire professionnel et spécifique à l'ergothérapie, « plusieurs auteurs dénoncent l'utilisation de jargon professionnel et d'abréviations, les écrits professionnels étant trop souvent incompréhensibles par les différents professionnels, clients ou parents (OEQ, 2010 ; Sames, 2010 ; Donaldson et al, 2004 ; Gibson et al, 2004) » (Trouvé, 2018, p.63).

Par ailleurs, nous avons déjà évoqué le fait que chaque modèle emploie un vocabulaire différent. Par exemple, parmi les termes retrouvés dans le MCREO, on trouve « soins personnels », « productivité », et « loisirs ». Pour faire référence au modèle MCREO, il est important de comprendre le vocabulaire qui lui est propre. Vous trouverez ci-dessous un extrait de *La mesure canadienne du rendement occupationnel*, 5^e édition (2014) :

Les soins personnels intègrent les occupations qu'une personne réalise afin de se maintenir dans un état lui permettant de fonctionner (McColl et al, 2014). Dans la MCRO, nous mesurons trois aspects des soins personnels : l'hygiène, la mobilité fonctionnelle et la vie quotidienne.

La productivité inclut les occupations visant à préserver les revenus, à maintenir le foyer et la famille, à rendre service aux autres et à développer ses habiletés personnelles (McColl et al, 2014). 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.

Les loisirs regroupent les occupations réalisées par une personne lorsqu'elle est libérée de son obligation d'être productive (McColl, Law, Doubt, Pollock, & Stewart, 2003 ; McColl, 2014). La MCRO comprend les activités récréatives paisibles, les loisirs actifs et la vie sociale. (Law et al., 2014)

En conclusion, l'ergothérapeute est amené à poser de nombreux choix à travers la rédaction de ses écrits. Le fond et la forme devront répondre aux obligations légales, administratives et institutionnelles mais aussi être le reflet de sa pratique de l'ergothérapie.

1.5 Rappel de la question de recherche

Ma question de recherche est donc : Dans un contexte de transition vers une approche centrée sur l'occupation, en quoi le MCREO modifie-t-il la rédaction des comptes-rendus ergothérapeutiques ?

A la lumière de mon cadre conceptuel, je peux poser l'hypothèse suivante :

Le MCREO aide les ergothérapeutes à rédiger des comptes-rendus qui témoignent de leurs spécificités d'ergothérapeutes à travers un vocabulaire précis, des objectifs et des moyens centrés sur l'occupation.

Le but de l'étude, menée dans la seconde partie de ce mémoire, sera de corroborer ou de réfuter cette hypothèse mais aussi d'apporter de nouveaux éléments de réponse.

2 Méthodologie d'enquête

2.1 Création d'un outil de recherche

Pour créer l'outil de recherche, il faut tout d'abord déterminer la population enquêtée, la période de mise en place de l'enquête, le terrain d'enquête, le type d'outil et enfin la faisabilité de l'enquête.

- La population visée par l'enquête : ergothérapeutes diplômés en France utilisant le MCREO dans leurs écrits professionnels et/ou dans leur pratique. Il sera intéressant d'interviewer des ergothérapeutes ayant reçu différentes formations concernant le MCREO.

- La période durant laquelle l'enquête se déroulera : l'étude se déroulera de février à fin avril. Laissant ainsi le temps d'analyser les résultats ensuite.

- Le terrain d'enquête : Différentes types de structures dans le but d'obtenir des points de vue différents. (Hôpital, libéral, hôpital de jours, pédiatrie, psychiatrie...). Les catégories que j'identifie sont celles du portefeuille de l'étudiant (SSR/SMR, Lieu de Vie, Psychiatrie) mais aussi l'âge des patients accompagnés par l'ergothérapeute.

- L'outil d'enquête :

Le but étant de relever des informations qualitatives de manière précise tout en étant ouvert à des propositions non envisagées au départ, j'exclus donc les outils qui me donneraient des résultats quantitatifs (notamment le questionnaire, et le sondage) et les autres outils qui ne répondent pas à mon objectif (méthode de groupe nominal, méthode DELPHI, récits de vie). Ensuite, par souci de faisabilité de l'enquête dans le temps imparti et par manque d'expérience, j'exclus la méthode du focus-groupe. Un entretien me semble adapté. En effet, un entretien me permettra de d'obtenir la perception des ergothérapeutes sur leurs comptes-rendus :

Ainsi s'instaure en principe un véritable échange au cours duquel l'interlocuteur du chercheur exprime ses perceptions d'un événement ou d'une situation, ses interprétations ou ses expériences, tandis que, par ses questions ouvertes et ses réactions, le chercheur facilite cette expression, évite qu'elle s'éloigne des objectifs de la recherche et permet à son vis-à-vis d'accéder à un degré maximum de sincérité et de profondeur. (Marquet et al, 2022, p.203)

Il existe différents types d'entretiens. L'objectif étant de comprendre au mieux le point de vue de l'ergothérapeute et de profiter de son expérience, je souhaite qu'il soit libre de ses réponses. Cependant, afin de pouvoir comparer les entretiens, il faut que les questions soient préalablement choisies et abordées avec tous les ergothérapeutes. En me basant sur le tableau page 319 du l'ouvrage de Dépelteau (2010) qui présente les 5 types d'entrevues et leurs caractéristiques, je choisi de mener un entretien semi-directif. Voici ses caractéristiques :

- Démarche hypothético-déductive ou inductive
- Réponses profondes. Il faut faire des questions ouvertes.
- Enquêteur : « Liberté limitée par une liste de questions préalablement formulées » (Dépelteau, 2010, p. 319)
- Enquêté : « Liberté assez grande, mais limitée par les questions posées par l'enquêteur » (Dépelteau, 2010, p. 319)
- Objectif(s) : « Corroborer ou réfuter une hypothèse de recherche ; découvrir de nouvelles hypothèses ». (Dépelteau, 2010, p. 319)

Ainsi, les caractéristiques de l'entretien me permettront de trouver comment le MCREO est retranscrit dans les écrits professionnels et quels sont les avantages et inconvénients à son utilisation.

- La faisabilité de l'enquête : réalisation de 5 entretiens avec des ergothérapeutes utilisant le MCREO dans leurs écrits.

Après avoir déterminé ces critères importants, j'ai donc créé la grille d'entretien qui m'aidera à mener les entretiens semi-directifs (en annexe).

Afin de répondre au mieux à ma question de recherche, j'ai repris les thèmes de ma question de recherche. J'ai divisé l'entretien en 3 parties : le profil de l'ergothérapeute, la connaissance et l'utilisation du MCREO, puis les écrits professionnels.

Le 28 mars, j'ai pu tester la grille d'entretien avec Nathalie MORANCAIS, ma maître de mémoire. L'entretien a duré 20 minutes. Cependant, j'ai réalisé que mes questions n'étaient pas assez concrètes. Après modification, la grille est composée de 22 questions.

2.2 Résultats de l'enquête

2.2.1 Présentation des résultats

Tout d'abord, afin de sélectionner les ergothérapeutes qui vont répondre à mes questions, il faut formuler des critères d'inclusion et d'exclusion dans l'étude.

Mes critères d'inclusion sont :

- Ergothérapeutes diplômés en France car la formation initiale sur l'utilisation des modèles et la rédaction sont des facteurs importants.
- Utilisant le MCREO dans leurs écrits professionnels (trame, vocabulaire...) et/ou dans leur pratique (outil MCRO...)
- Travaillant dans différents types de structures afin d'avoir un panel plus représentatif des écrits des ergothérapeutes
- Qui s'intéressent à l'approche centrée sur l'occupation
- Acceptant d'être enregistrés, ainsi que la conservation des données jusqu'à la présentation de ma soutenance.

Mes critères d'exclusions :

- Non connaissance du MCREO
- Ergothérapeutes diplômés dans un pays étranger

En ayant connaissance de ses critères, j'ai entrepris ma recherche d'ergothérapeutes. J'ai donc demandé à mes anciens tuteurs et à mes camarades de promotions des contacts d'ergothérapeutes répondant à mes critères d'inclusions. On m'a donné 20 noms. J'ai créé un tableau Excel me permettant de récolter les coordonnées des ergothérapeutes, et le nom de leur lieu d'exercice. J'ai pu y inscrire la date à laquelle je les avais contacté, leurs réponses et une date de relance si besoin. Le 3 avril, j'ai envoyé 7 demandes via mail aux ergothérapeutes qui répondaient le mieux à mes critères. Les relances ont parfois été faites par téléphone. Ainsi, 5 entretiens ont été fixés entre le 4 avril et le 25 avril.

- 1 entretien a été réalisé **en présentiel**
- 3 entretiens **en visioconférence**

- 1 entretien prévu initialement **en visioconférence** mais réalisé finalement **par téléphone** à cause d'une mauvaise connexion.

Présentation des ergothérapeutes :

Ce tableau permet de décrire le profil des ergothérapeutes interrogés.

	Date de l'entretien	Temps de l'entretien	Lieu d'exercice	Diplômé en	Formation/ connaissance MCREO
E1	5/04	28 :53	MPR	2020	Formation non-officielle sur l'utilisation du MCREO et de la MCRO par une collègue.
E2	5/04	34 :23	Intra-hospitalier en psychiatrie	2015	Connaissance faible du modèle MCREO
E3	12/04	58 :00	Libéral	2014	A suivi la formation MCRO de l'ANFE
E4	20/04	42 :47	HAD	2001	A suivi la formation MCRO de l'ANFE (meilleure connaissance de l'outil que du modèle)
E5	25/04	42 :13	Libéral	2007	Formatrice MCRO

Les 5 ergothérapeutes interrogées sont des femmes.

Les 5 entretiens ont été réalisés dans le respect des règles RGPD et une demande d'autorisation de recueil des données a été signée par les ergothérapeutes en amont de l'entretien. J'ai donc entrepris l'analyse des résultats.

2.2.2 Analyses des résultats

Méthodologie

L'objectif de l'analyse des résultats est de relever les éléments des entretiens qui peuvent apporter un élément de réponse à la question de recherche. Dans un premier temps nous prendrons soins de préparer les données. Une retranscription mot à mot a donc été réalisée pour chacun des entretiens. En annexe, vous trouverez un des entretiens anonymisés. Cette retranscription intégrale « permet de aussi d'éviter d'écarter trop vite l'analyse des parties de l'entretien qui seraient jugées a priori inintéressante » (Marquet et al, 2022, p.250).

Afin de mettre en lien les différents entretiens, une méthode catégorielle sera utilisée. L'analyse catégorielle peut-être définie ainsi :

Elle consiste à calculer et à comparer les fréquences de certaines caractéristiques (le plus souvent les thèmes évoqués) préalablement regroupées en catégories significatives. Elle se fonde sur l'hypothèse qu'une caractéristique est d'autant plus importante pour le locuteur qu'elle est fréquemment citée. (Marquet et al, 2022, p.261)

Je me baserai donc sur une analyse catégorielle selon la méthode de Braun, Clarke (2006) :

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Phase 1: familiarising yourself with your data• Phase 2: generating initial codes• Phase 3: searching for themes• Phase 4: reviewing themes• Phase 5: defining and naming themes• Phase 6: producing the report (Braun, Clarke, 2006) | <p>Traduction :</p> <ul style="list-style-type: none">- Phase 1 : se familiariser avec les données- Phase 2 : générer des codes initiaux- Phase 3 : recherche de thèmes- Phase 4 : examen des thèmes- Phase 5 : définir et nommer les thèmes- Phase 6 : production du rapport |
|--|--|

Les thèmes identifiés sont la formation du MCREO, l'application du MCREO, l'utilisation de la MCRO, l'organisation des comptes-rendus, la spécificité du métier l'identité professionnelle, les critères de qualités d'un écrit, la communication interprofessionnelle, le vocabulaire employé, et enfin le diagnostic ergothérapeutique. En annexe, vous trouverez un tableau regroupant des citations de chacun des entretiens classés par thème.

Premier thème : La formation :

3 des ergothérapeutes interviewées, E3, E4, et E5, ont reçu la formation sur la MCRO donné par l'ANFE. Cette formation aborde le MCREO, son utilisation et comment l'appliquer dans les comptes-rendus. Ces trois ergothérapeutes sont satisfaites et ont vu les bénéfices de cette formation. E3 dit : « *la formation MCRO m'a permis de replacer l'activité au centre de ma pratique plutôt que la partie rééducation des fonctions, des déficiences et des incapacités. Donc je suis vraiment repartie sur une pratique centrée sur l'activité mais je sais pas dire à quel modèle est-ce que je me réfère.* ».

E1 a reçu une formation informelle grâce à la transmission d'une collègue. Enfin, E2 a abordé succinctement le MCREO lors de sa formation initiale : « *on en a entendu parler à l'école. Mais après l'appliquer concrètement, [hum] non. On n'a pas appris.* ».

E1, E2 et E3 sont d'accord pour affirmer qu'elles n'ont pas reçu un enseignement suffisamment concret durant leur formation initiale concernant les modèles conceptuels et leur impact sur la pratique. E3 dit : « *Alors moi, le concept des modèles, j'avoue que ça me dépasse un peu. Donc je ne saurai pas te dire les noms des modèles que j'utilise. J'en utilise probablement, mais je ne sais pas les nommer.* »

E5 rappelle l'importance de d'avoir une bonne connaissance des modèles afin de savoir les expliquer et les manipuler : « *C'est pourquoi je trouve que c'est important qu'un ergothérapeute puisse jongler entre les modèles et d'avoir en tête ce qu'est un modèle élaboré par les ergothérapeutes et un modèle élaboré par d'autres professionnels. A partir du moment où on en est mesure d'expliquer les termes, de les traduire, je trouve qu'il n'y a pas vraiment de freins.* »

E2 exprime le fait qu'elle aurait eu besoin d'une formation plus poussée sur la façon de rédiger un compte-rendu et mieux connaître les concepts des modèles notamment du MCREO : « *pendant les études, ça aurait été bien qu'on ait un peut-être un cours ou des choses sur justement les écrits. Comment faire un bon écrit, ce qu'on peut y mettre, ce qu'on ne peut pas y mettre, ce qui est important, ce qui n'est pas important. Je pense que ça au sein du parcours scolaire enfin... d'étude. Je pense ça pourrait apporter des bases en tant que professionnel.* ». Elle prévoit donc de recevoir des formations complémentaires fin 2023.

Deuxième thème : L'application du MCREO :

Faire référence aux modèles MCREO, permet aux ergothérapeutes E1, E2, et E5 de mettre en place un cadre, une intervention et leurs donnent accès à des outils. Les ergothérapeutes emploient des termes tels que « *ligne de conduite* », « *un cadre* », « *formaliser une démarche d'intervention* ». E5 dit que le MCREO l'aide à expliquer sa prise en soin : « *Le MCREO va permettre également d'expliquer ce que je fais (comment et pourquoi ?) au client et aux partenaires (collègues, confrères, médecins...).* Je m'appuie sur les chaînes de références et la théorie pour pratiquer l'ergothérapie. »

E1 exprime le fait qu'utiliser le MCREO l'aide à savoir quelles informations récolter lors d'une rencontre avec un patient et à les classer. En effet, elle remarque qu'elle récolte une plus grande quantité d'informations : *« il y a beaucoup d'informations je trouve maintenant qu'on utilise le MCREO »*.

Cependant, E3, E4 et E5 disent qu'il est difficile d'affirmer qu'elles utilisent le MCREO. Elles ont des raisons différentes. En effet, E3 dit : *« Comme ça fait pas partie moi de ma formation de base, j'ai beaucoup de mal à m'y mettre. Mais oui le constat que je fais, c'est qu'on utilise de plus en plus de modèles et on valorise de plus en plus l'ergothérapie en s'appuyant sur les modèles, sur des preuves scientifiques et de prouver que ce que l'on fait à un réel impact »*. E4 dit : *« On n'applique pas un modèle à la lettre, on aborde les choses avec nos différentes formations puis on fait notre prise en charge. On ne parle pas des modèles sur nos prises en charges au quotidien. »*. Enfin E5 dit : *« Je trouve que c'est donc difficile de dire que l'on utilise un modèle général. On y fait référence et tout le monde utilise des modèles, parfois sans s'en rendre compte. Donc, ce que je peux dire c'est que j'ai comme chef de référence plusieurs modèles conceptuels généraux, dont le MCREO. Mais j'ai aussi le PPH, la CIF, le MOH. Ce sont les quatre grands modèles conceptuels. » « Or c'est des concepts, de la théorie, c'est très abstrait. »*

De plus, E2, E3 et E4 trouvent que faire référence au MCREO les aide à formuler des objectifs thérapeutiques centrés sur l'occupation et plus concrets. E4 dit : *« Par rapport à la CIF, le MCREO m'aide à avoir des objectifs thérapeutiques centrés sur l'occupation. Avec un bilan de la CIF, on voyait les troubles moteurs, articulaires...on travaillait sur ces troubles puis on allait ensuite vers l'autonomie du patient. Avec le MCREO, c'est le contraire. Cette transition avait du sens pour moi. »* La méthode SMART a été citée par E4.

D'autre part, E3 essaye de baser son intervention sur les activités signifiantes du patient : *« je n'impose jamais rien aux patients. Je pars toujours de son envie à lui et j'essaie de lui demander ce qu'il aime faire, les loisirs qu'il aime faire au quotidien, ce qu'il aime pour justement pouvoir lui proposer quelque chose qui puisse être une activité signifiante... »*. Cependant, E3 pense que le MCREO fait référence à des concepts difficiles à mettre en place dans sa pratique : *« En fait, je pense que y a vraiment des spécificités pour les modèles MCREO et vraiment adaptés pour tout ce qui est rééducation. Où il est nécessaire d'avoir des objectifs*

concrets à travailler. Et une évolution qui est qui est visible en psychiatrie l'évolution un peu disait bah sur les moins sur des années ».

E1 évoque l'importance de l'agencement du lieu de travail et des possibilités qu'il offre. S'il est possible de faire des mises en situations, d'avoir accès au domicile et aux occupations du patient, adopter une approche occupationnelle sera plus facile. E1 partage l'expérience de la modification de son espace de travail suite à l'adoption d'une approche basée sur le MCREO. La trame du compte-rendu a changé en même temps que l'environnement de travail et des outils d'évaluation (MCRO).

Troisième thème : Organisation des informations dans les comptes-rendus

E1, E3, E4 et E5 utilisent une trame prérédigée. E2 n'a pas de trame mais acquies des automatismes sur l'ordre dans lesquelles elle présente les informations : *« J'essaie toujours d'avoir un peu la même trame pour ne pas oublier d'éléments ».*

E1 et E4 ont travaillé à plusieurs pour créer leurs trames de compte-rendu : *« Donc du coup, j'ai une trame... qu'on a fait avec l'équipe ergo » (E1), « On a fait des groupes avec des ergos, infirmiers et médecins de chaque unité qui ont travaillé ensemble sur cette trame. Mais c'est essentiellement les ergos qui ont travaillé sur ce document. » (E4)*

E3 et E5 ont créé leur trame seules à partir de leurs connaissances : *« J'ai une trame que j'ai moi-même définie. » (E5)*

E1 et E3 se sont reposées sur la MCRO pour modifier leurs trames. Les termes et les catégories sont retrouvés au sein de la trame. E1 exprime le fait que lorsque la MCRO est inutilisable avec un patient, elle n'utilise pas la trame habituelle et fait un diagnostic ergothérapeutique : *« quand le patient n'est jamais rentré chez lui ... et du coup n'a pas expérimenté un peu son handicap, c'est difficile pour lui de savoir quelles sont ses capacités »*
« Par exemple une butée d'épaule. Finalement, ils ont pas vraiment de soucis »
« Dans ces cas-là, [hésite] allez 5 fois sur 10 peut-être, je fais ma propre trame. »

Faire référence au MCREO aide les ergothérapeutes à choisir ce qu'elles veulent mettre en avant dans leurs comptes-rendus :

- E1 : *« les activités quotidiennes du patient ressortent plus »*

- E3 a besoin de garder certaines évaluations pour répondre aux besoins de ses collègues (cf. thème communication interprofessionnelle). Elle a donc eu une réflexion sur l'ordre des différentes parties de son compte-rendu. *« J'ai en premier, ... pas la retranscription directe mais en tout cas l'analyse de tous les points abordés pendant l'entretien MCRO. Et ensuite, la partie évaluation normée. Et dans ma conclusion, j'inscris les limitations de la participation dans la vie quotidienne [...] Dans mon entretien MCRO, j'ai un tableau qui comprend l'objectif, la cotation du rendement, la cotation de la satisfaction et en dessous un petit texte qui explique pourquoi est-ce que le jeune a mis cette note-là. Donc, les cotations rendement et satisfaction, elles apparaissent sous forme de tableau en dessous de ma MCRO. Donc j'ai vraiment l'explication de ce que c'est quand même la MCRO, le détail des activités productives, le détail des activités de loisirs, le détail des activités personnelles. Et après j'ai un tableau qui dit les 5 objectifs (bon en général j'en ai qu'un, l'écriture) mais voici les objectifs prioritaires retenus par un enfant et les notations qu'il a mis. »*
- E4 : *« Mais nos comptes-rendus sont plus sur une évaluation occupationnelle qu'analytique. »*
- E5 : *« Cela me permet de formaliser, de faire des choix, d'organiser ma trame. Elle aura plusieurs parties que je nomme de telle manière. J'ai choisi que la première partie concerne les occupations car je souhaite qu'elles soient vues en premier. Cette première partie se nomme « domaine de l'occupation ». En fait, le MCREO me permet de faire des choix dans la formalisation de mes écrits, à la fois sur le fond et la forme. »*

Les termes de « rendement » et « engagement » apparaissent dans les comptes-rendus de E1, E3, E4. Ils apparaissent aussi dans celui de E5 si elle utilise la MCRO. E1 dit : *« Et à chaque fois, du coup, on essaie de, avec la MCRO, de mettre en lien rendement, satisfaction. Et à la fin, on intègre le tableau, qu'on va passer au début de la prise en charge, où il y a un niveau de rendement sur 1 à 10, niveau de satisfaction sur 1 à 10, à T0. Et après, à la fin de la prise en charge, on fait la même chose et du coup on intègre ce tableau pour qu'on puisse comparer. Et puis après on l'écrit aussi dans notre compte-rendu. »*

E1, E4 et E5 sont satisfaites de leur trame, la trouve fonctionnelle et qu'elle représente bien leur vision de l'ergothérapie. E3 est globalement satisfaite de sa trame mais aimerait appuyer davantage sur la participation dans la conclusion : *« Donc là oui, j'ai bien travaillé la*

trame. Alors je dis pas que c'est parfait. Sur la conclusion et sur la participation, c'est vraiment pas parfait par rapport à ce qu'on a vu pendant la formation. Mais je pense que c'est assez complet et succinct pour que la personne qui lise le bilan puisse se rendre compte à peu près de qui est le jeune. » « Donc je comprends que ça prouve que l'ergothérapie peut et se doit d'être centrée sur l'activité. Je pense que c'est ça l'avantage d'avoir un compte-rendu comme ça... »

Quatrième thème : La MCRO

Parmi les ergothérapeutes interviewés, E1, E3, E4, E5 utilisent régulièrement la MCRO. E1 et E4 utilisent systématiquement la MCRO. E2 ne l'utilise pas et ne la connaissait pas. Après une présentation rapide de l'outil, voici sa réponse concernant son utilisation en psychiatrie dans sa pratique : *« Alors je pense que c'est difficilement utilisable... Ça dépend peut-être des niveaux... du stade où on est le patient. C'est-à-dire qu'en intra-hospitalier là où moi je travaille actuellement, on travaille avec des personnes qui sont en crise. Et quand ils sont en crise, la réalité fait que ils sont très... c'est très difficile pour eux d'évaluer ou alors ils vont évaluer d'une manière très subjective. Et finalement, alors je dis pas que ça va être peu fiable, mais en termes d'évolution... il est peu probable que ça évolue. Alors que si on fait ça, peut être en CATTP où les patients sont même très stables, où ils ont déjà plus de capacité aussi de d'élaboration, de perception sur leur vécu, sur les difficultés qui peuvent avoir. Là ça pourrait peut-être être un peu plus jouable. »*

La MCRO aide E3 à placer l'enfant au centre de sa prise en soin : *« en fait moi, ce que j'ai du mal à faire, c'est de m'écarter du parent qui parle toujours beaucoup à la place de l'enfant. Et j'ai beaucoup de mal à faire l'entretien avec l'enfant ».*

Pour E4, la MCRO est un outil utile pour mieux connaître les problématiques occupationnelles des patients et ainsi de mieux définir les objectifs thérapeutiques : *« Cela m'intéressait d'avoir un outil pour que la personne puisse identifier ses problématiques occupationnelles alors qu'historiquement on fait des entretiens avec le patient, on recueille ses problématiques. », « cela permettait vraiment à la personne de se poser des questions sur ce qui était difficile pour elle et pour nous de faire ressortir les objectifs de prise en charge qui avaient du sens pour le patient. »*

Cependant, E3 et E4 voit des freins de l'utilisation de la MCRO dans leur pratique :

- E3 : « *Je me demande s'il ne faudrait pas revoir le bilan, et retravailler cette cotation de la satisfaction du jeune. Parce qu'autant on arrive à leur faire leur comprendre la question sur le rendement, autant celle sur la satisfaction c'est plus difficile...* »
« *Donc je trouve que faire la cotation en présence du parent influence la note que va donner l'enfant. Parce que l'enfant a regardé un peu son parent, il va dire baa 5, la note que tu peux pas justifier.* »
- E4 : « *Les freins à l'utilisation du MCRO sont les troubles cognitifs. La compréhension de l'outil de façon générale et la cotation de l'aspect « rendement-satisfaction » pour des personnes avec des troubles cognitifs sont complexes.* » Et le temps de passation.

Cinquième thème : Critères de qualité des écrits professionnels

Tout d'abord, les 5 ergothérapeutes pensent qu'un écrit de qualité est un écrit compréhensible, qui décrit bien le patient et l'intervention, et qui transmet toutes les informations dont le professionnel a besoin. E5 me transmet un conseil qu'elle a reçu d'un tuteur canadien : « *Il m'avait dit « il faut que la conclusion (aujourd'hui le diagnostic en ergothérapie) ne soit pas trop longue et que lorsque tu relis ta conclusion plusieurs années après, on doit pouvoir retrouver la personne* ». »

Le second critère de qualité cité est la précision car évoqué par E1, E2, E3. E2 exprime le fait que la précision dans l'écrit va être déterminée par la qualité d'observation de l'ergothérapeute. Pour E3, le compte-rendu doit être synthétique et avec une qualité d'analyse fine : « *avoir une analyse qui soit assez fine et assez poussée pour que ce soit synthétique* ».

En termes de quantité de rédaction, E1, E3, E5 pensent que le fait de faire référence au MCREO augmente l'exigence concernant la qualité de l'écrit. En effet, la description des occupations doit être rigoureuse.

E1 pense que les informations doivent être « *très factuelles* ».

Cependant, E1, E3, E4 et E5 exprime le fait que la rédaction d'un compte-rendu est chronophage. E5 : « *J'aimerais bien faire en sorte que cela soit moins chronophage mais en même temps je n'y arrive pas car je trouve que c'est important d'avoir cette analyse qualitative, de prendre le temps de voir ce qui est important pour la personne, ce qui a du sens pour elle.* »

Afin de préparer la rédaction de son compte-rendu, E3 utilise un tableau Excel qui lui permet de trier les informations durant l'entretien. Pour gagner en efficacité dans la rédaction et l'analyse, E3 conseille de s'entraîner le plus possible. De plus, pour que le compte-rendu gagne en qualité, E1 rédige le compte-rendu en plusieurs fois : « *je fais en plusieurs jours mon compte rendu* » « *j'essaie de me relire en me disant : est-ce que, si je récupère ce dossier-là, je comprends mes phrases.* »

Sixième thème : Spécificité du métier/ identité professionnelle

Pour E1, E3 et E5 faire référence à un modèle élaboré par des ergothérapeutes, ici en l'occurrence le MCREO, permet d'affirmer sa spécificité d'ergothérapeute et renforcer son identité professionnelle :

- E1 : « *Notre plus-value de l'ergo ne ressortait pas dans nos bilans avant.* » « *nos comptes-rendus sont beaucoup plus précis et notre métier d'ergo ressort beaucoup plus* »
- E3 : « *ce que ça apporte, c'est que ça différencie tout de suite ton compte rendu d'un autre professionnel.* »
- E5 : « *En France, on n'a pas de modèle général et on pioche donc à droite et à gauche, à la fois chez nos collègues anglosaxons et dans ces modèles interprofessionnels. Mais le fait que cela soit élaboré par les ergothérapeutes pour des ergothérapeutes renforce une identité professionnelle. Cela donne sens à ce que l'on fait et à ce l'on est.* »

Pour E2, les comptes-rendus peuvent être un support pour communiquer sur ce qu'est le métier d'ergothérapeute : « *Ya le psychiatre qui était surpris de tout ce qu'on pouvait faire en ergothérapie à travers un écrit. Parce qu'il ne se rendait pas compte de la vue globale qu'on pouvait avoir.* », « *peut-être voire comment les écrits pourraient être écrits différemment, d'une autre manière pour justement venir susciter l'intérêt et les questions, chez les autres professionnels.* »

Pour E3, faire référence au MCREO et rédiger ses comptes-rendus lui permettent d'avoir une réflexion sur son positionnement : « *Je me disais : est-ce que vraiment c'est une valeur d'être ergothérapeute pour faire cet exercice-là. Et donc je me posais des tas de questions, j'avais beaucoup de suivis qui étaient trop longs et que j'arrivais pas à arrêter* »

« Je me suis dit : pourquoi un ergo travaillerait sur les incapacités, alors que notre rôle de métier c'est vraiment l'activité. »

Pour E4, faire référence au MCREO dans ses écrits et utiliser la MCRO permettent d'harmoniser la pratique des ergothérapeutes travaillant dans le même type de structure. Leur but est de faire reconnaître leur utilité, leur spécificité et justifier le financement des interventions à domicile : *« On souhaite uniformiser nos pratiques pour montrer que l'hospitalisation à domicile de réadaptation à un intérêt bien que cela coûte cher et que cela ne rapporte pas à l'hôpital. », « je m'y retrouve davantage maintenant », « Le fait d'être à domicile me fait voir les choses très différemment et forcément, centrer la prise en charge sur l'occupation, est une évidence. ».*

Septième thème : Communication interprofessionnelle

En rédigeant leurs comptes-rendus, tous les ergothérapeutes prennent en compte qu'ils vont être lus par d'autres professionnels de santé. Les ergothérapeutes modifient le fond et la forme du compte-rendu :

- **E1** : *« Alors généralement, les comptes rendus sont par les médecins. Et puis les autres professionnels, je pense que ça les intéresse aussi. », « je demande leurs avis aux médecins si c'est ce genre d'écrit qu'ils attendent »*
- **E2** : Avec l'expérience : *« j'apporte des éléments qui puissent qui... qui qui peuvent finalement intéresser tous les intervenants possibles. »*
- **E3** répond à l'obligation d'avoir de données cotées : *« Mais j'ai des jeunes qui sont dans une recherche de diagnostic, est-ce qu'est un trouble autistique, est-ce que c'est un TDC, un trouble attentionnel ou pas. Donc là, on est obligé de faire les cotations normées », « Du coup, ça dépend en fait qui oriente en fait »*

E3 est consciente de l'importance de la conclusion car l'élément le plus lu par ses collègues selon elle : *« Ya quand même des gens qui se rendent compte de la plus-value de l'utilisation du MCREO dans les comptes-rendus mais pas plus que ça. Après, je pense aussi que mes comptes-rendus sont lus beaucoup dans le cadre du réseau. Mais avant que je fasse la MCRO ou pas, je suis pas sûr que les gens lisent énormément les comptes-rendus. Je pense que, dans les comptes rendus, les gens lisent la conclusion et c'est à peu près tout »*

- **E4 :** *« Nos comptes-rendus sont sur Excel, donc sur l'ordinateur »* Pour faciliter la communication avec le médecin. *« Notre collègue, médecin, nous fait régulièrement des retours pour nous dire si elle trouve les informations qu'elle cherche. »*
- **E5 :** *« Cela sert à choisir par exemple les termes que l'on va utiliser. Si je m'adresse à un médecin, je ne vais peut-être pas parler d'engagement occupationnel car il ne comprendra peut-être pas de quoi je parle. Par contre, je vais peut-être faire le choix de parler de situation de handicap. »*

E1 exprime le fait que souvent les médecins ont besoin de termes *« précis, avec des termes professionnels »*.

E3 pense que le compte-rendu ergothérapique et notamment le diagnostic ergothérapique est *« Intéressant pour un autre professionnel »*, *« je trouve que le diagnostic permet de se représenter l'enfant »*.

Huitième thème : Vocabulaire utilisé

Concernant le vocabulaire du modèle MCREO, E1 et E3 pensent que cela peut être un frein à la bonne compréhension du compte-rendu par les professionnels et les patients. Cependant, en expliquant les termes aux personnes concernées cela est possible.

- **E1 :** *« On a on a passé une passé une petite heure à leur présenter quand même ce nouveau bilan qu'on allait faire passer avec les nouveaux termes. Et donc, ils les ont entendus. »*
- **E3 :** *« Alors je pense qu'au début c'est un frein. Après, on travaille vite toujours avec une même personne parce qu'on se rend compte de qui travaille comment et avec qui est ce qu'on aime bien travailler. Donc y a un travail de communication à faire là-dessus. Dans mon bilan, j'explique ce que c'est que la MCRO et j'ai une petite définition de ce que c'est que le rendement, de ce que c'est que la satisfaction. »*

E2 pense que si elle utilise un vocabulaire spécifique à une approche occupationnelle, ses comptes-rendus ne seraient pas compris : *« j'essaie d'avoir le vocabulaire adapté, et le plus simple possible pour qu'il reste compréhensible par la, par la majorité des intervenants. »*

E1 et E4 expliquent le fait qu'elles utilisent les termes du MCREO à l'écrit et avec leurs collègues mais peu dans leur communication avec les autres professionnels :

- **E1** : *« en fait, ne les utilise pas vraiment dans notre communication... Je me rends compte que qu'on les utilise pas vraiment dans nos échanges avec les professionnels. »*
- **E4** : *« J'utilise le vocabulaire MCREO quand je parle à mon équipe de ce qu'a donné la MCREO pour un patient mais dans mes comptes-rendus, je parle plus de participation. Mon vocabulaire a donc un peu changé », « Je parle plutôt des tâches quotidiennes (courses, ménage...) mais je n'utilise pas vraiment le terme productivité. »*

E5 choisit le vocabulaire du modèle lui semblant le plus adapté et explique les termes à l'écrit ou à l'oral : *« J'utilise donc des termes, du vocabulaire, un langage qui est issu de plusieurs modèles conceptuels généraux. » « Parfois je jongle entre les deux notamment avec la « participation occupationnelle » et la « performance occupationnelle » qui sont des termes que je peux utiliser à l'oral mais aussi à l'écrit. En fait je jongle. » « Par exemple dans mes comptes-rendus, j'ai fait le choix de noter « l'occupation » mais par contre j'ai mis une définition. Idem pour le « rendement occupationnel ». Dès que je sais que mon compte-rendu est lu par une personne non ergothérapeute, je décris les termes. C'est l'avantage de l'écrit. »*

Neuvième thème : Diagnostic ergothérapeutique :

E3 et E5 font un diagnostic ergothérapeutique dans tous leurs comptes-rendus.

- **E3** : *« dans ma partie conclusion de mon bilan, j'ai un diagnostic ergo sur la participation et la limitation de la participation. Où je reprends en gros les grandes lignes de ce qu'il a été dit pendant la MCRO. Quelles sont les difficultés ? dans quel type de domaine ? Et après j'ai la partie pour le coup norme quantifiée, bilan quantifié. Cette partie-là je pense qu'elle est trop succincte. Malheureusement, c'est un peu trop un listing des difficultés que je vais faire et que je prends pas le temps de rédiger tel difficulté dans tel contexte... »*
- **E5** : *« Le diagnostic en ergothérapie me guide beaucoup, notamment la première partie où on va décrire l'état occupationnel de la personne. Bien avoir identifié et décrit l'état occupationnel, grâce à des outils comme la MCRO nous aide à bien personnaliser. »*

E1 fait un diagnostic seulement si elle n'utilise pas la MCRO et sa trame habituelle, c'est-à-dire quand l'hospitalisation est courte et que le patient ne présente pas de soucis occupationnels.

« Maintenant que j'utilise la trame, je le fais beaucoup moins »

« En fait pour moi, c'est un peu, ça m'aide à avoir une trame et rien oublier comme information dans ma présentation du patient dans mon compte rendu. Et du coup, c'est pour ça que je fais un diagnostic ergo. »

« Je trouve que ça fait plus professionnel comme écrit de mettre un diagnostic »

Enfin, E2 et E4 ne font pas de diagnostic ergothérapeutique. En effet, les deux ergothérapeutes pensent que cela leur demanderait trop de temps et par soucis de simplicité : *« Parce qu'honnêtement j'ai pas forcément le temps pour chaque patient de réaliser un diagnostic ergo. Je pense que sinon je passerai mon temps à faire des rédactions de bilans ergo. Enfin de diagnostic ergo. »* (E2), *« Non. J'ai des formations là-dessus mais je n'en fais pas par simplicité. Cela me demanderait un travail un peu scolaire pour me familiariser avec ça mais j'ai l'impression que cela serait chronophage pour moi pour me l'approprier »* (E4).

E2 voit un intérêt dans le diagnostic ergothérapeutique et souhaiterait l'intégrer dans sa pratique : *« Mais c'est vrai que je pêche un peu là-dedans. Et c'est quelque chose qu'il faudrait que je modifie dans ma pratique ».*

« le diagnostic ça met vraiment en avant les forces et les faiblesses du patient. Donc, sur quoi on peut s'appuyer pour justement amener le patient à évoluer et à atteindre des objectifs. Donc c'est vrai que si on les identifie pas clairement, même si on le fait de manière inconsciente... mais tant que c'est pas rédigé... »

Conclusion :

Ces 5 entretiens nous montrent 5 visions différentes de l'utilisation du MCREO dans les comptes-rendus. Dans la discussion, nous essayerons de comparer les résultats avec le cadre conceptuel puis avec l'hypothèse de départ. Enfin, nous présenterons les limites de l'étude.

2.3 Discussion

Confrontation des résultats avec le cadre conceptuel

Concernant la formation des ergothérapeutes, leurs bagages concernant les concepts liées à la science de l'occupation et à l'application du MCREO sont très différents. En effet, cette disparité de connaissance peut s'expliquer par le fait que les ergothérapeutes n'ont pas reçu les mêmes enseignements. Les ergothérapeutes diplômés sous le programme de formation de 2010, ont reçu un premier enseignement (Meyer, 2018). Cependant, cette étude montre que les bases reçues ont besoin d'être affinées et un travail est nécessaire pour s'approprier les notions. Les modèles conceptuels restent souvent flous pour les jeunes diplômés. Ils connaissent parfois les concepts sans pouvoir les expliquer ou reconnaître à quel modèle ils font référence. De même, cette étude montre que les ergothérapeutes n'ayant pas assez d'expérience dans la rédaction d'un diagnostic ergothérapique ont plus de mal à l'intégrer dans leur compte-rendu malgré une reconnaissance de sa plus-value (De Haerne & Brousseau, 2018). Le manque de formation est donc bien un frein à l'application du MCREO dans les comptes-rendus (Kaiser et al, 2005).

La formation ANFE sur le MCRO est décrite par les ergothérapeutes comme un bon moyen d'apprendre à appliquer concrètement ses notions à travers l'outil MCRO et leurs comptes-rendus. D'autre part, pour les ergothérapeutes souhaitant adopter une approche occupationnelle, la transmission entre ergothérapeutes d'une même équipe est une autre solution afin de se former et modifier sa pratique. Nous pouvons voir ici l'importance de la formation continue. En effet, les ergothérapeutes développant une expertise (formations supplémentaires, lectures, participation à des conférences, application quotidienne...) ont plus de facilité à choisir le modèle, le vocabulaire et les outils correspondant à la situation du patient. Ainsi, ils utilisent le MCREO, son vocabulaire et ses outils de manière optimale. La maîtrise des notions permet aussi de mieux les expliquer et d'avoir une rigueur dans le choix des termes. De plus, il sera plus facile pour l'ergothérapeute de choisir d'écrire - ou de ne pas écrire - un diagnostic s'il a expérimenté et mis en place des automatismes (Gauthier & Mignet, 2023).

Lors de cette étude, les ergothérapeutes ayant la volonté de faire reconnaître leur savoir, leur spécificité d'ergothérapeute ou de recentrer leur pratique sur les occupations et leurs patients, se sont tournés vers une approche centrée sur l'occupation (Meyer, 2013 ; Caire &

Rouault, 2017). Souvent, ils cherchent d'abord un outil avant la connaissance des concepts théoriques. C'est ainsi que les 4 ergothérapeutes se sont formés à l'utilisation de la MCRO, et ont reçu en complément un enseignement sur les concepts véhiculés par le MCREO.

Après l'acquisition de ces connaissances, les ergothérapeutes modifient leur pratique et notamment leurs comptes-rendus. La formation continue amène les ergothérapeutes à avoir une réflexion sur l'agencement de leurs écrits et le vocabulaire qu'ils utilisent. Les écrits reflètent la pratique de l'ergothérapeute (Brousseau & Tosser, 2015 ; Trouvé, 2019). Faire référence au MCREO aide les ergothérapeutes à donner une place plus importante aux occupations dans leur compte-rendu et à faire ressortir leur plus-value d'ergothérapeute (Laurent, 2021 ; Meyer, 2013). Les ergothérapeutes n'ayant pas de difficultés à rédiger des diagnostics trouvent que c'est une bonne manière de présenter le patient, ses occupations et de renforcer l'aspect professionnel de leur compte-rendu. De plus, faire référence au MCREO aide à formuler des objectifs thérapeutiques centrés sur les activités, à expliquer et justifier leur intervention. Ainsi, la prise de décision en ergothérapie est facilitée grâce à leur expertise et à l'utilisation des évaluations occupation-centrées. Les ergothérapeutes se basent donc sur des données probantes (Baker & Tickle-Degen, 2014).

Par ailleurs, les ergothérapeutes gardent en tête que leurs comptes-rendus doivent être suffisamment informatifs et compréhensibles par les autres professionnels de santé. En effet, on demande souvent aux ergothérapeutes d'adopter un vocabulaire précis et professionnel (Meyer, 2013 ; Meyer, 2018 ; Brousseau et al, 2015). L'avis sur l'utilisation d'un vocabulaire spécifique à l'ergothérapie est mitigé. Pour l'ergothérapeute travaillant en psychiatrie, cela n'est pas envisageable car elle pense que ses bilans sont peu lus et qu'ils seraient moins bien compris par ses collègues. Pour d'autre, l'utilisation du vocabulaire du MCREO est possible à condition de savoir l'expliquer. Pour cela, les ergothérapeutes interrogés ont organisé des réunions avec leurs collègues ou intègrent des définitions dans leurs comptes-rendus. Certains ergothérapeutes pensent que, par soucis d'accessibilité, le vocabulaire du MCREO est utilisable uniquement à l'écrit ou entre collègues ergothérapeutes. Les ergothérapeutes suffisamment à l'aise avec différents modèles conceptuels peuvent « jongler » afin d'adapter leur vocabulaire à leurs lecteurs. Là encore, le diagnostic ergothérapique est cité comme une bonne solution pour présenter le point de vue ergothérapique et est donc intéressant pour les lecteurs (Trouvé, 2018 ; Dubois et al, 2017). D'autre part, les ergothérapeutes ayant modifié leur trame ont souvent

demandé l'avis de leurs collègues afin qu'elles répondent aux besoins informatifs et favorisent le travail interprofessionnel.

Enfin, le travail de rédaction du compte-rendu est difficile et chronophage. En effet, il est nécessaire d'arbitrer entre qualité et temps de rédaction (Gauthier & Mignet, 2023). Globalement les ergothérapeutes veulent d'abord que le compte-rendu réponde au besoin d'information du lecteur, ensuite qu'il soit précis et complet. Il doit aussi être synthétique. Le compte-rendu doit représenter le patient et sa singularité. Il doit pouvoir être compréhensible sur la durée afin de faciliter le suivi du patient, même en cas de changement de thérapeute, ou de reprise de suivi après un long temps écoulé par exemple. D'autre part, faire référence au MCREO rajoute une exigence dans la classification des informations, le choix du vocabulaire et la volonté de faire ressortir les occupations. Ainsi, pour que le compte-rendu réponde aux critères de qualité, il est nécessaire de prévoir un assez long temps de rédaction dans son emploi du temps. C'est aussi un argument freinant le choix de MCREO par les ergothérapeutes : il n'est pas envisageable pour les ergothérapeutes de passer plus de temps à rédiger qu'à intervenir directement auprès du patient. Cependant, pour les ergothérapeutes souhaitant avoir une approche centrée sur les occupations, il est important de prendre le temps de rédiger une analyse qualitative de leur intervention. Cet exercice leur permet d'avoir une méta-analyse de leur pratique (Caire, 2012 ; Kaiser, 2005). De plus, l'ergothérapie reste encore quelque chose de flou pour le grand public et certains professionnels de santé. Ainsi, pour un ergothérapeute, faire référence au MCREO dans ses comptes-rendus lui donne un sentiment de satisfaction et de valorisation de sa place au sein de l'équipe soignante, et donne du sens à son action. Cela l'aide à renforcer son identité professionnelle et de l'expliquer aux lecteurs (Laurent, 2021 ; Meyer, 2018 ; Desormeaux-Moreau et al, 2019).

Confrontation des résultats avec l'hypothèse

Pour répondre à la question de recherche, j'avais émis l'hypothèse suivante :

Le MCREO aide les ergothérapeutes à rédiger des comptes-rendus qui témoignent de leurs spécificités d'ergothérapeutes à travers un vocabulaire précis, des objectifs et des moyens centrés sur l'occupation.

A la suite de l'interprétation des résultats à la lumière de mon cadre conceptuel, je peux dire que cette hypothèse est partiellement validée. En effet, le MCREO aide bien les ergothérapeutes à refléter leur vision de l'ergothérapie à travers leurs comptes-rendus, à formuler des objectifs thérapeutiques et des moyens centrés sur l'occupation. Cependant, faire référence au MCREO demande une exigence supplémentaire, du temps et des connaissances approfondies des concepts ergothérapeutiques. Les ergothérapeutes souhaitant avoir une approche centrée sur l'occupation peuvent être démotivés par ces difficultés.

Concernant le vocabulaire, l'hypothèse est partiellement validée car même en ayant une bonne connaissance des termes, certains ergothérapeutes préfèrent utiliser des termes simples et plus classiques pour faciliter la communication interprofessionnelle.

De plus, il serait intéressant d'interroger un plus grand nombre d'ergothérapeutes afin d'affiner la validation de cette hypothèse. D'autres biais seront décrits ci-dessous.

Limites

Biais méthodologique :

Tout d'abord, ce fut difficile de poser les mêmes questions à tous les ergothérapeutes. En effet, ils avaient des connaissances différentes des concepts en ergothérapie et leur expérience était source de curiosité de ma part.

De plus, certains ergothérapeutes parlaient plus facilement de leur utilisation de la MCRO que du MCREO, et j'ai eu parfois du mal à recentrer les entretiens sur mon sujet.

De plus, mes critères d'inclusion n'étaient pas assez précis et manquaient d'indicateurs. En effet, E2 ayant une faible connaissance du modèle ne correspond pas entièrement à mes critères d'inclusions mais je ne l'ai découvert qu'au moment de l'interroger. Cependant, je trouvais intéressant de conserver les éléments qu'elle a apportés à l'étude.

Enfin, je n'ai pu interroger que 5 ergothérapeutes ce qui est loin d'être représentatif de la population interrogée.

Biais de sélection :

Il manque au minimum un entretien avec un ergothérapeute ayant une approche occupationnelle travaillant en psychiatrie.

Biais de confirmation :

Durant les entretiens, je mettais plus d'importance et demandais plus de précisions sur les informations qui me permettraient de confirmer mon hypothèse. J'ai moins détaillé les points de vue qui jouaient en défaveur de ma conception.

Ainsi, les résultats obtenus sont à manipuler avec précaution et il est important de les nuancer.

Conclusion

Ce mémoire d'initiation à la recherche a pour objectif de répondre à la question suivante : Dans un contexte de transition vers une approche centrée sur l'occupation, en quoi le MCREO modifie-t-il la rédaction des comptes-rendus ergothérapeutiques ? En effet, les écrits et plus particulièrement les comptes-rendus reflètent souvent la pratique des ergothérapeutes. Ainsi, un ergothérapeute souhaitant adopter une approche centrée sur l'occupation parvient-il à faire ressortir sa vision de l'ergothérapie lorsqu'il fait référence au MCREO ? En interrogeant 5 ergothérapeutes ayant des connaissances différentes et travaillant dans différents types de structures, nous avons pu conclure que le MCREO apporte les connaissances et des outils pour mieux expliquer la spécificité de l'ergothérapeute à travers les écrits. Cependant, un modèle conceptuel reste une représentation théorique et les ergothérapeutes y faisant référence doivent mener une réflexion afin de choisir comment l'appliquer dans leur pratique. Cette étude montre aussi l'importance de la formation (initiale et continue). Les ergothérapeutes qui ont une bonne connaissance des différents modèles conceptuels pourront plus facilement adapter leur compte-rendu aux critères de qualités aussi bien qu'intrinsèques et qu'extrinsèques.

En tant qu'ergothérapeute, il sera intéressant pour moi de continuer cette réflexion sur l'impact de mes écrits dans ma pratique. Formaliser ma pensée à l'écrit me permettra aussi d'améliorer mes capacités de méta-analyse afin de continuer à apprendre. Souhaitant adopter une approche centrée sur l'occupation, faire référence au MCREO sera un moyen, pour moi, de formaliser mon intervention et m'aidera à prendre des décisions. Cette étude m'a aussi appris l'importance de la formation continue et de se tenir au courant des nouveautés concernant la profession. L'ergothérapie évolue rapidement et les champs d'intervention de l'ergothérapeute se diversifient.

A travers les entretiens menés, nous avons pu voir la volonté d'harmoniser les pratiques des ergothérapeutes au sein d'une même équipe. Certains voulaient adopter la même trame de compte-rendu, le même vocabulaire, ou les mêmes évaluations. Afin de poursuivre la réflexion de cette étude, nous pourrions nous demander comment et pourquoi une équipe d'ergothérapeutes harmoniserait sa pratique ?

Bibliographie

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). (2001). *Le dossier du patient en ergothérapie*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/ergoth_rap.pdf
- ANFE. (2019). *ANFE - la profession*.
- ANFE. (2023). Ecriture des dossiers en ergothérapie. *Catalogue formation 2023*, 100.
- Baillargeon-Desjardins, J., & Brousseau, M. (2019). *Les ergothérapeutes francophones européens parviennent-ils à avoir une pratique fondée sur les occupations ?* [Application/pdf]. 5(1), 81-101. <https://doi.org/10.13096/RFRE.V5N1.99>
- Baker, N., & Tickle-Degnen, L. (2014). Chapitre 31: Evidence-Based Practice. In H. S. Willard & B. A. B. Schell (Éds.), *Willard & Spackman's occupational therapy* (12th ed, p. 398-412). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Berro, M., & Deshaies, L. (2016). Chapitre 25. L'amélioration de la pratique fondée sur l'occupation au Centre de Réadaptation National Rancho Los Amigos : In *La science de l'occupation l'ergothérapie* (p. 309-321). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.pierc.2016.01.0309>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brousseau, M., & Tosser, M. (2015). Un modèle conceptuel basé sur l'activité au service de l'écriture des dossiers cliniques en ergothérapie. *Ergothérapies*, 59, 37-43.
- Caire, J.-M. (2012). En guise d'introduction. In *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : Entre concepts et réalités* (p. 15-20). De Boeck Supérieur ; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/dbu.caire.2012.01.0015>
- Caire, J.-M., & Rouault, L. (2017). Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO). In Morel-Bracq Marie-Chantal, *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (2e édition, p. 85-96). De Boeck Supérieur.

- Charret, L., & Thiébaud Samson, S. (2017). Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie. *Contraste*, 45(1), 17-36. <https://doi.org/10.3917/cont.045.0017>
- De Haerne, C., & Brousseau, M. (2018). Les ergothérapeutes français ont-ils une approche centrée sur la personne ? *Ergothérapies*, 69, 65-71.
- Delaisse, A. C., Bodin, J. F., Charret, L., Hernandez, H., & Morel-Bracq, M. C. (2022a). Concepts et paradigmes en ergothérapie. In *L'ergothérapie en France : Une perspective historique* (p. 71-90). De Boeck Supérieur.
- Delaisse, A. C., Bodin, J. F., Charret, L., Hernandez, H., & Morel-Bracq, M. C. (2022b). Les racines de l'ergothérapie dans l'Histoire de France : Que s'est-il passé dans l'accompagnement des situations de handicap avant que les ergothérapeutes n'y participent en tant que profession ? In *L'ergothérapie en France : Une perspective historique*. De Boeck Supérieur.
- Dépelteau, F. (2010). L'entrevue. In *La démarche d'une recherche en sciences humaines : De la question de départ à la communication des résultats* (2e éd, p. 314-335). De Boeck.
- Désormeaux-Moreau, M., & Drolet, M.-J. (2019). Valeurs liées à la profession d'ergothérapeute : Les répertoire pour les définir. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 86(1), 8-18. <https://doi.org/10.1177/0008417418822486>
- DREES. (s. d.). *Démographie des professionnels de santé*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Consulté 6 novembre 2022, à l'adresse <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
- Dubois, B., Thiébaud Samson, S., Trouvé, E., Tosser, M., Poriel, G., Tortora, L., Riguet, K., & Guesné, J. (2017). *Guide du diagnostic en ergothérapie*. De Boeck Supérieur.
- Fohr, A. (2015). L'ergothérapeute de demain sera-t-il encore un thérapeute ? *Ergothérapies*, 59, 13-14.
- Franc, N., & Pupier, F. (2014). 13. Insight. In *TDA/H - Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité* (p. 109-111). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.bange.2014.01.0109>

- Gauthier, A., & Mignet, G. (2023, mai 15). *Ecriture professionnelle et ergothérapie : Comment gagner en efficacité ?* webinaire ANFE.
- Gauthier, A., & Trouvé, E. (2017). Evolution conceptuelle de l'ergothérapie en France. *Le Monde de l'Ergothérapie*, 33, 30-32.
- Glasdam, S., & Sudmann, T. T. (2021). Use of Measuring Tools in Practice Development Projects: A Critical Perspective. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 88(1), 59-70. <https://doi.org/10.1177/0008417421994365>
- HAS. (2022). *Accréditation des médecins et équipes médicales*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_428381/fr/accréditation-des-medecins-et-equipes-medicales#toc_1_2_3
- Kaiser, M.-L., Braun, M., & Rhyner, C. (2005). Utilisation de la MCRO auprès d'enfants et de leurs parents : Une expérience suisse. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72(1), 30-36. <https://doi.org/10.1177/000841740507200108>
- Kielhofner, G. (2009). The Kind of Knowledge Needed to Support Practice. In *Conceptual foundations of occupational therapy practice* (4th ed, p. 8-14). F.A. Davis Co.
- Laurent, M. (2021). Les modèles conceptuels : Une réponse à la quête identitaire des ergothérapeutes. *Ergothérapies*, 81, 57-64.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., & [et al.]. (2014). *MCRO La mesure canadienne du rendement occupationnel* (5e ed.). Association canadienne des ergothérapeutes.
- Marquet, J., Van Campenhoudt, L., & Quivy, R. (2022a). L'analyse de contenu. In *Manuel de recherche en sciences sociales* (6e éd, p. 259-265). Armand Colin.
- Marquet, J., Van Campenhoudt, L., & Quivy, R. (2022b). Panorama des principales méthodes de recueil des informations. In *Manuel de recherche en sciences sociales* (6e éd, p. 198-228). Armand Colin.
- McColl, M. A., Law, M., Baptiste, S., Pollock, N., Carswell, A., & Polatajko, H. J. (2005). Targeted Applications of the Canadian Occupational Performance Measure. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72(5), 298-300. <https://doi.org/10.1177/000841740507200506>

- Meyer, S. (2013). Chapitre 2—Le vocabulaire de l’ergothérapie. In *De l’activité à la participation* (p. 21-27). De Boeck-Solal.
- Meyer, S. (2018). *Quelques clés pour comprendre la science de l’occupation et son intérêt pour l’ergothérapie* [Application/pdf]. <https://doi.org/10.13096/RFRE.V4N2.116>
- Meyer, S. (Éd.). (2020). L’occupation en thérapie et la thérapie comme occupation. *ErgOTHérapies*, 77, 37-44.
- MIGNET, G. (2019). L’écriture professionnelle en ergothérapie : Expérience d’un groupe de travail. In M.-H. Izard, *Expériences en ergothérapie* (p. 53-62). Sauramps médical.
- Morel-Bracq, M. C. (2013). Choisir et intégrer un modèle conceptuel dans la pratique en ergothérapie : Pourquoi et comment ? In M.-H. Izard, *Expériences en ergothérapie* (Vol. 26, p. 136-144). Sauramps médical.
- Morel-Bracq, M. C. (2017). Introduction. In Morel-Bracq Marie-Chantal, *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (2e édition, p. 1-11). De Boeck Supérieur.
- Morel-Bracq Marie-Chantal. (2017). Chapitre 1 : Modèle généraux interprofessionnels. In *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux / sous la direction de Marie-Chantal Morel-Bracq* (2e édition, p. 13-50). De Boeck Supérieur.
- Morel-Bracq, M.-C. (2010). Les changements apportés au référentiel de formation : Nouveautés et universitarisation. *Ergothérapies*, N°40, 15-19.
- Morel-Bracq, M.-C., Destailats, J.-M., & Platz, F. (2012). Chapitre 4. Les fondements conceptuels en ergothérapie. In *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : Entre concepts et réalités* (p. 109-125). De Boeck Supérieur ; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/dbu.caire.2012.01.0109>
- OMS. (s. d.). *Constitution* [Organisation Mondiale de la Santé]. Constitution. Consulté 6 novembre 2022, à l’adresse <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2016). L’utilisation de modèles et d’approches propres à notre profession : Faire ressortir notre spécificité d’ergothérapeute. *Ergothérapie express*, 1-2.

- Townsend, E., & Polatajko, H. J. (2013a). La science de l'occupation—Impératifs pour l'ergothérapie. In N. Cantin (Éd.), *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (Deuxième édition, p. 75-98). CAOT Publications ACE.
- Townsend, E., & Polatajko, H. J. (2013b). L'occupation humaine mise en contexte. In N. Cantin (Éd.), *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (Deuxième édition, p. 45-74). CAOT Publications ACE.
- Townsend, E., & Polatajko, H. J. (2013c). Préciser le domaine primordial d'intérêt : L'occupation comme centralité. In N. Cantin (Éd.), *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (Deuxième édition, p. 15-44). CAOT Publications ACE.
- Trouvé, E. (2018). Diagnostic en ergothérapie, de la définition à l'usage. In J.-M. Caire, F. André, & R. Bertrand, *Engagement, occupation et santé* (p. 61-82). Association Nationale Française des Ergothérapeutes.
- Trouvé, E. (2019). La nécessité d'une écriture professionnelle. *Le Monde de l'Ergothérapie*, 43, 1-4.
- Trouvé, E., Offenstein, E., & Agati, N. (2015). L'ergothérapeute de demain en France. *Ergothérapies*, N°59, 5-12.
- WFOT. (2021). *Guiding principles for the use of evidence in occupational therapy*. file:///C:/Users/perle/Documents/COURS%20L3/m%C3%A9moire/Sources/Guiding-principles-for-the-use-of-evidence-in-occupational-therapy-2021_French.pdf

1 ANNEXES

1.1	<u>Acronyme</u>	I
1.2	<u>Définition extraite du glossaire de « Habilité à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice. »</u>	II
1.3	<u>Présentation chronologique de quelques modèles conceptuels</u>	III
1.4	<u>Articles du code de santé publique</u>	IV
1.5	<u>Questionnaire de pré-enquête</u> :	VII
1.6	<u>Recueil de consentement</u>	IX
1.7	<u>Guide d'entretien dans le cadre du mémoire</u>	X
1.8	<u>Retranscription entretien 1 : 5/04/23</u>	XII
	<u>Thèmes</u>	XXIV

1.1 Acronyme

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

MDH-PPH : Modèle de Développement Humain- Processus de Production du Handicap

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

OEQ : Ordre des ergothérapeutes

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEO : personne, environnement, occupation

PPH : Processus de Production du Handicap

RGPD : Réglementation Générale Protection des Données

WFOT: World federation of Occupational Therapists

1.2 Définition extraite du glossaire de « Habilité à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice. »

Engagement, s'engager est une des pierres d'angles historiques de l'ergothérapie et une habileté d'habilitation qui mobilise le client, le met à contribution dans l'agir, le fait participer ; un agir qui dépasse les paroles et qui implique les autres et soi-même à devenir occupés. Dans le *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada* (ACE, 2007), les ergothérapeutes engagent les autres grâce aux compétences associées au rôle d'expert de l'habilitation à l'occupation.

Habiliter (verbe) [*Enabling*] – **Habilitation (nom)** [*Enablement*] centré(e) sur l'occupation est la compétence primordiale et fondamentale en ergothérapie ; ce que font les ergothérapeutes, cette compétence s'articule autour d'une gamme d'habiletés clés d'habilitation pertinentes et entrelacées ; elle est fondée sur les valeurs ; elle est collaborative, attentive aux inégalités de pouvoir et à la diversité, et chargée de projections de possibilités quant au changement individuel et/ou social.

Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO) : est un complément au cadre conceptuel de 1997-2002, qui décrit la vision l'ergothérapie quant à la relation dynamique et entrelacée entre les personnes, l'environnement, et l'occupation : l'engagement indique les intérêts de l'ergothérapie, dont le rendement occupationnel, durant le parcours de vie d'une personne, et plus encore (H. Polatajko, E. Townsend, et J. Craik, communication personnelle, juillet à décembre 2006)

Rendement occupationnel [*Occupational performance*] est le « *résultat d'un rapport dynamique qui s'établit tout au long de la vie entre la personne, l'environnement et l'occupation. Le rendement occupationnel évoque la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et d'adonner à des occupations significantes qui lui procurent de la satisfaction. Ces occupations, déterminées par la culture et correspondant à son groupe d'âge, lui permettent de prendre soin d'elle, de se divertir et de contribuer à l'édifice social et économique de la communauté* » (CAOT, 1997a ;2002, p.181)

1.3 Présentation chronologique de quelques modèles conceptuels

Voici ci-dessous les modèles généraux qui m'ont été enseignés en première année d'ergothérapie. J'indiquerai ceux qui sont dit « interprofessionnels » et ceux élaborés par des ergothérapeutes.

- 1980 : CIH : Classification Internationale des handicaps
 - Britannique puis adopté par l'OMS
 - Modèle interprofessionnel, biomédical
- 1985 : MOH, modèle de l'occupation humaine
 - Américain
 - Elaboré par des ergothérapeutes
- 1997 : MCRO-P, Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation
 - Canadien
 - Elaboré par des ergothérapeutes
- 1998 : PPH, processus de la production du handicap
 - Québécois
 - Interprofessionnel
- 2001 : CIF, Classification Internationale du Fonctionnement
 - Organisation Mondiale de la Santé
 - Interprofessionnel
- 2006 : Kawa
 - Japonais
 - Elaboré par des ergothérapeutes
- 2010 : MDH-PPH, Modèle de développement humain – Processus de production du handicap
 - Québécois
 - Interprofessionnel
- 2013 : MCREO
 - Canadien
 - Elaboré par des ergothérapeutes
- 2019 : MTO, modèle transactionnel de l'occupation
 - Suédois
 - Elaboré par des ergothérapeutes

1.4 Articles du code de santé publique

Article L710-2 (abrogé)

Version en vigueur du 30 décembre 1999 au 22 juin 2000
Abrogé par Ordonnance 2000-548 2000-06-15 art. 4 I JORF 22 juin 2000
Modifié par Loi n°99-1140 du 29 décembre 1999 - art. 23 (V) JORF 30 décembre 1999

Les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de communiquer aux personnes recevant ou ayant reçu des soins, sur leur demande et par l'intermédiaire du praticien qu'elles désignent, les informations médicales contenues dans leur dossier médical. Les praticiens qui ont prescrit l'hospitalisation ont accès, sur leur demande, à ces informations.

Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens des établissements assurent l'information des personnes soignées. Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.

Les établissements sont tenus de protéger la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les personnes qu'ils accueillent.

Les médecins membres de l'inspection générale des affaires sociales, les médecins inspecteurs de la santé publique et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie ont accès, dans le respect des règles de déontologie médicale, à ces informations lorsqu'elles sont nécessaires à l'exercice de leurs missions.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire, après avis du Conseil national de l'ordre des médecins.

« Article R1112-1

Version en vigueur depuis le 01 janvier 2017

Modifié par Décret n°2016-1645 du 1er décembre 2016 - art. 3

Modifié par Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 - art. 1

Le directeur de l'établissement veille à ce que toutes mesures soient prises pour assurer la communication des informations définies à l'article L. 1111-7.

Les informations relatives à la santé d'une personne lui sont communiquées, selon les cas, par le médecin responsable de la structure concernée ou par tout membre du corps médical de l'établissement désigné par lui à cet effet ou par le médecin responsable de la prise en charge du patient. En l'absence de ce dernier, la communication est assurée par le ou les médecins désignés à cet effet par la commission ou la conférence médicale. »

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032926024

« **Article R1112-2**

Version en vigueur depuis le 01 janvier 2017

Modifié par Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 - art. 2

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :

1° Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment :

- a) La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou, en cas d'admission, la lettre de liaison prévue à l'article R. 1112-1-1 ;
- b) Les motifs d'hospitalisation ;
- c) La recherche d'antécédents et de facteurs de risques ;
- d) Les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;
- e) Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ;
- f) La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ;
- g) Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie ;
- h) Les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article L. 1111-4 ;
- i) Le dossier d'anesthésie ;
- j) Le compte rendu opératoire ou d'accouchement ;

- k) Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire ;
 - l) La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 1221-40 ;
 - m) Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ;
 - n) Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ;
 - o) Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;**
 - p) Les correspondances échangées entre professionnels de santé ;**
 - q) Les directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 ou, le cas échéant, la mention de leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice.
- 2° Les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment :
- a) La lettre de liaison remise à la sortie prévue par l'article R. 1112-1-2
 - b) La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ;
 - c) Les modalités de sortie (domicile, autres structures) ;
 - d) La fiche de liaison infirmière ;
- 3° Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.
- Sont seules communicables les informations énumérées aux 1° et 2°. »

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032926037?isSuggest=true

1.5 Questionnaire de pré-enquête :



Utilisation des modèles conceptuels en France

Madame, Monsieur,

Ce questionnaire s'adresse à tous les ergothérapeutes ayant été diplômés en France. N'hésitez pas à le transférer à vos collègues.

Temps nécessaire pour répondre : 3 minutes

Toutes les données seront anonymisées et utilisées uniquement dans le cadre de la réalisation du mémoire d'initiation à la recherche.

Merci pour votre aide.

1	Auprès de quelle population intervenez-vous ?
<input type="checkbox"/>	Pédiatrie
<input type="checkbox"/>	Adulte
<input type="checkbox"/>	Personnes âgées (+60 ans)
2	Dans quels types de structures ? (Catégories du portfolio des étudiants)
<input type="checkbox"/>	SSR / SMR
<input type="checkbox"/>	LDV (lieu de vie)
<input type="checkbox"/>	Psychiatrie
<input type="checkbox"/>	Autres
3	En quelle année avez-vous été diplômé ?
4	De quel IFE êtes-vous issu ?
5	Utilisez-vous un modèle conceptuel ?
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non
6	Si non, pourquoi ?

Les questions 1,2,3,4,5,7,8 sont obligatoires

7	Si oui, lequel/lesquels ?
<input type="checkbox"/>	Je n'utilise pas de modèle conceptuel

<input type="checkbox"/>	CIF : Classification internationale du fonctionnement
<input type="checkbox"/>	MOH : modèle de l'occupation humaine
<input type="checkbox"/>	MCREO : modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel
<input type="checkbox"/>	PPH ou MDH-PPH : processus de production du handicap
<input type="checkbox"/>	Kawa
<input type="checkbox"/>	MTO : modèle transactionnel de l'occupation
<input type="checkbox"/>	Autres
8	Avez-vous reçu une formation sur l'utilisation d'un modèle conceptuel après avoir été diplômé ?
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non
9	Si oui, est-ce une formation officielle ? (ANFE...) laquelle ?
10	Si oui, est-ce une formation interne ? (Ex : par vos collègues)

Merci pour votre temps et vos réponses !

Les questions 1,2,3,4,5,7,8 sont obligatoires

1.6 Recueil de consentement

Formulaire de recueil du consentement : Enregistrement et retranscription de l'entretien

L'entretien sera réalisé par moi, Perlette GORRON, suivant vos disponibilités. Il durera de 30 à 45 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.

Les résultats seront utilisés dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche.

Je soussigné, Perlette GORRON, m'engage à garder votre anonymat et de mettre en place un système de sauvegarde sécurisé (dossier avec un mot de passe). Les données seront conservées jusqu'au temps de soutenance du mémoire puis seront supprimées.

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et avoir eu la possibilité de poser des questions.
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans ce mémoire d'initiation à la recherche.

Signature (participant)

Signature (investigateur)

Date :

Date :

Nom :

Nom :

1.7 Guide d'entretien dans le cadre du mémoire

Objectifs	Questions
<u>Thème 1 : votre formation et vos institutions</u>	
Connaître le profil de l'ergothérapeute et la structure	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quand avez-vous été diplômé ? et dans quel IFE ? 2. Comment avez-vous appris à utiliser le modèle MCREO ? 3. Pouvez-vous me décrire les structures dans lesquelles vous avez travaillé ? 4. Utilisez-vous actuellement un modèle dans votre structure ? Est-il important selon vous d'utiliser un modèle conceptuel ? 5. Avez-vous remarqué une évolution dans l'utilisation des modèles conceptuels au cours de votre carrière ? 6. Comment utilisez-vous le MCREO dans votre pratique ? (Vision du patient, dans les écrits, à travers le MCRO, objectifs thérapeutiques prenant en compte le rendement et la satisfaction)

<u>Thème 2 : Le MCREO : une aide pour centrer son approche sur l'occupation ?</u>	
Connaître les raisons pour lesquelles l'ergothérapeute utilise ce modèle	<ol style="list-style-type: none"> 7. Pourquoi avoir choisi ce modèle pour mener votre intervention ? 8. Quels sont les freins à l'utilisation du MCREO dans votre pratique ? 9. Avec le développement de la science de l'occupation, les auteurs et études conseillent de plus en plus d'avoir une approche centrée sur l'occupation. Est-ce que c'est une approche de l'ergothérapie que vous partagez ? Est-ce que le MCREO vous aide à avoir des objectifs thérapeutiques centrés sur l'occupation ? 10. Comment le rendement et la satisfaction apparaissent-ils dans vos comptes-rendus ?

Thème 3 : écrit professionnel

<p>Influence du MCREO sur les écrits</p>	<ol style="list-style-type: none">11. Quels sont les écrits professionnels que vous êtes amenés à rédiger dans votre pratique ?12. Quelles formes prennent-ils ? Avez-vous un logiciel dans lequel vous rentrez vos écrits ? Est-ce que certaines informations sont obligatoires ? Par qui sont-ils lus ?13. Qu'est-ce que l'utilisation du MCREO apporte à vos écrits selon vous ?14. Quels sont les critères de qualité dans un écrit ?15. Comment faites-vous concrètement pour répondre à ces critères de qualité ?16. Etes-vous satisfait de la manière dont vous réalisez vos écrits ?17. Si non, de quoi auriez-vous besoin pour améliorer la qualité de vos écrits ?18. Avez-vous déjà modifié la manière dont vous les concevez ? Si oui, pourquoi et comment ?19. Utilisez-vous une trame pour organiser vos comptes-rendus ? Est-ce que c'est toujours la même ?20. Faites-vous un diagnostic ergothérapique ? Trouvez-vous intéressant de faire un diagnostic ergothérapique ? Si oui, pourquoi ?21. Avez-vous déjà reçu des avis sur vos écrits de la part de vos collègues, de vos supérieurs, ou des patients ?22. Le vocabulaire du MCREO est-il un frein à la communication interprofessionnelle selon vous ?
--	---

1.8 Retranscription entretien 1 : 5/04/23

P pour Perlette (moi) et E pour Ergothérapeute.

P : okay. Du coup, j'ai 3 parties dans mon entretien. J'en ai une, c'est plus pour avoir des infos sur toi, sur ta formation, sur la structure.

E : ok.

P : Après, j'en ai une sur le MCREO et sur ta connaissance du modèle. Et après sur comment tu fais pour tes écrits professionnels. Comment tu rédiges ? Quels sont les critères importants ?

E : D'accord parfait.

P : Ok et du coup... **Quand est-ce que tu as été diplômé ? et dans quel IFE ?**

E : j'ai été diplômé du coup en 2020 à l'ADERE à Paris.

P : Comment tu as appris à utiliser le modèle MCREO ?

E : Alors déjà, j'ai eu des cours là-dessus à l'ADERE, en je sais plus quelle année, mais on a eu des cours dessus avec le livret officiel et cetera... pour apprendre à l'utiliser. Dans mon premier boulot, je l'ai pas du tout utilisé et c'est ici [hum] Une de mes collègues a fait une formation dessus et donc on a choisi de prendre le tournant et de le mettre en place dans le service. Et donc, elle nous a reformé, nous, les ergothérapeutes. Et on a essayé de modifier notre prise en charge comme ça.

P : Ok. Peux-tu me décrire les structures dans lesquelles tu as travaillé ?

E : Alors moi je travaille dans un SSIAD près de gare du Nord et gare de l'est... et après je travaille ici à l'hôpital XXX depuis maintenant 2 ans et demi.

P : ok. Est-ce que tu utilises un modèle actuellement de pratique ? Est-ce que c'est important pour toi d'en utiliser un ?

E : J'utilise du coup le MCREO. Et ça permet... Ouais c'est important, parce que ça me permet d'avoir une ligne de conduite dans ma prise en charge et [heu] lorsque je dois rédiger mes comptes rendus. Donc oui pour moi c'est important.

P : Avez-vous remarqué une évolution dans l'utilisation des modèles conceptuels au cours de votre carrière ?

E : [hum] Du coup, quand je suis arrivée ici du coup, on n'utilisait pas le modèle. Enfin avant j'utilisais pas du tout de modèle dans mon autre travail puisque c'était surtout de l'aménagement du domicile. Maintenant que je suis ici [hum] quand je suis arrivée donc y avait pas le modèle enfin on utilisait d'autres modèles mais pas celui-ci [hum] qui je trouve sont plus durs à mettre en place, parce que c'est... enfin pour ma part, j'ai trouvé ça moins concret [hum] Parce que du coup c'était surtout dans des évaluations analytiques. Et après ça donnait un chemin pour la rédaction des comptes rendus. Alors que là, je trouve que ce modèle on a vraiment changé. Notre salle était pas du tout comme ça avant. On a dû changer. On a acheté du nouveau matériel, plus des activités de vie quotidienne. [hum] On est en train d'essayer de faire une salle en bas avec pareil des activités de vie quotidienne comme mettre du papier peint, monter démonter un meuble, des choses comme ça... on a acheté un étendoir, un balai ... Donc ça a vraiment changé là-dedans et ça a changé du coup si dans la rédaction des comptes rendus parce que c'est plus occupation centrée. Donc c'est... c'est différent et on fait plus du tout d'évaluation analytique comme le jamar ou des choses comme ça.

P : Et vous utilisez quoi avant comme modèle ?

E : heu on s'appuie... moi j'appuyais sur la CIF.

P : ok [hum] en soit tu as déjà un peu répondu mais comment utilisez-vous le MCREO dans votre pratique ? [Incompréhension dans son regard, je donne des exemples] Est ce que c'est plus une vision du patient ? Est-ce que c'est dans les écrits ? à travers la MCRO ?

E : Ba du coup l'entretien qu'on passe il est différent parce que c'est vraiment un entretien plus ouvert que ce qu'on avait avant. Il faut s'obliger à poser des questions vraiment ouvertes parce que sinon on guide trop le patient. Et du coup il va ... [hum] Il faut que ça vienne de lui vraiment, ses incapacités, ses difficultés des activités de vie quotidienne. Et au pire si on a pas tout, au fil de la prise en charge, on étoffe, et puis, on apprend d'autres choses sur le patient. Donc là-dessus ça a quand même pas mal changé, on apprend davantage sur le patient différemment. Et on se fixe vraiment sur ses activités de vie quotidienne, on fait pas juste un entretien pour apprendre à le connaître... et puis pour ensuite faire jamar, box and block et cetera... et puis fixez sa prise en charge là-dessus. Là on fixe vraiment la prise en charge sur les objectifs que nous a donnés le patient entre guillemets. Et c'est vraiment un échange d'objectifs, et c'est vraiment du coup un ... [hum] une prise en charge beaucoup plus ... enfin main dans la main entre guillemets... c'est différent. Et après dans les écrits, bah du coup, on a refait complètement une trame de compte-rendu, en s'appuyant vraiment

sur [hum] le MCREO, les termes et cetera ... Mais du coup c'est vraiment différent parce que c'est vraiment : le patient et sa vie quotidienne quoi, et ses activités.

P : D'accord. Pourquoi avoir choisi le MCREO et pas un autre modèle ?

E : [hum, réfléchi] je pense que maintenant la nouvelle mode... c'est pas vraiment une mode mais c'est vraiment de se centrer sur les occupations. Et que, du coup, [hum] ma collègue a eu cette opportunité de faire la formation... et donc, on s'est dit : bah, Go on prend le tournant et puis on modifie tout. Et puis nous, on trouvait plus trop l'intérêt de faire passer tous les bilans analytiques. On voyait plus trop l'intérêt, on voyait pas trop notre vision l'ergo. En fait, on a porté [hum] Notre plus-value de l'ergo ne ressortait pas dans nos bilans avant. Et du coup, je pense qu'on s'est dit : bon bah on prend ce tournant et puis on se lance... on se lance là-dedans.

P : Est-ce que tu vois des freins à l'utilisation du MCREO dans ta pratique ?

E : Ouais. Quand on a un patient qui est... Parce que souvent ici, on... c'est arrivé plusieurs fois qu'on rencontre le patient en réanimation et qu'on le suive tout le long de sa prise en charge : en ortho et puis après en MPR. Et quand le patient n'est jamais rentré chez lui [hum] et du coup n'a pas expérimenté un peu son handicap, c'est difficile pour lui de savoir quelles sont ses capacités... ses capacités au quotidien, mais c'est surtout quelles sont ses limites. Dans quoi il est limité dans ses activités quotidiennes de vie quotidienne. Donc là-dessus [hum] moi je trouve un frein. Ou comme les gens qui ont [hum] je sais pas... par exemple une butée d'épaule. Finalement, ils ont pas vraiment de soucis [hum] c'est plus retrouver les amplitudes qui leur manque, mais y a pas de... de réel problème dans leurs activités quotidiennes. Là du coup, je trouve que c'est compliqué.

P : Avec le développement de la science de l'occupation, les auteurs et les études conseillent de plus en plus d'avoir une approche centrée sur les occupations ?

E : ouais

P : Est-ce que c'est une vision que tu partages ? Et est-ce que le MCREO t'aide à avoir des objectifs qui sont plus centrés sur les occupations ? ... du coup tu as un peu répondu...

E : oui j'y ai répondu du coup mais ... [hum] ça aide beaucoup après... enfin [pause réfléchi] Il n'y a pas que l'utilisation du MCREO, il faut aussi, quand même, modifier son environnement de travail. C'est-à-dire que donc elle était pas du tout comme ça avant.

P : ouais

E : Et que on a du vraiment [hum] modifier. Essayer de créer un espace de vie quotidienne. On est en train de faire ça ... de faire ça en bas mais ça prend du temps. [hum] On récupère un peu à droite à gauche du papier-peint, du carrelage, des trucs comme ça, parce que ce sont des activités aussi que les gens font. Donc, il faut aussi vraiment [hum] aménager ton espace de travail en plus de mettre en place ce modèle. Mais oui, c'est une plus-value. C'est vraiment ton travail d'ergo quoi.

P : Ok. Et comment le rendement et la satisfaction paraissent-il dans vos comptes-rendus ?

E : [hum] du coup dans le compte-rendu on a... on a 3... [souffle] je le fais tellement naturellement que j'oublie... on a 3 parties et à chaque fois on a les sous parties là avec ...Ben... patient, cognitif et cetera... Et à chaque fois, du coup, on essaie de, avec la MCRO, de mettre en lien rendement, satisfaction. Et à la fin, on intègre le tableau, qu'on va passer [tousse] passer au début de la prise en charge, où il y a un niveau de rendement sur 1 à 10, niveau de satisfaction sur 1 à 10, à T0. Et après, à la fin de la prise en charge, on fait la même chose et du coup on intègre ce tableau pour qu'on puisse comparer. Et puis après on l'écrit aussi dans notre compte-rendu.

P : OK. [hum] Alors quelles sont les différents types d'écrits professionnels que vous avez que... que vous êtes amené à rédiger dans votre pratique ?

E : mes écrits heu... mes comptes rendus et cetera ?

P : ouais

E : en lien avec le MCREO ?

P : non pas forcément.

E : Du coup, on fait surtout des comptes-rendus de sortie [hum]. Toutes les semaines, on essaie de faire un suivi ergo. [rire] C'est pas évident. Mais surtout les gros comptes rendus : comptes rendus de sortie, préconisations d'aide technique quand il y en a beaucoup et que c'est assez important, compte rendu sur la prise en charge des mains myoélectriques [hum] parce qu'il faut envoyer à la sécu et cetera, donc il faut prendre un compte rendu ergo, compte-rendu pour l'acquisition d'un fauteuil roulant électrique donc argumentaire. Donc c'est surtout argumentaire, des fois la MDPH peut nous en demander, compte rendu et ... voilà.

P : Et il n'y a pas de transmission écrite entre les équipes ?

E : Ah il y a transmission ciblée mais ça... moi j'en mets jamais. C'est vraiment si je sais pas ... si le patient a fait un malaise pendant la séance ou des choses comme ça... Et on met comme ça, toute l'équipe a, l'équipe soignants. Généralement c'est des transmissions orales en fait. On s'appelle tout de suite pour expliquer.

P : Donc quand vous avez écrit les comptes-rendus, quelle forme sur [hum] enfin ... **Est ce que vous utilisez un logiciel pour rédiger vos écrits ? Est-ce que vous avez certaines informations qui sont obligatoires même dedans ? et par qui ?**

E : Alors généralement, les comptes rendus sont par les médecins. Et puis les autres professionnels, je pense que ça les intéresse aussi. Et puis Ba ceux qui nous demandent les comptes-rendus : si c'est la MDPH, ba c'est la MDPH et cetera. [hum] est ce que j'ai un ... Donc du coup, j'ai une trame... qu'on a fait avec l'équipe ergo, que je j'incorpore dans mon, sur mon logiciel patient, ici c'est Amadeus. Et après, je remplis dans la trame. Si jamais je vois que c'est pas trop adapté au patient... je sais pas, il y a des informations qui sont pas très utiles, bah soit je mets que ya rien à signaler ou je mets une petite phrase, sinon je l'enlève. J'adapte aussi un peu au patient. Et heu ba voilà ... mais sinon, j'ai pas de logiciel, il faut rien de particulier. L'idée c'est que on arrive quand même à se [hum] à se reproduire le patient, à savoir un peu vraiment quelles sont ces difficultés. Quel est son niveau de satisfaction et rendement dans ses activités quotidienne quoi.

P : D'accord. **Qu'est-ce que l'utilisation du MCREO apporte dans vos écrits ?**

E : bah du coup les activités quotidiennes du patient ressortent plus. Parce que c'est comme très ciblé activités, c'est pas bon bah le patient a des difficultés dans ses activités quotidiennes comme le ménage et cetera. C'est moins ça, c'est vraiment ciblé. On va chercher pourquoi y a des difficultés. Ya des difficultés, OK, mais pourquoi ? en fait qu'est-ce qui emmène ces difficultés ? parce que bah je sais pas... la vaisselle finalement elle est trop basse ou trop haute, ou est-ce que c'est parce que c'est la enfin ... vraiment aller chercher quelque chose au sol c'est compliqué ? enfin du coup c'est, c'est... les activités sont vraiment plus précisées et [hum] voilà ... [rire] j'oublie les questions au fur et à mesure...

P : [rire] C'était [hum] **la question, c'était : ce qu'apporte la MCREO ?**

E : Ah oui du coup, nos comptes-rendus sont beaucoup plus précis et notre métier d'ergo ressort beaucoup plus parce que... bah voilà, on a pas juste fait passer des bilans, on a vraiment essayé de creuser et de chercher les activités du patient pour pouvoir bosser là-dessus et pour [hum]... ba en tant qu'ergo c'est notre boulot donc ça ressort plus.

P : D'accord. **Quels sont les critères de qualité dans un écrit ?**

E : De qualité ?

P : ouais [pause, réfléchi] Est-ce qu'il y a quelque chose quand tu lis un écrit par exemple une étudiante tu te dis... Qu'est-ce que tu recherches ?

E : Alors moi, je recherche quelque chose de très factuel. C'est-à-dire vraiment mettre [hum, bah il a enfin] il y a ça et ça entraîne ça, et du coup il a des difficultés là-dedans enfin voilà. Pas vraiment : je pense que, les gens qui donnent leur ressenti ou leurs avis quoi. Je pense qu'il faut que ça soit très factuel, ce qui est dur parce que des fois tu... tu dis bah je pense que c'est ça donc tu mets bon bah le patient a des difficultés parce que et voilà. Et [hum] que ça soit assez précis. Que ce soit pas bah il fait pas ça et puis voilà. Il faut qu'il y est derrière le pourquoi du comment qui explique. Parce que si jamais toi tu reprends le patient, parce que je sais pas tu pars, et que tes collègues reprennent le patient 3 mois plus tard pour une 2^e hospit. Ben du coup quand tu relis ton comptes-rendus et tu te dis : Ah oui d'accord donc il a eu des difficultés là-dedans à cause de ça [heu]... Ok bon bah, je sais exactement pourquoi, et est-ce qu'il y a besoin de retravailler ça ou non ? Voilà. Il faut que ce soit assez précis pour la personne qui puisse reprendre le patient et que toutes les informations y soient.

P : Ok. Hum et du coup, **comment tu fais concrètement pour que ça réponde à ces critères quand tu rédiges ?**

E : Oula.. moi je mets toujours plusieurs... enfin je fais en plusieurs jours mon compte rendu. C'est-à-dire, je le fais une fois, je me relis... Je le fais vraiment en plusieurs fois. Et je me dis : mais là est-ce que vraiment ma phrase, je la comprends ? Ou est-ce que vraiment [pff], dans ce que je lis, je sais plus de quoi je parlais ? Dans ce cas-là, c'est pas bon et je refais ma formulation en général. Mais vraiment dans mes comptes-rendus de sortie, surtout sur les patients très... [hésite] qui sont là depuis longtemps, ils sont beaucoup plus lourds et il y a beaucoup plus de de choses à travailler, [heu] enfin je vais aller en plusieurs fois. Et vraiment, j'essaie de me relire en me disant : est-ce que, si je récupère ce dossier-là, je comprends mes phrases.

P : Et [heu] **Est-ce que c'est important d'avoir des données chiffrées pour.. pour que ce soit plus précis justement ?**

E : bah, au début, c'est vrai que ça me manquait de ne pas avoir toutes les données du jamar et cetera. J'avais l'impression de pas vraiment remarquer l'évolution de mon patient mais en fait avec la MCRO, comme il y a des données de satisfaction et de rendement, ça aide aussi à [pause] ba à se rendre compte qu'il y a quand même une évolution parce que le patient s'auto-évalue. Et

généralement [enfin] il y a souvent des belles évolutions et les chiffres augmentent, tendent plus vers le 10. Donc au début c'est vrai que ça me manquait. Maintenant non, pas plus que ça, mais du coup j'incorpore vraiment le tableau.

P : Ok, et est-ce que tu es satisfaite de la manière dont tu rédiges tes écrits ?

E : Je pense qu'on peut toujours faire mieux. [heu] Sachant qu'il y a des fois, quand on voit pas trop l'intérêt de la MCRO ou quand on a des difficultés à mettre en place avec un patient, les écrits [heu] ... c'est compliqué d'utiliser du coup la trame de la MCREO dans pour ce genre de patient. Comme une butée d'épaule qui viennent pour 3 semaines par exemple. Dans ces cas-là, [hésite] allez 5 fois sur 10 peut-être, je fais ma propre trame. Donc là oui...

P : Au niveau de ta satisfaction ...

E : ouais j'essaie de toujours faire au mieux mais c'est vrai que je peux toujours ouais c'est compli... enfin il y a beaucoup d'informations je trouve maintenant qu'on utilise le MCREO. Sur les patients, les gros, les patients qui sont là depuis longtemps, il y a beaucoup d'informations parce que du coup on pose beaucoup de questions... il y a beaucoup d'informations. Il faut arriver à les trier ... où est-ce que je les mets et cetera. Mais on peut toujours faire mieux.

P : OK est-ce que tu vois de quoi tu aurais besoin pour justement améliorer la qualité des écrits quand quand tu trouves [qu'ils sont pas] que c'est pas adapté d'utiliser la trame MCREO ou que tu es pas satisfaite...

E : Qu'est-ce que je peux faire pour améliorer ça ?

P : Ouais, de quoi tu aurais besoin ?

E : Ah de quoi j'aurai besoin [heu] ... Quand je suis pas satisfaite ... de temps [rigole]

P : de temps ? nan mais [haussement d'épaule, pourquoi pas ?]

E : Ba ça prend beaucoup de temps donc. [heu] C'est pas encore un ... mes comptes-rendus, c'est pas encore des automatismes, j'ai quand même besoin de temps pour les rédiger. Donc je pense peut être de temps mais [heu] Et puis après peut être que parfois il manque des informations que j'ai pas posées pendant la prise en charge et je m'en rend compte après... trop tard quoi...

P : Ah oui quand c'est des comptes-rendus de sortie tu veux dire ?

E : Ouais. Il me manque toujours quelques informations finalement.

P : Mmm ... parce que du coup c'est [pause] tu fais pas de compte-rendu à la fin de l'évaluation ?

E : non ... parce qu'en fait comme j'apprends... en fait c'est quand même assez lourd quand même comme question, la MCRO, et du coup y a plein de trucs que j'ai [heu] Des fois, je la fais sur plusieurs jours et même... donc du coup je... j'ai mes, j'ai mes chiffres de rendement et de satisfaction, mais en fait pendant le la prise en charge je trouve qu'on apprend toujours autre chose. Et du coup des fois je le rajoute un peu en objectif [heu] Il va me dire : Ah mais si, en fait, j'arrive pas à faire ça. Là finalement rendu compte...

P : OK

E: Donc je trouve qu'on rajoute toujours des petits objectifs

P : oui [heu] **Avez-vous déjà modifié la manière dont vous vous les concevez... donc les écrits ...**

E : ouais

P : **et si oui, pourquoi et comment ?**

E : Ba pour les patients où je trouve que la MCRO n'est pas forcément adaptée dans ce cas-là bah je modifie mes écrits... et en fait ce que je fais généralement c'est que [heu] Je vais mettre les objectifs du patient. Mais par exemple, butée d'épaule, je vais faire un petit diagnostic sur lui, mettre mes objectifs en tant qu'ergothérapeute, mettre le déroulé des séances et mettre une conclusion. Mais je ne vais utiliser la trappe que j'utilise normalement... quand je fais une MCRO.

P : **Du coup, tu fais un diagnostic ergo ?**

E : là ouais. Avant je le faisais systématiquement quand il y avait tous les ... les trucs analytiques, les bilans analytiques pardon, là je le faisais systématiquement. Je faisais diagnostic [heu] Donc, je m'appuyais sur CIF. [heu] Mes objectifs d'ergothérapeute, le contenu des séances et la conclusion. Et après, je mettais le nombre jamar, le nombre et cetera. Donc ça, je le faisais systématiquement avant. Maintenant que j'utilise la trame, je le fais beaucoup moins et je le fais par exemple quand j'utilise pas la trame. C'est par exemple : bilan lombalgique, je passe très peu la MCRO voire pas du tout et dans ces cas-là c'est vraiment des questions... c'est un entretien lambda. Et dans ces cas-là, après je fais un diagnostic avec le résultat de mes bilans, parce qu'on leur donne beaucoup de bilans

écrits au lombalgiques ... enfin de de questionnaires, de QCM et cetera... et dans ces cas-là, ouais je fais mon diagnostic, mes objectifs ergos, le résultat des bilans. Je le fais moins qu'avant, le diagnostic.

P : Ok. [heu] Ba **utilisez-vous une trame pour vous organiser ? Oui [rire]**

E : Oui, Ben du coup on l'a pensé à 4. On y a réfléchi tous les 4, on l'a expérimentée et après on l'a modifiée. [heu] voilà ... mais on utilise tous les 4 la même et on l'a travaillée ensemble.

P : Ok. Et ça, ça a pris combien de temps ?

E : Oh Oh là je sais pas. [réfléchi] Peut-être 6 mois. Ba ma collègue s'est formée, elle nous a fait le speech. On s'est dit allez, il faut qu'on change de trame et puis le temps qu'on a qu'on l'expérimente.

P : Et du coup quand vous avez changé de trame ...

E : ouais

P : [heu] qu'est-ce qui t'a aidé à à passer à la nouvelle on va dire ?

E : bah en fait j'avais trop d'informations avec la MCRO pour que ça rentre dans mon ancienne trame. Dans mon diagnostic ça faisait trop d'informations. Alors que là, du coup, dans la nouvelle trame j'arrive à les classer. Parfois, on s'est pas trop dans quoi on classe telle ou telle information que le patient nous a donnée. Mais du coup, comme y a beaucoup plus d'informations, on apprenait beaucoup plus sur le patient... bah du coup... elle correspondait au bilan qu'on faisait passer quoi.

P : ok et de la faire en équipe... ça ça motive ou ?

E : De faire la trame ?

P : ouais

E : bah c'est surtout que comme ça chacun apporte des idées, et puis chacun peut l'expérimenter. C'est-à-dire qu'on a quand même 4 à l'expérimenter, sur tout type de patient, que ce soit patient lourd ou patient plus léger. Et du coup, là, on dit : non mais là j'ai un frein, là je suis limitée, là j'arrive pas, je sais pas ce qu'il faut mettre, là je sais ce que tu entendais dans cette dans cette case-là. Qu'est-ce que... pourquoi t'as mis ce terme-là ? Donc, du coup, ça nous aide à la créer et avoir quelque chose d'assez carré, qui corresponde à tout le monde et qui soit... [hésite] que tout le monde puisse l'utiliser quoi. Tout le monde s'approprie la trame.

P : [hum] Du coup, est-ce que tu fais des diagnostics ergo, je te l'ai déjà demandé.

E : ouais

P : Est-ce que tu trouves que c'est intéressant de faire un diagnostic ergo ? et pourquoi ?

E : [hum] bah maintenant moins... [hum] Quand je les fait, là, pour les bilans par exemple butée d'épaule ou lombalgique, en fait... [hum] En fait pour moi, c'est un peu, ça m'aide à avoir une trame et rien oublier comme information dans ma présentation du patient dans mon compte rendu. Et du coup, c'est pour ça que je fais un diagnostic ergo. [hum] C'est pour que je puisse avoir toutes les informations et que je sois guidé dans [hum] dans ma rédaction de comptes-rendus. Mais du coup, oui, moi je trouve ça important parce que ça m'aide. C'est un appui pour moi et puis ça met en en lumière des des termes spécifiques à ergothérapeutiques. Je trouve que ça fait plus professionnel comme écrit de mettre un diagnostic, plutôt de de dire : bah monsieur untel ... je sais pas... va pas bien et cetera. Enfin pour moi, c'est un peu une ligne de conduite. Et ça me permet d'avoir quelque chose... je sens que c'est plus professionnel.

P : OK. Avez-vous déjà reçu des avis sur vos écrits de la part de vos collègues, vos supérieurs, ou vos patients ?

E : Patient jamais. Supérieur... heu si, ça m'est déjà arrivé. Parce que, des fois, quand il faut faire des argumentaires pour... je sais pas... pour un fauteuil ou pour une main myoélectrique [hum] c'est pas vraiment mes supérieurs, mais du coup je demande leurs avis aux médecins si c'est ce genre d'écrit qu'ils attendent, si ça va... s'ils trouvent que c'est assez précis pour que ça passe bien auprès de la sécu militaire. Et mes collègues, quand je suis arrivée, je leur demandais pas mal de relire pour voir si j'oubliais pas des infos, s'ils comprenaient. Maintenant non pas du tout. Mais avant ouais je demandais.

P : Du coup, souvent, ce que les autres attendent de tes écrits, c'est que ce soit précis [hésite] ?

E : ouais, précis, avec des termes professionnels du coup. Et [hum]... C'est surtout la précision moi qui me manquait. C'est vraiment.. ouais comme j'ai dit... c'est pas dire : bon bah ma monsieur va pas bien, monsieur a des difficultés pour ça, mais sans creuser bah pourquoi elle a des difficultés pour ça ou ce qu'il fait différemment. Enfin voilà, c'était trop factuel. Il faut quand même essayer de creuser un petit peu plus. Et le pourquoi du comment.

P : Est-ce qu'il faut soit synthétique aussi ou la longueur joue pas trop ?

E : je pense qu'il faut quand même pas faire des phrases à rallonge [rire]. Donc, il faut arriver à être synthétique tout en n'oubliant rien. Parce que les phrases à rallonge qui font 15 pages, je suis pas sûr que ce soit vraiment bien lu. Ca fait trop tartine mais [hum]... après, moi ça m'arrive, des fois, quand il y a trop à dire, de mettre des tirets. De mettre tiret, phrases et puis voilà. Plutôt que faire plein de phrases, les faire sous forme de tiret pour que ce soit plus digeste quoi.

P : ok et est-ce que le vocabulaire du MCREO est un frein pour la communication interprofessionnel ?

E : Bonne question ! Bah en fait, on a des médecins qui qui sont vachement dans la discussion et dans l'évolution des pratiques ici. Et du coup, on leur a présenté en fait. On a on a passé une passé une petite heure à leur présenter quand même ce nouveau bilan qu'on allait faire passer avec les nouveaux termes. Et donc, ils les ont entendus. Est-ce que après... [réfléchi] en fait, ne les utilise pas vraiment dans notre communication... Je me rends compte que qu'on les utilise pas vraiment dans nos échanges avec les professionnels. On l'utilise des fois en staff . Par exemple, ba là on a fait passer ce bilan parce que maintenant tout le monde le connaît. Au niveau, rendement mais du coup on n'va pas vraiment dire le terme mon rendement mais [hum] on va dire plutôt dire qu'il arrive pas à faire à... il n'est pas satisfait de la manière dont il le fait à tant sur 10. Ca, c'est plutôt satisfaction mais du coup, il arrive pas à le faire à tant sur 10. On va pas forcément utiliser le mot rendement. Satisfaction, oui. Mais c'est vrai que rendement, je l'utilise moyen avec les autres professionnels quoi.

P : D'accord. Et [hum] et soin personnel etc..?

E : Ah si ça, on l'utilise !

P : Ouais ?

E : Ouais, ça on l'utilise parce que de toute façon c'est dans notre comptes-rendus. Donc les professionnels le lisent et le médecin a ce compte rendu. Donc si, ça ça on utilise.

P : OK. Une petite question en plus parce que ça m'a...

E : Oui, oui vas-y !

P : Tu disais tout à l'heure qu'il fallait changer l'environnement de travail ?

E : ouais

P : et ici, il y a un appartement thérapeutique... est-ce que vous faites plus de mise en situation depuis que ya la MCREO en appartement ?

E : [hum, réfléchi] Ouais on essaie de faire des mises en situation... [hum] En fait, on en faisait a déjà pas mal avec l'appartement thérapeutique. Parce que le patient peut passer une semaine, ou alors faire de la cuisine, ou des choses comme ça. Mais c'est vrai qu'on fait davantage... je sais pas si par exemple, le patient à des difficultés au quotidien comme mettre la table mais qu'on peut faire dans notre salle parce que du coup on a de la vaisselle, des choses comme ça. Mais ouais, on s'appuie davantage quand même... pour par exemple les groupes lombalgiques. Ca nous arrive de faire une séance dans un appartement pour voir des petits tips ou mettre en situation, voir comment il fait... je sais pas... combien nettoyer la table, pour faire des choses comme ça. Ouais, on on s'appuie dessus. Mais comme on l'avait déjà, on s'appuyait déjà là-dessus.

P : et parce que j'ai oublié de demander : **au niveau du diagnostic ergo ? Est-ce que tu utilises des outils pour les rédiger ? Donc je pense, par exemple, à un tableau de qualité du diagnostic ergo ?**

E : Oula je savais même pas que ça existait [rire]

P : ou juste tu te bases sur ce que tu as appris en cours ?

E : je me base sur ce que j'ai appris en cours et sur mes cours de diagnostic. Au début j'utilisais beaucoup mes cours. Je m'étais vraiment... J'avais mes cours à côté quand j'écrivais mon diagnostic. Maintenant, c'est devenu un automatisme. Je connaissais même pas ce tableau.

P : Ouais ok. Ba merci beaucoup !

Thèmes	E1	E2	E3	E4	E5
Formations	<p>« on a eu des cours dessus avec le livret officiel et cetera... pour apprendre à l'utiliser. » « Une de mes collègues a fait une formation dessus et donc on a choisi de prendre le tournant et de le mettre en place dans le service. Et donc, elle nous a reformés, nous, les ergothérapeutes. »</p>	<p>« on en a entendu parler à l'école. Mais après l'appliquer concrètement, [hum] non. On n'a pas appris. »</p> <p>« j'ai des objectifs oui. Parce que j'ai participé à des formations justement pour améliorer les écrits. Justement ! Améliorer tous ce qui est bilan ergo, tout ce qui est, vraiment, la rédaction. J'ai des formations qui sont prévues. »</p> <p>« pendant les études, ça aurait été bien qu'on ait un peut-être un cours ou des choses sur justement les écrits. Comment faire un bon écrit, ce qu'on peut y mettre, ce qu'on peut pas y mettre, ce qui est important, ce qui est pas important. Je pense que ça au sein du parcours scolaire enfin... d'étude. Je pense ça pourrait apporter des bases en tant que professionnel. »</p>	<p>« Dans ma formation initiale, c'était très succinct la MCREO. »</p> <p>« Et donc, j'ai fait la formation, il y a 2 ans pour me former à la MCREO parce que je trouvais que j'en avais besoin en fait dans ma pratique. »</p> <p>« en partant de la formation, ma trame était quasiment déjà retravaillée dans les grandes lignes. La formation est faite pour que tu es le temps dans la formation de la mettre en place. »</p>	<p>« J'ai été formée au MCREO en 2018 et c'était la première fois que j'entendais parler du modèle MCREO. »</p>	<p>J'ai donc été formée par Jean-Michel Caire en 2012 au modèle canadien et à l'outil MCRO.</p> <p>« C'est pourquoi je trouve que c'est important qu'un ergothérapeute puisse jongler entre les modèles et d'avoir en tête ce qu'est un modèle élaboré par les ergothérapeutes et un modèle élaboré par d'autres professionnels. A partir du moment où on en est mesure d'expliquer les termes, de les traduire, je trouve qu'il n'y a pas vraiment de freins. »</p>

« c'est important, parce que ça me permet d'avoir une ligne de conduite dans ma prise en charge et lorsque je dois rédiger mes comptes rendus »
 Avoir un environnement de travail compatible avec une approche occupationnelle.
 « il y a beaucoup d'informations je trouve maintenant qu'on utilise le MCREO »
 « quand le patient n'est jamais rentré chez lui ... et du coup n'a pas expérimenté un peu son handicap, c'est difficile pour lui de savoir quelles sont ses capacités » « Par exemple une butée d'épaule. Finalement, ils ont pas vraiment de soucis » « Dans ces cas-là, [hésite] allez 5 fois sur 10 peut-être, je fais ma propre trame. »

« Actuellement, j'utilise plus le MOH. » important d'utiliser un modèle ? « Pour moi, oui parce que je trouve que ça nous donne un cadre. Ça nous donne des outils. Et [hum] ça peut nous donner une vision davantage global dans la prise en charge du patient. »
 Science de l'occupation : « je n'impose jamais rien aux patients. Je pars toujours de son envie à lui et j'essaie de lui demander ce qu'il aime faire, les loisirs qu'il aime faire au quotidien, ce qu'il aime pour justement pouvoir lui proposer quelque chose qui puisse être une activité signifiante... »
 « En fait, je pense que y a vraiment des spécificités pour les modèles MCREO et vraiment adapté pour tout ce qui est rééducation. Où il est

« Alors moi, le concept des modèles, j'avoue que ça me dépasse un peu. Donc je ne saurai pas te dire les noms des modèles que j'utilise. J'en utilise probablement, mais je sais pas les nommer. »
 « la formation MCRO m'a permis de replacer l'activité au centre de ma pratique plutôt que la partie rééducation des fonctions, des déficiences et des incapacités. Donc je suis vraiment reparti sur une pratique centrée sur l'activité mais je sais pas dire à quel modèle est ce que je me réfère. »
 « Comme ça fait pas partie moi de ma formation de base, j'ai beaucoup de mal à m'y mettre. Mais oui le constat que je fais, c'est qu'on utilise de plus en plus de modèles et on valorise de plus en plus l'ergothérapie en s'appuyant sur les modèles, sur des preuves scientifique et de prouver que ce que l'on fait à un réel impact »
 "c'est pour ça que j'ai fait c'est formation là. Pour essayer de

« . On n'applique pas un modèle à la lettre, on aborde les choses avec nos différentes formations puis on fait notre prise en charge. On ne parle pas des modèles sur nos prises en charges au quotidien. »
 « Par rapport à la CIF, le MCREO m'aide à avoir des objectifs thérapeutiques centrés sur l'occupation. Avec un bilan de la CIF, on voyait les troubles moteurs, articulaires...on travaillait sur ces troubles puis on allait ensuite vers l'autonomie du patient. Avec le MCREO, c'est le contraire. Cette

« Je trouve que c'est donc difficile de dire que l'on utilise un modèle général. On y fait référence et tout le monde utilise des modèles, parfois sans s'en rendre compte. Donc, ce que je peux dire c'est que j'ai comme chef de référence plusieurs modèles conceptuels généraux, dont le MCREO. Mais j'ai aussi le PPH, la CIF, le MOH. Ce sont les quatre grands modèles conceptuels. »
 « Or c'est des concepts, de la théorie, c'est très abstrait. »
 « Le MCREO va donc me permettre de formaliser une démarche

		<p>nécessaire d'avoir des objectifs concrets à travailler. Et une évolution qui est visible en psychiatrie l'évolution un peu disant bah sur les moins sur des années »</p>	<p>redonner sa place à l'enfant dans le suivi et pas trop aux parents. Et c'est aussi un frein pour moi, parce que lors de l'entretien, en fonction de comment tu vas poser tes questions »</p> <p>« Donc je pense vraiment que utiliser le MCREO permet d'orienter sa pratique sur les activités et de faire des objectifs SMART. Des objectifs plus précis, plus quantifiables »</p> <p>« Donc je comprends que ça prouve que l'ergothérapie peut et se doit d'être centrée sur l'activité. Je pense que c'est ça l'avantage d'avoir un compte-rendu comme ça... »</p>	<p>transition avait du sens pour moi. »</p>	<p>d'intervention, centrée sur le client et l'occupation, de faire des choix d'outils, de proposer des moyens d'intervention. Le MCREO va permettre également d'expliquer ce que je fais (comment et pourquoi ?) au client et aux partenaires (collègues, confrères, médecins...). Je m'appuie sur les chaînes de références et la théorie pour pratiquer l'ergothérapie. »</p>

MCRO		<p>« Alors je pense que c'est difficilement utilisable... ça dépend peut-être des niveaux... du stade où on est le patient. C'est-à-dire qu'en intra-hospitalier là où moi je travaille actuellement, on travaille avec des personnes qui sont en crise. Et quand ils sont en crise, la réalité fait que ils sont très... c'est très difficile pour eux d'évaluer ou alors ils vont évaluer d'une manière très subjective. Et finalement, alors je dis pas que ça va être peu fiable, mais en termes d'évolution... il est peu probable que ça évolue. Alors que si on fait ça, peut être en CATTP où les patients sont même très stables, ou ils ont déjà plus de capacité aussi de d'élaboration, de perception sur leur vécu, sur les difficultés qui peuvent avoir. Là ça pourrait peut-être être un peu plus jouable. »</p>	<p>« en fait moi, ce que j'ai du mal à faire, c'est de m'écarter du parent qui parle toujours beaucoup à la place de l'enfant. Et j'ai beaucoup de mal à faire l'entretien avec l'enfant. » « Je me demande si il ne faudrait pas revoir le bilan, et retravailler cette cotation de la satisfaction du jeune. Parce que autant on arrive à leur faire leur comprendre la question sur le rendement, autant celle sur la satisfaction c'est plus difficile... » « Donc je trouve que faire la cotation en présence du parent influence la note que va donner l'enfant. Parce que l'enfant a regardé un peu son parent, il va dire baa 5, la note que tu peux pas justifier. » « La MCRO dit, il faudrait ensuite fixer la date de la prochaine évaluation. Heu en pratique, moi les jeunes, je les vois pour un bilan, j'ai pas forcément de la place pour les voir en suivi derrière »</p>	<p>« Cela m'intéressait d'avoir un outil pour que la personne puisse identifier ses problématiques occupationnelles alors qu'historiquement on fait des entretiens avec le patient, on recueille ses problématiques. » « cela permettait vraiment à la personne de se poser des questions sur ce qui était difficile pour elle et pour nous de faire ressortir les objectifs de prise en charge qui avaient du sens pour le patient. » « Les freins à l'utilisation du MCRO sont les troubles cognitifs. La compréhension de l'outil de façon générale et la cotation de l'aspect « rendement-satisfaction » pour des personnes avec des troubles cognitifs sont complexes. » Et le temps de passation. »</p>	
------	--	--	---	--	--

<p>« Et à chaque fois, du coup, on essaie de, avec la MCRO, de mettre en lien rendement, satisfaction. Et à la fin, on intègre le tableau, qu'on va passer au début de la prise en charge, où il y a un niveau de rendement sur 1 à 10, niveau de satisfaction sur 1 à 10, à T0. Et après, à la fin de la prise en charge, on fait la même chose et du coup on intègre ce tableau pour qu'on puisse comparer. Et puis après on l'écrit aussi dans notre compte-rendu. »</p> <p>« Donc du coup, j'ai une trame... qu'on a fait avec l'équipe ergo, que je j'incorpore dans mon, sur mon logiciel patient »</p> <p>« bah du coup les activités quotidiennes du patient ressortent plus »</p>	<p>« J'essaie toujours d'avoir un peu la même trame pour ne pas oublier d'éléments »</p>	<p>« J'ai en premier, toute la partie... pas la retranscription directe mais en tout cas l'analyse de tous les points abordés pendant l'entretien MCRO. Et ensuite la partie évaluation normée. Et dans ma conclusion, j'inscris les limitations de la participation dans la vie quotidienne et je remets ... alors j'essaie de pas faire de liens entre les deux en disant le manque de compétences, n'explique pas forcément le manque de compétences dans l'activité... mais en tout cas c'est scindé comme ça et dans mon entretien MCRO, j'ai un tableau qui comprend l'objectif, la cotation du rendement, la cotation de la satisfaction et en dessous un petit texte qui explique pourquoi est-ce que le jeune a mis cette note-là. Donc, les cotations rendement et satisfaction, elles apparaissent sous forme de tableau en dessous de ma MCRO. Donc j'ai vraiment l'explication de ce que c'est quand même la MCRO, le détail des activités productives, le détail des activités de loisirs, le détail des activités personnelles. Et après j'ai un tableau qui dit les 5 objectifs (bon en général j'en ai que un, l'écriture) mais voici les objectifs prioritaires retenus par un enfant et les notations qu'il a mis. »</p> <p>« Donc là oui, j'ai bien travaillé la trame. Alors je dis pas que c'est parfait. Sur la conclusion et sur la participation, c'est vraiment pas parfait par rapport à ce qu'on a vu pendant la formation. Mais je pense que c'est assez complet et succinct pour que la personne qui lise le bilan puisse se rendre compte à peu près de qui est le jeune. »</p>	<p>« On a fait des groupes avec des ergos, infirmiers et médecins de chaque unité qui ont travaillé ensemble sur cette trame. Mais c'est essentiellement les ergos qui ont travaillé sur ce document. »</p> <p>« Mais nos comptes-rendus sont plus sur une évaluation occupationnelle qu'analytique. »</p>	<p>« J'ai une trame que j'ai moi-même définie. »</p> <p>« Cela me permet de formaliser, de faire des choix, d'organiser ma trame. Elle aura plusieurs parties que je nomme de telle manière. J'ai choisi que la première partie concerne les occupations car je souhaite qu'elles soient vues en premier. Cette première partie se nomme « domaine de l'occupation ». En fait, le MCREO me permet de faire des choix dans la formalisation de mes écrits, à la fois sur le fond et la forme. »</p>
--	--	--	--	--

Spécificité du métier/ identité professionnelle	<p>« Notre plus-value de l'ergo ne ressortait pas dans nos bilans avant. »</p> <p>« Mais oui, c'est une plus-value. C'est vraiment ton travail d'ergo quoi. »</p> <p>« nos comptes-rendus sont beaucoup plus précis et notre métier d'ergo ressort beaucoup plus »</p>	<p>« une fois, si ya la psychiatre qui était de, en fait, tout ce qu'on pouvait faire en ergothérapie à travers un écrit. Parce qu'il ne se rendait pas compte de la vue globale qu'on pouvait avoir. »</p> <p>« peut-être voir comment les écrits pourraient être écrits différemment, d'une autre manière pour justement venir susciter l'intérêt et les questions, chez les autres professionnels. »</p>	<p>« Je me disais : est-ce que vraiment c'est une valeur d'être ergothérapeute pour faire cet exercice-là. Et donc je me posais des tas de questions, j'avais beaucoup de suivi qui étaient trop long et que j'arrivais pas à arrêter »</p> <p>« Je me suis dit : pourquoi un ergo travaillerait sur les incapacités, alors que notre rôle de métier c'est vraiment l'activité. »</p> <p>« ce que ça apporte, c'est que ça différencie tout de suite ton compte rendu d'un autre professionnel. »</p>	<p>« On souhaite uniformiser nos pratiques pour montrer que l'hospitalisation à domicile de réadaptation à un intérêt bien que cela coûte cher et que cela ne rapporte pas à l'hôpital. »</p> <p>« je m'y retrouve davantage maintenant »</p> <p>« Le fait d'être à domicile me fait voir les choses très différemment et forcément, centrer la prise en charge sur l'occupation, est une évidence. »</p>	<p>« En France, on n'a pas de modèle général et on pioche donc à droite et à gauche, à la fois chez nos collègues anglosaxons et dans ces modèles interprofessionnels. Mais le fait que cela soit élaboré par les ergothérapeutes pour des ergothérapeutes renforce une identité professionnelle. Cela donne sens à ce que l'on fait et à ce l'on est. »</p> <p>Diagnostic ergo : « Je suis ergothérapeute, je vais évaluer la situation de la personne avec « ma lunette » d'ergothérapeute »</p>
---	--	---	---	---	--

<p>« je recherche quelque chose de très factuel. » « Il faut que ce soit assez précis pour la personne qui puisse reprendre le patient et que toutes les informations y soient. » « je fais en plusieurs jours mon compte rendu » « , j'essaie de me relire en me disant : est-ce que, si je récupère ce dossier-là, je comprends mes phrases. » « Donc je pense peut être de temps »</p>	<p>« la précision... En fait, ça va être plutôt la qualité d'observation qui va, au cours d'une séance, qui va amener la précision au niveau des éléments apportés dans le dossier. » « J'essaie vraiment de faire des transmissions les plus étoffées possible, pour que quand les intervenants qui vont lire ce qui s'est passé, puissent se représenter un petit peu la séance » « nominatif »</p>	<p>« Alors malheureusement mais il faut que ce soit à la fois complet et à la fois pas trop long. C'est-à-dire que si tu fais plus d'une page... » « avoir une analyse qui soit assez fine et assez poussée pour que ce soit synthétique » « Il faut réussir à faire un peu le tri » Solution évoquée : Tableau Excel pour faciliter le classement des infos et gagner en rapidité lors de la rédaction. S'exercer à la rédaction et à l'écoute active (reformulation) « c'est toujours un thème de choix et de temps sur la rédaction et l'analyse. Ça prends trop de temps de recibler ça après. »</p>	<p>« Il faut donc que le lecteur trouve les informations dont il a besoin et qu'il les comprenne. »</p>	<p>« Il m'avait dit « il faut que la conclusion (aujourd'hui le diagnostic en ergothérapie) ne soit pas trop longue et que lorsque tu relis ta conclusion plusieurs années après, on doit pouvoir retrouver la personne ». » c'est très chronophage (6-7h/compte-rendu initial) : « J'aimerais bien faire en sorte que cela soit moins chronophage mais en même temps je n'y arrive pas car je trouve que c'est important d'avoir cette analyse qualitative, de prendre le temps de voir ce qui est important pour la personne, ce qui a du sens pour elle. »</p>
--	---	--	---	---

Communication interprofessionnel	<p>« Alors généralement, les comptes rendus sont par les médecins. Et puis les autres professionnels, je pense que ça ça les intéresse aussi. »</p> <p>« je demande leurs avis aux médecins si c'est ce genre d'écrit qu'ils attendent » « précis, avec des termes professionnels » « il faut arriver à être synthétique tout en n'oubliant rien »</p>	<p>Avec l'expérience : « j'apporte des éléments qui puissent qui... qui qui peuvent finalement intéresser tous les intervenants possibles. »</p>	<p>« Mais j'ai des jeunes qui sont dans une recherche de diagnostic, est-ce qu'est un trouble autistique, est-ce que c'est un TDC, un trouble attentionnel ou pas. Donc là, on est obligé de faire les cotations normées »</p> <p>« Du coup, ça dépend en fait qui oriente en fait »</p> <p>« Intéressant pour un autre professionnel » « je trouve que le diagnostic permet de se représenter l'enfant »</p> <p>« ya quand même des gens qui se rendent compte de la plus-value de l'utilisation du MCREO dans les comptes-rendus mais pas plus que ça. Après, je pense aussi que mes comptes-rendus sont lus beaucoup dans le cadre du réseau. Mais avant que je fasse la MCRO ou pas, je suis pas sûr que les gens lisaient énormément les comptes-rendus . Je pense que, dans les comptes rendus, les gens lisent la conclusion et c'est à peu près tout »</p>	<p>« Nos comptes-rendus sont sur Excel, donc sur l'ordinateur » Pour faciliter la communication avec le médecin.</p> <p>« Notre collègue, médecin, nous fait régulièrement des retours pour nous dire si elle trouve les informations qu'elle cherche. »</p>	<p>« Cela sert à choisir par exemple les termes que l'on va utiliser. Si je m'adresse à un médecin, je ne vais peut-être pas parler d'engagement occupationnel car il ne comprendra peut-être pas de quoi je parle. Par contre, je vais peut-être faire le choix de parler de situation de handicap. »</p>
----------------------------------	--	--	--	--	--

<p>« On a on a passé une passé une petite heure à leur présenter quand même ce nouveau bilan qu'on allait faire passer avec les nouveaux termes. Et donc, ils les ont entendus. » « en fait, ne les utilise pas vraiment dans notre communication... Je me rends compte que qu'on les utilise pas vraiment dans nos échanges avec les professionnels. »</p>	<p>« Alors si j'utilise le vocabulaire du MOH, clairement personne ne le comprendra. » « j'essaie d'avoir le vocabulaire adapté, et le plus simple possible pour qu'il reste compréhensible par la, par la majorité des intervenants. »</p>	<p>« Alors je pense qu'au début c'est un frein. Après, on travaille vite toujours avec une même personne parce qu'on se rend compte de qui travaille comment et avec qui est ce qu'on aime bien travaillé. Donc y a un travail de communication à faire là-dessus. Dans mon bilan, j'explique ce que c'est que la MCRO et j'ai une petite définition de ce que c'est que le rendement, de ce que c'est que la satisfaction. »</p>	<p>« J'utilise le vocabulaire MCREO quand je parle à mon équipe de ce qu'a donné la MCREO pour un patient mais dans mes comptes-rendus, je parle plus de participation. Mon vocabulaire a donc un peu changé mais je pense que, si on me lit, on voit bien que je suis une ergothérapeute de la vieille école. J'ai notamment quelques termes sur la participation où je parle plus de « participation d'autonomie » mais je passe beaucoup par le biais de la MCREO. » « Je parle plutôt des tâches quotidiennes (courses, ménage...) mais je n'utilise pas vraiment le terme « productivité ». » Mais globalement le vocabulaire spécifique ergo est bien compris par ses collègues.</p>	<p>« J'utilise donc des termes, du vocabulaire, un langage qui est issu de plusieurs modèles conceptuels généraux. » « Parfois je jongle entre les deux notamment avec la « participation occupationnelle » et la « performance occupationnelle » qui sont des termes que je peux utiliser à l'oral mais aussi à l'écrit. En fait je jongle. » « Par exemple dans mes comptes-rendus, j'ai fait le choix de noter « l'occupation » mais par contre j'ai mis une définition. Idem pour le « rendement occupationnel ». Dès que je sais que mon compte-rendu est lu par une personne non ergothérapeute, je décris les termes. C'est l'avantage de l'écrit. »</p>
---	---	---	--	---

Diagnostic ergo	<p>« Maintenant que j'utilise la trame, je le fais beaucoup moins » « En fait pour moi, c'est un peu, ça m'aide à avoir une trame et rien oublier comme information dans ma présentation du patient dans mon compte rendu. Et du coup, c'est pour ça que je fais un diagnostic ergo. » « Je trouve que ça fait plus professionnel comme écrit de mettre un diagnostic »</p>	<p>« Parce que honnêtement j'ai pas forcément le temps pour chaque patient de réaliser un diagnostic ergo. Je pense que sinon je passerai mon temps à à faire des rédactions de bilans ergo. Enfin de diagnostic ergo. Mais c'est vrai que je pêche un peu là-dedans. Et c'est quelques choses qu'il faudrait que je modifie dans ma pratique ». « le diagnostic ça met vraiment en avant les forces et les faiblesses du patient. Donc, sur quoi on peut s'appuyer pour justement amener le patient à à évoluer et à atteindre des objectifs. Donc c'est vrai que si on les identifie pas clairement, même si on le fait de manière inconsciente... mais tant que c'est pas rédigé... »</p>	<p>« dans ma partie conclusion de mon bilan, j'ai un diagnostic ergo sur la participation et la limitation de la participation. Où je reprends en gros les grandes lignes de ce qu'il a été dit pendant la MCRO. Quelles sont les difficultés ? dans quel type de domaine ? Et après j'ai la partie pour le coup norme quantifiée, bilan quantifié. Cette partie-là je pense qu'elle est trop succincte. Malheureusement, c'est un peu trop un listing des difficultés que je vais faire et que je prends pas le temps de rédiger tel difficulté dans tel contexte... »</p>	<p>« Non. J'ai des formations là-dessus mais je n'en fais pas par simplicité. Cela me demanderait un travail un peu scolaire pour me familiariser avec ça mais j'ai l'impression que cela serait chronophage pour moi pour me l'approprier »</p>	<p>« Le diagnostic en ergothérapie me guide beaucoup, notamment la première partie où on va décrire l'état occupationnel de la personne. Bien avoir identifié et décrit l'état occupationnel, grâce à des outils comme la MCRO nous aide à bien personnaliser. »</p>
-----------------	---	---	---	--	--

Résumé

Titre : Le modèle canadien du rendement et d'engagement professionnels et son impact sur les rapports des ergothérapeutes français.

Mots-clés : Compte-rendu, MCREO, approche occupationnelle, rédiger.

Introduction : Le nombre de documents produits par les ergothérapeutes a considérablement augmenté depuis la création du dossier patient. Les rapports sont le reflet de leur pratique. **But:** Comprendre les enjeux de la conceptualisation des rapports des ergothérapeutes et analyser l'impact de l'utilisation d'un modèle centré sur l'occupation, le MCREO. Ainsi, dans un contexte de transition vers une approche centrée sur l'occupation, comment le MCREO modifie-t-il la rédaction des rapports d'ergothérapie ? **Hypothèse :** Le MCREO aide les ergothérapeutes à rédiger des rapports qui reflètent leur spécificité d'ergothérapeute à travers un vocabulaire précis, des objectifs et des moyens centrés sur l'occupation. **Méthodes :** 5 entretiens semi-structurés ont été menés avec des ergothérapeutes qui travaillent dans différents établissements, avec une population différente et qui ont utilisé le MCREO. Ces entretiens ont été traités par analyse thématique. **Résultats:** Les thèmes qui ressortent sont : la formation, l'application du MCREO, l'utilisation de la MCRO, l'organisation des comptes-rendus, l'identité professionnelle, les critères de qualités d'un écrit, la communication interprofessionnelle, le vocabulaire employé, et enfin le diagnostic ergothérapique. **Discussion :** le MCREO encourage les ergothérapeutes à avoir une réflexion aussi bien sur le fond que sur la forme de leur compte-rendu.

Abstract

Title: The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement and its impact on the reports of French occupational therapists.

Keywords: Reports, CMOPE, occupational approach, content

Introduction: The number of documents produced by occupational therapists (OTs) has increased significantly since the creation of the patient file. The reports reflect their practice.

Aim : To understand what issues OTs face when conceptualising their reports and to analyse the impact of using an occupation-centred model, the CMOPE. Thus, how does the CMOPE change the way occupational therapy reports are written in a context of transition to an occupation-centred approach ?

Hypotheses: CMOPE helps OTs to write reports that reflect their specificity as occupational therapists through a precise vocabulary, objectives and means focused on occupation.

Methods: 5 semi-structured interviews were conducted with OTs who are working in different facilities, with a different population and they used the CMOPE. These interviews were processed by thematic analysis.

Results: The themes that emerged were: training, application of the CMOPE, use of the Canadian Occupational Performance Measure, organisation of reports, professional identity, quality criteria for writing, interprofessional communication, vocabulary used, and finally, occupational therapy diagnosis.

Discussion: This study shows that the CMOPE encourages occupational therapists to think about both the content and the form of their reports.