



Université Aix-Marseille
Faculté des sciences médicales et
paramédicales
École des sciences de la réadaptation
Formation d'Ergothérapie

Nolwen GABET

UE 6.5 S6 Mémoire d'initiation
à la recherche
16/05/2024

**Évaluation des Patients Post-AVC : défis, pratiques et
perspectives en ergothérapie**

Sous la direction d'Anaïs GIRAUDIER
et Yassine LAAREJ

Diplôme d'État d'Ergothérapie

Remerciement :

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde reconnaissance envers ma directrice de mémoire, Anaïs GIRAUDIER, pour sa disponibilité constante, son soutien indéfectible et ses conseils éclairés. Son engagement et son enthousiasme m'ont inspiré et poussé à me dépasser, et je lui suis reconnaissante pour m'avoir initiée) au travail de recherche.

Un grand merci également à mon référent mémoire, Yassine LAAREJ, pour son accompagnement précieux tout au long de ce travail. Sa patience, son expertise et ses conseils avisés ont été d'une aide inestimable dans la réalisation de ce mémoire.

Je souhaite également exprimer ma reconnaissance envers tous les ergothérapeutes qui ont généreusement contribué à la constitution de ce mémoire en répondant aux différentes enquêtes. Leur participation active a enrichi mon travail et a permis d'apporter des perspectives précieuses sur le sujet étudié.

Je tiens également à remercier les différents milieux de stage où j'ai eu l'opportunité d'évoluer. Leur contribution à l'émergence et à l'évolution de la problématique de ce mémoire a été essentielle et m'a permis de concrétiser mes apprentissages sur le terrain.

Je souhaite exprimer toute ma gratitude envers les membres dévoués de l'équipe d'ergothérapie de l'institut de formation d'Aix Marseille. Leur accompagnement bienveillant tout au long de ces trois années d'études a été d'une valeur inestimable pour moi. Leur engagement permanent dans l'amélioration continue des enseignements dispensés a joué un rôle essentiel dans l'évolution positive de mon parcours.

Enfin, je souhaite adresser mes plus sincères remerciements à mes amis d'enfance, qui, malgré la distance, ont toujours soutenu mes décisions. Leur soutien constant m'a été d'un réconfort précieux durant ces trois années de retour aux études. Leur encouragement incessant m'a également motivé à explorer et à développer mon plein potentiel, ce qui me permet aujourd'hui de vous présenter ce mémoire.

Sommaire

1	Introduction.....	1
1.1	Contexte	1
1.2	Thème	2
1.2.1	Champs disciplinaires	2
1.2.2	Termes clés	3
1.2.3	Résonance du thème	7
1.2.4	Question socialement vive	7
1.2.5	Utilité	8
1.3	Enjeux et intérêts.....	8
1.4	Revue de littérature	9
1.4.1	Champs disciplinaires et bases de données.....	9
1.4.2	Équation de recherche.....	10
1.4.3	Articles sélectionnés	12
1.5	Analyse critique de la revue de littérature	12
1.5.1	Les défis de l'évaluation des patients Post-AVC	12
1.5.2	Les aspects évalués	14
1.5.3	Les outils d'évaluation centrée sur la personne et ses occupations	15
1.6	Problématisation	16
1.7	Enquête exploratoire	17
1.7.1	Objectifs généraux de l'enquête exploratoire	17
1.7.2	Objectifs spécifiques de l'enquête exploratoire	18
1.7.3	Élaboration du dispositif d'enquête exploratoire	18
1.7.4	Choix de l'outil de recueil de données.....	19
1.7.5	Biais et stratégies d'atténuation	19

1.7.6	Construction du questionnaire	21
1.7.7	Test de faisabilité et de validité du dispositif d'enquête.....	23
1.7.8	Les résultats de l'enquête exploratoire	24
1.7.9	Synthèse de la problématisation théorique	29
1.7.10	Question initiale de recherche.....	33
1.8	Cadre conceptuel.....	33
1.8.1	Les contraintes de temps	33
1.8.2	La qualité de l'évaluation.....	34
1.8.3	L'approche globale	36
1.8.4	Recontextualiserions en ergothérapie	37
1.8.5	Question et objet de recherche	38
2	Matériel et méthode	39
2.1	Objectifs de la recherche.....	39
2.2	Choix de la méthode	39
2.3	Identification des variables	39
2.4	Formulation et opérationnalisation des hypothèses de la recherche.....	40
2.5	Choix de la population	42
2.5.1	Construction de l'outil de recherche	43
2.5.2	Anticipation des biais et stratégies d'atténuation.....	43
2.6	Méthode d'échantillonnage.....	45
2.6.1	Construction de la matrice de questionnement	46
2.7	Choix des outils de traitements des données.....	47
2.8	Test du dispositif de recherche	49
3	Résultats	50
3.1	Analyse descriptive des résultats	50

3.1.1	Participants.....	50
3.1.2	Caractéristiques des participants.....	50
3.2	Présentation des résultats issus d'une analyse inférentielle.....	51
4	Discussion.....	55
4.1	Retour sur les résultats.....	55
4.2	Impact sur l'évolution de l'ergothérapie.....	56
4.3	Forces de l'enquête.....	58
4.4	Limites de l'enquête.....	58
4.5	Proposition et transférabilité.....	59
4.6	Perspective de recherche.....	59
4.7	Conclusion.....	60
	Bibliographie.....	61
	Annexes 1 : Tableau de la revue de littérature.....	68
	Annexes 2 : Tableau des résultats des banques de données.....	84
	Annexe 3 : Matrice du questionnaire.....	85
	Annexe 4 : Résultats pour les participants en SSR/SMR.....	91
	Annexe 5 : Matrice théorique issue du cadre conceptuel.....	104
	Annexe 6 : Matrice du questionnement de la recherche.....	105
	Annexe 7 : Résultats du questionnaire de recherche.....	109
	Annexe 8 : Tableau de synthèse des résultats.....	128

1 Introduction

L'objectif initial de cette première partie consistera à présenter le sujet global du mémoire et à dresser un état des lieux exhaustif de la théorie et de la pratique concernant ce thème.

1.1 Contexte

Durant ma formation, j'ai pu remarquer que l'approche centrée sur la personne était au cœur de notre réflexion. C'est une approche à laquelle j'aspire, car j'ai pu voir tout au long de mes stages que lorsqu'une personne se retrouve dans une activité qui a du sens pour elle, elle est beaucoup plus investie dans cette activité. N'est-ce pas ce que l'on cherche à susciter chez nos patients pour les accompagner à réussir ? En « stimulant l'attrait, le plaisir et le sentiment de compétence et d'efficacité » (1).

Cependant, durant mon stage en Soins de Suite et Réadaptation, j'ai pu remarquer que ce qui était proposé aux patients n'était pas forcément en lien avec les activités auxquels ils aspiraient. En effet, lors de la prise en charge d'une patiente post Accident Vasculaire Cérébral ¹, la patiente s'est vu proposer en ergothérapie exclusivement des évaluations fonctionnelles (MIF, Jamar, Nine Hole Peg, Box and block). Dans cette situation, les activités qu'elle pratiquait avant son AVC étaient partiellement prises en compte. Et les objectifs qui découlaient de ses évaluations étaient imposés et axés essentiellement sur la récupération motrice. L'approche de rééducation proposée ici est donc analytique, se concentrant sur les fonctions déficitaires. Cette situation semble illustrer que le modèle biomédical demeure prédominant dans le domaine de la rééducation, y compris en ergothérapie, malgré les tentatives pour adopter une approche centrée sur la personne et ses occupations.

Cela peut s'expliquer par une prédominance du modèle biomédical dans l'histoire de l'évolution de l'ergothérapie. Ce modèle est centré sur la maladie et considère que la guérison repose sur l'élimination de la cause de la maladie ou de la douleur. Le livre intitulé « l'ergothérapie en France : une perspective historique » (2) met en lumière le fait que la remise en question du modèle biomédical et le développement d'une approche plus holistique et centrée sur la personne en France ont émergé progressivement au fil du temps. En effet, les ergothérapeutes et professionnels de la santé ont mis un certain temps avant de prendre

¹ AVC : Accident Vasculaire Cérébral

conscience de l'importance de prendre en compte les facteurs psychologiques, sociaux et environnementaux dans le processus de réadaptation (2). En réalité, les enjeux ont été influencés par différents courants, en particulier le courant biomédical qui a exercé une influence prédominante (2). Cette évolution a conduit à la reconnaissance de l'ergothérapie comme profession à part entière et à la création d'associations professionnelles pour promouvoir cette discipline. Cependant, cette évolution est récente et reste encore fragile (2).

Nous pouvons alors nous demander :

- Quelles sont les évaluations qui permettent à l'ergothérapeute de se centrer sur la personne ?
- Quels sont les aspects spécifiques que l'ergothérapeute cherche à évaluer chez un patient en ergothérapie ?
- Quelles informations sont pertinentes pour l'ergothérapeute lorsqu'il évalue un patient dans le cadre de sa pratique professionnelle ?
- Comment l'ergothérapeute décide-t-il quelle évaluation utiliser pour atteindre ses objectifs professionnels ?
- Quel contexte d'évaluation est le plus propice à une approche centrée sur la personne en ergothérapie ?
- Comment l'ergothérapeute peut-il organiser les évaluations pour se centrer sur la personne ?
- Quels facteurs peuvent influencer la décision de l'ergothérapeute quant au choix d'une évaluation particulière en ergothérapie ?
- Quels sont les biais à l'utilisation de tel ou tel outils ?

1.2 Thème

À la suite de cette réflexion, le thème sur lequel nous allons nous concentrer tout au long de ce document est :

L'utilisation d'évaluations en ergothérapie, pour la mise en œuvre d'une approche centrée sur la personne et ses occupations auprès de patients en réadaptation POST AVC.

1.2.1 Champs disciplinaires

Les différents champs disciplinaires que nous allons mobiliser sont :

- *L'ergothérapie* : c'est une profession de la santé qui aide les individus à surmonter les obstacles qui les empêchent de participer pleinement à leurs activités quotidiennes. C'est le champ disciplinaire principal pour notre sujet. Il est important d'étudier les différentes

approches en ergothérapie, notamment l'approche centrée sur la personne, pour comprendre comment elles peuvent influencer la sélection des évaluations.

- *Science de l'occupation* : ce champ disciplinaire examine le rôle des occupations dans la vie des individus en général. Elle fournit donc une base théorique solide pour comprendre l'importance de l'occupation pour la santé et le bien-être des individus.
- *Épistémologie de l'ergothérapie* : l'histoire de l'évolution de l'ergothérapie au cours du temps peut nous permettre de comprendre les choix d'intervention choisis.
- *Science de la réadaptation* : ce champ disciplinaire fournit une base théorique solide pour comprendre les différents aspects de la réadaptation, tels que l'évaluation, le traitement et la gestion des incapacités et des limitations fonctionnelles.
- *La psychologie* : ce champ disciplinaire offre un éclairage précieux pour appréhender les dimensions de la motivation, de l'engagement, et de la participation tant des patients que des thérapeutes dans le cadre de la rééducation, ainsi que pour analyser les dynamiques relationnelles entre les patients, les thérapeutes, et la structure encadrant le processus de prise en charge. En effet, nous pouvons nous baser sur les études faites par Carl Roger (3) qui est le premier psychologue à aborder l'approche centrée sur la personne.
- *La santé publique* : ce champ disciplinaire peut nous aider à comprendre les choix politiques en termes de santé et leur mise en œuvre sur le terrain.
- *Les sciences sociales* : ce champ disciplinaire peut être utile pour comprendre les aspects sociaux, culturels et contextuels qui peuvent influencer la mise en œuvre de l'approche centrée sur la personne en ergothérapie.

1.2.2 Termes clés

Il est essentiel de donner des définitions précises des termes clés pour le sujet en question qui sont : la réadaptation post-AVC, l'évaluation en ergothérapie, l'approche centrée sur la personne.

La réadaptation Post Accident Vasculaire Cérébral

L'assurance maladie en 2021 définit l'AVC comme une « perte brutale d'une fonction du cerveau ». Elle précise qu'« il existe des AVC ischémiques et des AVC hémorragiques (et qu') ils surviennent souvent chez des personnes présentant des facteurs de risque » (4).

En outre, l'institut de veille sanitaire a publié en 2012 une étude sur la prévalence des accidents vasculaires cérébraux, ainsi que sur leurs séquelles et leur impact sur les activités

de la vie quotidienne. Cette enquête a été menée auprès de 29 931 personnes ayant subi un AVC et a examiné les séquelles déclarées sur leur vie quotidienne.

Les séquelles les plus courantes déclarées par les patients étaient les troubles de l'équilibre, qui étaient présents chez la moitié des cas, et les troubles de la mémoire, signalés par 42,1% d'entre eux. Environ un tiers des patients atteints de séquelles ont signalé une atteinte motrice d'un ou plusieurs membres, tandis qu'un tiers ont déclaré des troubles du langage ou de l'articulation. Près d'un quart ont déclaré des troubles visuels et 1 sur 5 des troubles sensitifs. En outre, 16,5% des patients ont signalé une incontinence urinaire et 13,3% des troubles de la déglutition. Les personnes de moins de 60 ans ont déclaré des séquelles motrices, visuelles et sensitives plus fréquemment que les autres, mais l'incontinence urinaire prédominait chez les patients âgés de 75 ans ou plus. Les limitations fonctionnelles étaient également courantes, en particulier pour les déplacements. La moitié des personnes atteintes de séquelles d'AVC ont déclaré qu'il était très difficile ou impossible de marcher 500 mètres (5).

L'évaluation en ergothérapie

En 2010, la WFOT affirme que le but de l'ergothérapie « permettre aux clients non seulement de participer aux occupations qu'ils veulent réaliser, mais aussi de faire toutes les choses qu'ils ont besoin de faire ou qu'on attend qu'ils réalisent socialement et culturellement » (6). Donc de répondre aux besoins occupationnels des patients en cherchant à connaître les plaintes occupationnelles de ceux-ci.

Par ailleurs, l'évaluation est un processus clé dans la pratique de l'ergothérapie, qui consiste à porter un jugement sur les informations recueillies afin de prendre une décision (7). Cependant, il est essentiel de se rappeler que « toute évaluation doit être faite en visant une finalité » (7). Dans le domaine de l'ergothérapie, cela implique de développer la compétence d'« évaluer une situation et d'élaborer un diagnostic ergothérapique », comme le souligne la compétence 1 « Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapique » (8).

Selon Bénédicte Dubois et al. en 2017 (9), l'objectif de l'évaluation en ergothérapie est de poser un diagnostic ergothérapique. Ce diagnostic doit être interprété comme une hypothèse formulée à partir d'une analyse approfondie des signes et des observations, comme le souligne Le petit Robert en 2016 (10). Cela permet à l'ergothérapeute de mettre en place un plan d'intervention personnalisé pour le patient, adapté à ses besoins spécifiques. En effet, en ergothérapie, l'évaluation est une étape essentielle du processus de l'OTipm (Occupational Therapy Intervention Process Model) par Anne G. Fischer et Abbey

Marterella (11) et repose sur l'utilisation de modèles conceptuels pour identifier les éléments à considérer.

De plus, la World Federation of Occupational Therapists (WFOT²) (12) en 2015 et 2016 (13), souligne « l'importance de l'utilisation de méthodes d'évaluation valides et fiables, adaptées aux besoins et aux caractéristiques des clients ». Cette approche permet d'obtenir des évaluations précises, fiables et reproductibles, ce qui est essentiel pour assurer des soins de qualité en ergothérapie. La WFOT (12) souligne également « l'importance de l'analyse critique des données recueillies, en prenant en compte les contextes culturels, sociaux et environnementaux des clients ». Elle encourage également « la participation active des clients à l'évaluation, en tant que partenaires dans le processus d'évaluation et de prise de décision ». Les idées exprimées par la WFOT (12) sont en corrélation avec l'approche centrée sur la personne, mettant en évidence l'importance accordée aux besoins individuels, aux caractéristiques spécifiques et à la participation active des clients dans le processus d'évaluation en ergothérapie.

Cependant, il est important de noter que l'évaluateur ne peut être neutre dans toute situation d'évaluation. Il doit prendre conscience de ses propres biais culturels, émotionnels, et personnels afin d'évaluer chaque personne avec respect et impartialité, comme le souligne Jennifer Creek (76,77). Pour mener à bien ce processus, l'évaluateur doit développer une autoanalyse critique permanente pour se distancier de ses propres biais et évaluer chaque personne avec respect et impartialité (1). Barbara R. Hooper explique que « les convictions de l'ergothérapeute, en particulier sa vision de l'ergothérapie, conditionnent également les attentes d'information » (14).

D'autre part, Denise Chisholm et Barbara Ann Boyt-Schell, 2019 (15) rappelle que « l'évaluation n'est pas un itinéraire tout tracé et borné qu'il suffit de suivre mécaniquement, comme la procédure de mise en service d'un réveil connecté. Au contraire, elle requiert divers types de raisonnements, est faite d'aller-retour, comprend des approximations et n'est jamais définitive.

L'approche centrée sur la personne et ses occupations

En 2019, la WFOT (16) affirme que l'ergothérapeute adopte « une approche centrée sur la personne » Est-ce une représentation fidèle de ce qui se passe réellement ?

² WFOT : World Federation of Occupational Therapists

L'approche centrée sur la personne (ACP)³ est une méthode de psychothérapie et de relation d'aide créée par le célèbre psychologue américain Carl Rogers dans les années 40. Elle était connue à l'origine sous le nom d'orientation non directive, mais elle est désormais appelée approche centrée sur la personne ou ACP (17). Selon Rogers, l'ACP est avant tout une manière d'être, une philosophie qui s'exprime à travers des attitudes et des comportements créateurs d'un climat propice à l'épanouissement. Elle repose sur la tendance naturelle de tout être humain à se réaliser en tant que personne (3). L'ACP consiste à adopter une attitude empathique, non jugeante et compréhensive envers la personne aidée, en reconnaissant son potentiel et sa capacité à se comprendre elle-même. Elle met l'accent sur la relation entre le thérapeute et le patient, qui doit être basée sur la confiance, le respect et l'authenticité. (3). L'ACP n'est pas une simple technique ou une méthode, mais une approche globale qui vise à permettre à la personne de développer son potentiel et de réaliser ses objectifs personnels (3). En fin de compte, l'ACP cherche à aider la personne à atteindre une plus grande compréhension de soi, de son environnement et de sa place dans le monde.

D'autre part, la pratique centrée sur l'occupation se caractérise par son soutien aux individus confrontés à des difficultés dans leur capacité à s'engager dans des activités significatives pour eux (18). L'occupation est une composante constante tout au long du processus d'accompagnement (1,18). Les individus sont « considérés comme des êtres occupationnels » (18), et les ergothérapeutes sont chargés de comprendre les défis qu'elles rencontrent dans leur vie quotidienne, tout en appréhendant la capacité transformante de ces activités (18). Les actions entreprises en ergothérapie ont pour but de donner aux individus la capacité de reprendre, ajuster ou développer de nouvelles activités, tout en les aidant à gérer leurs performances, leur participation, leur engagement, et leur environnement (18).

Selon Michèle Berro et Lisa Deshaies en 2016 (19), les ergothérapeutes sont encouragés à incorporer les occupations à la fois en tant que moyens et objectifs dans leur processus de prise en charge. Pour réaliser cela, d'après J.M Gray (20), Anne G. Fisher (21) et Sylvie Meyer (18), l'accompagnement doit avoir une orientation axée sur l'occupation.

L'approche centrée sur la personne et ses occupations met donc l'individu au cœur de la prise en charge en mettant l'accent sur les activités quotidiennes, routines, préférences, et valeurs de la personne (1). Elle considère que les occupations, c'est-à-dire les activités

³ ACP : Approche Centrée sur la Personne

quotidiennes, ont une importance fondamentale pour le bien-être et la qualité de vie de chaque individu (1) . Cette approche présente de nombreux avantages pour les patients et les professionnels de santé. Tout d'abord, elle permet de cibler leurs attentes et leurs préférences (22), ce qui est essentiel pour répondre au mieux à leurs besoins. En favorisant les échanges entre les praticiens et les clients, cette approche conduit également à une plus grande satisfaction des patients (23,24). De plus, elle améliore les résultats fonctionnels (23,24) et permet de réduire les durées de séjour (23,25), ce qui est bénéfique pour tous.

1.2.3 Résonance du thème

Le thème présenté résonne en trois dimensions : d'abord, il est lié à une question socialement vive, ensuite il présente une utilité pour le domaine socioprofessionnel, et enfin il comporte des enjeux pour la pratique professionnelle et l'amélioration de la qualité des soins offerts aux usagers.

1.2.4 Question socialement vive

La question de l'AVC est d'une grande importance sociale étant donné qu'il s'agit de la principale cause de handicap acquis chez les adultes en France, touchant plus de 500 000 personnes vivant avec des séquelles, selon le ministère de la Santé et de la Prévention en 2019. De plus, l'AVC est la troisième cause de mortalité chez les hommes et la deuxième chez les femmes, après les cancers et l'infarctus du myocarde. Il est rapporté que chaque année en France, 150 000 personnes sont atteintes d'un accident vasculaire cérébral, dont plus de 110 000 sont hospitalisées et 30 000 décèdent (26).

L'article mentionne également que l'accompagnement des personnes atteintes d'AVC doit s'adapter aux besoins, aux attentes et à la volonté de la personne. Pour répondre à cette exigence, le ministère de la Santé et de la Prévention encourage donc l'utilisation de l'approche centrée sur la personne. De même, le ministère de l'Éducation soutient cette idée en l'inscrivant dans la sous-compétence n°2 du référentiel de compétence de l'ergothérapeute : "formuler des objectifs et identifier des activités significatives, adaptées au projet de vie de la personne ou du groupe de personnes, en suivant les principes d'une pratique centrée sur la personne" (27).

Par ailleurs, l'évaluation fait partie du premier champ d'activité de l'ergothérapeute, qui comprend "la collecte d'informations, les entretiens et l'évaluation en vue du diagnostic ergothérapeutique" (27). En effet, l'ergothérapeute doit pouvoir « évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique » (27).

D'autre part, l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), s'interroge sur la réelle application de l'approche centrée sur la personne en France en

publiant un article en 2018 « Les ergothérapeutes français ont-ils une approche centrée sur la personne ? » par de Chloé De Haerne et Martine Brousseau (28). Ainsi qu'en publiant deux livres récents de 2023 en lien avec le sujet : « L'évaluation en ergothérapie » (1) et « L'ergothérapie centrée sur la personne et ses occupations » (7).

1.2.5 Utilité

D'après le livre de l'ANFE de 2023 (7), l'évaluation est une étape clé dans la mise en place d'une approche centrée sur la personne en santé. Les choix effectués lors de cette étape peuvent avoir un impact significatif sur la qualité des soins et les résultats du traitement. Il est donc important pour les chercheurs, les décideurs en santé publique, les ergothérapeutes et tous les professionnels de la santé de comprendre comment les choix d'évaluation peuvent affecter la mise en œuvre de cette approche.

Cependant d'après le livre sur l'ACP publié par l'ANFE en 2023, les choix d'évaluation peuvent également avoir des conséquences négatives sur la mise en œuvre de l'approche centrée sur la personne. Par exemple, des évaluations standardisées peuvent ne pas tenir compte des besoins spécifiques de chaque personne, et les résultats peuvent ne pas refléter les problèmes ou les préoccupations réels de l'individu. Cela peut entraîner une prise en charge inadéquate ou inappropriée (1).

Il est donc essentiel que les chercheurs, les décideurs en santé publique, les ergothérapeutes et autres professionnels de la santé comprennent comment les choix d'évaluation peuvent affecter la mise en œuvre de l'approche centrée sur la personne, afin d'assurer des soins de qualité pour chaque patient. En considérant les besoins individuels de chaque personne, en choisissant des évaluations adaptées et en utilisant les résultats pour guider la prise en charge, les professionnels de la santé peuvent aider à garantir des résultats de traitement optimaux et améliorer la qualité de vie de leurs patients.

1.3 Enjeux et intérêts

Le choix d'une évaluation judicieuse est un enjeu professionnel important dont fait référence l'ANFE, car il permet de mettre en place un plan de traitement plus efficace pour les patients (7). En effet, en comprenant les besoins spécifiques de chaque individu, les professionnels de la santé peuvent adapter leur approche et leur traitement pour maximiser les résultats (7).

Cependant, les avantages de cette approche ne se limitent pas aux résultats cliniques. Une amélioration de la qualité des soins et de la satisfaction des patients peut également avoir un impact sur la santé publique dans son ensemble (29). En effet, selon le bulletin de lecture scientifique QualiREL (29), des patients satisfaits sont plus enclins à s'engager dans

leur rééducation et à prendre en charge leur santé, ce qui peut entraîner des résultats encore meilleurs à long terme.

Enfin, la rééducation centrée sur la personne peut avoir des avantages socioéconomiques significatifs. Surtout si l'on a considéré que les dépenses en matière de santé ont encore augmenté en 2022, d'autant plus avec la crise sanitaire liée au covid (30). En aidant les patients à retrouver leur place dans la société et à reprendre leur activité professionnelle, les professionnels de la santé peuvent contribuer à soutenir l'innovation et l'évolution des pratiques en matière de réinsertion sociale et professionnelle. Cela peut avoir un impact positif sur les communautés locales et les économies nationales. C'est également l'intention des SSR/SMR, « soutenir leur réinsertion sociale et/ou professionnelle » (31).

En somme, le choix d'une évaluation judicieuse est un enjeu professionnel primordial qui peut avoir des avantages considérables pour la santé publique et les enjeux socioéconomiques. En mettant l'accent sur la rééducation centrée sur la personne, les professionnels de la santé peuvent aider les patients à atteindre leurs objectifs et à retrouver leur place dans la société.

1.4 Revue de littérature

L'objectif de la recherche effectuée pour mener la revue de littérature consiste à dresser un état des lieux des études et recherches concernant les évaluations en ergothérapie auprès de patients victimes d'un AVC.

Par la suite, le but de la démarche est de croiser les données provenant de sources diverses afin de repérer des éléments qui pourraient se renforcer, se compléter ou se contredire. Suite à une évaluation critique de ces données, de nouvelles interrogations surgiront, permettant ainsi d'identifier une problématique.

1.4.1 Champs disciplinaires et bases de données

Pour mener cette revue de littérature, les recherches ont été axées sur les bases de données qui couvrent les domaines disciplinaires liés à mon sujet :

- ◇ L'ergothérapie, les sciences de l'occupation et l'épistémologie de l'occupation :
 - Avec les bases de données professionnelles : la revue ergOTHérapie (32) , la revue francophone de recherche en ergothérapie (33) et l'Américaine Journal of Occupational Therapy (34).
 - Avec les bases de données scientifiques : SAGE (35).
- ◇ Santé publique, science sociale et sciences de réadaptation : avec les bases de données scientifiques Google Scholar (36), PubMed (37) , Wiley (38).
- ◇ La psychologie : avec la base de donnée PsycINFO (39)

1.4.2 Équation de recherche

Pour mener des recherches sur ces bases de données, une équation de recherche est employée. Ainsi, pour accéder à des articles provenant de bases de données rédigées en anglais, il est nécessaire de traduire les mots clés en anglais.

Pour cela, je me suis aidée du site Hetop (40).

Mots clefs	Évaluation Instruments de mesure	Ergothérapie	Approche centrée sur la personne	Réadaptation	AVC
Keywords	Evaluation Assesment	Occupationnal Therapy OT	Client centered therapy	Rehabilitation	Stroke

Les mots-clés sélectionnés pour notre recherche reflètent les principaux concepts et domaines d'intérêt liés à notre sujet de recherche sur l'utilisation des évaluations en ergothérapie dans le cadre de l'approche centrée sur la personne pour la réadaptation post-AVC. Voici pourquoi ces mots-clés ont été choisis :

- *Évaluation / Instruments de mesure/ Assesment* : ces termes sont essentiels, car ils permettent de trouver des études et des outils utilisés pour évaluer les différents aspects de la santé.
- *Ergothérapie / Occupational Therapy/ OT* : ces termes définissent le domaine professionnel spécifique auquel nous nous référons : le domaine de l'ergothérapie.
- *Approche centrée sur la personne / Client-centered therapy* : ces mots-clés représentent l'approche psychologique de notre recherche.
- *Réadaptation / Rehabilitation* : ces termes sont pertinents, car ils décrivent le processus de restauration des capacités fonctionnelles et de réintégration sociale des patients après un AVC. Ils englobent les diverses interventions et stratégies utilisées pour aider les patients à retrouver leur indépendance et leur qualité de vie.
- *AVC / Stroke* : ces mots-clés sont spécifiques à notre population d'intérêt. Ils nous permettent de cibler des études et des informations pertinentes sur les défis et les besoins uniques auxquels font face ces patients après avoir subi un accident vasculaire cérébral.

En utilisant ces mots-clés dans notre recherche, nous pouvons cibler des articles, des études et des ressources qui sont directement liés à notre sujet d'étude et qui nous aideront à obtenir des informations pertinentes et approfondies sur l'utilisation des évaluations en ergothérapie dans le contexte de la réadaptation post-AVC selon une approche centrée sur la personne.

D'autre part, nous avons opté pour l'utilisation des opérateurs booléens pour lier ces mots-clés, car cela nous a permis de préciser nos critères d'inclusion et de cibler les articles qui nous intéressaient.

Français	Anglais
« ET »	« AND »
« OU »	« OR », « THRU »
« SAUF »	« NOT », « AND NOT », « EXCEPT »

L'utilisation de l'opérateur "ET" permet de préciser la recherche en sélectionnant les articles qui contiennent tous les mots clés liés par cet opérateur.

Je n'ai pas utilisé l'opérateur booléen "OU" pour les bases de données en français, car le terme français "évaluation" englobe plusieurs termes anglais associés, ainsi que pour utiliser l'abréviation de « Occupational Therapy » en anglais : « OT ».

Équation de recherche en français	(« évaluation » OU « instruments de mesure ») ET « ergothérap* » ET « AVC » ET « Approche centrée sur la personne » ET « réadaptation »
Équation de recherche en anglais	(evaluation OR assessment) AND (“occupational therap*” OR OT) AND stroke and “Client centered therapy” AND Rehabilitation

En utilisant une version tronquée du mot « ergothérapie » comme mot-clé :

« ergothérap* », il est possible d'obtenir un plus grand nombre de résultats (41). La situation est identique en anglais : « Occupational therap* ».

Critères d'inclusion :

Les articles sélectionnés proviennent de la littérature mondiale et sont rédigés dans différentes langues, dont le français et l'anglais. Ils se concentrent spécifiquement sur la population cible, à savoir les individus ayant subi un AVC, et traitent des évaluations réalisées en ergothérapie. Nous avons également inclus des articles qui examinent l'application de l'ACP par les ergothérapeutes. Ces articles visent à répondre aux besoins des professionnels de la santé et doivent respecter des normes minimales de rigueur scientifique.

Critères d'exclusion :

Les articles portant sur des pathologies autres que l'AVC seront exclus de la sélection, de même que ceux qui ne répondent pas à un niveau de scientificité suffisant, c'est-à-dire ceux qui manquent d'une méthodologie concrète et reproductible. En outre, les articles antérieurs à 2012 ne seront pas pris en compte. Enfin, seuls les articles pertinents pour les professionnels de la santé seront retenus.

1.4.3 Articles sélectionnés

Les résultats de la recherche et la méthodologie utilisée sont exposés en annexe. Onze articles ont été choisis pour cette revue de littérature. Tous les articles sont des articles scientifiques qui proviennent de sources internationales.

Les articles sélectionnés sont répertoriés dans le tableau présenté en (Annexe 1). Chaque étude est accompagnée d'une annotation qui évalue son niveau de preuve scientifique en se basant sur plusieurs critères, tels que la méthodologie utilisée, la présence d'une revue de littérature, la fiabilité de la collecte de données, l'analyse des données, ainsi que les références citées. Ces niveaux de preuve scientifique sont classifiés en trois catégories distinctes :

- Trois astérisques (***) , attestant d'une preuve scientifique solide et bien établie.
- Deux astérisques (**), suggérant une présomption scientifique.
- Un astérisque (*), indiquant un niveau de preuve scientifique limité.

Nous allons maintenant procéder à l'analyse de ces articles.

1.5 Analyse critique de la revue de littérature

La revue de littérature est structurée en trois sous-thématiques.

1.5.1 Les défis de l'évaluation des patients Post-AVC

L'évaluation des patients après un accident vasculaire cérébral (AVC) est une mission importante pour les professionnels de la santé, en particulier les ergothérapeutes, qui sont chargés de comprendre et de répondre aux besoins complexes de ces patients. Cependant, cette tâche est parsemée de nombreux défis qui ont un impact direct sur la qualité des soins prodigués : « si l'évaluation n'est pas juste et précise, le reste ne le sera pas non plus » (7). Tout d'abord, le manque de temps constitue un obstacle majeur dans l'évaluation des patients post-AVC. Cette problématique a été identifiée à la fois dans une étude suisse de 2013 (42), et une étude australienne de la même année (43). Les cliniciens, souvent débordés par leur charge de travail, disposent généralement de peu de temps pour effectuer des évaluations approfondies. Pour remédier à cette contrainte, l'étude australienne suggère de se tourner vers des tests administrés rapidement, tels que le test de la bouilloire, pour évaluer certaines fonctions exécutives (43). Cependant, cette solution pourrait potentiellement négliger d'autres aspects essentiels de la récupération post-AVC (43). Cela pourrait se produire, car ces tests se focalisent particulièrement sur certaines aptitudes cognitives, risquant ainsi de ne pas couvrir de manière complète la variété des aspects importants de la récupération après un AVC (43).

Une réponse à ce défi pourrait être la promotion de l'utilisation d'outils de mesure plus efficaces. L'étude suisse de 2013 (42) recommande ainsi que l'association nationale renforce la diffusion d'articles sur ce sujet et intensifie la formation continue des professionnels de la santé. De plus, il est essentiel de préparer les étudiants à sélectionner et à administrer correctement les instruments de mesure pour garantir des évaluations de qualité.

Une autre problématique réside dans les difficultés à établir des priorités lors des évaluations, comme l'a identifié l'étude suisse de 2013 (42). Les ergothérapeutes doivent jongler avec une multitude d'aspects à évaluer, allant des déficits moteurs aux troubles cognitifs, en passant par les problèmes de communication. Cette diversité complexe de séquelles rend difficile la détermination des aspects les plus urgents à aborder, ce qui peut entraîner une perte de temps précieux.

Le manque de ressources financières est également un obstacle courant. Cette problématique, mise en avant dans l'étude suisse de 2013 (42), limite la capacité des professionnels de la santé à effectuer des évaluations approfondies et à assurer un suivi adéquat des patients post-AVC.

Le manque de consensus parmi les collègues peut complexifier davantage le processus d'évaluation. La divergence d'opinions sur les outils d'évaluation et leur interprétation, comme relevée dans la même étude suisse (42), peut conduire à des lacunes dans l'évaluation globale du patient.

En ce qui concerne la sélection et l'intégration d'outils d'évaluation adaptés à la pratique, une étude canadienne de 2021 (44) a montré que certains outils spécifiques n'étaient pas largement intégrés dans la pratique des ergothérapeutes. De plus, une étude canadienne de 2019 (45), a soulevé des inquiétudes quant à l'adaptabilité de certains outils chez les patients atteints d'AVC dans des conditions spécifiques. L'étude australienne de 2013 (46) a également apporté une contribution significative à cette question en soulignant l'importance de l'adaptation des instructions et des tâches en fonction des caractéristiques spécifiques du patient, notamment les troubles de la communication.

Enfin, le besoin de formation spécialisée est essentiel pour surmonter ces défis. Une étude australienne de 2013 (38) a révélé que l'utilisation généralisée de l'Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) et du Profil des AVQ était limitée en raison de la nécessité d'une formation approfondie.

En conclusion, l'évaluation des patients après un accident vasculaire cérébral (AVC) demeure une mission d'une importance capitale pour les professionnels de la santé, en

particulier les ergothérapeutes. Cependant, cette mission est jalonnée de multiples défis qui exercent une influence significative sur la qualité des soins délivrés. Le manque de temps, les difficultés à établir des priorités, le manque de ressources financières, le manque de consensus parmi les collègues et la nécessité de choisir judicieusement les outils d'évaluation adaptés sont autant d'obstacles à surmonter (42,43,44,45).

1.5.2 Les aspects évalués

L'évaluation des personnes post-AVC en ergothérapie est un processus complexe qui nécessite une approche holistique prenant en compte plusieurs aspects. Différentes études ont mis en lumière l'importance de diverses approches pour une évaluation complète et personnalisée.

Une approche sensori-motrice se révèle essentielle, comme le soulignent les études canadiennes de 2021 (44) et 2020 (47). Ces études mettent en évidence que les évaluations standard se concentrent principalement sur les fonctions motrices, cognitives, perceptuelles et visuelles, tout en soulignant que la douleur est souvent insuffisamment évaluée. Ainsi, une évaluation complète devrait inclure une évaluation de la douleur pour mieux répondre aux besoins des patients post-AVC.

Une approche cognitive est également importante, comme démontré par une étude de 2018 de l'université d'Australie (48). Cette recherche a exploré la prédiction de l'aptitude à la conduite après un AVC en utilisant des évaluations cognitives et physiques (48). Elle a mis en évidence l'importance de ces évaluations ciblées pour la prise de décision concernant la reprise de la conduite, un aspect essentiel de l'indépendance pour de nombreuses personnes post-AVC (48).

Les déterminants personnels et l'environnement sont d'autres facteurs clés à considérer, comme le suggère une étude canadienne de 2023 (49). Cette étude met en avant le cadre OCWFOT (Occupation, Capability and Wellbeing Framework for Occupational Therapy) qui adopte une approche axée sur les forces en évaluant et en exploitant les atouts, les capacités et les ressources individuelles, collectives et communautaires (49).

L'aspect psycho-affectif ne doit pas être négligé. Les études canadiennes de 2021 (44) et 2020 (47) soulignent l'importance de prendre en compte l'aspect émotionnel des patients post-AVC. L'évaluation standard se concentre souvent sur les aspects physiques et cognitifs, en négligeant les aspects émotionnels et psychologiques. De plus, la peur de la rechute et la perception de la douleur sont des facteurs souvent négligés, mais essentiels, lors de l'évaluation des patients post-AVC (44,47).

L'approche occupationnelle est également essentielle, comme le montre une étude canadienne de 2023 (49). Cette étude met en évidence l'importance de l'occupation dans le bien-être des patients après un AVC. De plus, la capacité à reprendre la conduite automobile est souvent insuffisamment évaluée (49). L'étude japonaise de 2022 (50) souligne également l'importance de la mobilité et de l'utilisation des transports en commun pour les survivants d'AVC. Personnaliser l'évaluation en fonction des besoins spécifiques des patients, notamment en ce qui concerne leur participation à la communauté, est primordial (50).

Enfin, il convient de noter que les différences entre les pratiques en réadaptation interne et externe peuvent s'expliquer par leur mission respective et les besoins spécifiques des patients. En réadaptation interne, l'évaluation se concentre davantage sur les fonctions, tandis qu'en réadaptation externe, elle met davantage l'accent sur l'activité et la participation. Une approche différenciée peut être nécessaire pour répondre au mieux aux besoins des patients post-AVC en fonction de leur contexte de réadaptation.

1.5.3 Les outils d'évaluation centrée sur la personne et ses occupations

Les outils d'évaluation centrée sur la personne et ses activités sont essentiels dans le domaine de la réadaptation. Ils aident à identifier les besoins spécifiques des patients et à adapter leur traitement. Ces évaluations se divisent en deux catégories, chacune jouant un rôle important dans l'amélioration de la qualité de vie des patients.

La première catégorie d'évaluations se concentre sur la sélection des activités à travailler avec le patient. Une étude menée en France en 2018 (51) a examiné l'efficacité de l'approche centrée sur la personne, en utilisant notamment la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO). Les résultats ont montré que la MCRO encourage l'implication active des patients dans leur thérapie. Les professionnels de la santé ont constaté que cela améliore leur compréhension des objectifs à atteindre, ce qui conduit à une plus grande participation des patients lors des séances d'ergothérapie. Cependant, la taille réduite de l'échantillon limite la généralisation de ces résultats.

Une étude similaire menée en Italie en 2017 (52) a examiné l'utilisation de la MCRO chez des patients post-AVC et a identifié les soins personnels comme une priorité. Cependant, la taille de l'échantillon restreinte souligne le besoin de recherches plus vastes pour une compréhension plus approfondie de ces problèmes (52).

En 2023, une étude venue de Corée du Sud (53) a présenté une nouvelle approche, le Stroke-Post Occupational Therapy Assessment (S-POTA), conçu pour évaluer les besoins des patients avant leur sortie de l'hôpital après un AVC. Cette étude a impliqué 27 ergothérapeutes dans l'évaluation de 97 patients atteints d'AVC, montrant que l'S-POTA est

un outil fiable et en corrélation positive avec la qualité de vie des patients après un AVC (53).

La deuxième catégorie d'évaluations vise à évaluer la personne pendant qu'elle effectue des activités, ce qui est particulièrement important pour les patients post-AVC. Une étude australienne en 2013 (46) a souligné l'importance de choisir l'outil d'évaluation en fonction des objectifs spécifiques. Parmi les évaluations, celles réalisées pendant l'activité, telles que Executive Function Performance Test (EFPT), le Multiple Errands Test (MET) et l'Assessment of Motor and Process Skills (AMPS), se sont révélées les plus fiables pour les patients post-AVC (46). Certaines adaptations ont également été apportées à certains tests d'action naturaliste (NAT) pour tenir compte des besoins spécifiques des patients (46).

En conclusion, les outils d'évaluation centrée sur la personne et ses occupations sont précieux pour améliorer la réadaptation des patients post-AVC. Qu'il s'agisse de sélectionner les activités à travailler avec le patient ou d'évaluer la personne pendant qu'elle les réalise, ces outils contribuent à une meilleure prise en charge, à une plus grande implication des patients et à une personnalisation des traitements. Cependant, il est essentiel de poursuivre la recherche et d'élargir les études pour renforcer la validité et l'applicabilité de ces outils.

1.6 Problématisation

Face à la complexité de l'évaluation des patients post-AVC, les professionnels de la santé, notamment les ergothérapeutes, se trouvent confrontés à des défis variés. Le manque de temps, les difficultés à établir des priorités, le manque de ressources financières, le manque de consensus entre collègues, et la nécessité de choisir judicieusement des outils d'évaluation adaptés sont autant d'obstacles à surmonter.

La littérature met en évidence la nécessité de considérer une multitude d'aspects lors de l'évaluation des patients post-AVC. Des fonctions sensori-motrices aux aspects cognitifs, psycho-affectifs, environnementaux, déterminants personnels et occupationnels, la complexité de ces différents domaines crée une mise en tension pour les professionnels. Jongler avec cette diversité complexe nécessite une expertise approfondie et une compréhension holistique des besoins individuels des patients.

Les défis opérationnels tels que le manque de temps, les difficultés à établir des priorités, le manque de ressources financières et le manque de consensus parmi les collègues accentuent cette mise en tension. Les ergothérapeutes doivent naviguer dans un environnement où la contrainte temporelle et les limitations financières peuvent compromettre la qualité des évaluations. Trouver un équilibre entre une évaluation approfondie et les contraintes opérationnelles constitue un défi constant.

Le choix judicieux d'outils d'évaluation adaptés est une autre source de tension. Les professionnels doivent naviguer à travers la diversité d'outils disponibles tout en tenant compte des spécificités des patients post-AVC. Les divergences d'opinions sur les outils et leur interprétation parmi les collègues créent une tension supplémentaire, soulignant le besoin de consensus et de directives claires dans le choix et l'utilisation des outils.

Bien que les outils d'évaluation soient considérés comme centraux dans le processus d'évaluation, leur utilisation effective et leur intégration dans la pratique quotidienne représentent une mise en tension persistante. Cette dimension souligne la nécessité d'explorer des solutions innovantes et de favoriser une collaboration accrue entre les professionnels de la santé pour optimiser l'efficacité de ces outils dans la prise en charge des patients post-AVC.

Ainsi, comment les ergothérapeutes peuvent-ils relever ces défis ⁴ pour mener des évaluations plus complètes, centrées sur la personne et ses occupations, afin d'améliorer la qualité des soins prodigués aux patients post-AVC ?

Cette problématique soulève des enjeux importants en termes de formation, de collaboration interdisciplinaire et de recherche dans le domaine de la réadaptation post-AVC.

1.7 Enquête exploratoire

Après avoir dressé un état des lieux des connaissances à partir de la littérature scientifique, nous allons désormais plonger dans une exploration des pratiques actuelles. Pour observer de manière concrète ce qui se déroule sur le terrain, nous envisageons de réaliser une enquête exploratoire.

1.7.1 Objectifs généraux de l'enquête exploratoire

Les objectifs de cette enquête exploratoire sont multiples. Tout d'abord, elle vise à comprendre les pratiques actuelles des professionnels de la santé, en particulier des ergothérapeutes, dans l'évaluation des patients post-AVC, en mettant en lumière les défis et les opportunités pour améliorer ces pratiques. De plus, cette enquête cherche à comparer les connaissances issues de la revue de littérature avec les pratiques réelles, afin de déterminer si une base théorique se reflète sur le terrain et si d'autres aspects non envisagés dans la

⁴ Défis des ergothérapeutes : le manque de temps, les difficultés à établir des priorités, le manque de ressources financières, le manque de consensus parmi les collègues, et le choix approprié des outils d'évaluation

théorie apparaissent. Elle nous aide également à évaluer la pertinence de notre question de recherche.

1.7.2 Objectifs spécifiques de l'enquête exploratoire

Les objectifs particuliers de l'enquête exploratoire sont les suivants :

- Identifier les obstacles les plus fréquemment rencontrés par les professionnels de la santé dans l'évaluation des patients post-AVC
- Explorer les différents aspects évalués par les professionnels de la santé pour les patients post-AVC
- Examiner l'utilisation et l'intégration des outils d'évaluation pour les patients post-AVC

1.7.3 Élaboration du dispositif d'enquête exploratoire

Nous devons déterminer la population que nous souhaitons étudier et l'endroit où nous mènerons notre recherche.

Critères d'inclusion :

Les personnes éligibles pour participer à cette enquête doivent être des ergothérapeutes qui travaillent en France ou en outre-mer, ayant obtenu leur diplôme d'État et exerçant leur métier auprès de patients ayant subi un AVC. Les ergothérapeutes doivent également, exercer dans un centre de rééducation et avoir travaillé avec des personnes AVC au cours de ses six derniers mois, afin de maintenir une mémoire récente de leur pratique professionnelle.

Critères d'exclusion :

Les participants à l'enquête se limiteront aux ergothérapeutes qui traitent des patients ayant subi un AVC au cours des six derniers mois. Cela exclura d'office les professionnels de la santé qui n'appartiennent pas à la profession d'ergothérapeute ainsi que les ergothérapeutes qui ne travaillent pas dans des établissements de rééducation. De plus, la participation sera restreinte aux ergothérapeutes ayant obtenu leur diplôme en ergothérapie et ayant été directement engagés dans l'évaluation en ergothérapie des patients post-AVC au cours des six derniers mois. Les participants qui n'ont pas donné leur consentement volontaire et ceux qui exercent en dehors du territoire français ne seront pas pris en compte dans l'étude.

En appliquant ces critères d'inclusion et d'exclusion, nous pouvons former un échantillon varié composé d'au moins 30 ergothérapeutes travaillant en centre de rééducation, dans le but de recueillir des données en vue d'une analyse ultérieure de cette enquête exploratoire.

Les sites d'exploration : L'objectif sera de mener une étude quantitative auprès d'ergothérapeutes exerçant en France, et qui traite des patients post-AVC en centre de rééducation. Pour cela, nous pouvons nous aider de site qui recense un ensemble d'établissements de rééducation (25,75). Nous réalisons notre étude en utilisant une approche d'échantillonnage mixte. Nous utiliserons initialement un échantillonnage par grappes (54) pour sélectionner aléatoirement des centres de rééducation en SSR/SMR, puis nous collecterons des données auprès de tous les ergothérapeutes travaillant dans ces centres. En complément, nous prévoyons d'utiliser un échantillonnage de convenance pour recruter des ergothérapeutes disponibles et volontaires via des réseaux sociaux. Cette approche présente des avantages pour notre recherche. Elle nous permet d'avoir une variété naturelle de lieux et de pratiques, et elle rend plus simple la sélection des participants, ce qui facilite la réalisation de notre enquête.

1.7.4 Choix de l'outil de recueil de données

Le choix d'utiliser un questionnaire facilitera la collecte de données concrètes sur les approches actuelles des ergothérapeutes dans l'évaluation des patients post-AVC sur le terrain, tout en garantissant une participation diversifiée d'ergothérapeutes.

Le choix d'utiliser un questionnaire pour recueillir des informations vient du fait qu'il permet d'obtenir rapidement des réponses de nombreuses personnes, ce qui donne une vue d'ensemble des pratiques professionnelles dans différents endroits et situations. Les questionnaires sont pratiques, car les personnes peuvent y répondre quand et où ils veulent, ce qui peut encourager plus de personnes à participer et à être honnêtes dans leurs réponses (55).

Cependant, les questionnaires ont aussi leurs limites. Ils ne permettent pas toujours d'explorer les réponses en profondeur ni de comprendre pleinement le contexte des pratiques professionnelles. Parfois, les réponses peuvent être influencées par des biais ou la qualité du questionnaire lui-même. Donc, bien que les questionnaires soient utiles pour obtenir des données chiffrées sur les pratiques des ergothérapeutes dans l'évaluation des patients post-AVC, il est important d'utiliser d'autres méthodes comme les entretiens ou les observations pour avoir une vue plus complète du sujet (55).

1.7.5 Biais et stratégies d'atténuation

Les biais et stratégies d'atténuation dans cette enquête exploratoire sur l'évaluation et la réadaptation des patients post-AVC revêtent une importance cruciale pour garantir la qualité et la validité des résultats (56). Voici une analyse des principaux biais potentiels et des stratégies pour les minimiser :

Biais de sélection :

Risque : Étant donné que l'enquête vise à recueillir des données auprès d'ergothérapeutes en France, il pourrait y avoir une sélection biaisée des répondants. Par exemple, ceux qui ont un intérêt particulier pour le sujet pourraient être plus enclins à répondre, introduisant ainsi un biais de motivation (56).

Stratégie d'atténuation : Afin de minimiser ce biais, il est essentiel de veiller à ce que les répondants au questionnaire répondent aux critères d'inclusion et d'exclusion, qui seront clairement exposés aux professionnels contactés dès le début du questionnaire. De plus, il est primordial de mettre en place une approche de recrutement diversifiée en ce qui concerne la structure et la localisation. Une stratégie envisageable consisterait à collaborer avec des centres de rééducation répartis sur l'ensemble du territoire français pour diffuser l'enquête. En outre, il serait bénéfique d'insister dès le début du questionnaire sur l'importance de la contribution des répondants à la recherche. (56)

Biais de non-réponse :

Risque : Il est possible que certains ergothérapeutes contactés ne répondent pas à l'enquête, ce qui peut entraîner un biais de non-réponse (56).

Stratégie d'atténuation : Pour minimiser ce biais, des mesures peuvent être prises, notamment la réalisation de relances, des appels aux établissements pour souligner la pertinence du questionnaire, la diffusion du questionnaire sur les médias sociaux et la collaboration avec des organisations telles que l'ANFE (56).

Biais de soumission au groupe :

Risque : Les ergothérapeutes peuvent être enclins à donner des réponses socialement acceptables plutôt que des réponses honnêtes, ce qui peut biaiser les résultats. Ils pourraient être influencés par la culture professionnelle de leur groupe ou par des normes professionnelles non écrites, ce qui pourrait affecter leurs réponses (56).

Stratégie d'atténuation : Pour minimiser ce biais, l'anonymat doit être assuré aux répondants. Il est également important de formuler les questions de manière neutre et de rappeler aux participants qu'ils sont encouragés à donner des réponses honnêtes, même si elles sont critiques (56).

Biais de confirmation :

Risque : Le biais de confirmation survient lorsque les participants répondent de manière à confirmer ce qu'ils pensent que l'enquêteur veut entendre. Par exemple, les ergothérapeutes pourraient exagérer l'utilisation d'outils d'évaluation avancés s'ils pensent que cela est perçu favorablement (56).

Stratégie d'atténuation : Nous pouvons minimiser ce biais en assurant l'anonymat des participants et en les encourageant à fournir des réponses honnêtes, qu'elles soient positives ou négatives. Nous pouvons également formuler des questions de manière neutre pour éviter de suggérer des réponses spécifiques (56). Les questions seront donc soigneusement élaborées pour aborder tous les aspects des objectifs spécifiques de l'enquête. Elles seront formulées de manière aussi neutre que possible afin d'éviter toute orientation ou influence potentielle dans les réponses. De plus, nous privilégierons l'utilisation de termes techniques propres au domaine de l'ergothérapie afin de nous assurer que les répondants comprennent clairement les questions.

En conclusion, cette enquête exploratoire sur l'évaluation et la réadaptation des patients post-AVC repose sur une méthodologie et stratégie d'atténuation de biais réfléchis. En suivant ces stratégies, l'étude peut espérer obtenir des données fiables et représentatives, ce qui sera essentiel pour développer des recommandations et des stratégies visant à améliorer la qualité des soins pour cette population de patients (56).

Après avoir identifié ces potentiels biais du questionnaire, nous allons maintenant évaluer la manière dont l'outil de collecte de données est construit.

1.7.6 Construction du questionnaire

Pour cette enquête exploratoire, nous utilisons un questionnaire en ligne via Google Forms® comme principal outil de collecte de données.

Structure du questionnaire : inspiré de la méthodologie de Chantal Eymard (55).

- Le questionnaire débutera par une introduction qui détaillera les modalités de participation, les objectifs de l'enquête, l'importance de la participation, les garanties de confidentialité, le consentement, la durée estimée du questionnaire, et se conclura par des remerciements sincères sur leurs intentions de participation au questionnaire (55).
- Le questionnaire sera structuré de manière logique, en commençant par des questions générales pour une présentation rapide des répondants, avant de progresser vers des questions plus spécifiques (55).
- Les questions seront organisées en sections qui évoquent les grandes thématiques en lien avec les objectifs spécifiques de l'enquête (*les activités évaluées, le temps de passation, les aspects évalués, l'accessibilité aux outils*). Ainsi la navigation sera facilitée pour les répondants (55).

Types de questions :

Le questionnaire inclura différents types de questions pour obtenir une variété de données élaborer à l'aide d'une matrice (Annexe 3)

- *Questions à choix multiples* : Pour recueillir des informations quantitatives sur les pratiques courantes.
- *Échelles de notation* : Pour évaluer des éléments tels que la satisfaction, l'importance ou la fréquence.
- *Questions ouvertes* : Pour permettre aux répondants de fournir des réponses détaillées et des commentaires.

Instructions claires :

- Chaque question sera accompagnée d'instructions claires pour guider les répondants sur la manière de répondre.
- Des émojis seront ajoutés afin de rendre plus attractifs et facile à lire les questions et les réponses.
- Certaines notions importantes seront mises en gras et/ou soulignées afin de faciliter la lecture pour le répondant.

Anonymat et consentement :

Nous rappellerons aux répondants que leurs réponses resteront confidentielles et seront utilisées uniquement à des fins de recherche.

Cette enquête s'adresse exclusivement aux ergothérapeutes et ne concerne pas les patients. Son objectif principal est d'évaluer les pratiques professionnelles des ergothérapeutes. Par conséquent, la loi Jardé (57) ne s'applique pas dans ce contexte spécifique. Nous nous efforçons malgré tout de suivre des normes éthiques similaires dans le traitement des données. En effet, les participants sont pleinement informés des objectifs de la recherche et ont la possibilité de retirer leur consentement à tout moment. Les données collectées seront traitées de manière strictement confidentielle, accessibles uniquement à l'enquêteur, assurant ainsi la protection des participants contre tout risque de divulgation non autorisée.

Distribution du questionnaire :

Nous choisirons les canaux appropriés pour distribuer le questionnaire aux ergothérapeutes qui travaillent sur le territoire français, en utilisant des réseaux professionnels, des associations, des institutions médicales, etc.

En résumé, la conception de l'outil de recueil de données doit être méticuleuse pour garantir que le questionnaire recueille des informations précises et pertinentes tout en

minimisant les biais potentiels. La clarté, la neutralité et la facilité d'utilisation seront essentielles pour encourager la participation des répondants et obtenir des données de qualité.

Le choix des outils d'analyse de données :

Pour les données quantitatives, notamment les réponses à des questions à choix multiples ou des échelles de notation, nous utiliserons Excel®. Cette plateforme nous permettra d'effectuer des analyses de base, telles que la génération de statistiques descriptives, la création de tableaux croisés dynamiques, et la réalisation de graphiques pour synthétiser et visualiser les données.

Les données qualitatives enrichiront les données quantitatives en étayant les idées qui ont émergé au moyen de citations directes.

1.7.7 Test de faisabilité et de validité du dispositif d'enquête

Avant de distribuer le questionnaire, nous l'avons soumis à l'examen de trois ergothérapeutes travaillant dans un centre de rééducation. Cette étape nous a permis de nous assurer du bon fonctionnement de la plateforme en ligne que nous avons choisie (Google Forms®) et de la fiabilité de la collecte des données.

Suite à l'analyse des résultats de ce test, nous avons constaté des possibilités d'incompréhension dans les réponses aux questions 10 et 7. Pour la question 10, portant sur le moment où les ergothérapeutes évaluent le patient post-AVC pour la première fois dans une activité, et la question 7, qui interroge sur les évaluations utilisées pour déterminer les activités à travailler avec le patient post-AVC, nous avons choisi de préciser le terme "activité" en le définissant comme "une activité de la vie quotidienne du patient" (AVQ/AIVQ). Cette clarification était nécessaire, car le terme "activité simple" pouvait prêter à confusion. Les résultats des tests ont révélé que les répondants pouvaient interpréter l'entretien ou des tests moteurs simples comme une "activité", alors que notre intention était de comprendre le travail effectué sur les activités quotidiennes de la personne ou les activités instrumentales de la vie quotidienne.

En France, le terme "activités" est préféré à celui d'"occupations", bien que la définition précise de ce qu'est réellement une activité puisse être difficile à saisir (18). Cela souligne la nécessité de poursuivre notre réflexion sur la clarification de ce concept.

Le déroulement de l'enquête :

Après avoir mené des recherches en ligne pour recueillir un grand nombre d'adresses électroniques de centres de rééducation à travers la France, en utilisant Google et en sollicitant des contacts d'étudiants en ergothérapie, le questionnaire a été distribué par

courrier électronique avec le lien vers le formulaire Google. Des relances par mails ont été envoyées aux régions où nous avons obtenu le moins de réponses. Parallèlement, une publication a été partagée sur plusieurs groupes d'ergothérapie présents sur Facebook dans différentes régions françaises.

1.7.8 Les résultats de l'enquête exploratoire

Sur les 72 ergothérapeutes ayant participé à l'enquête, seuls 65 ont été pris en compte dans l'analyse, les 7 autres étant exclus, car ils n'exerçaient pas en centre de rééducation. Parmi les répondants, la majorité était des femmes, avec 59 femmes contre seulement 6 hommes.

En ce qui concerne la répartition géographique, la plupart des participants travaillaient dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (23/65 répondants), suivie de l'Auvergne-Rhône-Alpes (10/65), l'Occitanie (7/65) et la Bretagne (7/65). Les autres régions comprenaient le Centre-Val de Loire (6/65), la Nouvelle-Aquitaine (4/65), l'Île-de-France (3/65), la Bourgogne-Franche-Comté (2/65), les Pays de la Loire (2/65) et les Hauts de France (1/65).

En ce qui concerne la formation, la plupart des ergothérapeutes ont été formés à Berck-sur-Mer (10/65), Montpellier (8/65) et Rennes (8/65). Les autres lieux de formation comprenaient Marseille (7/65), Créteil (5/65), Lyon (5/65), Nancy (4/65), La Garde (4/65), ainsi que d'autres avec une participation moindre, comme détaillée dans l'Annexe 4. Les résultats révèlent que la prise en charge la plus courante des patients post-AVC se situe dans les premiers mois suivants l'événement. En effet, 38 sur 65 ergothérapeutes ont signalé une prise en charge "très fréquente" à moins de trois mois, tandis que 37 sur 65 ont indiqué une prise en charge similaire dans les six premiers mois. Ces données suggèrent une forte concentration sur la phase initiale de récupération post-AVC.

Par ailleurs, une baisse significative dans la fréquence de prise en charge est observée après la première année. Seulement 12 des 65 ergothérapeutes ont mentionné une prise en charge "très fréquente" au-delà d'un an après l'AVC. Pour plus de détails, veuillez consulter les informations complémentaires en Annexe 4.

Les activités plus et moins évaluées

Le passage suivant met en lumière les activités les plus fréquemment évaluées par les répondants, ainsi que celles qui le sont moins, en mettant en lumière les domaines

d'évaluation qui demandent le plus et le moins de temps. De plus, il examine les raisons sous-jacentes à l'investissement variable dans ces domaines et explore le timing privilégié pour l'évaluation initiale des activités (cf Annexe 4).

Activités les plus utilisées :

Les répondants ont fréquemment répondu évaluer « plus de 10 fois » 10 activités suivantes au cours des six derniers mois : s'habiller/mettre ses chaussures (40/65 répondants), se lever/se coucher : (40 /65), prendre soin de son apparence (33/65), aller aux toilettes (32 /65), prendre un repas (30 /65), se doucher (28 /65), faire la cuisine : 26 /65 répondants, se déplacer au domicile (24 /65), préparer une boisson (23 /65), communiquer avec son entourage (19 /65). Ces activités sont principalement liées aux soins personnels.

Activités les moins utilisées :

D'autre part, les répondants ont fréquemment répondu ne pas évaluer les 11 activités suivantes au cours des six derniers mois : pratiquer une activité sexuelle (51/65), jouer d'un instrument (47/65), fumer une cigarette/vapoteuse (45/65), s'occuper de ses enfants (39/65), prendre les transports en commun (38/65), s'occuper de ses animaux (38/65), préparer son sac/ sa valise (36/65), activités liées au travail/études/formations (32/65, faire du sport (loisir) (31/65), jardiner (26/65), aller à un rendez-vous (26/65). Ces activités sont principalement associées aux déplacements, aux responsabilités sociales et professionnelles et aux loisirs. Les 11 activités précédemment évoquées font partie des activités que les répondants aimeraient évaluer, mais qu'ils ne peuvent pas évaluer concrètement, à l'exception de l'activité "préparer son sac et sa valise", pour laquelle seulement 6 répondants expriment ce souhait.

L'activité de conduite fait partie des 12 activités les plus fréquemment citées que les répondants aimeraient évaluer, mais qu'ils ne peuvent pas évaluer concrètement. Bien qu'elle ne soit pas incluse parmi les 11 activités les plus souvent notées comme "pas évaluées", elle reste peu évaluée, avec 21 répondants sur 65 indiquant qu'ils ne l'évaluent pas.

Domaines avec le plus de temps :

Parmi les 65 répondants, les domaines d'évaluation qui requièrent le plus de temps sont principalement le domaine moteur (31/65) et le domaine occupationnel (21/65). Puis nous retrouvons le domaine cognitif (4/65), le domaine environnemental (3/65), les déterminants personnels (1/65) et le domaine psycho-affectif (1/65) (cf Annexe 4).

Les 31 répondants qui consacrent plus de temps au domaine moteur le justifient essentiellement de la manière suivante : 22 sur 31 estiment qu'il est le plus couramment utilisé au sein de leur structure, 14 sur 31 considèrent que les outils et ressources sont plus

facilement accessibles dans ce domaine, et 11 sur 31 estiment que ce domaine revêt une plus grande importance.

Quant aux 21 répondants qui investissent davantage de temps dans le domaine occupationnel, ils le justifient essentiellement de la manière suivante : 14 sur 21 estiment que ce domaine a une plus grande importance, et 9 sur 21 considèrent que cela demande plus de temps que les autres domaines pour être réalisé.

Parmi les 65 répondants, les domaines d'évaluation qui exigent le moins de temps sont principalement le domaine psycho-affectif (30/65) et le domaine sensoriel (13/65), suivis du domaine occupationnel (8/65).

Domaine avec le moins de temps :

Les 30 répondants qui consacrent moins de temps au domaine psycho-affectif justifient essentiellement cela de la manière suivante : 18 sur 30 estiment se sentir moins compétents dans ce domaine, et 8 sur 30 expliquent que ce domaine est évalué par d'autres professionnels.

Les 13 répondants qui consacrent moins de temps au domaine sensoriel le justifient en essentiellement de la manière suivante : 5 sur 13 estiment que ce domaine est moins prioritaire, et 3 sur 13 expliquent se sentir moins compétents dans ce domaine.

Les 8 répondants qui consacrent moins de temps au domaine occupationnel le justifient de la manière suivante : 3 sur 8 estiment que ce domaine occupe une place moins importante au sein de la structure, 3 sur 8 expliquent que c'est parce qu'il n'est pas ou est très peu utilisé par leurs collègues, 2 sur 8 indiquent que la durée nécessaire pour gérer ce domaine est plus courte, 2 sur 8 expliquent que certains patients n'en ont pas les capacités, 1 personne estime que ce domaine est moins prioritaire, et 1 autre personne explique que les outils et ressources sont moins accessibles dans ce domaine. De plus, parmi les 8 répondants, 3 répondants (diplômés entre 1999 et 2013) de différentes écoles de formation ont indiqué se sentir moins compétents dans ce domaine.

Moment choisi pour l'évaluation initiale :

L'évaluation du moment de prise en charge dans une activité s'établit à 2,18 sur une échelle de 1 à 10, où 1 indique le commencement de l'activité et 10 représente la fin de la prise en charge, avec une médiane fixée à 2. En d'autres termes, les participants semblent davantage enclins à indiquer une prise en charge précoce dans l'activité plutôt qu'à la fin.

Ce qui influence le choix des évaluations

Les répondants ont exprimé des difficultés à évaluer les activités qu'ils aimeraient examiner. Parmi les réponses fréquentes, 38 sur 65 répondants ont identifié le manque de

temps comme obstacle, 30 sur 65 ont évoqué le besoin de matériel non disponible, tandis que 29 ont souligné que l'évaluation de ces activités ne faisait pas partie des habitudes de la structure d'évaluer ces activités.

Manque de temps :

Le temps réel dont disposent les 65 répondants pour évaluer un patient après un AVC, au début de sa prise en charge, est en moyenne de 1 heure, 52 minutes et 11 secondes (avec une médiane de 1 heure, 30 minutes). En revanche, le temps idéal que les 65 répondants souhaiteraient avoir pour réaliser une évaluation en début de prise en charge est en moyenne de 3 heures, 6 minutes et 23 secondes (avec une médiane de 3 heures), soit presque le double du temps réel.

Parmi les commentaires ouverts, on observe une fréquente mention du manque de temps : "avoir plus de temps pour faire des mises en situation", "avoir du temps", "Réorganisation des plannings ergo (contrainte des 30 min par patient). Libérer du temps pour des prises en charge plus longues".

Influence des collègues :

Même si la plupart des participants ne basent pas leurs choix sur les préférences de leurs collègues, trois des 65 répondants indiquent avoir consacré davantage de temps au domaine moteur en raison de son utilisation fréquente par leurs pairs. En parallèle, trois autres ont diminué leur investissement dans le domaine professionnel en raison de sa faible utilisation par leurs collègues.

Influence de la structure :

Les résultats de l'enquête révèlent une influence de la structure : 22 des 31 répondants affirment consacrer davantage de temps au domaine moteur, tandis que 2 des 21 consacrent plus de temps au domaine occupationnel, justifiant cela par le fait que ce dernier est plus fréquemment utilisé au sein de la structure. Par ailleurs, 1 des 30 participants mentionne consacrer moins de temps au domaine psycho-affectif, 1 des 30 au domaine sensoriel, 1 des 5 au domaine déterminant personnel, et 3 des 8 au domaine occupationnel, en expliquant que ces domaines occupent une place moins importante au sein de la structure.

Au sein des réponses ouvertes, les opinions exprimées portent sur le positionnement de l'ergothérapeute au sein de la structure et sur la corrélation entre la théorie et la réalité des politiques de santé : "discussion avec les médecins pour une meilleure compréhension de notre rôle", "être en accord avec les recommandations de l'HAS dans la prise en soins des patients, ce qui n'est absolument pas le cas à ce jour".

Les évaluations utilisées par les ergothérapeutes

Le passage suivant met en lumière les différentes évaluations utilisées lors de la prise en charge des patients post-AVC, tant dans leur identification initiale que pendant la réalisation des activités quotidiennes. Il explore également les défis rencontrés par les professionnels de la santé en termes d'accessibilité et de choix des outils d'évaluation, tout en soulignant leurs préférences en matière de formation continue et de communication des avancées dans ce domaine.

Évaluation initiale :

Parmi les évaluations employées par les répondants pour cibler les activités de la vie quotidienne (AVQ/AIVQ) sur lesquelles ils travailleront avec les patients post-AVC, les plus fréquemment citées sont la MIF (41/65), les évaluations "maisons" (38/65), la MCRO (27/65), le profil occupationnel (11/65), l'OT'hope (8/65), MHAVIE (7/65), l'inventaire de l'équilibre de vie (6/65), et l'OSA (3/65).

Évaluation pendant l'activité :

En ce qui concerne les évaluations utilisées le plus fréquemment pour évaluer les personnes post-AVC pendant les activités sélectionnées, les réponses les plus courantes incluent les évaluations "maisons" (46/65), Profils des AVQ (19/65), IALD (17/65), MET (13/65), EF2E (9/65), KT (8/65), AMPS (6/10), KTA (4/65), MIF (3/65), et MOHOST (2/65).

Il est à noter que, que ce soit pour la détermination des activités ou pendant leur réalisation, la majorité écrasante des répondants privilégie l'utilisation d'évaluations "maisons", signifiant des évaluations qu'ils élaborent eux-mêmes plutôt que d'opter pour des évaluations préétablies.

Les 65 répondants ont évalué de 1 à 10 la difficulté d'obtenir les outils d'évaluation nécessaires à l'évaluation de leurs patients post-AVC (« 10 » représentant une difficulté considérée comme "Très difficile"). La moyenne s'établit à 5,44, avec une médiane de 5, indiquant une accessibilité relativement mitigée.

Accessibilité aux évaluations :

Les raisons évoquées pour la difficulté d'acquisition des outils d'évaluation sont diverses : certains répondants soulignent que les outils qu'ils souhaitent utiliser sont trop coûteux pour leur structure (35/65), d'autres indiquent la complexité d'utilisation des outils disponibles en anglais (24/65), et certains notent la difficulté à trouver des outils flexibles et adaptables à l'évolution des patients (22/65). De plus, certains répondants font remarquer que les outils d'évaluation souhaités ne sont pas accessibles dans leur structure (22/65), et

d'autres estiment qu'il est difficile de comprendre comment utiliser les outils proposés (9/65). En outre, quelques participants ont mentionné que les outils proposés peuvent parfois être trop longs à utiliser (5/65), et certains ont signalé un manque de formation aux outils proposés (3/65), tandis qu'une personne a noté qu'il n'y a pas suffisamment de propositions d'outils.

Parmi les réponses ouvertes, l'idée d'évaluation plus accessible et adaptée est évoquée : « une évaluation lisible qui nous laisse surtout libres dans le choix des activités évaluées en fonction de chaque patient », « il faudrait créer des bilans toujours plus écologiques », « utilisation d'outils de sentiment d'auto-efficacité » « Accès plus facile aux outils », « avoir les bilans plus flexibles en fonction des incapacités »

Les participants ont exprimé leur préférence pour rester informés des nouveautés en matière d'évaluations de différentes manières, notamment par le biais de formations régulières (44/65), de courriels (40/65), de sites Internet dédiés (35/65), de réseaux sociaux (24/65) et de revues spécialisées (18/65). Une personne a également suggéré la possibilité d'organiser des réunions dédiées pour discuter de ces évaluations.

Parmi les réponses ouvertes, nous retrouvons une volonté de formation continue : « Accès plus facile aux outils et à la formation ».

1.7.9 Synthèse de la problématisation théorique

Dans cette partie, nous explorerons les défis rencontrés par les professionnels de la santé dans l'évaluation des activités post-AVC, ainsi que les tendances observées dans les domaines les plus évalués, les contraintes de temps et de ressources, et l'influence des collègues sur les pratiques d'évaluation.

Difficulté d'évaluer des activités :

L'enquête a montré que beaucoup de personnes éprouvent des difficultés à évaluer les activités qu'elles aimeraient examiner. Environ 38 répondants sur 65 ont cité le manque de temps comme problème, 30 ont mentionné le manque de matériel nécessaire, et 29 ont expliqué que leur structure n'a pas l'habitude d'évaluer ces activités. La revue de littérature aborde un problème similaire, soulignant que les ergothérapeutes ont du mal à déterminer quelles sont les priorités lors des évaluations (42). En effet, une étude suisse de 2013 (42) a noté que les ergothérapeutes doivent jongler avec de nombreux aspects à évaluer, ce qui rend difficile de décider par où commencer et peut entraîner une perte de temps.

Activités les plus évaluées :

L'enquête indique que les professionnels évaluent régulièrement les activités liées aux soins personnels, mais moins fréquemment celles liées aux déplacements, aux

responsabilités sociales, professionnelles et aux loisirs. Par exemple, la reprise de la conduite automobile est souvent négligée dans les évaluations, comme l'ont souligné une étude canadienne de 2023 (23) et une étude japonaise de 2022 (50). De plus, l'étude italienne de 2017 (52) qui utilise le MCRO a mis en lumière que les soins personnels étaient une priorité chez les 16 répondants, mais a souligné le besoin de recherches plus larges auprès des patients post-AVC. D'autre part, les séquelles souvent signalées dans l'étude de l'institut de veille sanitaire en 2012 (5) par les personnes ayant subi un AVC ; tels que des troubles de l'équilibre, de la mémoire, moteurs ou linguistiques, ainsi que des troubles visuels et sensitifs, sont principalement liés aux soins personnels.

Manque de temps :

L'enquête révèle que les ergothérapeutes disposent de temps limité pour évaluer les patients post-AVC, avec en moyenne 1 heure, 52 minutes et 11 secondes, bien en deçà de leurs souhaits idéaux de 3 heures, 6 minutes et 23 secondes. La littérature scientifique confirme ce problème, avec des études suisse (42) et australiennes (43) soulignant le manque de temps pour des évaluations approfondies. Une solution suggérée est l'utilisation de tests rapides comme le test de la bouilloire (KT), utilisé par 8 des 65 répondants dans l'enquête.

Manque d'outils et d'argent :

D'autre part, les résultats de l'enquête et les découvertes de la Revue de Littérature se rejoignent en mettant en évidence le problème financier qui entrave la qualité des soins pour les personnes post-AVC. L'enquête souligne le manque spécifique d'outils d'évaluation coûteux, soulignant une limitation budgétaire liée à ces équipements coûteux dans les structures médicales. De son côté, la Revue de Littérature aborde de manière plus générale le manque de ressources financières comme un obstacle fréquent, avec une mention particulière d'une étude suisse de 2013.

Influence des collègues :

Les résultats de l'enquête indiquent une faible influence des collègues sur le choix de consacrer plus ou moins de temps à un domaine d'évaluation spécifique. Bien que la plupart des répondants ne soient pas influencés par les préférences de leurs collègues, quelques-uns mentionnent ajuster leur investissement en fonction de l'utilisation fréquente ou rare par leurs pairs. Cependant, l'étude souligne une influence plus marquée de la structure : certains ergothérapeutes consacrent plus de temps à des domaines comme le moteur en raison de son utilisation fréquente au sein de la structure, tandis que d'autres réduisent leur investissement dans des domaines moins utilisés. Ces constats font écho à la Revue de Littérature (42), qui

met en lumière le manque de consensus entre les collègues comme un défi dans le processus d'évaluation, soulignant la divergence d'opinions sur les outils et leur interprétation.

Évaluations initiales les plus utilisées :

Les évaluations les plus fréquemment utilisées pour les activités de la vie quotidienne des patients post-AVC sont la MIF, mentionnée par 41 des 65 répondants, suivie des évaluations "maisons" (38 sur 65), et la MCRO (27 sur 65). Bien que la MCRO soit reconnue pour son approche centrée sur la personne, elle n'est pas largement adoptée malgré ses avantages mentionnés dans la littérature. De même, bien que l'outil d'évaluation S-POTA soit salué pour son efficacité, il n'a pas été adopté par les répondants, peut-être en raison de sa nouveauté. Les résultats montrent une préférence marquée des professionnels pour les évaluations personnalisées qu'ils élaborent eux-mêmes plutôt que pour les outils préétablis.

Évaluation pendant l'activité la plus utilisée :

L'enquête met en avant plusieurs évaluations utilisées fréquemment par les ergothérapeutes pour évaluer les personnes post-AVC lors d'activités sélectionnées, notamment les évaluations "maisons", les Profils des AVQ, l'IALD, le MET, l'EF2E, le KT, l'AMPS, le KTA, le MIF et le MOHOST. Cependant, certaines évaluations recommandées dans une étude australienne de 2013, telles que l'EFPT, le MET et l'AMPS, ne sont pas aussi fréquemment utilisées selon les résultats de l'enquête. Il est intéressant de noter que malgré ces recommandations, les ergothérapeutes semblent privilégier des évaluations qu'ils ont conçues eux-mêmes, comme les évaluations "maisons", peut-être en raison d'une préférence pour des approches plus personnalisées ou adaptées à leur contexte de travail spécifique.

Par ailleurs, des études antérieures (46,47,48) ont soulevé des préoccupations concernant l'intégration limitée de certains outils spécifiques dans la pratique des ergothérapeutes, ainsi que des inquiétudes quant à l'adaptabilité de ces outils chez les patients post-AVC dans des conditions spécifiques. L'importance de l'adaptation des instructions et des tâches en fonction des caractéristiques spécifiques du patient a également été soulignée dans la littérature.

Domaines avec le plus de temps :

L'enquête met en évidence les différents domaines sur lesquels les ergothérapeutes concentrent leur temps d'évaluation pour les patients post-AVC. Certains (21 sur 65) accordent plus de temps au domaine occupationnel, citant son importance accrue ou la complexité de son évaluation. En revanche, d'autres (8 sur 65) consacrent moins de temps à ce domaine, justifiant cela par diverses raisons telles que son importance relative ou sa sous-utilisation par leurs collègues.

L'aspect psycho-affectif est souvent négligé dans les évaluations post-AVC malgré son importance, comme le soulignent plusieurs études (34,37). Dans l'enquête, 30 des 65 répondants déclarent consacrer moins de temps à ce domaine, se sentant parfois moins compétents ou le laissant à d'autres professionnels.

Concernant le domaine sensoriel, cinq répondants sur 65 le priorisent moins, bien que la littérature (34,37) insiste sur son importance dans une évaluation complète.

En revanche, le domaine moteur reste dominant, avec 31 répondants sur 65 y consacrant plus de temps, soulignant sa fréquente utilisation et l'accessibilité des outils.

L'enquête révèle également des difficultés dans l'obtention et l'utilisation des outils d'évaluation, notamment en raison de leur coût élevé, de leur complexité, et de leur disponibilité limitée dans certaines structures, mettant ainsi en lumière des besoins de formation et de proposition d'outils adaptés aux besoins changeants des patients.

Domaines avec le moins de temps :

Les 30 répondants sur 65 qui répondent consacrer moins de temps au domaine psycho-affectif justifient essentiellement cela de la manière suivante : 18 sur 30 estiment se sentir moins compétents dans ce domaine. De plus, les 13 répondants qui consacrent moins de temps au domaine sensoriel le justifient en essentiellement de la manière suivante : 3 sur 13 expliquent se sentir moins compétents dans ce domaine.

Formations :

Les participants expriment leur volonté de rester informés sur les nouvelles méthodes d'évaluation, privilégiant les formations régulières, les courriels, les sites internet, les réseaux sociaux et les revues spécialisées. Cette aspiration à l'apprentissage continu reflète leur engagement envers l'amélioration de leurs compétences professionnelles. Leur préférence pour des formations régulières est soutenue par les conclusions d'une étude australienne de 2013 (46), soulignant l'importance d'une formation approfondie dans l'utilisation des outils d'évaluation.

De plus, une étude suisse de 2013 (42) suggère la promotion d'outils de mesure plus efficaces, ce qui pourrait être réalisé par une diffusion accrue d'articles pertinents et une augmentation de la formation continue pour les professionnels de la santé. En outre, l'étude souligne l'importance de préparer les étudiants à choisir et à administrer correctement les instruments de mesure, garantissant ainsi des évaluations de qualité. En somme, les aspirations des participants à rester informés et à recevoir une formation régulière s'alignent avec les recommandations des études scientifiques visant à améliorer l'utilisation d'outils d'évaluation efficaces dans le domaine de la rééducation.

1.7.10 Question initiale de recherche

Comment les professionnels de la santé parviennent-ils à avoir une approche holistique (globale) lors de l'évaluation, tout en opérant dans des contraintes de temps et en préservant la qualité de l'évaluation ?

1.8 Cadre conceptuel

Dans cette partie, nous allons discuter des concepts de contrainte de temps, de qualité de l'évaluation et d'approche globale.

1.8.1 Les contraintes de temps

Dans le livre "Soigner (l') humain" (2015) sous le titre de « Le temps, une dimension indispensable du soin », Jacques Barrier, Claire Georges-Tarragano, Barthélemy Saccoman, Frédéric Pierru et Harold Astre (58) exposent l'accélération des rythmes de travail dans le domaine des soins. Bien que travailler de manière plus rapide puisse favoriser une diffusion plus étendue du travail, cela pose des problèmes, car le processus de prise en charge des personnes nécessite du temps (58). Les professionnels de la santé expriment fréquemment leur insatisfaction quant au manque de temps pour prodiguer des soins appropriés aux patients (58). L'accent mis sur la rapidité risque de dévaloriser le travail des soignants, les orientant vers une focalisation exclusive sur les aspects techniques plutôt que sur le bien-être global des patients (58).

Malgré l'efficacité prouvée de la méthode industrielle basée sur le taylorisme dans la plupart des situations, une approche personnalisée reste indispensable pour les cas plus complexes (58). L'accélération du travail dans le domaine médical se heurte au fait que les soins sont complexes et demandent du temps (58). L'auteur suggère qu'en présence de situations médicales et sociales difficiles, une approche plus lente et réfléchie s'avère indispensable (58).

Bien que l'accélération puisse être bénéfique dans certaines branches de la médecine, telles que la chirurgie planifiée, elle peut engendrer des complications dans d'autres contextes, notamment aux urgences, où la qualité des soins peut être compromise (58). Évaluer la performance essentiellement en fonction du temps ne prend pas en considération la qualité des soins prodigués (58).

Les professionnels de la santé expriment fréquemment leur frustration quant au manque de temps pour accomplir toutes leurs tâches, entraînant une perte de sens dans leur travail (58). La priorité accordée à la gestion du temps peut conduire à sous-estimer l'importance d'une approche des soins plus individualisée (58).

L'organisation du travail peut également générer des difficultés. Une division des tâches sans coordination efficace peut réduire l'efficacité, tandis qu'un manque de réactivité face à des situations imprévues constitue un défi (58). Une approche collaborative, favorisant la communication entre les professionnels de la santé et les patients, semble plus adaptée dans des situations complexes (58).

La dimension temporelle est reconnue comme un élément essentiel pour stimuler les capacités humaines, telles que l'empathie et la sagesse pratique (58). Les Points d'Accueil, de Soins et de Suivi illustrent que consacrer du temps à la prestation des soins peut représenter un investissement rentable, engendrant des économies tout en améliorant la qualité des services de santé (58). Cette approche souligne l'importance de considérer le temps comme un facteur clé pour optimiser les compétences humaines et élever le niveau de qualité des prestations de santé (58).

1.8.2 La qualité de l'évaluation

Selon un livre publié en 2019 par l'Organisation mondiale de la Santé, l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, et la Banque mondiale, la qualité des évaluations de services de santé est un aspect important à l'échelle mondiale (59).

Selon Durieux P, un médecin, la qualité est « un ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites. Le terme n'est pas utilisé pour exprimer un degré d'excellence dans un sens comparatif » (60).

Tandis que l'OMS entend par qualité des soins une qualité qui « doit permettre de garantir à chaque patient un ensemble d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût, au moindre impact négatif, et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, de résultat et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » (74,79), ainsi la notion d'excellence apparaît en fonction des connaissances et capacités actuelles de santé.

En 2019, des critères mesurables tels que « l'efficacité, la sécurité, la priorité donnée à la personne, la délivrance en temps opportun, l'équité, l'intégration des soins et l'efficience » (59) ont été définis par l'OMS comme essentiels pour assurer des soins de santé de qualité. Il est important de noter que l'intégration des soins n'était pas considérée comme un indicateur de qualité dans le rapport de 2001 établissant les critères de qualité (61).

Pour garantir une évaluation efficace en matière de santé, il est essentiel de prendre en compte plusieurs aspects interconnectés. L'efficacité, démontrant la capacité à atteindre les objectifs de santé tout en optimisant l'utilisation des ressources, doit être liée à l'équité en santé, qui assure un accès égal aux services de santé sans discrimination. De plus, la sécurité

des patients, une priorité essentielle, implique la prévention des dommages et la minimisation des risques, tout en préservant la confidentialité des informations, ce qui nécessite une évaluation sécurisée.

En outre, donner la priorité à la personne implique de tenir compte des besoins individuels au-delà du traitement médical, ce qui exige une évaluation prenant en compte les valeurs et préférences individuelles. De même, la délivrance en temps opportun des soins est essentielle, soulignant l'importance de mener une évaluation efficace dans des délais optimaux. Parallèlement, l'intégration des soins favorise une approche holistique en coordonnant efficacement les services de santé, ce qui nécessite une évaluation facilitant cette intégration.

Enfin, l'efficacité dans les soins, visant à minimiser le gaspillage et maximiser les avantages, est essentielle, ce qui implique une évaluation efficiente utilisant judicieusement les ressources pour produire des résultats de haute qualité. Ainsi, une évaluation efficace en santé doit intégrer ces divers aspects de manière cohérente pour garantir des soins optimaux et équitables.

Investir dans la qualité, tout en améliorant la santé individuelle, contribue de manière rentable au développement économique et social (62). La prestation de soins de santé de qualité dépend de divers éléments, tels que la formation du personnel, l'excellence des établissements de soins, l'utilisation sûre des médicaments et des technologies, ainsi que des mécanismes de financement adaptés (62). En effet, "Les soins de faible qualité représentent un gaspillage de temps et d'argent, mais également une nécessité économique permettant aux individus de vivre plus longtemps et mieux" (62). Intégrer la qualité au cœur des systèmes de santé exige des éléments tels que « la transparence » (46), l'ouverture et l'honnêteté à l'égard des résultats, « tout en transformant les erreurs en occasions d'apprentissage » (46). Atteindre cet objectif crucial de placer la qualité au cœur des systèmes de santé nécessite non seulement le leadership et un état d'esprit favorable, mais aussi la transparence et la collaboration entre les acteurs impliqués : "Rien de tout cela n'est possible sans leadership et un état d'esprit favorable, incluant la transparence et la collaboration entre acteurs" (46). De plus, "Le maintien de la qualité nécessite la mesure et la production d'information, avec un lien étroit entre mesure et amélioration effective de la qualité, reposant sur un personnel de santé compétent et motivé" (46).

Dans son article « À quels problèmes liés à la qualité des soins de santé faut-il s'attaquer en priorité ? » publié le 30 mai 2022 dans le CMAJ, Kaveh G. Shojania (63) souligne la nécessité de repenser les approches traditionnelles face aux défis liés à la qualité

des soins de santé. Il remet en cause l'efficacité de la charge de travail imposée aux médecins par l'utilisation de fiches d'évaluation et de rappels d'objectifs de qualité. Il met en lumière le fait que des améliorations significatives ne sont pas durables dans cette approche inadaptée, en particulier lors de situations de crises complexes (63). Shojania propose plutôt de se concentrer sur la recherche de modèles de soins plus efficaces, mettant en avant l'idée qu'investir dans de nouvelles évaluations n'est pas la solution (63). Il suggère que le véritable enjeu réside dans la prise en compte des déterminants sociaux de la santé tels que « les conditions de la petite enfance, l'éducation, le logement, les milieux de travail, la violence urbaine, ainsi que la qualité de l'air et de l'eau » (63). En orientant nos efforts vers ces déterminants, nous pourrions générer des améliorations significatives et durables dans la qualité globale des soins de santé (63). Par conséquent, l'article de Shojania préconise une approche plus globale, remettant en question les méthodes conventionnelles et mettant en lumière l'importance de prendre en compte et de traiter les déterminants sociaux afin d'améliorer véritablement la qualité des soins de santé (63).

1.8.3 L'approche globale

Dans un article paru dans HEGEL 2022/2 (N° 2) sous le titre "La santé intégrative : une approche globale pour faire de la France une nation innovante en santé à l'horizon 2030" (62), il est mentionné que « le président français a lancé un Plan Innovation en santé visant à positionner la France en tant que leader de l'innovation européenne d'ici 2030 » (51), en réponse aux défis révélés par la crise de la Covid-19 (62). L'approche préconisée consiste en une approche de santé intégrative, qui considère l'individu dans sa globalité et explore les liens entre l'homme et son environnement (62). L'Alliance pour une santé intégrative, caractérisée par son humanisme, sa prévention et sa transdisciplinarité, propose une approche personnalisée prenant en compte les déterminants de santé individuels, sociaux, économiques et environnementaux (62). Elle encourage des solutions multiples, à la fois préventives et curatives, intégrant des interventions non médicamenteuses reconnues par la communauté scientifique internationale (62). La mise en œuvre de la santé intégrative requiert une organisation décloisonnée, adoptant des offres de soins combinées et coordonnées, modèles déjà en place aux États-Unis, en Allemagne et en Suisse (62).

Dans son article intitulé "Pour une approche plus globale de la santé" (64) publié en 2020, Nicole Archambault explore la médecine intégrative, qui fusionne des approches alternatives avec la médecine conventionnelle pour offrir des soins complets (64). Elle souligne l'augmentation de son intérêt, attribuée à la recherche de soins plus alignés sur les valeurs individuelles (64). L'auteure insiste sur la nécessité d'un engagement sérieux,

avertissant contre l'engouement parfois superficiel pour cette approche (64). Archambault propose une définition personnelle de la médecine intégrative, la décrivant comme une approche globale prenant en compte les aspects biologiques, psychologiques, sociaux, spirituels, comportementaux et environnementaux de la santé (64). Elle met en avant la prévention, le bien-être et la vision positive face à la maladie (64). L'article souligne les liens entre le corps et l'esprit, favorisant une conscience de ces interactions dans la compréhension des mécanismes sous-jacents à la maladie et à la guérison (64). L'approche relationnelle est centrale, promouvant un partenariat entre le professionnel de la santé et le patient, avec l'accent sur l'autonomie et la dignité du patient (64). Elle nous encourage à examiner les causes des maux de nos sociétés plutôt qu'à se concentrer uniquement sur leurs symptômes, critiquant un monde inégalitaire qui traite excessivement certaines maladies tout en négligeant plusieurs autres qui pourraient être guéries (64).

1.8.4 Recontextualiserions en ergothérapie

Comme les autres professionnels de santé, les ergothérapeutes interrogés dans l'enquête exploratoire mettent en évidence des contraintes de temps, notamment dans leur évaluation des patients Post AVC.

L'assurance maladie, en mars 2024, rappelle que les premiers mois après un AVC sont cruciaux pour l'intervention et la récupération. Une évaluation rapide et efficace est essentielle pour garantir que les patients reçoivent les soins appropriés dès le début (65). En effet, les interventions précoces peuvent avoir un impact significatif sur les résultats à long terme des patients après un AVC (65). Pendant cette période critique, les thérapeutes doivent être en mesure d'évaluer rapidement les besoins et les capacités des patients, afin de mettre en place un plan de traitement adapté (65).

Dans le contexte de l'évaluation des patients AVC, il est essentiel de reconnaître l'importance d'une approche personnalisée plutôt que de se laisser submerger par les contraintes de temps. Les patients ayant subi un AVC nécessitent une attention particulière et des soins adaptés à leurs besoins individuels (65).

En ergothérapie, nous comprenons que l'évaluation est une composante essentielle des soins, et elle doit être réalisée avec un haut niveau de qualité (65). Nous avons pu voir que la qualité actuellement en 2023 passe par les critères suivants : « l'efficacité, la sécurité, la priorité donnée à la personne, la délivrance en temps opportun, l'équité, l'intégration des soins et l'efficacité » (59). Investir dans la qualité en ergothérapie, en tenant compte des déterminants sociaux de la santé, contribue de manière rentable au développement économique et social.

Par ailleurs, Shojanian (63) remet en question les approches traditionnelles dans le contexte plus large des soins de santé, soulignant que la surcharge des médecins avec des fiches d'évaluation peut ne pas être la solution. Il préconise plutôt une réflexion sur des modèles de soins plus efficaces, mettant en lumière l'importance de comprendre et d'adresser les déterminants sociaux de la santé pour une amélioration durable. Cette perspective nous conduit à reconsidérer notre approche en tant qu'ergothérapeutes, en suggérant qu'il pourrait être plus judicieux de se concentrer sur les modèles occupationnels pour promouvoir un changement de prise en charge axé sur la qualité, plutôt que de simplement se concentrer sur les évaluations.

En adoptant une approche globale en ergothérapie, inspirée par le concept de santé intégrative, les ergothérapeutes sont donc encouragés à considérer les déterminants individuels, sociaux, économiques et environnementaux de la santé (62), mais aussi de prendre en compte les aspects biologiques, psychologiques, sociaux, spirituels, comportementaux et environnementaux de la santé (64). Cela implique d'explorer des solutions multiples, intégrant des interventions non médicamenteuses, et nécessite une organisation décloisonnée des soins.

En résumé, les ergothérapeutes doivent trouver des moyens de prendre en compte tous les aspects de la santé malgré les contraintes de temps. Les solutions suggérées par la recherche et l'enquête pour relever ces défis et maintenir la qualité des évaluations ergothérapeutiques comprennent la personnalisation des soins, la collaboration entre professionnels de la santé et patients, la prise en considération des facteurs sociaux de la santé, ainsi que l'exploration de nouveaux modèles de soins plus intégrés et efficaces.

1.8.5 Question et objet de recherche

Nous pouvons donc formuler une question de recherche :

En quoi l'investissement en termes de temps réel et perçu, l'expérience et le sentiment de maîtrise des compétences, ainsi que le choix et la perception des outils d'évaluation initiale recommandés peuvent-ils influencer la qualité des services de santé en ergothérapie, spécifiquement en SSR/SMR, pour les patients post-AVC ?

Ainsi, le sujet d'étude se concentre sur :

L'étude visant à examiner comment le temps réel et perçu, l'expérience et le sentiment de maîtrise des compétences, ainsi que le choix et la perception des outils d'évaluation initiale, influencent la qualité des évaluations en ergothérapie, notamment en SSR/SMR, chez les patients post-AVC.

2 Matériel et méthode

Cette section expliquera comment nous avons mené notre recherche pour ce mémoire.

2.1 Objectifs de la recherche

Nous visons à examiner comment le temps attribué, l'expérience professionnelle et le choix des outils lors de l'évaluation initiale en ergothérapie, influencent la qualité des évaluations. Nous explorons également si l'expérience professionnelle influence le choix des outils et si la durée de l'évaluation affecte la perception du temps. Notre recherche explore également les relations entre différents facteurs tels que la perception du temps disponible par les ergothérapeutes, la qualité perçue des outils et leur sentiment de compétence lors de l'évaluation initiale des patients post-AVC. Nous cherchons donc à fournir des informations utiles pour améliorer les pratiques d'évaluation des patients post-AVC.

2.2 Choix de la méthode

La question de recherche explore si une relation statistique existe entre trois variables : le temps réel et perçu, l'expérience et le sentiment de maîtrise des compétences, et le choix et la perception des outils d'évaluation initiale, et leur impact sur la qualité de l'évaluation en ergothérapie, en SSR/SMR, pour les patients ayant eu un AVC.

Nous utiliserons la méthode différentielle, décrite par Chantal Eymard (55), pour évaluer la perception des ergothérapeutes concernant leur pratique d'évaluation initiale des patients post-AVC. Cette méthode permet de comparer les réactions de différents groupes et de tirer des conclusions générales. Notre étude examine comment les comportements des individus varient en fonction de différents aspects. En définissant notre idée principale, nous nous appuyons sur la définition de Luc Albarello (66), selon laquelle une hypothèse de recherche est une proposition à tester, reliant les variables indépendantes ou explicatives aux variables dépendantes représentant le phénomène étudié. Ainsi, l'identification des variables de recherche est essentielle pour formuler cette idée principale.

2.3 Identification des variables

La méthode différentielle vise à découvrir comment différentes variables sont liées entre elles. Il y a deux types de variables, celles qui agissent seules et celles qui sont affectées par les premières. Selon Luc Albarello (66), la différence entre ces deux types de variables dépend de la manière dont elles s'influencent mutuellement. Les variables indépendantes ont une hypothétique influence sur les autres (66). Nous cherchons à comprendre quelles variables influent sur les autres.

En utilisant la matrice conceptuelle (cf Annexe 5), nous avons pu trouver les variables que nous allons étudier dans notre recherche.

- Les variables indépendantes (VI) sont : le temps réel et perçu, l'expérience et le sentiment de maîtrise des compétences et le choix et la perception de qualité des outils d'évaluation.
- La variable dépendante (VD) est la qualité de l'évaluation, qui englobe des aspects tels que l'efficacité, la sécurité, la priorité à la personne, le temps opportun, l'équité, l'intégration et l'efficience.

Nous chercherons à déterminer comment ces variables indépendantes influent sur la qualité de l'évaluation réalisée par les ergothérapeutes pour les patients ayant eu un AVC en SSR/SMR.

2.4 Formulation et opérationnalisation des hypothèses de la recherche

La formulation de l'hypothèse générale de recherche se présentera de la manière suivante :

Hypothèse n°1 :

- H1 : Le temps disponible lors de l'évaluation initiale influence la qualité globale des évaluations réalisées par les ergothérapeutes pour les patients ayant eu un AVC en SSR/SMR.

Nous formulons également l'hypothèse nulle qui stipule l'absence de lien entre nos variables :

- H01 : Les temps disponibles lors de l'évaluation initiale n'influencent pas la qualité globale des évaluations réalisées par les ergothérapeutes pour les patients ayant eu un AVC en SSR/SMR.

Pour étudier l'hypothèse théorique, il est nécessaire de formuler des hypothèses opérationnelles :

- Ho1 : Si les ergothérapeutes disposent de plus de temps lors de l'évaluation initiale, alors cela influence positivement la qualité globale des évaluations, auprès de patients ayant eu un AVC en SSR/SMR.

Hypothèses n°2 :

- H2 : Le choix des outils d'évaluation influence la qualité globale des évaluations réalisées par les ergothérapeutes pour les patients ayant eu un AVC en SSR/SMR.
- H02 : Le choix des outils d'évaluation n'influence pas la qualité globale des évaluations réalisées par les ergothérapeutes pour les patients ayant eu un AVC en SSR/SMR.
- Ho2 : Si les ergothérapeutes choisissent certains outils d'évaluation, alors cela influence la qualité globale des évaluations qu'ils réalisent, auprès de patients ayant eu un AVC en SSR/SMR.

Hypothèses n°3 :

- H3 : La durée dont les ergothérapeutes disposent pour leur évaluation initiale influence leur sentiment d'avoir suffisamment de temps lors de cette évaluation.
- H03 : La durée allouée à l'évaluation initiale par les ergothérapeutes n'a pas d'effet sur leur perception d'avoir suffisamment de temps lors de cette évaluation.
- Ho3: Si les ergothérapeutes disposent de plus de temps pour leur évaluation initiale, auprès de patients ayant eu un AVC en SSR/SMR, il est probable qu'ils aient l'impression d'avoir suffisamment de temps.

Hypothèses n°4 :

- H4 : Les années d'expérience accumulée par les ergothérapeutes, influence positivement à la fois la qualité perçue de leur outil d'évaluation initiale, la qualité globale de l'évaluation et leur choix d'utiliser des évaluations personnalisées ("maison").
- H04 : Il n'y a aucune relation entre le nombre d'années d'expérience des ergothérapeutes et la qualité perçue de leur outil d'évaluation initiale, la qualité globale de l'évaluation ainsi que leur choix d'utiliser des évaluations personnalisées.
- Ho4.1 : Si les ergothérapeutes ont plus d'années d'expérience, il est envisageable qu'ils aient l'impression d'avoir un outil d'évaluation initiale, auprès de patients ayant eu un AVC en SSR/SMR, de meilleure qualité.
- Ho4.2 : Si les ergothérapeutes ont plus d'années d'expérience, il est probable qu'ils utilisent davantage des outils d'évaluation personnalisés, auprès de patients ayant eu un AVC en SSR/SMR.
- Ho4.3 : Si les ergothérapeutes ont davantage d'années d'expérience, alors cela influence la qualité globale des évaluations qu'ils réalisent, auprès de patients ayant eu un AVC en SSR/SMR.

Hypothèses n°5 :

- H5 : Le choix des outils d'évaluation est associé à la perception de qualité des outils d'évaluation réalisée par les ergothérapeutes.
- H05 : Le choix des outils d'évaluation n'est pas associé à la perception de qualité des outils d'évaluation réalisée par les ergothérapeutes.
- H : Si les ergothérapeutes utilisent des évaluations officielles, auprès de patients ayant eu un AVC en SSR/SMR, il est plausible qu'ils aient une meilleure perception de la qualité de leur outil d'évaluation

Hypothèses secondaires n°6 :

- H6 : Il existe une corrélation entre la perception d'avoir suffisamment de temps, le niveau de compétence ressenti et la perception de qualité des outils d'évaluation chez les ergothérapeutes.
- H06 : Il n'existe pas de corrélation entre la perception d'avoir suffisamment de temps, le niveau de compétence ressenti et la perception de qualité des outils d'évaluation chez les ergothérapeutes.
- Ho6.1 : Si les ergothérapeutes ressentent un niveau de compétence plus élevé, alors ils ont tendance à percevoir une meilleure qualité de leurs outils d'évaluation qu'ils utilisent, auprès de patients ayant eu un AVC en SSR/SMR (vis -versa).
- Ho6.2 : Si les ergothérapeutes ressentent un niveau de compétence plus élevé, alors ils sont susceptibles de percevoir qu'ils disposent de plus de temps pour leurs évaluations initiales, auprès de patients ayant eu un AVC en SSR/SMR (vis -versa).
- Ho6.3 : Si les ergothérapeutes perçoivent qu'ils disposent de plus de temps pour leurs évaluations initiales, auprès de patients ayant eu un AVC en SSR/SMR, alors ils sont susceptibles de percevoir une meilleure qualité des outils d'évaluation qu'ils utilisent.

Après avoir formulé nos hypothèses de recherche, nous allons identifier quelle population nous voulons interroger pour cette étude.

2.5 Choix de la population

Nous allons identifier la population que nous voulons interroger pour cette étude.

Critères d'inclusion :

Les personnes éligibles pour participer à cette enquête doivent être des ergothérapeutes qui travaillent en France ou en outre-mer, ayant obtenu leur diplôme d'État et exerçant leur métier auprès de patients ayant subi un AVC. Les ergothérapeutes doivent également, exercer dans un centre de rééducation et avoir travaillé avec des personnes AVC au cours de ses douze derniers mois, afin de maintenir une mémoire récente de leur pratique professionnelle.

Critères d'exclusion :

Les participants à l'enquête se limiteront aux ergothérapeutes qui traitent des patients ayant subi un AVC au cours des douze derniers mois. Cela exclura d'office les professionnels de la santé qui n'appartiennent pas à la profession d'ergothérapeute ainsi que les ergothérapeutes qui ne travaillent pas dans des établissements de rééducation. De plus, la participation sera restreinte aux ergothérapeutes ayant obtenu leur diplôme en ergothérapie et ayant été directement engagés dans l'évaluation en ergothérapie des patients post-AVC

au cours des douze derniers mois. Les participants qui n'ont pas donné leur consentement volontaire et ceux qui exercent en dehors du territoire français ne seront pas pris en compte dans l'étude.

En appliquant ces critères d'inclusion et d'exclusion, nous pouvons former un échantillon varié composé d'au moins 30 ergothérapeutes travaillant en centre de rééducation, dans le but de recueillir des données en vue d'une analyse ultérieure de cette enquête de recherche.

2.5.1 Construction de l'outil de recherche

Nous avons choisi d'utiliser un questionnaire pour faciliter la collecte d'informations sur ce que les ergothérapeutes pensent de leurs évaluations initiales des patients après un AVC. Cette méthode permet à un grand nombre d'ergothérapeutes de participer facilement, ce qui nous donne une idée globale de leurs pratiques dans différentes situations et régions (55).

Nous aurions pu envisager d'observer directement les ergothérapeutes lors de leurs évaluations initiales avec des patients post-AVC ou encore les interroger, mais cela aurait nécessité beaucoup de temps et aurait restreint notre capacité à observer un grand nombre de personnes, en plus de ne pas garantir une large répartition géographique (55).

De plus, les questionnaires sont pratiques, car les personnes peuvent y répondre à leur rythme et où ils veulent, ce qui encourage plus de participation et des réponses honnêtes (55).

Cette méthode nous permettra d'entendre un large éventail d'opinions, garantissant une participation variée d'ergothérapeutes. Le questionnaire est particulièrement adapté, car il permet d'obtenir rapidement des réponses de nombreuses personnes, offrant ainsi une vue d'ensemble des pratiques professionnelles dans divers contextes géographiques et situations (55).

Cependant, les questionnaires présentent également des limites. Ils ne permettent pas toujours d'explorer les réponses en profondeur ou de comprendre pleinement le contexte des pratiques professionnelles. Parfois, les réponses peuvent être influencées par des préjugés ou par la qualité du questionnaire lui-même. Pour cette raison, bien que les questionnaires soient utiles pour obtenir des données chiffrées sur les pratiques des ergothérapeutes dans l'évaluation des patients post-AVC, il est important d'utiliser d'autres méthodes telles que les entretiens ou les observations pour obtenir une compréhension plus complète du sujet (55).

2.5.2 Anticipation des biais et stratégies d'atténuation

Dans le cadre de notre étude sur l'impact du temps réel et perçu, de l'expérience et du sentiment de compétence, ainsi que du choix et de la perception des outils d'évaluation

initiale en ergothérapie auprès de patients post-AVC, nous avons identifié plusieurs biais et mis en place des stratégies d'atténuation pour les contrer.

Biais de sélection des participants et de non-réponse :

Nous avons établi des critères de participation dès le début de notre étude, ne permettant que l'inclusion de personnes répondant à ces critères.

C'est d'une importance capitale pour nous de garantir que les personnes participant à notre recherche sont celles que nous avons l'intention d'étudier. Nous avons exposé ces directives dans le message de publication ou le courrier électronique, ainsi qu'au début du processus de remplissage du questionnaire (56).

De plus, les participants ont été sélectionnés via des réseaux sociaux (Facebook, LinkedIn), et des SSR/SMR dont l'adresse était accessible sur les réseaux plutôt que de manière aléatoire. Cela implique que certains groupes de personnes pourraient être surreprésentés ou sous-représentés, limitant ainsi la généralisation de nos résultats à l'ensemble de la population. Pour cela, l'élaboration de la liste d'adresses e-mail a été réalisée en prenant en compte l'ensemble des régions françaises, garantissant ainsi une représentation plus ou moins équilibrée à travers le pays.

Il est possible que certains participants sélectionnés ne répondent pas au questionnaire, ce qui pourrait introduire un biais de non-réponse. Pour atténuer ce biais, nous envisageons d'envoyer une relance par e-mail une semaine après la première sollicitation, et de republier fréquemment les annonces sur les réseaux sociaux pour encourager la participation.

Biais de réponse et de désirabilité sociale :

Afin d'atténuer le risque de biais de réponse et de désirabilité sociale, nous avons opté pour l'anonymat du questionnaire, assurant ainsi l'honnêteté des réponses des ergothérapeutes. Un message au début du questionnaire souligne cet aspect : "Confidentialité : Vos réponses resteront strictement confidentielles. Votre participation est anonyme, votre nom et prénom ne seront pas demandés. Il est extrêmement important que vous répondiez avec honnêteté, car cela garantit l'intégrité des résultats de l'étude." (56).

Biais de confirmation :

Nous avons compris que les questionnaires ne sont pas parfaits, donc nous invitons d'autres chercheurs à explorer d'autres méthodes comme les entretiens ou les observations pour poursuivre cette étude. Cela nous permettra d'avoir une vision plus complète du sujet et de réduire les risques d'erreurs (56).

Biais de mesure :

La validation préalable des instruments de mesure, tels que le questionnaire, a été réalisée pour garantir leur fiabilité et leur validité. (56).

Biais culturels ou linguistiques :

Nous avons adapté le questionnaire et les instructions pour tenir compte des différences culturelles et linguistiques des participants. Des tests ont été effectués auprès d'ergothérapeutes pour valider ces adaptations. (56).

Ces stratégies d'atténuation sont essentielles pour garantir la qualité et la pertinence de notre recherche. Maintenant, nous allons passer à la méthode d'échantillonnage.

2.6 Méthode d'échantillonnage

Dans le cadre de notre recherche sur l'impact du temps, de l'expérience et du choix d'outils d'évaluation initiale en ergothérapie chez les patients post-AVC en SSR/SMR, nous avons opté pour une approche combinée en termes d'échantillonnage. Plus précisément, nous avons utilisé à la fois l'échantillonnage par grappe et l'échantillonnage de convenance (54). Tout d'abord, parlons de l'échantillonnage par grappe. Cette méthode implique la sélection d'éléments d'échantillonnage à partir de groupes ou de "grappes" d'individus plutôt que d'individus isolés (54). Dans notre étude, les "grappes" représentent les différentes structures de soins de réadaptation (SSR/SMR) réparties dans diverses régions de France. Nous avons choisi cette approche pour garantir une représentation géographique diversifiée des ergothérapeutes travaillant avec des patients post-AVC. En sélectionnant des structures SSR/SMR dans différentes régions, nous nous assurons de capturer une variété de contextes de pratique et de perspectives dans notre échantillon (54).

En parallèle, nous avons également utilisé l'échantillonnage de convenance (54). Cette méthode implique la sélection des participants en fonction de leur accessibilité et de leur pertinence pour l'étude, plutôt que par un processus de sélection aléatoire (54). Dans notre cas, nous avons recherché activement des participants via les réseaux sociaux, en ciblant spécifiquement les ergothérapeutes travaillant dans les structures SSR/SMR identifiées. Cette approche nous a permis de maximiser la participation des professionnels de terrain ayant une expérience directe avec les patients post-AVC, tout en garantissant une diversité géographique dans notre échantillon (54).

En combinant ces deux méthodes d'échantillonnage, nous avons cherché à équilibrer la représentativité géographique de notre échantillon avec la pertinence clinique des participants. Bien que cette approche présente des avantages en termes de diversité et de facilité de recrutement, il est important de reconnaître que les résultats de notre étude peuvent

être influencés par les particularités des grappes sélectionnées et par les biais potentiels associés à l'échantillonnage de convenance. Par conséquent, nous prendrons en compte ces considérations lors de l'analyse des résultats afin d'assurer une interprétation rigoureuse et nuancée de notre étude.

2.6.1 Construction de la matrice de questionnement

Pour créer les questions, nous allons expliquer comment nous avons fait pour avoir une liste complète et organiser les éléments importants que nous voulons savoir dans notre étude.

La matrice de questionnement (présente en Annexe 6), nous aide à étudier les éléments importants dans notre recherche. Elle liste ce qu'il faut regarder pour chaque élément important et décompose chaque aspect en détails spécifiques. Voici comment nous avons organisé cette feuille de questions :

- *Présentation et Consentement* : Cette partie sert à vérifier si les participants sont d'accord pour participer à l'enquête et à vérifier s'ils correspondent aux critères nécessaires pour notre étude.
- *Mieux vous connaître !* : Nous demandons aux participants depuis combien d'années ils exercent en tant qu'ergothérapeutes, combien de temps ils prennent pour évaluer les patients après un AVC et quels outils d'évaluation ils préfèrent utiliser (personnalisés et/ou officiels).
- *Votre avis sur l'outil d'évaluation initiale que vous utilisez* : Nous examinons si l'outil d'évaluation initial utilisé par les participants fonctionne bien, s'il est sûr, s'il s'adapte aux besoins de chaque personne, et d'autres aspects également.
- *Votre perception d'avoir suffisamment de temps lors de l'évaluation initiale* : Dans cette partie, nous demandons aux participants s'ils pensent avoir suffisamment de temps pour réaliser différentes étapes de l'évaluation initiale, telle que comprendre les besoins du patient, définir des objectifs qui lui conviennent, et garantir sa sécurité et d'autres aspects également.
- *Votre confiance dans votre capacité à réaliser l'évaluation initiale* : Enfin, nous vérifions à quel point les participants sont confiants dans leur capacité à réaliser différentes parties de l'évaluation initiale, comme identifier ce qui est important, assurer la sécurité du patient, gérer des situations imprévues, et ainsi de suite.

Dans la catégorie "Mieux vous connaître", nous utiliserons des variables qualitatives en formant des catégories groupales pour chaque variable :

- Année d'expérience en tant qu'ergothérapeute (Moins de 5 ans, Entre 5 et 10 ans, Entre 10 et 20 ans, Entre 20 et 30 ans, 30 ans et plus)
- Temps moyen disponible pour les évaluations initiales auprès de patients post-AVC (- de 1 heure, 1 heure, Entre 1 heure et 1 heure 30, 2 heures, + de 2 heures)
- Type d'évaluation utilisé lors des évaluations initiales auprès de patients post-AVC ("Maison", Mixte avec une tendance "maison", Mixte, Mixte avec une tendance officielle, Officiel)

Nous incluons également des variables qualitatives pour :

- Année(s) d'expérience en ergothérapie (nombre)
- Tendance du type d'évaluation choisie (sur une échelle de 1 à 10)
- Temps (minutes)

Pour le reste du questionnaire, nous utiliserons des variables quantitatives pour :

- La perception de la qualité de leur outil d'évaluation initiale
- La perception d'avoir suffisamment de temps lors de l'évaluation initiale.
- Le niveau de compétence ressenti lors de l'évaluation initiale.
- La moyenne générale de la qualité globale des évaluations initiales ressenties par les répondants.

En conclusion, la construction de notre questionnaire s'est appuyée sur une approche méthodique visant à capturer les aspects essentiels de notre recherche. La matrice de questionnement, présentée en Annexe 6, a joué un rôle crucial dans l'organisation et la structuration de nos questions. Chaque section du questionnaire a été soigneusement élaborée pour explorer des domaines clés, notamment la présentation et le consentement, la compréhension des participants en tant qu'ergothérapeutes, leur perception des outils d'évaluation utilisés, leur gestion du temps lors des évaluations initiales, et leur confiance dans leurs compétences professionnelles. En utilisant des variables qualitatives pour comprendre les nuances et les catégories groupales, et des variables quantitatives pour mesurer des perceptions spécifiques, nous visons à obtenir une vision holistique et détaillée des pratiques et des opinions des ergothérapeutes concernant les évaluations initiales des patients post-AVC.

2.7 Choix des outils de traitements des données

Pour étudier les réponses de notre enquête, nous adopterons la méthodologie de Martin (67). Une fois que nous aurons atteint un nombre suffisant de répondants estimé (au moins 60 répondants dans un laps de temps de 3 à 4 semaines en mars/avril), nous extrairons les données du tableau Excel généré par Google Forms®. Nous les convertirons ensuite dans le

format Jamovi approprié en supprimant les virgules des chiffres pour les transformer en points et en créant des catégories quantitatives pour faciliter les comparaisons ultérieures. Pour analyser les hypothèses 1, 2, 4 et 5, nous utiliserons l'analyse de la variance (ANOVA unidirectionnelle sur Jamovi). L'ANOVA est une méthode statistique qui permet de comparer les moyennes de plusieurs groupes afin de déterminer s'il existe des différences significatives entre eux. Dans le cadre de notre étude, cela nous permettra d'analyser l'impact des variables indépendantes (temps réel et perçu, expérience et sentiment de compétence, choix et perception des outils d'évaluation) sur la qualité globale des évaluations réalisées par les ergothérapeutes pour les patients post-AVC en SSR/SMR.

- Pour l'hypothèse 1 (H1) : Nous analyserons le temps moyen disponible pour les évaluations initiales des patients post-AVC (moins d'1 heure, 1 heure, entre 1 heure et 1 heure 30, 2 heures, plus de 2 heures) et la moyenne du score de qualité parmi les répondants.
- Pour l'hypothèse 2 (H2) : Nous étudierons le type d'évaluation utilisé lors des évaluations initiales des patients post-AVC ("Maison", Mixte avec une tendance "maison", Mixte, Mixte avec une tendance officielle, Officiel) et la moyenne du score de qualité globale parmi les répondants.
- Pour l'hypothèse 4 (H4.2) : Nous observerons l'année(s) d'expérience en ergothérapie (nombre) et le type d'évaluation utilisé lors des évaluations initiales des patients post-AVC ("Maison", Mixte avec une tendance "maison", Mixte, Mixte avec une tendance officielle, Officiel).
- Pour l'hypothèse 4 (H4.3) : Nous examinerons les années d'expérience en tant qu'ergothérapeutes (moins de 5 ans, entre 5 et 10 ans, entre 10 et 20 ans, entre 20 et 30 ans, 30 ans et plus) et la moyenne du score de qualité globale parmi les répondants.
- Pour l'hypothèse 5 (H5) : Nous étudierons le type d'évaluation utilisé lors des évaluations initiales des patients post-AVC ("Maison", Mixte avec une tendance "maison", Mixte, Mixte avec une tendance officielle, Officiel) et la perception de la qualité globale de leur outil d'évaluation initiale.

Pour les hypothèses 3,4 et 6, nous utiliserons la corrélation de Pearson (Régression – matrice de corrélation dans Jamovi). La corrélation de Pearson est une mesure statistique qui évalue la relation linéaire entre deux variables continues. Nous l'utiliserons pour examiner s'il existe une corrélation entre différentes variables.

- Pour l'hypothèse 3 (H3) : Nous étudierons la corrélation entre le temps (en minutes) et la perception d'avoir suffisamment de temps lors de l'évaluation initiale.

- Pour l'hypothèse 4 (H4.1) : Nous analyserons la relation entre le nombre d'années d'expérience en ergothérapie et la perception de la qualité de leur outil d'évaluation initiale.
- Pour l'hypothèse 6 (H6.1) (H6.2), (H6.3) : Nous examinerons la relation entre la perception d'avoir suffisamment de temps lors de l'évaluation initiale, le niveau de compétence ressenti et la perception de la qualité de leur outil d'évaluation initiale.

En utilisant ces outils statistiques, nous pourrions analyser les relations entre les variables de notre étude. Cela nous permettra de tester nos hypothèses et de tirer des conclusions sur l'impact du temps réel et perçu, de l'expérience et du sentiment de compétence, ainsi que du choix et de la perception des outils d'évaluation initiale en ergothérapie pour les patients post-AVC en SSR/SMR.

2.8 Test du dispositif de recherche

Avant de distribuer le questionnaire, nous avons soumis le questionnaire à deux ergothérapeutes qui exercent leur activité dans un centre de rééducation et qui travaillent auprès de patients AVC. Cette étape a pour objectif de solliciter leurs retours et leurs suggestions en vue d'améliorer le questionnaire. De cette manière, nous pourrions également garantir le bon fonctionnement de la plateforme en ligne que nous avons sélectionnée (Google Forms®) et la fiabilité de la collecte des données.

Suite aux retours des ergothérapeutes travaillant en SSR avec des patients AVC, nous avons décidé d'apporter des modifications au questionnaire de mémoire afin d'améliorer sa clarté et sa pertinence. L'un des commentaires portait sur la question 3, où il a été suggéré de bloquer la question 3bis pour ceux qui ne répondent pas "Les deux" à la question 3. En réponse, nous avons modifié la logique du questionnaire pour que seules les personnes répondant "Les deux" soient dirigées vers la question 3bis, que nous avons également rendue obligatoire.

Un autre commentaire portait sur la question 3bis, remettant en question l'utilisation d'une échelle numérique. Après réflexion, nous avons décidé de maintenir cette échelle numérique, car elle permet de trier les réponses en groupes avec des tendances.

Concernant la question 7, les ergothérapeutes ont exprimé des doutes quant au lien entre l'évaluation et la confidentialité des informations. Nous avons donc reformulé la question pour clarifier le lien entre l'évaluation initiale et la confidentialité des informations notées sur le patient post-AVC, en ajoutant des détails pour être plus précis.

La question 18 a été modifiée en réponse à des difficultés de compréhension, afin de rendre la formulation plus claire et précise, tout en maintenant la pertinence de la question.

Enfin, la question 30 a été jugée subjective par l'un des répondants. Bien que cette question puisse être perçue comme telle, elle reste importante pour évaluer la confiance des ergothérapeutes dans leur capacité à établir un lien avec le patient post-AVC lors de l'évaluation initiale.

3 Résultats

Dans cette partie, nous allons simplement montrer ce que nous avons découvert dans notre recherche en suivant la méthode que nous avons expliquée auparavant.

3.1 Analyse descriptive des résultats

Nous examinerons de près les personnes ayant participé à l'enquête, en décrivant leurs caractéristiques et en explorant leurs opinions sur différents aspects de la qualité de leurs évaluations initiales. Ensuite, nous présenterons les résultats de l'enquête.

3.1.1 Participants

Nous avons contacté trois cent vingt-huit centres de rééducation en envoyant des mails aux ergothérapeutes et en diffusant des annonces dans divers groupes d'ergothérapeutes sur Facebook et LinkedIn, rendant ainsi notre méthode non probabiliste en raison de la sélection non aléatoire des participants. Malgré cette approche, nous avons reçu soixante-dix réponses, démontrant un fort intérêt pour notre recherche. Toutes les réponses ont été examinées attentivement.

3.1.2 Caractéristiques des participants

Les questions 1 à 3 nous ont fourni des données pour comparer différentes variables quantitatives telles que le nombre d'années d'expérience professionnelle, la durée moyenne des évaluations des patients et la préférence entre les évaluations personnalisées et officielles.

Parmi les 70 répondants, la moyenne d'expérience professionnelle est de 11,19 ans, avec une médiane de 6,50 ans, reflétant une variabilité dans les niveaux d'expérience. La majorité des répondants ont moins de 5 ans d'expérience (25/70), suivis par ceux ayant entre 5 et 10 ans d'expérience, tandis que moins de répondants ont une expérience de 20 ans ou plus, mais leur nombre est supérieur à ceux ayant entre 10 et 20 ans d'expérience (voir Annexe 7).

En ce qui concerne le temps moyen d'évaluation des patients, la moyenne est de 1 heure 36 minutes et 39 secondes, avec une médiane légèrement inférieure à 1 heure 30 minutes. Le temps d'évaluation varie considérablement, avec un écart-type de 52 minutes et 44 secondes, un minimum de 30 minutes et un maximum de 5 heures indiquant une

dispersion des durées d'évaluation. La majorité réalise des évaluations initiales d'environ une heure (24/70), avec d'autres plages horaires moins fréquentes également représentées. (voir Annexe 7).

En ce qui concerne l'expérience en ergothérapie, la majorité des répondants ont moins de 5 ans d'expérience (25/70), suivis par ceux ayant entre 5 et 10 ans d'expérience. Il y a moins de répondants ayant une expérience de 20 ans ou plus, mais leur nombre est supérieur à ceux ayant une expérience de 10 à 20 ans (voir Annexe 7). Concernant le choix des outils d'évaluation, les praticiens ont tendance à utiliser un mélange d'outils, avec une nette préférence pour les outils mixtes ayant une orientation officielle (34/70). Moins de répondants optent pour des outils personnalisés « maison » (voir Annexe 7).

Après avoir examiné les caractéristiques des participants, nous passons maintenant à l'analyse des résultats issus d'une analyse inférentielle.

3.2 Présentation des résultats issus d'une analyse inférentielle

Explication de lecture des « valeur de p » :

Avant de démarrer la lecture de nos résultats, nous allons expliquer à quoi correspond la valeur p. La valeur p nous indique sur la probabilité que nos résultats soient vrais ou s'ils pourraient juste être une coïncidence.

- Si la valeur p est petite ($p < 0,05$), cela signifie qu'il y a peu de chances que nos résultats soient dus au hasard (68). En effet, si la valeur p est plus petite que le seuil qui est à 0,05, nous rejetons cette idée.
- Maintenant, si la valeur p est plus grande que le seuil défini, qui est généralement fixé à 0,05, cela signifie que nos résultats pourraient être attribuables à la chance (68). Dans ce cas, on ne rejette pas l'idée nulle, ce qui suggère que nos observations ne sont pas suffisamment convaincantes pour affirmer que notre hypothèse alternative est vraie. En d'autres termes, nous n'avons pas assez de preuves pour dire que nos résultats sont significatifs ou réels (68).

Explication de lecture des « corrélations de Pearson » :

Le coefficient de corrélation r, aussi appelé r de Pearson, est une mesure qui nous dit à quel point deux variables sont liées entre elles.

- Si r est proche de 1, cela signifie qu'il y a une forte relation positive entre les deux variables : quand l'une augmente, l'autre tend également à augmenter (69).
- Si r est proche de -1, cela indique une forte relation négative : quand l'une augmente, l'autre diminue (69).

- Enfin, si r est proche de 0, cela suggère qu'il n'y a pas de lien linéaire évident entre les deux variables (69). Ensuite, la p -value associée à r nous indique si la corrélation observée est statistiquement significative.

Si la p -value est inférieure à un seuil de signification préétabli (0,05), alors la corrélation est considérée comme statistiquement significative (69). Cela signifie que la relation entre les variables est probablement réelle et ne se produit pas simplement par hasard (69).

En somme, le coefficient de corrélation r nous aide à comprendre la relation entre deux variables, tandis que la p -value nous informe sur la fiabilité de cette relation, en termes de probabilité qu'elle soit due au hasard (69).

Les résultats détaillés sont disponibles dans l'Annexe 7 et un tableau synthétique ce trouve en Annexe 8.

H1 : Le temps disponible lors de l'évaluation initiale influence la qualité globale des évaluations réalisées par les ergothérapeutes pour les patients ayant eu un AVC en SSR/SMR.

H01: Les temps disponibles lors de l'évaluation initiale n'influencent pas la qualité globale des évaluations réalisées par les ergothérapeutes pour les patients ayant eu un AVC en SSR/SMR.

(H1) : Bien que les moyennes de qualité globale varient légèrement en fonction du temps disponible pour les évaluations initiales, aucune différence significative n'a été observée entre les groupes ($p = 0,175$). Cela signifie qu'il n'y a pas suffisamment de preuves pour affirmer avec certitude que le temps disponible a un impact significatif sur la qualité globale des évaluations, dans ce contexte spécifique.

H2 : Le choix des outils d'évaluation influence la qualité globale des évaluations réalisées par les ergothérapeutes pour les patients ayant eu un AVC en SSR/SMR.

H02 : Le choix des outils d'évaluation n'influence pas la qualité globale des évaluations réalisées par les ergothérapeutes pour les patients ayant eu un AVC en SSR/SMR.

(H2) : Bien que le choix de l'outil d'évaluation semble influencer la perception de la qualité globale des évaluations, aucune différence significative n'a été trouvée entre les groupes en termes de qualité globale des évaluations ($p = 0,403$). Cela suggère que les variations observées pourraient être dues au hasard plutôt qu'à un véritable effet de l'outil d'évaluation sur la qualité globale des évaluations, dans ce contexte spécifique.

H3 : La durée dont les ergothérapeutes disposent pour leur évaluation initiale influence leur sentiment d'avoir suffisamment de temps lors de cette évaluation.

H03 : La durée allouée à l'évaluation initiale par les ergothérapeutes n'a pas d'effet sur leur perception d'avoir suffisamment de temps lors de cette évaluation.

(H3) : Même si ceux qui ont plus de temps pour leur évaluation initiale ont tendance à avoir une perception légèrement plus positive quant à leur disponibilité en temps, cette relation n'est pas suffisamment forte pour être considérée comme significative dans notre échantillon. Nous ne disposons pas de suffisamment de preuves pour rejeter l'hypothèse nulle (H03), qui stipule que la durée allouée à l'évaluation initiale par les ergothérapeutes n'influence pas la perception du temps (r de Pearson = 0,127, p = 0.295).

Pour H03, l'hypothèse nulle suggère qu'il n'y a pas d'effet significatif de la durée allouée à l'évaluation initiale sur la perception du temps disponible. Avec une p -value de 0,295, supérieure au seuil de signification habituel de 0,05, nous ne disposons pas de suffisamment de preuves pour rejeter H03. Ainsi, dans ce contexte spécifique, nous ne pouvons pas conclure que la durée allouée à l'évaluation initiale par les ergothérapeutes a un impact significatif sur la perception du temps nécessaire pour réaliser une évaluation de qualité.

H4 : Les années d'expérience accumulée par les ergothérapeutes, influence positivement à la fois la perception de la qualité d'outil d'évaluation initiale, la qualité globale de l'évaluation et le choix d'utiliser des évaluations personnalisées ("maison").

H04 : Il n'y a aucune relation entre le nombre d'années d'expérience des ergothérapeutes et la qualité perçue de leur outil d'évaluation initiale, la qualité globale de l'évaluation ainsi que leur choix d'utiliser des évaluations personnalisées.

(H4.1) : Les résultats indiquent qu'il n'y a pas de corrélation significative entre le nombre d'années d'expérience des ergothérapeutes et leur perception de la qualité de l'outil d'évaluation initiale. Autrement dit, les ergothérapeutes ayant plus d'expérience n'ont pas nécessairement une meilleure perception de la qualité de l'outil d'évaluation initial (r de Pearson = 0,016, p = 0.896).

(H4.2) : Les résultats indiquent qu'il n'y a pas de différence significative dans l'utilisation d'évaluations personnalisées en fonction des années d'expérience des ergothérapeutes (p = 0,451). Nous constatons que la moyenne d'utilisation d'évaluations personnalisées varie légèrement en fonction des années d'expérience, mais aucune tendance claire n'émerge. Donc les années d'expérience des ergothérapeutes ne sont pas un facteur déterminant dans l'utilisation d'évaluations personnalisées.

(H4.3) : Les années d'expérience des ergothérapeutes ne semblent pas avoir une influence significative sur la qualité globale des évaluations dans ce contexte spécifique. Bien que les

moyennes de qualité globale varient entre les groupes d'expérience, aucune tendance claire n'indique une amélioration ou une détérioration de la qualité globale des évaluations avec l'expérience ($p = 0,170$).

Dans l'ensemble, les résultats indiquent qu'il n'y a pas suffisamment de preuves pour rejeter l'hypothèse nulle (H04). Par conséquent, nous ne pouvons pas conclure que les années d'expérience des ergothérapeutes ont un impact significatif sur la qualité globale des évaluations, dans ce contexte spécifique.

H5 : Le choix des outils d'évaluation est associé à la perception de qualité des outils d'évaluation réalisée par les ergothérapeutes.

H05 : Le choix des outils d'évaluation n'est pas associé à la perception de qualité des outils d'évaluation réalisée par les ergothérapeutes.

(H5) : Bien que les résultats semblent indiquer une tendance où les ergothérapeutes utilisant des évaluations officielles ont une perception légèrement meilleure de la qualité de leur outil d'évaluation, cette différence n'est pas statistiquement significative dans cette étude ($p = 0,310$). Nous ne disposons pas de suffisamment de preuves pour rejeter l'hypothèse nulle (H05) selon laquelle le choix des outils d'évaluation n'est pas associé à la perception de qualité des outils d'évaluation réalisée par les ergothérapeutes.

Ainsi, l'hypothèse H5 n'est pas validée. Les résultats montrent qu'il n'y a pas suffisamment de preuves pour rejeter l'hypothèse nulle H05. Par conséquent, nous ne pouvons pas conclure que le choix des outils d'évaluation est significativement associé à la perception de qualité des outils d'évaluation par les ergothérapeutes dans ce contexte spécifique.

H6 : : Il existe une corrélation entre la perception d'avoir suffisamment de temps, le niveau de compétence ressenti et la perception de qualité des outils d'évaluation chez les ergothérapeutes.

H06 : Il n'existe pas de corrélation entre la perception d'avoir suffisamment de temps, le niveau de compétence ressenti et la perception de qualité des outils d'évaluation chez les ergothérapeutes.

(H6.1) : Les résultats suggèrent que les ergothérapeutes qui se sentent plus compétents lors des évaluations initiales ont tendance à percevoir une meilleure qualité dans les outils d'évaluation ($r = 0.574$, $p < 0.001$). Plus précisément, lorsque les ergothérapeutes se sentent plus compétents dans leurs évaluations initiales, ils ont tendance à considérer les outils d'évaluation comme de meilleure qualité.

(H6.2) : De plus, il existe une corrélation positive entre le niveau de compétence ressenti et la perception d'avoir suffisamment de temps pour réaliser les évaluations ($r = 0.455$, $p < .001$). Plus précisément, lorsque le niveau de compétence ressenti augmente, la perception d'avoir suffisamment de temps pour réaliser les évaluations tend également à augmenter, et vice versa.

(H6.3) : Il existe une corrélation positive entre le sentiment d'avoir suffisamment de temps lors de l'évaluation initiale et la perception de la qualité des outils d'évaluation ($r = 0.493$, $p < .001$). Plus précisément, lorsque le sentiment d'avoir suffisamment de temps augmente, la perception de la qualité des outils d'évaluation tend également à augmenter, et vice versa.

Si l'on considère que H6 est l'hypothèse alternative, alors les résultats fournissent des preuves solides pour la valider. En effet, les corrélations significatives entre la compétence ressentie, la perception d'avoir suffisamment de temps et la qualité des outils d'évaluation soutiennent l'idée qu'il existe une corrélation entre ces variables. Par conséquent, si H6 est validée, alors H06, qui stipule l'absence de corrélation, est rejetée. Ainsi, les résultats appuient l'idée selon laquelle la perception d'avoir suffisamment de temps, le niveau de compétence ressenti et la perception de qualité des outils d'évaluation sont interconnectés, dans ce contexte spécifique.

4 Discussion

Dans cette discussion, nous allons examiner les résultats de notre étude en nous basant sur la théorie, les recherches précédentes et notre approche conceptuelle. Nous allons aussi analyser comment nous avons mené notre recherche, ses points forts et ses limites, ainsi que les implications pratiques et les perspectives futures.

4.1 Retour sur les résultats

Les résultats remettent en question certaines idées préconçues. Par exemple, nous avons constaté qu'il n'y avait pas de lien significatif entre le nombre d'années d'expérience professionnelle des ergothérapeutes et la qualité perçue des outils d'évaluation initiale chez les patients post-AVC. Cela indique que d'autres éléments peuvent aussi affecter la manière dont les outils sont perçus, ce qui remet en question l'idée que les années d'expérience professionnelle garantissent une meilleure évaluation.

De même, bien que le temps alloué pour les évaluations puisse varier, notre étude n'a pas démontré de lien significatif entre ce temps et la qualité globale des évaluations initiales chez les patients post-AVC. Ceci ne soutient pas l'idée courante selon laquelle le manque de temps constitue un obstacle majeur dans ce processus. Par exemple, une recherche menée en

Suisse (42) a montré les difficultés rencontrées par les ergothérapeutes pour gérer le temps lors des évaluations initiales, ce qui peut affecter la qualité des soins. Cependant, notre enquête a révélé qu'il n'y a pas d'incidence entre la durée des évaluations et leur qualité, soulignant ainsi l'importance de réévaluer l'impact du temps dans ce processus.

En outre, nos résultats montrent que le choix des outils d'évaluation offre une certaine flexibilité aux praticiens, sans compromettre la qualité des évaluations. Cette flexibilité est importante pour répondre aux besoins individuels des patients post-AVC, comme l'a souligné une étude exploratoire menée en Australie (43). La corrélation positive entre le niveau de compétence perçu des ergothérapeutes et leur perception de la qualité des outils d'évaluation souligne l'importance de la confiance professionnelle dans la pratique. En d'autres termes, lorsque les ergothérapeutes se sentent compétents dans l'utilisation des outils d'évaluation, ils sont plus susceptibles de les percevoir comme étant de haute qualité. Il serait donc judicieux d'améliorer leur expertise non seulement dans la manipulation des outils, mais également dans une approche holistique de la santé, qui intègre les multiples facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux ayant un impact sur la santé, comme recommandé par Shojania (63) dans son examen des approches conventionnelles en matière de soins de santé.

En résumé, nos résultats mettent en évidence l'importance du sentiment de compétence chez les ergothérapeutes. Non seulement cela influence leur efficacité dans la gestion du temps et la qualité de leurs évaluations, mais cela souligne également l'importance de leur développement professionnel continu.

4.2 Impact sur l'évolution de l'ergothérapie

Les résultats de cette enquête montrent que l'ergothérapie pourrait évoluer de manière significative à partir de ce que nous avons découvert. Il peut donc être favorable d'investir dans la formation initiale et continue des ergothérapeutes pour renforcer leur compétence dans l'utilisation des outils d'évaluation. Une formation de haute qualité peut non seulement améliorer les compétences techniques, mais aussi renforcer la confiance des praticiens dans leur capacité à utiliser ces outils de manière efficace.

D'autre part, ces résultats montrent que la qualité des outils d'évaluation est importante pour les ergothérapeutes, car elle affecte directement leur confiance en leurs compétences. Il est donc essentiel que les développeurs de ces outils collaborent étroitement avec les praticiens pour garantir qu'ils répondent adéquatement aux besoins pratiques et qu'ils soient considérés comme efficaces par ceux qui les utilisent. En effet, lorsque les ergothérapeutes ont une bonne perception de ces outils, ils sont plus enclins à les utiliser de

manière régulière et appropriée, ce qui peut considérablement améliorer les soins en ergothérapie. En utilisant des outils plus précis, il est possible de concevoir des plans de traitement mieux adaptés à chaque patient.

Par conséquent, les développeurs d'outils d'évaluation seraient plus enclins à travailler en étroite collaboration avec les ergothérapeutes pour s'assurer que les outils répondent aux besoins du terrain et sont perçus comme étant efficaces par ceux qui les utilisent.

Ces résultats font écho à l'enquête exploratoire qui a révélé les besoins des ergothérapeutes concernant l'évaluation des patients post-AVC. Ils ont exprimé le besoin de disposer de plus de temps pour des évaluations approfondies, d'avoir accès à une plus grande variété d'outils d'évaluation adaptés, de personnaliser les évaluations en fonction des besoins individuels des patients, et de bénéficier de formations continues et d'un partage de connaissances entre collègues. Ces constats soulignent l'importance de soutenir les praticiens dans leur pratique quotidienne.

En renforçant la perception de la qualité des outils d'évaluation, les ergothérapeutes sont plus susceptibles de les utiliser de manière régulière et appropriée. Cela peut conduire à une amélioration globale de la qualité des soins en ergothérapie, car des évaluations plus précises peuvent mener à des plans de traitement plus efficace et personnalisé pour les patients.

Nos résultats indiquent également que le niveau de compétence perçu chez les ergothérapeutes influence positivement leur perception d'avoir suffisamment de temps disponible pour les évaluations initiales. Cela suggère que les ergothérapeutes qui se sentent plus compétents sont mieux à même de gérer efficacement leur temps et de réaliser des évaluations de qualité dans les délais impartis. En mettant l'accent sur le développement des compétences interpersonnelles liées à la gestion du temps et à la prise de décision, les programmes de formation peuvent aider les étudiants à devenir des praticiens plus efficaces et compétents.

Nos conclusions soulignent l'importance de repenser la formation des futurs ergothérapeutes afin de les préparer efficacement à relever les défis complexes de la pratique clinique moderne. Cela nécessite une révision approfondie des programmes de formation, y compris la mise à jour des ressources pédagogiques pour refléter les dernières avancées dans le domaine, l'intégration de nouvelles méthodes d'évaluation pour mieux cibler les besoins des patients, et une mise en avant explicite de l'importance des soins personnalisés dans la pratique quotidienne.

En résumé, les résultats de cette étude mettent en évidence l'importance d'une réflexion approfondie sur la formation, le perfectionnement professionnel et les pratiques en ergothérapie. Il est essentiel d'investir dans la formation initiale et continue des ergothérapeutes, de garantir la qualité des outils d'évaluation et de renforcer les compétences en gestion du temps pour offrir des soins de haute qualité aux patients Post AVC.

4.3 Forces de l'enquête

Notre étude apporte des contributions importantes à la pratique de l'ergothérapie. Les résultats soulignent l'importance du niveau perçu de compétence des ergothérapeutes dans l'évaluation des patients post-AVC, ainsi que l'impact de leur perception de la qualité des outils d'évaluation sur leur confiance et leur efficacité.

Ces constatations pourraient guider les programmes de formation initiale et continue et le développement professionnel des ergothérapeutes, en mettant l'accent sur le renforcement de leur confiance et de leurs compétences dans l'utilisation des outils d'évaluation.

Pour parvenir à ces conclusions, notre étude a suivi une démarche méthodologique rigoureuse, depuis la conception du questionnaire jusqu'à l'analyse des données, garantissant ainsi la fiabilité de nos résultats. Nous avons utilisé des outils statistiques appropriés tels que l'analyse de la variance (ANOVA) et la corrélation de Pearson pour examiner nos données, renforçant ainsi la validité de nos résultats. Bien que notre échantillon se compose de seulement 70 répondants, il représente de manière significative la population cible des ergothérapeutes en SSR/SMR travaillant auprès de patient Post-AVC.

4.4 Limites de l'enquête

Bien que notre recherche ait généré des résultats intéressants, plusieurs limitations méritent d'être soulignées. Tout d'abord, la taille relativement restreinte de notre échantillon pourrait restreindre la portée de nos conclusions et leur généralisation. Étant donné que notre étude s'est concentrée sur les ergothérapeutes travaillant avec des patients post-AVC en SSR/SMR, il est important de reconnaître que nos résultats pourraient ne pas être extrapolables à d'autres populations ou contextes de pratique.

De plus, notre méthode d'évaluation pourrait être affectée par divers biais, tels que la subjectivité des réponses des participants. Les données sur la perception d'avoir suffisamment de temps, la qualité des outils d'évaluation et le niveau de compétence des ergothérapeutes reposent sur leur auto-évaluation, ce qui pourrait être influencé par des facteurs tels que l'estime de soi ou la tendance à se présenter sous un jour favorable.

En outre, notre enquête exploratoire pourrait ne pas avoir abordé tous les aspects pertinents du sujet, ce qui pourrait limiter la portée de notre analyse. Par exemple, des variables non mesurées telles que le niveau de fatigue des ergothérapeutes, la charge de travail ou la disponibilité des ressources pourraient également influencer la qualité des évaluations. Cela souligne la nécessité de mener des recherches futures plus approfondies et exhaustives pour mieux comprendre les tenants et aboutissants de ce domaine.

4.5 Proposition et transférabilité

Pour améliorer la pratique professionnelle en ergothérapie, il pourrait être utile de développer des programmes de formation spécifiques visant à renforcer la confiance des ergothérapeutes dans leur évaluation initiale et à améliorer leur perception de la qualité des outils d'évaluation.

De plus, des recherches futures pourraient explorer d'autres variables potentiellement influentes sur la qualité des évaluations, telles que les caractéristiques individuelles des patients ou les contextes de pratique spécifiques. Par exemple, des études pourraient examiner l'effet de la charge de travail des ergothérapeutes sur la qualité de leurs évaluations ou évaluer l'impact des caractéristiques démographiques des patients sur la perception de la qualité des outils d'évaluation. En identifiant ces facteurs supplémentaires, il serait possible de mieux comprendre les déterminants de la qualité des évaluations en ergothérapie et de développer des interventions ciblées pour les améliorer.

En ce qui concerne la transférabilité des résultats, il est essentiel de reconnaître que notre étude a été menée dans un contexte spécifique avec une population spécifique d'ergothérapeutes travaillant avec des patients post-AVC en SSR/SMR. Par conséquent, il est important d'exercer la prudence lors de l'application de ces résultats à d'autres contextes de pratique ou à d'autres populations de patients. Des études supplémentaires menées dans différents contextes pourraient aider à déterminer dans quelle mesure nos conclusions peuvent être généralisées et adaptées à d'autres situations.

4.6 Perspective de recherche

Enfin, cette étude ouvre la voie à de nouvelles perspectives de recherche et professionnelles dans le domaine de l'évaluation en ergothérapie. Des études longitudinales pourraient suivre l'évolution des pratiques d'évaluation des ergothérapeutes au fil du temps, tandis que des recherches qualitatives pourraient explorer en profondeur les perceptions et les expériences des praticiens dans l'utilisation des outils d'évaluation.

En conclusion, notre étude a permis d'approfondir notre compréhension de l'évaluation initiale en ergothérapie chez les patients post-AVC, tout en identifiant des pistes

prometteuses pour améliorer la pratique professionnelle et orienter les futures recherches dans ce domaine.

4.7 Conclusion

En conclusion, ce mémoire a mis en lumière les défis majeurs auxquels les ergothérapeutes font face lors de l'évaluation des patients post-AVC. À travers l'examen approfondi des divers aspects de ce sujet, de la revue de littérature à l'enquête exploratoire en passant par l'analyse des cadres conceptuels et des résultats de notre recherche, il est devenu évident que le manque de temps, de ressources adéquates et de consensus sur les méthodes d'évaluation constitue un ensemble de défis complexes.

Pour relever ces défis et maintenir la qualité des évaluations en ergothérapie, des solutions ont été identifiées tout au long de ce travail. Parmi celles-ci, l'adoption de tests rapides pour répondre aux contraintes de temps, la mise en place de formations continues pour rester informé sur les nouvelles méthodes d'évaluation, et le développement d'approches personnalisées et intégrées centrées sur les besoins individuels des patients malgré les contraintes de temps sont particulièrement pertinents. De plus, l'investissement dans la formation initiale et continue des ergothérapeutes pour améliorer leur compétence dans l'utilisation des outils d'évaluation est essentiel.

L'enquête exploratoire a également mis en évidence des défis pratiques supplémentaires, tels que le manque de matériel et de formation spécialisée. Cependant, elle a également souligné un intérêt croissant pour le perfectionnement professionnel parmi les ergothérapeutes, soulignant ainsi l'importance de l'investissement dans la formation initiale et continue pour répondre aux besoins changeants des patients post-AVC. Parallèlement, le cadre conceptuel propose de privilégier la recherche de modèles de soins plus efficaces plutôt que de simplement proposer de nouveaux protocoles d'évaluation à tout prix.

Les résultats de la recherche ont fourni des contributions significatives en mettant en question certaines idées préconçues et en mettant en avant l'importance du sentiment de compétence chez les praticiens. Ces résultats offrent des pistes précieuses pour améliorer les pratiques d'évaluation et orienter les futures recherches dans ce domaine, en appuyant l'importance de la formation pour renforcer le sentiment de compétence des ergothérapeutes.

En conclusion, ce mémoire souligne l'importance cruciale d'une évaluation initiale de qualité pour garantir des soins optimaux aux patients post-AVC. Il met en évidence la nécessité d'adopter des approches innovantes, intégrées et centrées sur la personne, tout en reconnaissant les défis pratiques et théoriques auxquels font face les ergothérapeutes dans ce domaine.

Bibliographie

1. Caire J-M, Poriel G. L'ergothérapie centrée sur la personne et ses occupations: De Deboeck supérieur; 2023.
2. Delaisse A-C, Bodin J-F, Charret L , Hernandez H et Morel-Bracq M-C. L'ergothérapie en France : une perspective historique: ANFE; 2022.
3. Rogers C. L'approche centrée sur la personne: Ambre Editions; 2013.
4. L'assurance maladie. Comprendre l'accident vasculaire cérébral et l'accident ischémique transitoire. [Online]. Available from: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/accident-vasculaire-cerebral-avc/avc-comprendre>.
5. De Peretti C, Grimaud O, Tuppin P, Chin F, Woimant F. Prévalence des accidents vasculaires cérébraux et de leurs séquelles et impact sur les activités de la vie quotidienne : apports des enquêtes déclaratives Handicap-santé-ménages et Handicap-santé-institution, 2008-2009. BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Saint Maurice, France: Institut de veille sanitaire; 10 janvier 2012.
6. WFOT. <https://www.wfot.org/>. [Online].; 2010. Available from: <https://www.wfot.org/resources/client-centredness-in-occupational-therapy>.
7. Criquillon-Ruiz J, Soum-Pouyalet F, Tétréault S. L'évaluation en ergothérapie: De Boeck Supérieur; 2023.
8. Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, Ministère de la Santé et des Sports. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. [Online].; 2010 [cited 2023 février 28. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022447668/>.
9. Dubois B, Thiébaud Samson E, Trouvé E, Tosser M, Poriel G, Tortora L, Ringuet K et Guesné J. Le diagnostic ergothérapeutique: lignes directrices.: De Boeck Supérieur; 2017.
10. Rey A. Dictionnaire historique de la langue française: Le Petit Robert.
11. Fischer A.G, Marterella A. Powerful practice : Center for Innovative OT Solutions, Fort Collins, Colorado; 2019.
12. WFOT. [Online]. Available from: <https://wfot.org>.
13. WFOT. Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists - Revised 2016. [Online].; 2016. Available from: <https://www.wfot.org/assets/resources/COPYRIGHTED-World-Federation-of->

[Occupational-Therapists-Minimum-Standards-for-the-Education-of-Occupational-Therapists-2016a.pdf](#).

14. Hooper, B. Clinical and professional reasoning in occupational therapy Schell TaadoprDBBS&J, editor.; 2018.
15. Chisholm D, Boyt Schell B. Overview of the occupational therapy proses outcomes. 13352368th ed.: Dans B. A. Boyt Schell et G. Gillen (eds.).
16. WFOT. Déclaration de position : Ergothérapie et rééducation-réadaptation. ; 2019.
17. ACP France. ACP-France | Institut de Formation à l'Approche Centrée sur la Personne selon Carl Rogers. [Online]. [cited 2023 03 07. Available from: <https://www.acpfrance.fr/quest-ce-que-lapproche-centree-sur-la-personne/>.
18. Meyer S. L'occupation en thérapie et la thérapie comme occupation. Ergothérapies. 2020: p. p. 37- 44.
19. Berro M et Deshaies L. L'amélioration de la pratique fondée sur l'occupation au centre de réadaptation national Rancho Los Amigos. La science de l'occupation pour l'ergothérapie. : p. p. 309-321.
20. Gray J.M. Putting Occupation Into Practice: Occupation as Ends, Occupation as Means. American Journal of Occupational Therapy. : p. p. 354-364.
21. Fisher A.G. Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? Scandinavian Journal of Occupational Therapy. : p. p. 162-173.
22. Haute Autorité de Santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. [Online].; 2013. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1671523/fr/patient-et-professionnels-de-sante-decider-ensemble.
23. Whalley-Hammell K. R. Client-centered practice in occuupational therapy : critical reflexions. Scandinavian Journal of Occupationnal Therapy. 2013: p. 174 - 181.
24. Sumsion T, et Law M. A review of evidence on the conceptual elements informing clien-centered pratice. Canadian Journal of Occupational Therapiy. : p. 153 - 162.
25. Établissements de santé. [Online]. Available from: <https://www.sanitaire-social.com/>.
26. Ministère de la santé et de la prévention. <https://sante.gouv.fr/>. [Online].; 2019. Available from: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires/accident-vasculaire-cerebral-avc/article/l-accident-vasculaire-cerebral>.

27. Légifrance. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. [Online].; 2010 [cited 2023 mars. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022447668/>.
28. De Haerne C, Brousseau M. Les ergothérapeutes français ont-ils une approche centrée sur la personne ? Ergothérapies. 2018.
29. Qualirelsanté. La voie prometteuse de l'engagement des patients et des usagers pour la qualité et sécurité des soins De l'information au partenariat. [Online]. [cited 2023 03 07. Available from: https://www.qualirelsante.com/wp-content/uploads/2021/12/MAG_QUALIBULES_2_2021_DEF_impression_2.pdf.
30. DREES. Etudes et résultats - Plus les dépenses de santé sont importantes, plus la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est élevée. [Online].; 2022 [cited 2023 mars. Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-12/ER1251.pdf>.
31. Ministère de la santé et de la prévention. Tout savoir sur les soins de suite et de réadaptation (SSR) - Une prise en charge pluridisciplinaire et coordonnée pour l'amélioration fonctionnelle du patient. [Online].; 2022 [cited 2023 03. Available from: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr/article/tout-savoir-sur-les-soins-de-suite-et-de-readaptation-ssr>.
32. ANFE. La revue ergOTHérapie. [Online]. Available from: <https://anfe.fr/le-revue-ergotherapies/>.
33. RFRE. La revue francophone de recherche en ergothérapie. [Online]. Available from: <https://www.rfre.org>.
34. AOTA. AJOT. [Online]. Available from: <https://www.aota.org/publications/ajot>.
35. British Journal of Occupational Therapy. SAGE. [Online]. Available from: <https://journals.sagepub.com/home/bjo>.
36. Google. Google Scholar. [Online]. Available from: <https://scholar.google.com>.
37. Pubmed. [Online]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>.
38. Wiley. [Online]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com>.
39. PsycINFO. [Online]. Available from: <https://www.apa.org/search?query=STROKE%20EVALUATION>.
40. HeTOP. Health Terminology/Ontology Portal. [Online]. Available from: <https://www.hetop.eu/hetop/fr/?q=&home>.

41. Gagnon M et Farley-Chevrier F. Presses de l'Université de Montréal. [Online].; 2018 [cited 2023 03. Available from: <http://books.openedition.org/pum/14217>.
42. Bertrand A-M, Howald A, Siegenthaler J, Kühne N. Utilisation d'instruments de mesure avec des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral : une enquête par questionnaire auprès d'ergothérapeutes en Suisse romande. 2015 Janvier.
43. Valérie P, Korner-Bitensky N, Dawson D. Stroke-specific executive function assessment: a literature review of performance-based tools. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2013: p. 3-19.
44. Apollon-Roy D, Miéville C, Poissant L. Portrait des pratiques évaluatives des ergothérapeutes en réadaptation post-AVC. www.rfre.org. 2021 decembre: p. 63-84.
45. Richards C, Malouin F, Nadeau S, Fung J, D'Amours L, Perez C, Durand A. Development, Implementation, and Clinician Adherence to a Standardized Assessment Toolkit for Sensorimotor Rehabilitation after Stroke. 2019: p. 43-55.
46. Poulin V, Korner-Bitensky N, and Dawson D.R. Stroke-specific executive function assessment: A literature review of performance-based tools. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2013; 60(3-19).
47. Piedalue P. Développement d'un questionnaire sur la participation dans les occupations quotidiennes perçue par les personnes vivant avec un accident vasculaire cérébral léger et leurs proches. L'université du Québec à trois rivières.; 2020 Décembre.
48. Unsworth C, Baker A, Lannin N, Harries P, Strahan J & Browne M. Predicting fitness-to-drive following stroke using the Occupational Therapy – Driver Off Road Assessment Battery. *Disability and Rehabilitation*. 2018 février; 41:15.
49. Hammell K-W. Focusing on “what matters”: the Occupation, Capability and Wellbeing Framework for Occupational Therapy. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2023 Jun.
50. Kitamura S, Otaka Y, Ushizawa K, Seigo I, Sachiko S, Kondo K, Mukaino M & Shimizu E. Reliability and validity of the public transportation use assessment form for individuals after stroke Japan: Taylor & Francis; 14 Oct 2022.
51. Dos Santos C. L'engagement du patient Post AVC en ergothérapie. Mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie. CRETEIL: IFE Créteil; 2018.

52. Schiavi M, Costi S, Pellegrini M, Formisano D, Borghi S & Fugazzaro S. Occupational therapy for complex inpatients with stroke: identification of occupational needs in post-acute rehabilitation setting. 2018 avril: p. 1026-1032.
53. Hwang N-K, Yoo E-Y, Jung M-Y, Park J-H, Hong I, and Kim J-R. Measurement Properties of the Stroke- Pre-discharge Occupational Therapy Assessment. OTJR (Occupational Therapy Journal of Research). 2023; 43(691 - 701).
54. Ardilly P. Echantillonnage et méthodes d'enquêtes: Dunod; 2004.
55. Eymard C, Thuillier O et Vial M. Le travail de fin d'études, s'initier à la recherche en soins et en santé: Ruel-Malmaison : Lamarre; 2004.
56. CEDIP. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information. [Online].; 2013 [cited 2023 oct. 17. Available from: <https://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/les-principaux-biais-a-connaître-en-matiere-de-a1113.html>.
57. République Française. Loi n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine. [Online].; 2012. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/jo/2012/03/06/0056>.
58. Barrier J, Georges-Tarragano C, Saccoman B, Pierru F, Astre H. Soigner (l')humain; 2015.
59. Organisation mondiale de la Santé, Organisation de Coopération et de Développement Économiques et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement, La Banque mondiale. La qualité des services de santé : un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle; 2019.
60. Durieux P, Matillon Y. L'évaluation médicale; 1994.
61. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century Washington; 2001.
62. Think & Do Tank « L'Alliance pour une santé intégrative ». HEGEL : La santé intégrative: une approche globale pour faire de la France une nation innovante en santé à l'horizon 2030; 2022.
63. Shojania K. À quels problèmes liés à la qualité des soins de santé faut-il s'attaquer en priorité? Canadian Medical Association Journal. 2022 Mai 30.
64. Archambault N. Pour une approche plus globale de la santé. Relations (Montréal). 2020.

65. L'assurance Maladie. Ameli.fr. [Online]. Available from: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/accident-vasculaire-cerebral-avc/avc-traitement>.
66. Albarello L. Méthode en science humaine : Apprendre à chercher. 4ème édition.: De Boeck Supérieur; 2012.
67. Martin O. L'analyse de données quantitatives : l'enquête et ses méthodes: Paris : Armand Colin; 2005.
68. Valeur p. [Online]. Available from: <https://datatab.fr/tutorial/p-value>.
69. Corrélation de Pearson. [Online]. Available from: <https://datatab.fr/tutorial/pearson-correlation>.
70. Légifrance. Décret n° 2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation. [Online].; 2022 [cited 2023 mars]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044947210>.
71. Légifrance. Décret n° 2022-25 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation. [Online].; 2022 [cited 2023 mars]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044947234>.
72. Ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion. Hospitalisation en service de soins de suite et de réadaptation. [Online].; 2022 [cited 2023 mars]. Available from: <https://travail-emploi.gouv.fr/emploi-et-insertion/prevention-maintien-emploi/article/hospitalisation-en-service-de-soins-de-suite-et-de-readaptation-ssr>.
73. Ministère de la santé et de la prévention. Tout savoir sur les soins de suite et de réadaptation (SSR). [Online].; 2022. Available from: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr/article/tout-savoir-sur-les-soins-de-suite-et-de-readaptation-ssr>.
74. Organisation mondiale de la santé. [Online]. Available from: https://www.who.int/fr/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1.
75. SSR : Syndicat des soins de suite et de réadaptation. [Online]. Available from: <https://www.fhp-ssr.fr/les-cliniques-de-ssr/rhone-alpes>.
76. Creek J. Occupational therapy defined as a complex intervention. British Journal of Occupational Therapy. 2009; 72: p. 105 - 115.

77. Creek J, Ilott I, Cook S, et Munday C. Valuing occupational therapy as a occupational intervention. *British Journal of Occupational Therapy*. 2005; 80: p. 423-431.
78. De Peretti C, Grimaud O, Tuppin P, Chin F, Woimant F. Prévalence des accidents vasculaires cérébraux et de leurs séquelles et impact sur les activités de la vie quotidienne : apports des enquêtes déclaratives Handicap-santé-ménages et Handicap-santé-institut. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. ; 2012. Report No.: 1.
79. Morel M-A. *Les concepts en sciences infirmières : qualité des soins*; 2012.
80. Meyer S. L'occupation en thérapie et la thérapie comme occupation. *Ergothérapies*. : p. p. 37-44.
81. Restall G et Egan M-Y. Collaborative relationship-focused occupational therapy : Envolving lexicon and practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2021: p. 220-230.
82. *Canadian Medical Association Journal*. [Online]. Available from: <https://www.cmaj.ca>.

Annexes 1 : Tableau de la revue de littérature

Source	Thème/ objet traité	Méthode utilisée	Population	Approche	Champs	Résultats	Questions
<p>Article n°1</p> <p><u>SOURCE</u> : RFRE</p> <p><u>AUTEUR</u> : Déborah APOLLON-ROY, Carole Miéville, Lise Poissant</p> <p>POPULATION Québec</p> <p><u>DATE</u> : 2021</p> <p>Niveaux de scientificité :***</p>	<p><u>TITRE</u> : Portrait des pratiques évaluatives des ergothérapeutes en réadaptation Post-AVC</p> <p><u>OBJECTIF</u> :</p> <p>1)de décrire les outils d'évaluation utilisés en réadaptation auprès des clients ayant subi un AVC et de caractériser l'écart entre cette utilisation et les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2012)</p> <p>2)de comparer les pratiques évaluatives en réadaptation interne avec celles en réadaptation ex-terne.</p> <p>3)De décrire les outils d'évaluation spécifiquement</p>	<p><u>MÉTHODE</u> : Quantitatif (comparaison de 2 vecteurs)</p> <p><u>Analyse</u> : comparative - des tests du khi-carré ont été réalisés pour comparer les résultats de la RI avec ceux de la RE, afin de déterminer s'il existe des différences significatives dans l'utilisation des outils d'évaluation entre ces deux types d'établissements .</p>	<p><u>PUBLIC</u> : 735 dossiers de patients ayant subi un AVC et recevant des services d'établissements de réadaptation interne et externe au Québec</p>	<p><u>APPROCHE</u> : Des ergothérapeutes en interne et en externe</p>	<p><u>CHAMPS</u> : Science de la réadaptation - Sciences de l'occupation</p>	<p>Cette étude de 2021 réalisée au Canada avait pour objectifs d'évaluer les outils utilisés dans la réadaptation des patients atteints d'AVC, de comparer ces pratiques d'évaluation aux recommandations canadiennes et de décrire l'utilisation de ces outils par les ergothérapeutes en fonction de la phase de réadaptation (interne et externe).</p> <p>Les résultats de l'étude indiquent que les patients admis en réadaptation interne ou externe sont généralement bien évalués par les ergothérapeutes, qui utilisent une grande variété d'outils (46 au total). Cependant, plus de la moitié de ces outils (52 %) ne sont pas recommandés dans les lignes directrices canadiennes. De plus, certaines composantes importantes telles que la conduite automobile, les fonctions cognitives et émotionnelles ne sont pas évaluées de manière systématique ou avec des outils spécifiques, malgré leur pertinence dans la réadaptation des patients atteints d'AVC.</p> <p>Les fonctions cognitives, bien que souvent affectées par un AVC, sont moins évaluées en réadaptation externe, ce qui est cohérent avec d'autres études. Pourtant, le dépistage</p>	<p>Pourquoi certaines composantes importantes de l'évaluation, telles que la conduite automobile, les fonctions cognitives et émotionnelles, ne sont pas évaluées de manière systématique ou avec des outils spécifiques malgré leur pertinence dans la réadaptation des patients atteints d'AVC ?</p>

	utilisés par les ergothérapeutes.					<p>systematique de ces fonctions est recommandé et dispose de divers outils d'évaluation. En revanche, les ergothérapeutes évaluent davantage les composantes physiques, telles que les fonctions motrices et les activités de la vie quotidienne (AVQ/AVD), qui ont un impact direct sur la participation des patients. Les outils utilisés dans ces domaines sont généralement standardisés et répondent aux critères de qualité.</p> <p>Les différences entre les pratiques en réadaptation interne et externe peuvent s'expliquer par leur mission respective et les besoins spécifiques des patients. En réadaptation interne, l'évaluation se concentre davantage sur les fonctions, tandis qu'en réadaptation externe, elle met davantage l'accent sur l'activité et la participation. Cependant, à l'exception des fonctions émotionnelles, de la douleur et de la conduite automobile, toutes les fonctions et activités étaient plus évaluées en réadaptation interne qu'en réadaptation externe.</p> <p>Les écarts entre les pratiques des ergothérapeutes et les recommandations peuvent être attribués à différentes barrières à leur mise en œuvre, telle que le manque de temps, de ressources humaines, de formation, ainsi que des difficultés de sélection et de priorisation des preuves scientifiques.</p>	
Article n°2	<p><u>TITRE</u> : Utilisation d'instruments de mesure avec des personnes ayant subi un AVC : une enquête par questionnaire auprès d'ergothérapeutes en Suisse normande</p> <p><u>SOURCE</u> : RFRE</p> <p><u>AUTEUR</u> : Anne Martine</p>	<p><u>MÉTHODE</u> : Quantitative et qualitative</p> <p>1 seul répondant par service</p>	<p><u>PUBLIC</u> : A 196 services sélectionnés (1 seul répondant par service)</p>	<p><u>APPROCHE</u> : Nationale (formation, sélection)</p>	<p><u>CHAMP</u> : Science de la réadaptation</p> <p>L'étude menée en 2013 en Suisse romande a sondé un échantillon de 196 ergothérapeutes travaillant dans différents services. Les résultats ont montré que l'utilisation d'instruments de mesure dans la démarche clinique présente des avantages importants, mais pose problème pour une partie des ergothérapeutes. Cette constatation remet en</p>	<p>Comment les responsables de services peuvent-ils sélectionner et promouvoir efficacement</p>	

<p>Bertrand, Anouk Howald, Julia Siegenthaler, Nicolas Kuhne</p> <p><u>POPULATION</u> : Suisse normande</p> <p><u>DATE</u> : 2013 Niveaux de scientificité : ***</p>	<p><u>OBJECTIFS</u> :</p> <p>1) de décrire les instruments de mesure standardisés utilisés auprès de personnes ayant eu un accident vasculaire cérébral par les ergothérapeutes en Suisse romande ;</p> <p>2) de décrire leur perception de facteurs facilitant ou entravant la sélection et l'utilisation d'instruments de mesure standardisés.</p>	<p>sur 196 service, 162 (83 %) réponses ont été reçues.</p> <p><u>Analyse</u> : Les données sociodémographiques ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives. Des tests t et des tests du khi-carré ont été utilisés pour déterminer les différences entre les groupes d'utilisateurs et de non-utilisateurs d'instruments de mesure. Les données ont été analysées à l'aide des logiciels Excel® et SPSS (version 19.0).</p>			<p>Science de l'occupation</p>	<p>question les pratiques cliniques, de formation et de recherche dans le domaine de l'ergothérapie. Concernant les pratiques cliniques, l'étude souligne la nécessité pour les responsables de services d'entreprendre des actions visant à sélectionner des instruments de mesure appropriés et à favoriser leur utilisation. Cependant, elle reconnaît que l'impact de ces actions pourrait être limité en raison du fait que les ergothérapeutes travaillent souvent seuls ou en équipes restreintes. Il est suggéré que le renforcement du rôle de l'association nationale pourrait être nécessaire pour promouvoir l'utilisation des instruments de mesure. Cela pourrait se faire par la diffusion d'articles pertinents dans le journal de l'association et par le renforcement de la formation continue. En ce qui concerne les pratiques de formation, l'étude critique les modèles traditionnels de formation décontextualisée qui ne seraient pas suffisants pour fournir aux ergothérapeutes les compétences et la confiance nécessaires dans l'utilisation des instruments de mesure. Elle recommande plutôt d'intégrer l'expérimentation du processus de sélection et de l'administration des instruments de mesure dans la formation des étudiants en ergothérapie. De plus, il est souligné qu'il est essentiel de démontrer l'utilité des données recueillies à l'aide de ces instruments en se basant sur des situations réelles. L'étude met également en évidence la nécessité de mener des recherches supplémentaires pour mieux comprendre la place des instruments de mesure dans les pratiques cliniques réelles. Elle souligne l'importance de prendre en compte l'influence du contexte institutionnel et socio-sanitaire sur ces</p>	<p>l'utilisation d'instruments de mesure appropriés ?</p> <p>Quel est le rôle de l'association nationale d'ergothérapie dans la promotion de l'utilisation des instruments de mesure, et comment peut-elle être renforcée ?</p> <p>Quels sont les modèles de formation les plus efficaces pour fournir aux ergothérapeutes les compétences et la confiance nécessaires dans l'utilisation des instruments de mesure ?</p>
--	--	--	--	--	--------------------------------	--	---

						<p>pratiques. Par exemple, il est suggéré que des recherches pourraient être entreprises pour développer un modèle qui permettrait de rendre compte des interactions complexes entre les utilisateurs et les environnements de pratique. En outre, il est recommandé de poursuivre le développement ou la validation transculturelle d'instruments de mesure afin de fournir des outils pertinents pour l'ergothérapie.</p> <p>Dans l'ensemble, cette étude critique soulève des questions importantes concernant l'utilisation d'instruments de mesure par les ergothérapeutes en Suisse romande. Elle met en évidence des problèmes potentiels dans les pratiques cliniques, de formation et de recherche, et propose des pistes pour améliorer ces domaines.</p>	
<p>Article n°3</p> <p><u>SOURCE</u> : Pubmed</p> <p><u>AUTEUR</u> : Carol L. Richards, Francine Malouin, Sylvie Nadeau, Joyce Fung,Line D'Amours,Clair e Perez, ,Anne Durand, <u>POPULATION</u> : Canada</p>	<p><u>TITRE</u> : Développement, mise en œuvre et adhésion des cliniciens à une trousse d'outils d'évaluation standardisée pour la réadaptation sensorimotrice après un AVC</p> <p><u>OBJECTIF</u> : décrire la création d'une trousse d'évaluation standardisée et d'une base de données cliniques connexe activée sur la réadaptation sensorielle motrice dans trois unités de réadaptation fonctionnelle.</p>	<p><u>MÉTHODE</u> : L'étude a inclus la participation de patients ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) et admis en réadaptation, ainsi que des cliniciens travaillant dans trois unités de réadaptation fonctionnelle (URF). Au total, 305 patients ont</p>	<p><u>PUBLIC CIBLE</u> : les participants étaient des patients victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC) admis en réadaptation et les cliniciens des trois URF.</p> <p><u>PUBLIC ACTEUR</u> :Des chercheurs, des gestionnaires, des champions</p>	<p><u>APPROCHE</u> : Adhésions aux outils d'évaluation</p>	<p><u>CHAMP</u> : Science de la réadaptation Science de l'occupation</p>	<p>En 2019, au Canada, une étude a été menée auprès de 264 patients pour développer un ensemble d'outils d'évaluation appelé SAT. Ce système d'évaluation comprenait 25 outils et a été développé en collaboration avec des cliniciens, dont 17,6 étaient des ergothérapeutes, 17 étaient des physiothérapeutes, 2 étaient des médecins, 4,1 étaient des neuropsychologues, 3 étaient des orthophonistes et 1 était un nutritionniste.</p> <p>Ils se concentrent principalement sur l'évaluation sensorimotrice des membres supérieurs et inférieurs, organisés selon la classification CIF32 des fonctions et structures corporelles (altérations), des activités (mobilité fonctionnelle, équilibre, performance des membres supérieurs et communication) et de la participation (loisirs et qualité de vie). Certains outils ont été inclus pour dépister les altérations cognitives, l'ignorance</p>	<p>Quelle est l'importance de l'utilisation de multiples outils d'évaluation provenant de différentes disciplines pour obtenir une vision holistique de l'état des patients atteints d'AVC ?</p>

<p><u>DATE</u> : 2019</p> <p>Niveaux de scientificité : ***</p>		<p>été sélectionnés pour l'étude, dont 264 ont été suivis jusqu'à la fin de l'analyse. Les chercheurs ont suivi une approche coopérative et itérative pour développer l'outil d'évaluation de l'admission en réadaptation (TÉS). Ils ont mesuré sa mise en œuvre en évaluant l'adhésion des cliniciens, en se basant sur les résultats des évaluations présentes dans les dossiers des patients, puis en les transférant dans une base de données cliniques. Les chercheurs ont analysé les raisons d'une adhésion moins</p>	<p>cliniques et des cliniciens de trois unités de réadaptation après un AVC (SRU) ont participé à l'élaboration et à la mise en œuvre du SAT. Les cliniciens (en termes d'équivalents temps plein) étaient composés de 17,6 ergothérapeutes, 17 physiothérapeutes, 2 médecins, 4,1 neuropsychologues, 3 orthophonistes et 1 nutritionniste.</p>		<p>visuelle, l'anxiété et la dépression, ainsi que la présence et le type d'altérations de la communication. D'autres outils ont été utilisés pour évaluer la progression et mesurer les résultats des patients. La plupart des outils d'évaluation doivent être administrés à l'admission et à la sortie.</p> <p>Les outils d'évaluation de la section Participation n'ont pas été mis en œuvre dans cette étude ; ils ont été laissés dans le tableau pour des études futures incluant une évaluation de suivi de 6 mois.</p> <p>Parmi les outils administrés à la fois à l'admission et à la sortie, l'adhésion était plus élevée à l'admission, à l'exception du test de marche de 10 mètres, à des vitesses confortables et rapides, et du test de marche de 6 minutes (6MWT). L'adhésion à l'admission était de 70% ou plus pour six outils d'évaluation : douleur à l'épaule, Inventaire des Impairments CMSA (CMSA-II), BBS, HADS, FIM et CMSA-AI. L'adhésion était la plus faible pour l'Inventaire d'Activités du Bras et de la Main Chedoke, version 9 (CAHAI V9) à l'admission et à la sortie.</p> <p>Cette étude a révélé que toutes les évaluations n'ont pas pu être réalisées chez les patients en raison de leur inadaptation (par exemple, en raison d'une récupération motrice insuffisante).</p> <p>Cependant, la mise en œuvre du SAT a été favorablement accueillie par les cliniciens et s'est avérée réalisable dans la pratique quotidienne en</p>	
---	--	--	---	--	---	--

		élevée en se référant aux notes prises par les thérapeutes sur les feuilles de collecte de données dans l'une des URF.				utilisant des mesures objectives pour évaluer leur adhésion. C'est la première étude à examiner les raisons des résultats manquants lors des évaluations, et elle démontre la nécessité de prendre en compte différentes caractéristiques des patients, du système et des outils d'évaluation pour déterminer les niveaux d'adhésion.	
Article n°4	TITRE : Développement d'un questionnaire sur la participation dans les occupations quotidiennes perçues par les personnes vivant avec un accident vasculaire cérébral léger et leurs proches ORIGINE : Essai présenté à l'Université du Québec à Trois-Rivières AUTEUR : Pascale PIEDALUE POPULATION Canada	METHODE : qualitatives et quantitatives Le projet a été réalisé selon un devis de conception et validation d'outils de mesure (Corbière et Fraccaroli, 2014) qui définit les étapes pour le développement et la validation de contenu d'un questionnaire. Une recension des écrits et les	PUBLIC : Un groupe de six professionnels (dont au moins un tiers étaient des ergothérapeutes) dotés d'une expérience clinique pertinente pour comprendre les défis rencontrés par les personnes ayant subi un AVC léger et leurs proches aidants a été consulté afin de valider le contenu du questionnaire développé dans	APPROCHE : Participative occupationnelle	CHAMP : Science de la réadaptation Science de l'occupation	Cette étude de 2020 au Canada, a conduit à la création et à la validation initiale d'un questionnaire validé par une confirmation de 6 experts (dont au moins un tiers étaient des ergothérapeutes), sur la participation dans les activités quotidiennes telles que perçues par les personnes ayant subi un AVC léger et leurs proches. Le processus de développement et de validation du questionnaire a suivi un devis de conception et de validation d'outils de mesure, en utilisant une recension des écrits et une consultation d'experts par la méthode Delphi. Ce questionnaire intègre à la fois des données probantes sur les problèmes liés aux activités quotidiennes et l'expérience clinique des professionnels travaillant avec cette population spécifique. Il se distingue des autres questionnaires validés existants par plusieurs aspects, notamment en abordant des dimensions moins explorées dans	

<p>DATE :</p> <p>9 décembre 2020</p> <p>Niveaux de scientificité : **</p>		<p>synthèses de notes prises à la suite d'un exercice de réflexion et de partage de connaissances entre les cliniciens membres du comité AVC léger du CIUSSS-MCQ ont permis l'élaboration des items préliminaires. Puis, par le biais de la méthode Delphi, une consultation d'experts (N = 6) a été effectuée afin de valider le contenu du questionnaire proposé.</p>	<p>le cadre de cette étude.</p>			<p>les autres questionnaires, comme les aspects émotionnels (par exemple, la peur de rechute). De plus, ce questionnaire met davantage l'accent sur les activités complexes afin de mieux correspondre aux défis vécus par cette population. Après un éventuel processus de consultations supplémentaires pour compléter la validation, il est donc possible de croire que ce questionnaire répondra aux besoins des cliniciens en permettant de dépister initialement les difficultés quotidiennes perçues à la suite d'un AVC léger, et ainsi potentiellement aider à identifier les personnes susceptibles d'avoir besoin de services de réadaptation.</p> <p>Il part de l'analyse d'évaluation validée tel que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le Strike Impact Scale (SIS), (version 3.0) (Duncan et al., 2003) - Le Mayo Portland Adaptability Inventory-4 (MPAI-4), (Malec et Lezak, 2004) - le questionnaire de réintégration à la vie normale (Wood-Dauphinee, 1988) - la MHAVIE (Fourgeyrollas, Noreau et St-Michel, 2002) <p>l'Occupational Gaps questionnaire (OGQ) (Eriksson, 2017)</p>	
<p>Article n°5</p> <p><u>SOURCE</u> : ANFE</p>	<p><u>TITRE</u> : L'engagement du patient post AVC en ergothérapie</p>	<p><u>MÉTHODE</u> : Quantitative (Comparer deux populations)</p>	<p><u>PUBLIC CIBLE</u> : auprès de patient majeur ayant eu un AVC (entre 6</p>	<p><u>APPROCHE</u> : APC</p>	<p><u>CHAMP</u> : Science de la réadaptation</p>	<p>En France, une étude menée en 2018 a comparé deux groupes de patients ayant subi un AVC. Le premier groupe, composé de 5 participants, a bénéficié de la (MCRO), tandis que le deuxième groupe, composé de 7 participants, n'a pas reçu d'évaluation MCRO. Les résultats de l'enquête ont</p>	

<p>AUTEUR : Claire DOS SANTOS de l'Institut de Créteil</p> <p>POPULATION : France</p> <p>DATE : Juin 2018</p> <p>Niveaux de scientificité : *</p>	<p>OBJECTIF : de vérifier si la MCRO favorise l'engagement chez le patient post-AVC. Les résultats permettront de valider ou de réfuter cette hypothèse.</p>	<p>Analyse : données recueillies seront utilisées pour comparer les prises en charge avec et sans MCRO, et pour explorer l'impact de la MCRO sur la pratique des ergothérapeutes.</p>	<p>et 11 mois de l'AVC)</p> <p>Population avec MCRO (n=5)</p> <p>Population sans MCRO (n= 7)</p> <p>Population totale = 12</p>		<p>Science de l'occupation</p>	<p>montré que l'utilisation de la MCRO favorise l'implication du patient. Les professionnels interrogés ont expliqué que cette évaluation permet une meilleure compréhension de leur métier et facilite l'établissement d'objectifs motivants, ce qui implique davantage les patients dans leurs séances d'ergothérapie.</p> <p>La comparaison des suivis avec et sans utilisation de la MCRO a révélé un niveau d'engagement plus élevé dans la thérapie lorsque les patients ont bénéficié de cette évaluation.</p>	
<p>Article n°6</p> <p>SOURCE : Wiley</p> <p>AUTEUR : Valérie Poulin, Nicol Korner-Bitensky et Deirdre R. Dawson</p> <p>ORIGINE : Revue : Australian</p>	<p>TITRE : Évaluation de la fonction exécutive spécifique à l'AVC : une revue de la littérature sur les outils basés sur la performance</p> <p>OBJECTIF : Afin de sensibiliser davantage les cliniciens à ces outils, une revue de la littérature a été réalisée pour identifier les mesures des fonctions exécutives basées sur la performance et leurs</p>	<p>MÉTHODE : Qualitative</p> <p>La revue a identifié 17 outils basés sur la performance et 41 études qui ont rapporté leurs propriétés psychométriques spécifiques aux personnes ayant subi un AVC. Chaque outil a été</p>	<p>PUBLIC : Les ergothérapeutes</p>	<p>APPROCHE : De l'utilisation des outils de la fonction exécutive dans les publications</p>	<p>CHAMPS : Science de la réadaptation Science de l'occupation</p>	<p>Article de 2013 en Australie, parmi les 17 outils basés sur la performance recensée, celles qui ont présenté les preuves les plus solides en termes de fiabilité et de validité sont le Test de Performance des Fonctions Exécutives, le Test des Tâches Multiples et l'Évaluation des Compétences Motrices et Processuelles. Seule l'Évaluation des Compétences Motrices et Processuelles a fait l'objet d'une évaluation suffisante pour démontrer sa capacité à détecter les changements. En ce qui concerne l'utilité clinique, le Test de la Bouilloire se distingue par son temps d'administration court (moins de 20 minutes) et son besoin d'équipement limité.</p>	

<p>Occupational Thérapie</p> <p><u>POPULATION</u> : Étude Australienne</p> <p><u>DATE</u> : 2013</p> <p>Niveaux de scientificité : **</p> <p><u>Analyse</u> : Les propriétés psychométrique s des outils ont été analysées en utilisant des critères standard adaptés de la littérature scientifique. Les critères d'évaluation comprenaient la fiabilité, la validité et la capacité à détecter les changements.</p>	<p>propriétés psychométriques spécifiques à l'AVC.</p>	<p>évalué de manière critique en fonction des composantes des fonctions exécutives évaluées, du niveau de fonctionnement évalué (c'est-à- dire déficit, activité ou participation), de l'environnement dans lequel l'évaluation est réalisée, ainsi que des propriétés psychométrique s et de l'utilité clinique de l'outil. Des critères standard ont été utilisés pour évaluer les propriétés psychométrique s des outils. Les résultats ont été compilés dans une Boîte à outils des fonctions</p>					
---	--	---	--	--	--	--	--

		exécutives spécifique à l'AVC.					
<p>Article n°7</p> <p><u>SOURCE</u> : lecture opportuniste</p> <p><u>AUTEUR</u> : Karen Whalley Hammell</p> <p><u>ORIGINE</u> : aUniversity of British Columbia, Vancouver, Canada.”</p> <p><u>DATE</u> : 2023</p> <p>Niveaux de scientificité : ***</p>	<p><u>TITRE</u> : se concentrer sur « ce qui compte » : l'occupation cadre de capacité et de bien-être pour l'ergothérapie</p> <p><u>OBJECTIF</u> : de proposer un nouveau cadre conceptuel basé sur des preuves de recherche provenant de diverses personnes et de divers contextes.</p>	<p><u>METHODE</u> : qualitative</p> <p><u>Analyse</u> : description et l'explication du cadre conceptuel</p>	<p><u>PUBLIC</u> : Les ergothérapeutes</p>	<p><u>APPROCHE</u> : Une approche basée sur la revue extensive de recherches multidisciplinaires provenant du Sud et du Nord mondial. Les auteurs ont tiré parti du travail des thérapeutes occupacionnels critiques pour élaborer un cadre conceptuel flexible</p>	<p><u>CHAMP</u> : Science de la réadaptation Science de l'occupation</p>	<p>Les résultats soulignent que l'occupation joue un rôle déterminant dans le bien-être. Le cadre OCWFOT encourage une approche axée sur les forces en évaluant et en tirant parti des atouts, des capacités et des ressources individuelles, collectives et communautaires. Il met l'accent sur les occupations les plus importantes pour chaque personne et promeut une vision relationnelle des individus en tant qu'êtres interdépendants, intégrés au sein de leur famille et de leur communauté.</p> <p>En conclusion, le cadre OCWFOT répond aux besoins et aspirations de bien-être des individus, des familles, des groupes, des communautés et des populations, en remédiant aux lacunes des modèles d'engagement occupationnel actuels. Il prend en compte à la fois les capacités et les opportunités, et considère l'occupation comme un droit humain. Ce cadre est solide sur le plan théorique, offre une clarté conceptuelle et peut guider les recherches et les pratiques futures en thérapie occupationnelle.</p>	

				en reliant les concepts identifiés lors de cette revue.			
<p>Article n°8</p> <p><u>SOURCE</u> : PubMed</p> <p><u>AUTEUR</u> : Shin Kitamura, Yohei Otaka, Kazuki Ushizawa, Seigo Inoue, Sachiko Sakata, Kunitsugu Kondo, Masahiko Mukaino et Eiji Shimizu</p> <p><u>ORIGINE</u> : Japon</p> <p><u>DATE</u> : 2022</p>	<p><u>TITRE</u> : « Fiabilité et validité du formulaire d'évaluation de l'utilisation des transports en commun pour les individus après un AVC »</p> <p><u>OBJECTIF</u> : Cette étude vise à évaluer la fiabilité et la validité du formulaire d'évaluation de l'usage des transports en commun (PTAF), développées pour évaluer la performance des tâches lors de l'utilisation des transports publics.</p>	<p><u>METHODE</u> : quantitative</p> <p><u>Analyse</u> : Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel R version 3.3.2, utilisant le coefficient alpha de Cronbach. La fiabilité interévaluateurs a été évaluée à l'aide du coefficient de fiabilité intraclass (Cohen pondéré).</p>	<p><u>PUBLIC</u> : un échantillon de cinquante patients adultes qui ont été admis après avoir subi un accident vasculaire cérébral (AVC). Plus précisément, il s'agit de patients qui sont en phase de convalescence et qui ont été admis dans un centre de rééducation.</p>	<p><u>APPROCHE</u> : Les évaluations ont été réalisées par des physiothérapeutes et des ergothérapeutes qui n'avaient pas reçu de formation spécifique à l'utilisation de l'outil d'évaluation.</p>	<p><u>CHAMP</u> : Science de la réadaptation <u>PS</u> : Science de l'occupation</p>	<p>L'étude menée en 2022, au Japon constate qu'après un AVC, de nombreuses personnes ne peuvent plus conduire de voiture en raison de déficits physiques et cognitifs, ce qui fait des transports en commun l'un de leurs principaux moyens de déplacement. L'utilisation des transports en commun est donc une tâche de rééducation importante pour les individus après un AVC afin d'élargir leurs espaces de vie. Cependant, de nombreuses personnes après un AVC ont des difficultés à utiliser les trains et les bus, ce qui constitue un obstacle à leur participation à la communauté. Pour aider ces individus, il est nécessaire d'évaluer leur capacité à utiliser les transports en commun, mais il existe peu d'outils d'évaluation établis à cet effet. C'est pourquoi les auteurs ont développé le formulaire d'évaluation de l'utilisation des transports en commun (PTAF) et ont entrepris cette étude pour examiner sa fiabilité, sa validité et sa cohérence interne dans le contexte clinique.</p> <p>La méthodologie de l'étude a été menée dans un hôpital de rééducation subaiguë au Japon, avec la participation de 50 individus après un AVC. Les participants ont été évalués à l'aide du PTAF, qui comporte 15 sous-tâches réparties en quatre catégories liées à l'utilisation des transports en</p>	

Niveaux de scientificité : ***						commun. Les évaluations ont été réalisées par des physiothérapeutes et des ergothérapeutes, et la cohérence interne, la fiabilité interjuges et la validité ont été examinées. Les résultats ont montré que le PTAF présente une cohérence interne suffisante, une fiabilité interjuges acceptable et une validité de construit modérée avec d'autres évaluations pertinentes. En conclusion, le PTAF peut être un outil utile pour évaluer l'indépendance des individus après un AVC dans l'utilisation des transports en commun et aider à la planification de leur rééducation.	
<p>Article n°9</p> <p><u>SOURCE</u> : PubMed</p> <p><u>AUTEUR</u> : Na-Kyoung Hwang , Eun-Young Yoo, Min-Ye Jung, Ji-Hyuk Park , Ickpyo Hong , and Jung-Ran Kim</p> <p><u>ORIGINE</u> : Coré du Sud</p> <p><u>DATE</u> : 2023</p>	<p><u>TITRE</u> : « Propriétés de mesure de l'évaluation en ergothérapie avant la sortie d'un AVC »</p> <p><u>OBJECTIF</u> : est de développer et de valider un outil d'évaluation appelé Stroke-Post Occupational Therapy Assessment (S-POTA) pour évaluer les besoins des patients atteints d'un accident vasculaire cérébral (AVC) en phase subaiguë avant leur sortie de l'hôpital. L'étude vise à déterminer si cet outil est fiable et valide pour évaluer les besoins des patients en réadaptation et pour aider à la planification de leur sortie. En résumé, l'objectif est de créer un outil pratique pour</p>	<p><u>METHODE</u> : quantitative</p> <p><u>Analyse</u> : Une analyse de la courbe ROC (Receiver Operating Characteristic) a été réalisée pour établir des points de coupure pour S-POTA.</p>	<p><u>PUBLIC</u> : Les patients atteints d'un accident vasculaire cérébral (AVC) en phase subaiguë</p> <p>L'étude a recruté deux groupes de participants. Le premier groupe était composé de 27 ergothérapeutes qui ont évalué 97 patients atteints d'un AVC en phase subaiguë. Le deuxième groupe était</p>	<p><u>APPROCHE</u> : Les ergothérapeutes qui ont participé à l'étude sont également un public clé. Ils ont évalué les patients à l'aide de l'outil S-POTA et ont contribué à la collecte</p>	<p><u>CHAMP</u> : Science de la réadaptation <u>PS</u> : Science de l'occupation</p>	<p>Cet article de 2023, originaire de Corée du Sud, présente le développement et la validation d'un outil d'évaluation appelé le Stroke-Post Occupational Therapy Assessment (S-POTA), conçu pour évaluer les besoins des patients atteints d'un AVC en phase subaiguë avant leur sortie de l'hôpital. L'étude vise à déterminer la validité et la fiabilité de cet outil.</p> <p>L'importance de la planification de la sortie et du soutien précoce à la sortie pour les patients atteints d'AVC en phase subaiguë est soulignée en raison de son impact sur la qualité de vie des patients et sur les coûts médicaux et économiques associés à cette condition.</p> <p>L'étude a impliqué 27 ergothérapeutes qui ont évalué 97 patients atteints d'AVC. La validité concurrente de l'S-POTA a été évaluée en comparant ses scores avec ceux du Stroke-Specific Quality of Life Scale (SS-QOL), montrant une forte corrélation positive. La validité discriminante a été évaluée en comparant les scores de l'S-POTA</p>	

<p>Niveaux de scientificité : ***</p>	<p>les ergothérapeutes afin d'améliorer la qualité de vie des patients atteints d'AVC en phase subaiguë grâce à une meilleure planification de la sortie et du soutien précoce à la sortie.</p>		<p>constitué de patients atteints d'un AVC en phase subaiguë, soit 97 au total.</p>	<p>de données.</p>		<p>entre les groupes de patients ambulatoires et réadmis, démontrant des différences significatives.</p> <p>L'analyse de la courbe ROC a permis d'identifier des points de coupure optimaux pour prédire les types de traitement après la sortie. Les valeurs de l'aire sous la courbe (AUC) pour les différentes composantes de l'S-POTA étaient modérées à élever, confirmant sa capacité à prédire efficacement la transition vers la communauté des patients.</p> <p>L'analyse de la fiabilité a montré que l'S-POTA présentait une excellente cohérence interne, avec un coefficient alpha de Cronbach de .953. La fiabilité test-retest et interévaluateur était également élevée, avec des coefficients de corrélation intraclasse (ICC) de .990 et .987, respectivement.</p> <p>En conclusion, l'S-POTA s'est avéré être un outil fiable et valide pour évaluer les besoins des patients atteints d'AVC en phase subaiguë avant leur sortie. Cet outil a le potentiel d'améliorer considérablement la planification de la sortie en ergothérapie pour les survivants d'AVC.</p>	
<p>Article n°10</p> <p><u>SOURCE</u> : PubMed</p>	<p><u>TITRE</u> : « Prédire l'aptitude à la conduite après un AVC à l'aide de la batterie d'évaluation hors route en ergothérapie pour conducteurs »</p> <p><u>OBJECTIF</u> : Déterminer la validité prédictive de la</p>	<p><u>METHODE</u> : quantitative</p> <p>L'étude implique la collecte de données hors route auprès de 148 personnes</p>	<p><u>PUBLIC</u> :</p> <p>L'article s'adresse principalement à un public de professionnels de la santé et de la réadaptation,</p>	<p><u>APPROCHE</u> :</p> <p>Les chercheurs ont recueilli des données</p>	<p><u>CHAMP</u> :</p> <p>Science de la réadaptation Science de</p>	<p>L'étude menée en 2018 visait à évaluer la validité prédictive de la « Batterie d'évaluation hors route en ergothérapie pour conducteurs » (Occupational Therapy – Driver Off Road Assessment Battery) chez 148 personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC). Cette batterie comprend des évaluations cognitives et physiques. Les chercheurs ont utilisé une approche quantitative, notamment l'analyse de classification</p>	

<p><u>AUTEUR</u> : Carolyn A. Unsworth, Anne Baker, Natasha Lannin, Priscilla Harries, Janene Strahan & Matthew Browne</p> <p><u>ORIGINE</u> : rattaché à l'université d'Australie</p> <p><u>DATE</u> : 2018</p> <p>Niveaux de scientificité : ***</p>	<p>« Batterie d'évaluation hors route en ergothérapie pour conducteurs » (Occupational Therapy – Driver Off Road Assessment Battery) pour évaluer les performances de conduite sur route chez les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC). Plus précisément, les chercheurs souhaitent déterminer si les résultats obtenus à partir de cette batterie d'évaluation hors route peuvent prédire avec précision si les individus ayant subi un AVC sont aptes à reprendre la conduite ou non sur la route.</p> <p>L'étude explore également l'utilité de différents sous-tests de la batterie, notamment des tests cognitifs et un test physique, dans la prédiction de l'aptitude à la conduite. L'objectif global est d'identifier des outils d'évaluation hors route qui pourraient être utilisés pour évaluer la pertinence d'une évaluation de conduite sur route pour les personnes ayant subi un AVC. Cette</p>	<p>ayant subi un AVC à l'aide de l'OT-DORA Battery, puis l'enregistrement du résultat de leur évaluation de conduite sur route pour déterminer s'ils sont aptes à conduire ou non.</p> <p>Les chercheurs ont analysé ces données de manière quantitative en utilisant des méthodes statistiques, notamment l'analyse de classification et de régression arborescente (CART), pour évaluer la capacité prédictive des sous-tests de la batterie par rapport à la capacité à</p>	<p>en particulier ceux qui travaillent avec des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) et qui sont impliqués dans l'évaluation de l'aptitude à la conduite.</p>	<p>auprès de 148 personnes ayant eu un AVC en utilisant la « Batterie d'évaluation hors route en ergothérapie pour conducteurs ». Cette batterie comprend des évaluations cognitives et physiques.</p>	<p>l'occupation</p>	<p>et de régression arborescente (CART), pour déterminer si les résultats des sous-tests de la batterie pouvaient prédire de manière fiable l'aptitude à la conduite sur route après un AVC.</p> <p>Les principaux résultats de l'étude sont les suivants :</p> <p>La majorité des participants (76 %) étaient en mesure de reprendre la conduite après leur AVC. L'analyse CART utilisant quatre sous-tests de la batterie (trois cognitifs et un physique) a montré une précision de prédiction élevée, avec une aire sous la courbe (AUC) de 0,8311. En utilisant un seuil de 0,5, le modèle a correctement prédit 98 sur 112 personnes aptes à conduire (87,5 %) et 26 sur 36 personnes inaptes à conduire (72,2 %).</p> <p>Les trois sous-tests cognitifs de la batterie et potentiellement l'un des tests physiques ont montré une bonne validité prédictive pour l'aptitude à la conduite chez les clients ayant eu un AVC. Les chercheurs ont suggéré que ces tests pourraient être utilisés pour évaluer la pertinence d'une évaluation de conduite sur route après un AVC. En résumé, l'étude a montré que la « Batterie d'évaluation hors route en ergothérapie pour conducteurs » pouvait être un outil utile pour prédire l'aptitude à la conduite chez les personnes ayant eu un AVC, en se basant sur des évaluations cognitives et physiques. Ces résultats pourraient aider les professionnels de la santé à prendre des décisions éclairées concernant la reprise de la conduite après un AVC.</p>
--	--	--	---	--	---------------------	--

	recherche vise à fournir des informations utiles aux professionnels de la santé, aux ergothérapeutes et aux spécialistes de l'évaluation de la conduite pour prendre des décisions éclairées sur la reprise de la conduite après un AVC.	conduire sur la route.					
<p>Article n°11</p> <p><u>SOURCE</u> : Pub med</p> <p><u>AUTEUR</u> : Margherita Schiavi, Stefania Costi, Martina Pellegrini, Debora Formisano, Sergio Borghi et Stefania Fugazzaro</p> <p><u>POPULATION</u> : Italie</p> <p><u>DATE</u> : Février 2017</p> <p><u>Niveaux de scientificité</u> :** *</p>	<p><u>TITRE</u> : Ergothérapie pour les patients hospitalisés ayant subi un AVC : identification des besoins professionnels en contexte de réadaptation post-aigue</p>	<p><u>METHODE</u> : Quantitative</p> <p>Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de Reggio Emilia (Italie) (n° 325/Février 19, 2014).</p>	<p><u>PUBLIC</u> : 16 patients adultes hospitalisés avec AVC, jugés complexes selon la Rehabilitation Complexity Scale</p> <p><u>LIEU</u> : Dans l'unité de médecine physique et de réadaptation de l'IRCCS-ASMN de Reggio Emilia</p>	<p><u>APPROCHE</u> : Approche de réadaptation spécifique (MCRO) APC</p>	<p><u>CHAMP</u> : Science de la réadaptation</p> <p><u>MPS</u> : Science de l'occupation</p>	<p>Une étude menée en 2017 en Italie, approuvée par le Comité d'éthique de Reggio Emilia, a été réalisée auprès de 16 patients adultes hospitalisés suite à un AVC. Les résultats de cette étude ont révélé un total de 80 problèmes rencontrés par les patients. Parmi ces problèmes, une grande majorité (76 %) se rapportait aux soins personnels. Les problèmes liés à la productivité représentaient une proportion plus faible (15 %), suivis des problèmes liés aux loisirs (9 %). Parmi ces problèmes, les patients ont identifié deux principales priorités, qui se situaient principalement dans le domaine des soins personnels (87 %). Un faible pourcentage de patients (entre 6 et 13 %) a mentionné des problèmes liés à la productivité comme étant une priorité. Aucun patient n'a considéré le temps libre comme une priorité élevée. Le troisième problème professionnel en termes de priorité était les besoins en soins personnels (88 %), suivi de la productivité et du temps de loisirs (6 % chacun). Les besoins liés à la productivité et aux loisirs ont progressivement</p>	<p>Quels sont les problèmes rencontrés par les patients adultes hospitalisés suite à un AVC en termes de soins personnels spécifiques ?</p> <p>Quels n'est-il chez les enfants ayant eu un AVC ?</p>

						pris de l'importance parmi les deux derniers problèmes prioritaires identifiés, dépassant 50 % des besoins des patients pour le cinquième problème.	
--	--	--	--	--	--	---	--

Annexes 2 : Tableau des résultats des banques de données

*doublon avec pubmed

	Base de données	Sélection par le texte intégral	Sélection par résumé	Sélection par le titre	Article retenu
	Google Scholar	8640			1
	RFRE	2			2
Assessment AND OT AND stroke	SAGE	1014	219	0	(1*)
	Pubmed	137	137	0	5
	ANFE	60			1
	Wiley	7 596		1	1
	PsycInfo	104			0
	Lecture opportuniste				2
		4049	356	1	12

Variables étudiées	Indicateurs par variables	Sous indicateurs ou indices	Intitulé	Modalités de réponse	Objectif
Présentation et Consentement	<p>Cher(e) Ergothérapeute, Nous vous remercions de votre participation à cette enquête exploratoire. Avant de débiter, voici quelques informations importantes :</p> <p>Conditions de participation : Être diplômé en ergothérapie Exercer en France (territoire français ou outre-mer) Avoir travaillé avec des personnes ayant subi un AVC durant ses 6 derniers mois</p> <p>Objectifs de l'enquête : Comprendre les pratiques actuelles des ergothérapeutes dans l'évaluation et la réadaptation des patients post-AVC.</p> <p>Importance de votre participation : Vos réponses fourniront des informations importantes sur vos pratiques professionnelles, les obstacles rencontrés, ainsi que les outils utilisés.</p> <p>Confidentialité : Vos réponses resteront strictement confidentielles et ne seront pas associées à votre nom ni à des informations personnelles. Votre participation est anonyme, et les résultats seront présentés de manière agrégée.</p> <p>Consentement : En continuant à remplir ce questionnaire, vous consentez volontairement à participer. Vous pouvez retirer votre participation à tout moment en fermant votre navigateur avant de soumettre vos réponses.</p> <p>Durée du questionnaire : Environ 15 minutes.</p> <p>Nous vous remercions sincèrement pour votre temps et vos réponses honnêtes. Si vous avez des questions ou besoins de clarifications, n'hésitez pas à nous contacter.</p>				S'assurer de l'accord des participants pour l'enquête et vérifier qu'ils répondent bien au public demandé.
Rapide présentation des répondants	Genre	1)	Quel est votre genre ?	Réponse semi-ouverte obligatoire : Femme/Homme/(Autre).	Comparer les différences de pratiques entre les filles et les garçons.
	Année	2)	Année d'obtention du diplôme	Réponse obligatoire (liste déroulante de 1954 à 2023).	Comparer les différences de pratiques en fonction de l'année d'obtention du diplôme.

	Lieu de l'IFE de formation	3)	IFE de formation	Réponse ouverte obligatoire.	Comparer les différences de pratiques en fonction de l'IFE de formation.
	Connaissance de la structure	4)	Dans quel type de structure travaillez-vous ?	Réponse ouverte obligatoire.	S'assurer que le service où travaillent les soignants soit impliqué dans le sujet de l'enquête et comparer les 2.
	Région de travail	5)	Où travaillez-vous ?	Liste déroulante des régions françaises obligatoire.	Comparer les différences de pratiques en fonction des régions françaises.
	Stade des patients pris en charge	6)	Prenez-vous en charge des patients post AVC de :	Grille à choix multiple obligatoire : moins de 3 mois, entre 3 et 6 mois, de 6 mois à 1 an, plus de 1 an // jamais, peu fréquemment, fréquemment, très fréquemment.	Savoir à quel moment les ergothérapeutes interviennent dans la prise en charge des patients post AVC et comparer par catégorie.
1. Les activités évaluées	Outils d'évaluation	7)	Citez les évaluations que vous utilisez pour déterminer les activités sur lesquelles vous allez travailler avec le patient post AVC.	Réponse à choix multiple obligatoire : MCRO/ OT'hope/MIF/ S-POTA/SS-SQL/OSA/ profil occupationnel / inventaire de l'équilibre de vie/ IPA /« maison »/ Autre	Savoir les évaluations que les ergothérapeutes utilisent pour déterminer les activités sur lesquels travailler avec les patients post AVC.
	Activités	8)	Cochez les activités que vous avez évaluées ces 6 derniers mois, chez les patients après un AVC.	Grille à choix multiple obligatoire : Listes d'activités // Pas évalué, moins de 5 fois, entre 5 et 10 fois // + de 10 fois	Savoir l'ensemble des activités utilisées par les ergothérapeutes et leur fréquence, pour évaluer leurs patients post AVC.

	Outils d'évaluation de l'activité	9)	Évaluez-vous d'autres activités que celles qui ont été suggérées ?	Réponse ouverte facultative	Savoir si d'autres activités sont évaluées que celle de la liste précédente.
	Moment de la prise en charge par l'activité	10)	À quel moment de la prise en charge évaluez-vous le patient Post AVC, pour la première fois dans une activité ?	Échelle obligatoire : De 1 à 10 Dès le début / Vers la fin	Savoir si les ergothérapeutes ont + tendance à effectuer une approche top down ou bottom up.
	Évaluation pendant l'activité	11)	Citez les évaluations que vous utilisez le plus fréquemment pour évaluer la personne post-AVC pendant les activités choisies.	Réponse à choix multiple obligatoire : MOHOST / AMPS/ Profil des AVQ/ SMAF / KTA / EF2E/ IALE/ KT/ PTAF/ MET / NAT/ « Maison »	Savoir les évaluations que les ergothérapeutes utilisent pendant l'activité des patients post AVC.
	Activités que le l'ergothérapeute aimerait évaluer	12)	Est-ce qu'il y a des activités que vous aimeriez évaluer, mais que vous ne pouvez pas évaluer de manière concrète ?	Réponse obligatoire, semi-ouverte : Liste d'activité /- Je procède déjà à l'évaluation de toutes les activités nécessaires. -/ (Autre)	Savoir les activités que les ergothérapeutes aimeraient évaluer, mais qu'ils ne peuvent pas évaluer de manière concrète.
	Obstacles face aux évaluations de l'activité	13)	Pourquoi n'est-il pas possible d'évaluer les activités que vous souhaiteriez évaluer ?	Réponse obligatoire à choix multiple, semi-ouvert : Manque de temps./ Manque de matériel./ Manque de ressource financière./ Il n'y a pas d'évaluation officiel de l'activité que je veux évaluer./ Evaluer cette activité ne fait pas partie des habitudes de la structure./ Evaluer cette activité ne fait pas partie des habitudes de mes collègues de travail./ L'état de santé de mes patients ne le permettent pas./ Cela demande une formation payante./ Je ne me sens pas compétent pour évaluer telle ou telle activité(s)./ Autre.	Connaitre les obstacles que rencontrent les ergothérapeutes à l'évaluation de l'activité du patient post AVC.
2. Le temps de passation	Temps réel	14)	Temps réel : ⌚ De combien de temps en moyenne disposez-vous pour évaluer un patient après un AVC, au début de sa prise en charge ?	Réponse obligatoire « Heure »	Savoir le temps réel que passent les ergothérapeutes lors de l'évaluation de prise en

			Cumuler le temps si cela nécessite plusieurs séances.		charge des patients post AVC.
	Temps idéal	15)	Temps idéal : ⌚ Quelle serait la durée idéale que vous préféreriez avoir pour réaliser une évaluation en début de prise en charge ?	Réponse obligatoire « Heure »	Savoir le temps idéal que les ergothérapeutes aimeraient bénéficier lors de l'évaluation de prise en charge des patients post AVC.
3. Les aspects évalués	Domaine le + évalué	16)	+ Dans quel domaine d'évaluation investissez-vous PLUS DE TEMPS ?	Réponse obligatoire liste déroulante : moteur, sensoriel, cognitif, psycho-affectif, déterminants personnels, occupationnels, AUTRE	Identifier le domaine d'évaluation qui occupe la majeure partie du temps des ergothérapeutes.
	Précisions	17)	+ Si vous avez opté pour « Autre », pouvez-vous expliquer davantage ou donner plus d'infos ?	Réponse ouverte facultative	Permettre aux ergothérapeutes de mentionner d'autres domaines d'évaluation qui occupent la majeure partie de leur temps.
	Raison(s)	18)	+ Quelle est la raison pour laquelle vous consacrez davantage de temps à ce domaine ?	Réponse à choix multiple, semi-ouvert obligatoire : Car il est le plus couramment employé au sein de la structure. / Car il est le plus fréquemment utilisé par mes collègues. / Car il me semble avoir une plus grande importance./ Car cela demande plus de temps que les autres domaines pour être réalisé./ Les outils et ressources sont plus facilement accessibles dans ce domaine./ Car je me sens plus à l'aise et compétent(e) dans ce domaine.	Examiner les justifications qui expliquent pourquoi les ergothérapeutes consacrent davantage de temps à certaines catégories d'évaluation.

	Précisions	19)	— Dans quel domaine d'évaluation investissez-vous MOINS DE TEMPS ?	Réponse liste déroulante obligatoire : moteur, sensoriel, cognitif, psycho-affectif, déterminants personnels, occupationnel, AUTRE	Identifier le domaine d'évaluation auquel les ergothérapeutes consacrent le moins de temps.
	Domaine le – évalué	20)	— Si vous avez opté pour « Autre », pouvez-vous expliquer davantage ou donner plus d'infos ?	Réponse ouverte facultative	Permettre aux ergothérapeutes de préciser d'autres domaines d'évaluation qui demandent moins de leur temps.
	Raison(s)	21)	— Quelle est la raison pour laquelle vous consacrez moins de temps à ce domaine ?	Réponse à choix multiple, semi-ouvert : Car ce domaine occupe une place moins importante au sein de la structure. / Car il n'est pas/ ou est très peu utilisé par mes collègues./ Il me semble moins prioritaire./ La durée nécessaire pour gérer ce domaine est plus courte. / Les outils et ressources sont moins accessibles dans ce domaine. / Je me sens moins compétent(e) dans ce domaine.	Examiner les justifications qui expliquent pourquoi les ergothérapeutes consacrent moins de temps à certaines catégories d'évaluation.
L'accessibilité aux outils	Cotation de la difficulté d'accès aux outils d'évaluation	22)	De 1 à 10, à quel point trouvez-vous difficile d'obtenir les outils d'évaluation dont vous avez besoin pour les patients post-AVC ?	Échelle obligatoire : De 1 à 10 Peu facile / Très facile	Savoir si les ergothérapeutes trouvent que l'accès aux outils d'évaluations leur est difficile.
	Raison(s)	23)	Quelles sont, selon vous, les raisons pour lesquelles l'acquisition des outils d'évaluation dont vous auriez besoin peut être difficile ?	Réponse à choix multiple, semi-ouvert : il est difficile de comprendre comment s'utilisent les outils proposés, Il est compliqué pour moi d'utiliser les outils disponibles en anglais. , Les outils que je veux utiliser coûtent trop cher pour la structure, Il peut être difficile de trouver des outils flexibles, adaptables à l'évolution des	Savoir les raisons qui rendent difficile l'accès aux outils selon les ergothérapeutes.

				patients. Les outils d'évaluation que je souhaite utiliser ne sont pas accessibles dans ma structure.	
	Tenu au courant	24)	Comment aimez-vous /aimeriez-vous être tenu au courant des nouveautés concernant les évaluations ?	Réponse à choix multiple, semi-ouvert : Revue, Sites internet, Réseaux sociaux, Mail, Formations régulières (Autre)	Savoir comment les ergothérapeutes aimeraient être tenus au courant des nouveautés concernant les évaluations.
Autres remarques	Suggestions	25)	Avant de terminer le questionnaire, auriez-vous des recommandations ou des propositions visant à améliorer votre approche dans l'évaluation des patients post-AVC ?	Question ouverte facultative	Recueillir d'autres informations qui pourraient être pertinentes.

Annexe 4 : Résultats pour les participants en SSR/SMR

2) Quel est votre genre ?

Genre	Nombre
Femme	59
Homme	6

3) IFE de formation

IFE de formation	Nombre
Berck	10
Montpellier	8
Rennes	8
Marseille	7
Créteil	5
Lyon	5
Nancy	4
La garde	4
Paris	3
Cébazat	2
Magny les Hameaux	2
Alençon	1
Limoges	1
Saint Sébastien de Morsent	1
Belgique	1
Toulouse	1
Rouen	1
Tours	1
Bordeaux	0
Laval	0
Mureaux	0
Mulhouse	0
Saint-Denis	0
Poitiers	0
Total	65

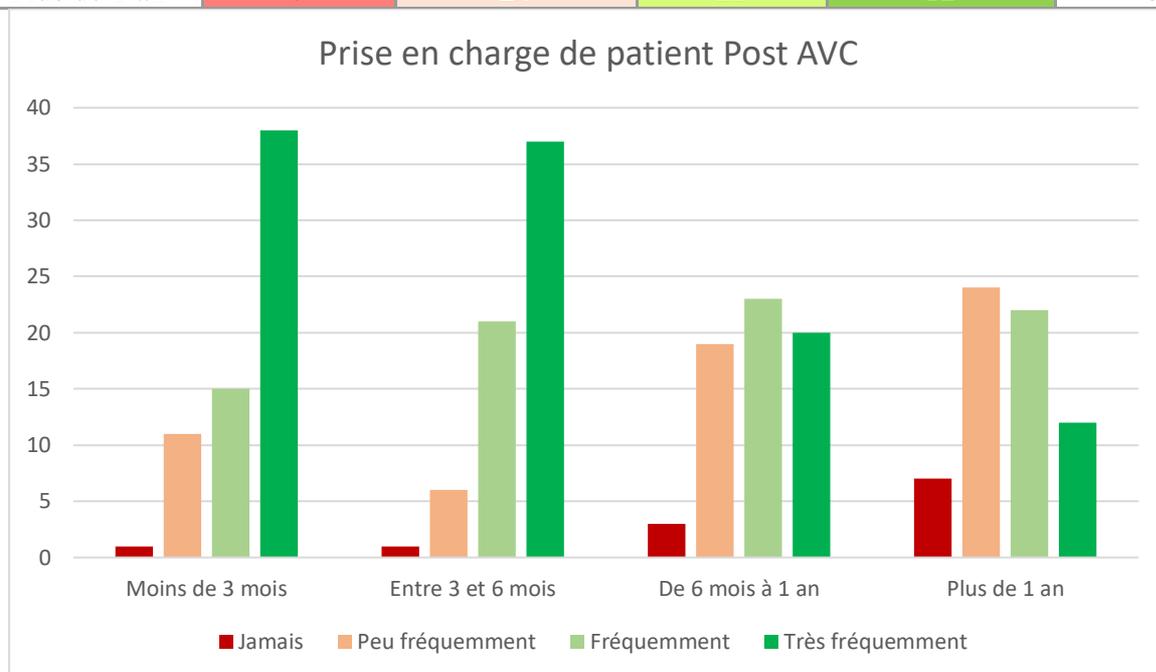
5) Où travaillez-vous ?

Région	Nombre
Provence-Alpes-Côte d'Azur	23
Auvergne-Rhône-Alpes	10
Occitanie	7
Bretagne	7
Centre-Val de Loire	6
Nouvelle-Aquitaine	4
Île-de-France	3
Bourgogne-Franche-Comté	2
Pays de la Loire	2

Hauts-de-France	1
Grand Est	0
Guadeloupe	0
Guyane	0
Corse	0
Martinique	0
Normandie	0
Réunion	0
	65

6) Prenez-vous en charge des patients Post AVC de :

	Jamais	Peu fréquemment	Fréquemment	Très fréquemment	Total
Moins de 3 mois	1	11	15	38	65
Entre 3 et 6 mois	1	6	21	37	65
De 6 mois à 1 an	3	19	23	20	65
Plus de 1 an	7	24	22	12	65



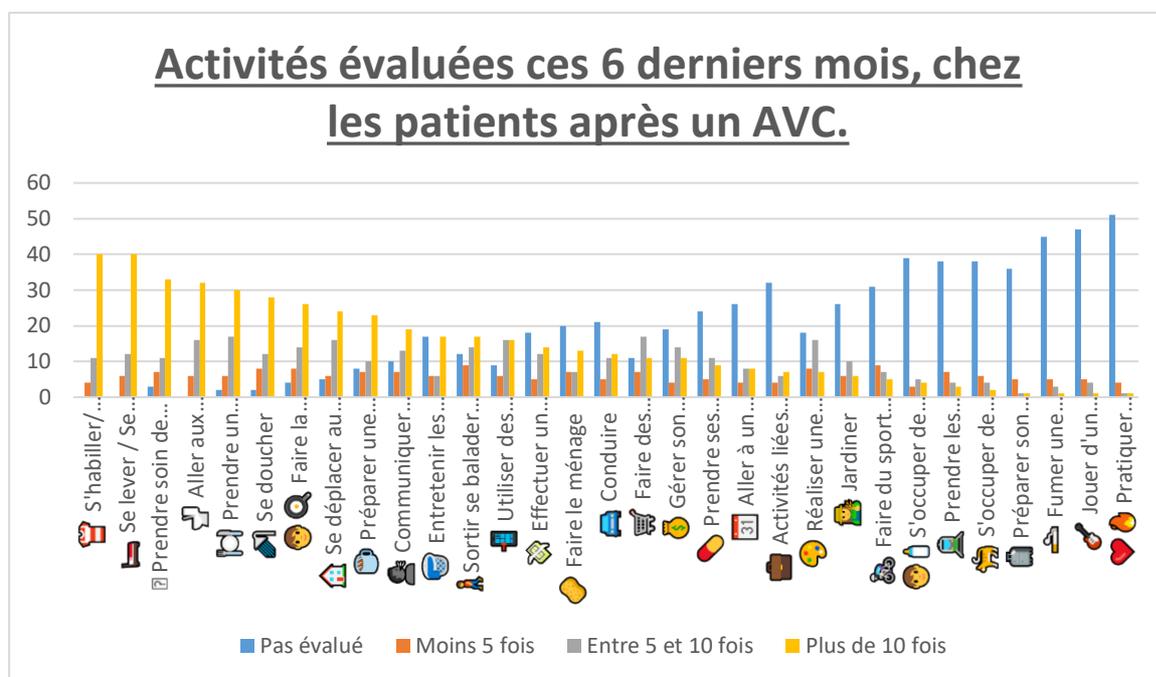
7) Citez les évaluations que vous utilisez pour déterminer les activités de la vie quotidienne (AVQ/ AIVQ) sur lesquelles vous allez travailler avec le patient post AVC.

MIF	41
- « Maison » -	38
MCRO	27
Profil occupationnel	11
OT'hope	8

MHAVIE	7
Inventaire de l'équilibre de vie	6
OSA	3
IPA	0
S-POTA	0
AUTRES :	
Bilan neurocentral	1
OQ – Occupational Therapy-	1
PAVQ PAI	1

8) Cochez les activités que vous avez évaluées ces 6 derniers mois, chez les patients après un AVC.

	Pas évalué	Moins 5 fois	Entre 5 et 10 fois	Plus de 10 fois
S'habiller/ mettre ses chaussures	0	4	11	40
Se lever / Se coucher	0	6	12	40
Prendre soin de son apparence	3	7	11	33
Aller aux toilettes	0	6	16	32
Prendre un repas	2	6	17	30
Se doucher	2	8	12	28
Faire la cuisine	4	8	14	26
Se déplacer au domicile (prendre des escaliers, aller dans une pièce...)	5	6	16	24
Préparer une boisson	8	7	10	23
Communiquer avec son entourage	10	7	13	19
Entretenir les vêtements (repasser, étendre le linge ...)	17	6	6	17
Sortir se balader en extérieur	12	9	14	17
Utiliser des outils électroniques (téléphone, TV, tablette, four, imprimante...)	9	6	16	16
Effectuer un échange de monnaie	18	5	12	14
Faire le ménage	20	7	7	13
Conduire	21	5	11	12
Faire des courses	11	7	17	11
Gérer son budget, s'occuper des factures ...	19	4	14	11
Prendre ses médicaments	24	5	11	9
Aller à un rendez-vous	26	4	8	8
Activités liées au travail/études/formations	32	4	6	7
Réaliser une activité créative (photo, peinture, poterie...)	18	8	16	7
Jardiner	26	6	10	6
Faire du sport (loisir)	31	9	7	5
S'occuper de ses enfants	39	3	5	4
Prendre les transports en commun	38	7	4	3
S'occuper de ses animaux	38	6	4	2
Préparer son sac/ sa valise	36	5	1	1
Fumer une cigarette/vapoteuse	45	5	3	1
Jouer d'un instrument	47	5	4	1
Pratiquer une activité sexuelle	51	4	1	1



Autres :

Transfert dans la voiture	2
Sommeil	1
Écriture	2
Lecture	1
Bricolage	1
Le port de charge selon les activités signifiantes du patient	1
Chercher son courrier	1
Relevé du sol, en cas de chute	1
Rentrer dans une baignoire et s'y installer	1

10) À quel moment de la prise en charge évaluez-vous le patient Post AVC, pour la première fois dans une activité de la vie quotidienne (AVQ/ AIVQ) ?

Moment évaluation de l'activité	
Moyenne	2,18
Médiane	2,00
Écart-type	1,63
Minimum	1,00
Maximum	8,00

11) Citez les évaluations que vous utilisez le plus fréquemment pour évaluer la personne post-AVC pendant les activités choisies.

Maison	46
Profil des AVQ	19
IADL	17

MET	13
EF2E	9
KT	8
AMPS	6
KTA	4
MOHOST	2
PTAF	0
EFPT	0
NAT	0
SMAF	0
AUTRES	
MIF	3
MAL	1
Bilan fonctionnel	1
SIS	1
Truck control test	1
Index de Barthel	1

12) Est-ce qu'il y a des activités que vous aimeriez évaluer, mais que vous ne pouvez pas évaluer de manière concrète ?

 Prendre les transports en commun	26
 S'occuper de ses animaux	25
 Pratiquer une activité sexuelle	23
 S'occuper de ses enfants	22
 Conduire	19
 Activités liées au travail/études/formations	16
 Jardiner	15
 Faire du sport (loisir)	14
 Aller à un rendez-vous	12
 Jouer d'un instrument	11
 Faire des courses	11
 Entretenir les vêtements (repasser, étendre le linge ...)	11
 Gérer son budget, s'occuper des factures ...	9
 Prendre ses médicaments	8
 Effectuer un échange de monnaie	7
 Faire le ménage	7
 Sortir se balader en extérieur	7
 Utiliser des outils électroniques (téléphone, TV, tablette, four, imprimante...)	6
 Réaliser une activité créative (photo, peinture, poterie...)	6
 Préparer son sac/ sa valise	6
 Communiquer avec son entourage	5
 Faire la cuisine	4
 Fumer une cigarette/vapoteuse	4
 Se déplacer au domicile (prendre des escaliers, aller dans une pièce...)	3
 Se doucher	2

 Prendre un repas	2
 Aller aux toilettes	1
 Préparer une boisson	1
 Se lever / Se coucher	0
 Prendre soins de son apparence	0
 S'habiller/ mettre ses chaussures	0
- Je procède déjà à l'évaluation de toutes les activités nécessaires. -	12

13) Pourquoi n'est-il pas possible d'évaluer les activités que vous souhaiteriez évaluer ?

Cela demande du temps dont je ne dispose pas.	38
Cela demande du matériel dont je ne dispose pas.	30
Cela ne fait pas partie des habitudes de la structure .	29
L'état de santé de mes patients ne le permet pas.	15
Je ne me sens pas compétent(e) (pour évaluer telle ou telle activité(s).	12
Il n'existe pas d'évaluation officielle pour l'activité que je souhaite évaluer.	8
Cela ne fait pas partie des habitudes de mes collègues de travail.	6
Cela demande une formation payante .	5
Cela ne fait pas partie de mes habitudes de pratiques.	4
Cela ne fait pas partie de mes missions .	2
- Je procède déjà à l'évaluation de toutes les activités nécessaires. -	4

Autres :

L'accès à l'animal du patient est souvent compliqué	1
D'autres professionnels s'en occupent déjà	1
Les patients sont en phase aiguë	1
HDJ ne permet pas ça	1
Demande de sortie trop contraignante en termes de démarche	1
VAD n'est pas régulière pour le faire	1
Dépend de la disponibilité des personnes	1

14) Temps réel : ⌚ De combien de temps en moyenne disposez-vous pour évaluer un patient après un AVC, au début de sa prise en charge ?

+

15) Temps idéal : ⌚ Quelle serait la durée idéale que vous préféreriez avoir pour réaliser une évaluation en début de prise en charge ?

	Réel	Idéal
Moyenne	01 :52 :11	03 :06 :23
Médiane	01 :30 :00	03 :00 :00
Écart-type	01 :02 :38	02 :50 :17
Minimum	00 :20 :00	00 :40 :00
Maximum	05 :00 :00	23 :00 :00

16) + Dans quel domaine d'évaluation investissez-vous PLUS DE TEMPS ?

Domaine qui prend le + de temps	
Moteur	31
Occupationnel	21
Cognitif	4
Environnemental	3
Déterminants personnels	1
Psycho-affectif	1
Sensoriel	0
Total	65

18) + Quelle est la raison pour laquelle vous consacrez davantage de temps à ce domaine ?

MOTEUR +	
Car il est le plus couramment employé au sein de la structure.	22
Les outils et ressources sont plus facilement accessibles dans ce domaine.	14
Car il me semble avoir une plus grande importance.	11
Car je me sens plus à l'aise et compétent(e) dans ce domaine.	7
Car cela demande plus de temps que les autres domaines pour être réalisé.	4
Car il est le plus fréquemment utilisé par mes collègues.	3
Car c'est souvent le domaine choisi par le patient.	2
Sur 30 femmes et 1 homme (31 personnes).	64

OCCUPATIONNEL +	
Car il me semble avoir une plus grande importance.	14
Car cela demande plus de temps que les autres domaines pour être réalisé.	9
Car je me sens plus à l'aise et compétent(e) dans ce domaine.	3
Les outils et ressources sont plus facilement accessibles dans ce domaine.	2
Car il est le plus couramment employé au sein de la structure.	2
Car il est le plus fréquemment utilisé par mes collègues.	0
Car c'est souvent le domaine choisi par le patient.	0
Sur 16 femmes et 5 hommes (21 personnes).	33

DÉTERMINANT PERSONNEL +	
Car il me semble avoir une plus grande importance.	1
Car c'est souvent le domaine choisi par le patient.	1
Car il est le plus couramment employé au sein de la structure.	0
Car cela demande plus de temps que les autres domaines pour être réalisé.	0
Les outils et ressources sont plus facilement accessibles dans ce domaine.	0
Car je me sens plus à l'aise et compétent(e) dans ce domaine.	0
Car il est le plus fréquemment utilisé par mes collègues.	0
Sur 1 femme (1 personne)	2

COGNITIF +	
Car cela demande plus de temps que les autres domaines pour être réalisé.	4

Car il me semble avoir une plus grande importance.	1
Car je me sens plus à l'aise et compétent(e) dans ce domaine.	1
Car il est le plus fréquemment utilisé par mes collègues.	0
Les outils et ressources sont plus facilement accessibles dans ce domaine.	0
Car il est le plus couramment employé au sein de la structure.	0
Car c'est souvent le domaine choisi par le patient.	0
Sur 4 femmes (4 personnes)	6

ENVIRONNEMENTAL +	
Car cela demande plus de temps que les autres domaines pour être réalisé.	3
Car il est le plus fréquemment utilisé par mes collègues.	0
Car il me semble avoir une plus grande importance.	0
Car il est le plus couramment employé au sein de la structure.	0
Les outils et ressources sont plus facilement accessibles dans ce domaine.	0
Car je me sens plus à l'aise et compétent(e) dans ce domaine.	0
Car c'est souvent le domaine choisi par le patient.	0
Sur 3 femmes (3 personnes)	3

PSYCHO AFFECTIF +	
Car il me semble avoir une plus grande importance.	1
Car il est le plus fréquemment utilisé par mes collègues.	0
Car il est le plus couramment employé au sein de la structure.	0
Car cela demande plus de temps que les autres domaines pour être réalisé.	0
Les outils et ressources sont plus facilement accessibles dans ce domaine.	0
Car je me sens plus à l'aise et compétent(e) dans ce domaine.	0
Car c'est souvent le domaine choisi par le patient.	0
Sur 1 femme (1 personne)	1

SENSORIEL +	
Car il me semble avoir une plus grande importance.	0
Car il est le plus fréquemment utilisé par mes collègues.	0
Car il est le plus couramment employé au sein de la structure.	0
Car cela demande plus de temps que les autres domaines pour être réalisé.	0
Les outils et ressources sont plus facilement accessibles dans ce domaine.	0
Car je me sens plus à l'aise et compétent(e) dans ce domaine.	0
Car c'est souvent le domaine choisi par le patient.	0
0 personne	0

19) ⇒ Dans quel domaine d'évaluation investissez-vous MOINS DE TEMPS ?

Domaine qui prend le – de temps	
Psycho-affectif	30
Sensoriel	13

Occupationnel	8
Déterminants personnels	5
Cognitif	5
Moteur	2
Environnemental	1
Total	65

21) ⇒ Quelle est la raison pour laquelle vous consacrez moins de temps à ce domaine ?

PSYCHO AFFECTIF -	
Je me sens moins compétent(e) dans ce domaine.	18
Ce domaine est évalué par d'autres professionnels.	8
La durée nécessaire pour gérer ce domaine est plus courte.	5
Il me semble moins prioritaire.	3
Car ce domaine occupe une place moins importante au sein de la structure.	1
Les outils et ressources sont moins accessibles dans ce domaine.	1
Cela ne fait pas partie de mes missions.	1
Car il n'est pas/ ou est très peu utilisé par mes collègues.	0
28 femmes et 2 hommes (30 personnes)	37

SENSORIEL -	
Il me semble moins prioritaire.	5
Je me sens moins compétent(e) dans ce domaine.	3
La durée nécessaire pour gérer ce domaine est plus courte.	2
Ce domaine est évalué par d'autres professionnels.	2
Les outils et ressources sont moins accessibles dans ce domaine.	1
Moins longue, mais importante quand même	1
Car ce domaine occupe une place moins importante au sein de la structure.	1
Car il n'est pas/ ou est très peu utilisé par mes collègues.	0
Cela ne fait pas partie de mes missions.	0
Sur 13 femmes (13 personnes)	15

OCCUPATIONNEL -	
Car ce domaine occupe une place moins importante au sein de la structure.	3
Car il n'est pas/ ou est très peu utilisé par mes collègues.	3
Je me sens moins compétent(e) dans ce domaine.	3
La durée nécessaire pour gérer ce domaine est plus courte.	2
Car le patient n'en a pas les capacités.	2
Il me semble moins prioritaire.	1
Les outils et ressources sont moins accessibles dans ce domaine.	1
Cela ne fait pas partie de mes missions.	0
Ce domaine est évalué par d'autres professionnels.	0
7 femmes et 1 homme (8 personnes)	15

DÉTERMINANT PERSONNEL -	
Les outils et ressources sont moins accessibles dans ce domaine.	2

Je me sens moins compétent(e) dans ce domaine.	1
Il me semble moins prioritaire.	1
Car ce domaine occupe une place moins importante au sein de la structure.	1
Car il n'est pas/ ou est très peu utilisé par mes collègues.	0
La durée nécessaire pour gérer ce domaine est plus courte.	0
Cela ne fait pas partie de mes missions.	0
Ce domaine est évalué par d'autres professionnels.	0
Sur 4 femmes et 1 homme (5 personnes)	5

COGNITIF -	
Je me sens moins compétent(e) dans ce domaine.	2
Ce domaine est évalué par d'autres professionnels.	2
Mes patients sont moins impactés par ce domaine.	1
La durée nécessaire pour gérer ce domaine est plus courte.	0
Les outils et ressources sont moins accessibles dans ce domaine.	0
Car ce domaine occupe une place moins importante au sein de la structure.	0
Car il n'est pas/ ou est très peu utilisé par mes collègues.	0
Il me semble moins prioritaire.	0
Cela ne fait pas partie de mes missions.	0
Sur 4 femmes et 1 homme (5 personnes)	5

MOTEUR -	
Il me semble moins prioritaire.	1
La durée nécessaire pour gérer ce domaine est plus courte.	1
Mes patients sont moins impactés par ce domaine.	0
Ce domaine est évalué par d'autres professionnels.	0
Les outils et ressources sont moins accessibles dans ce domaine.	0
Car ce domaine occupe une place moins importante au sein de la structure.	0
Car il n'est pas/ ou est très peu utilisé par mes collègues.	0
Cela ne fait pas partie de mes missions.	0
Je me sens moins compétent(e) dans ce domaine.	0
Sur 1 femme et 1 homme (2 personnes)	1

ENVIRONNEMENTAL -	
Les outils et ressources sont moins accessibles dans ce domaine.	1
Ce domaine est évalué par d'autres professionnels.	0
Mes patients sont moins impactés par ce domaine.	0
La durée nécessaire pour gérer ce domaine est plus courte.	0
Je me sens moins compétent(e) dans ce domaine.	0
Car ce domaine occupe une place moins importante au sein de la structure.	0
Car il n'est pas/ ou est très peu utilisé par mes collègues.	0
Il me semble moins prioritaire.	0
Cela ne fait pas partie de mes missions.	0
Sur 1 femme	0

22) De 1 à 10, à quel point trouvez-vous difficile d'obtenir les outils d'évaluation dont vous avez besoin pour les patients post-AVC ?

Accessibilité Difficulté d'obtention	
Moyenne	5,44
Médiane	5,00
Écart-type	2,26
Minimum	1,00
Maximum	10,00

23) Quelles sont, selon vous, les raisons pour lesquelles l'acquisition des outils d'évaluation dont vous auriez besoin peut être difficile ?

Les outils que je veux utiliser coûtent trop cher pour la structure.	35
Il est compliqué pour moi d'utiliser les outils disponibles en anglais .	24
Il peut être difficile de trouver des outils flexibles, adaptable à l'évolution des patients.	22
Les outils d'évaluation que je souhaite utiliser ne sont pas accessibles dans ma structure .	22
Il est difficile de comprendre comment s'utilisent les outils proposés.	9
AUTRES	
Les outils proposés sont parfois trop longs à utiliser.	5
Manque de formation.	3
Il n'y a pas assez de propositions d'outils.	1

24) Comment aimez-vous /aimeriez-vous être tenu au courant des nouveautés concernant les évaluations ?

Formations régulières	44
Mail	40
Site internet	35
Réseaux sociaux	24
Revue	18
AUTRES	
Temps de réunion pour en parler	1

25) Avant de terminer le questionnaire, auriez-vous des recommandations ou des propositions visant à améliorer votre approche dans l'évaluation des patients post-AVC ?

« avoir plus de temps pour faire des mises en situation », « avoir du temps »,
 « utilisation d'outils de sentiment d'auto-efficacité »
 « il faudrait créer des bilans toujours plus écologiques »
 « être en accord avec les recommandations de l'HAS dans la prise en soins des patients , ce qui n'est absolument pas le cas à ce jour »,
 « faire davantage de séances en présence des proches pour les accompagner dans la compréhension du handicap »
 « Discussion avec les médecins pour une meilleure compréhension de notre rôle. Réorganisation des plannings ergo (contrainte des 30 min par patients). Libérer du temps pour des prises en charge plus longues. »

- « Développer une prise en charge pluridisciplinaire, avoir les bilans plus flexibles en fonction des incapacités »
- « évaluation à domicile post hospitalisation 3mois, 6 mois 1 an »
- « formation continue »
- « une évaluation lisible qui nous laisse surtout libres dans le choix des activités évaluées en fonction de chaque patient ».

Annexe 5 : Matrice théorique issue du cadre conceptuel

	Modalités	Critères	Indicateurs
Qualité de l'Évaluation (VD)	Le choix et la perception de qualité des outils d'évaluation (VI 2)	Efficacité	Identification de l'ensemble des besoins du patient
			Élaboration d'objectifs centrés sur le patient
		Sécurité	Identification des risques que rencontre le patient
		Temps opportuns	Adaptation de l'outil au rythme et à la situation du patient
		Priorité à la personne	Prise en compte des priorités et des valeurs du patient Considération des priorités exprimées par le patient
		Équité	Adaptabilité de l'outil à divers profils de patients
		Intégration	Apport d'une compréhension holistique de la situation du patient
			Partage et compréhension des résultats au sein de l'équipe
	Compréhension des résultats par l'équipe		
	Efficienc	Facilité d'utilisation pratique de l'outil	
	Le temps alloué et perçu (VI 1)	Efficacité	Identification efficace des besoins du patient
		Sécurité	Garantie de la sécurité du patient pendant l'évaluation
		Temps opportuns	Adaptation de l'évaluation aux circonstances imprévues
		Priorité à la personne	Considération des besoins et priorités du patient
		Équité	Équité dans le traitement et l'évaluation des patients
		Intégration	Analyse globale de la situation du patient et rédaction de bilans
	Communication efficace des résultats au sein de l'équipe		
	Efficienc	Temps pour organiser chaque étape de l'évaluation	
	Sentiment de compétence (VI 3)	Efficacité	Choix judicieux des critères d'évaluation pertinents
		Sécurité	Assurer la sécurité du patient pendant l'évaluation
		Temps opportuns	Réagir rapidement aux situations imprévues
		Priorité à la personne	Prendre en compte activement les besoins et priorités du patient
		Équité	Établir une relation de confiance et d'équité avec le patient
		Intégration	Analyser de manière exhaustive les résultats et les communiquer
Rédiger des bilans clairs et pertinents			
Communiquer efficacement avec l'équipe de soins			
Efficienc	Gestion efficace du temps pour une évaluation organisée		

Annexe 6 : Matrice du questionnement de la recherche

Variables étudiées	Indicateurs par variables	Sous indicateurs ou indices	Intitulé	Modalités de réponse	Objectif
Présentation et Consentement	<p>Cher(e) Ergothérapeute,</p> <p>Avant de débiter, voici quelques informations importantes :</p> <p>Conditions de participation : Etre diplômé(e) en ergothérapie Exercer en France (territoire français ou outre-mer) Avoir travaillé avec des personnes ayant subi un AVC ses 12 derniers mois</p> <p>Objectifs de l'enquête : Comprendre comment le temps réel et perçu, le niveau d'expérience et de compétence ressenti et le choix des outils d'évaluation influent sur la qualité des évaluations initiales chez les patients Post AVC.</p> <p>Importance de votre participation : En partageant votre perspective, vous contribuez à enrichir notre compréhension des pratiques d'évaluation en SSR/SMR. Vos réponses nous permettront d'identifier les défis, et éventuellement d'élaborer des recommandations pour améliorer la qualité des soins et des évaluations initiales pour les patients ayant eu un AVC en SSR/SMR.</p> <p>Confidentialité : Vos réponses resteront strictement confidentielles. Votre participation est anonyme, votre nom et prénom ne seront pas demandés. Il est extrêmement important que vous répondiez avec honnêteté, car cela garantit l'intégrité des résultats de l'étude.</p> <p>Consentement : En continuant à remplir ce questionnaire, vous consentez volontairement à participer. Vous pouvez retirer votre participation à tout moment en fermant votre navigateur avant de soumettre vos réponses.</p> <p>Durée du questionnaire : Environ 15 minutes.</p> <p><u>Nous vous remercions sincèrement pour votre temps et vos réponses honnêtes.</u></p> <p>Si vous avez des questions ou besoins de clarifications, n'hésitez pas à nous contacter à nolwen.gabet@etu.univ-amu.fr.</p>				S'assurer de l'accord des participants pour l'enquête et vérifier qu'ils répondent bien au public demandé.
Mieux vous connaître !	Expérience	1)	 Combien d'années d'expérience en ergothérapie avez-vous accumulées, depuis que vous avez obtenu votre diplôme ?	Réponse obligatoire Liste déroulante	Identifier les répondants qui ont plus d'années d'expérience que d'autres.
	Temps réel	2)	 De combien de temps en moyenne disposez-vous pour évaluer un patient Post AVC, au début de sa prise en charge ?	Réponse obligatoire « heure(s) »	Identifier les répondants qui disposent de plus de temps que d'autres pour évaluer un patient au début de sa prise en charge.
	Outils utilisés	3)	 Lors de votre première rencontre avec votre patient après son AVC, vous optez davantage pour des évaluations initiales :	Réponse à choix obligatoire : « Des évaluations personnalisées (maison) », « Des	Identifier les méthodes d'évaluation prédominantes dans la pratique clinique.

				évaluations officielles », « Les deux »	
		3)bis	📄 Pourriez-vous préciser si vous privilégiez davantage les évaluations personnalisées ou les évaluations officielles sur une échelle de 1-10 ?	Réponse facultative à Échelle : De 1 à 10 : 1 étant « J'utilise davantage des évaluations personnalisées (maison) » et 10 « J'utilise davantage des évaluations officielles »	
Votre avis sur l'outil d'évaluation initiale que vous utilisez	Efficacité	4)	📄 À quel point estimez-vous que votre outil d'évaluation initiale permet d'identifier efficacement l'ensemble des besoins du patient Post-AVC ?	Échelle : De 1 à 10 : 1 étant « Ne permet pas 🙅 » et 10 « Permet 👍 » Question obligatoire	Évaluer l'efficacité des outils d'évaluation initiale dans l'identification des besoins du patient post-AVC.
		5)	📄 À quel point estimez-vous que votre outil d'évaluation initiale permet de faciliter l'élaboration d'objectifs concrets et centrés sur le patient Post-AVC ?		Mesurer la capacité des outils d'évaluation initiale à faciliter la formulation d'objectifs spécifiques et centrés sur le patient post-AVC.
	Sécurité	6)	📄 À quel point estimez-vous que votre outil d'évaluation initiale permet d'identifier les risques que rencontre le patient Post AVC, dans son quotidien ?		Évaluer la capacité des outils d'évaluation initiale à identifier les risques pour la sécurité du patient post-AVC.
		7)	📄 À quel point estimez-vous que, une fois l'évaluation initiale effectuée auprès des patients post-AVC, les informations notées sont protégées en termes de confidentialité ?		Mesurer la perception de la capacité des outils d'évaluation initiale à maintenir la confidentialité des informations du patient post-AVC.
	Temps opportuns	8)	📄 À quel point estimez-vous que votre outil d'évaluation initiale permet de s'adapter au rythme et à la situation du patient Post AVC ?		Évaluer la capacité des outils d'évaluation initiale à s'adapter aux besoins individuels et aux circonstances changeantes des patients post-AVC.
Priorité à la personne	9)	📄 À quel point estimez-vous que votre outil d'évaluation initiale permet de prendre en compte ce qui est important pour le patient Post AVC ?	Mesurer la capacité des outils d'évaluation initiale à prendre en compte les préoccupations et les valeurs spécifiques du patient post-AVC.		

	Équité	10)	📄 À quel point estimez-vous que votre outil d'évaluation initiale permet de prendre en compte les priorités pour le patient Post AVC ?		Évaluer la capacité des outils d'évaluation initiale à tenir compte des priorités individuelles du patient post-AVC.
		11)	📄 À quel point estimez-vous que votre outil d'évaluation initiale permet de s'adapter à tout profil de patient Post AVC ?		Mesurer la perception de l'adéquation des outils d'évaluation initiale à différents profils de patients post-AVC.
	Intégration	12)	📄 À quel point estimez-vous que votre outil d'évaluation initiale permet une compréhension globale de la situation du patient Post AVC ?		Évaluer la capacité des outils d'évaluation initiale à fournir une vue d'ensemble de la situation du patient post-AVC.
		13)	📄 À quel point estimez-vous que votre outil d'évaluation initiale permet de partager des résultats pertinents pour l'équipe de santé qui suit le patient Post AVC ?		Mesurer la capacité des outils d'évaluation initiale à fournir des informations utiles et exploitables pour l'équipe de santé.
		14)	📄 À quel point estimez-vous que votre outil d'évaluation initiale permet une retranscription claire des résultats de l'évaluation pour l'équipe de santé qui suit le patient Post AVC ?		Évaluer la capacité des outils d'évaluation initiale à communiquer efficacement les résultats aux professionnels de santé.
	Efficiencia	15)	📄 À quel point estimez-vous que votre outil d'évaluation initiale permet une utilisation simple et pratique ?		Mesurer la perception de l'efficacité et de la facilité d'utilisation des outils d'évaluation initiale.
Votre perception du temps lors de l'évaluation initiale	Efficacité	16)	🕒 À quel point estimez-vous que vous avez assez de temps pour identifier les besoins du patient Post-AVC lors de votre évaluation initiale?	Échelle : De 1 à 10 : 1 étant « Pas assez de temps 📄 » et 10 « Assez de temps 📄 » 📄 » Question obligatoire	Évaluer la perception du temps suffisant pour mener à bien l'évaluation des besoins du patient post-AVC.
		17)	🕒 À quel point estimez-vous que vous avez assez de temps pour élaborer des objectifs centrés sur le patient Post-AVC lors de votre évaluation initiale?		Mesurer la perception du temps suffisant pour formuler des objectifs spécifiques pour le patient post-AVC.
	Sécurité	18)	🕒 À quel point estimez-vous que vous avez assez de temps pour préparer le patient dans un environnement favorable assurant son bien-être et sa sécurité pendant que vous réalisez l'évaluation ?		Évaluer la perception du temps suffisant pour assurer la sécurité du patient pendant l'évaluation initiale.
	Temps opportuns	19)	🕒 À quel point estimez-vous que vous avez assez de temps pour vous adapter au rythme et à la situation du patient Post AVC, lors de votre évaluation initiale ?		Mesurer la perception du temps suffisant pour s'adapter aux besoins individuels et aux circonstances changeantes du patient post-AVC.
	Priorité à la personne	20)	🕒 À quel point estimez-vous que vous avez assez de temps pour prendre en compte ce qui est important pour le patient Post AVC, lors de votre évaluation initiale ?		Évaluer la perception du temps suffisant pour tenir compte des priorités et des valeurs spécifiques du patient post-AVC.
		21)	🕒 À quel point estimez-vous que vous avez assez de temps pour prendre en compte ce qui est prioritaire pour le patient Post AVC, lors de votre évaluation initiale?		Mesurer la perception du temps suffisant pour tenir compte des priorités individuelles du patient post-AVC.

	Équité	22)	🕒 À quel point estimez-vous que vous avez assez de temps pour vous adapter à tout type de profil de patient Post AVC, lors de votre évaluation initiale ?		Évaluer la perception du temps suffisant pour s'adapter à différents profils de patients post-AVC.
	Intégration	23)	🕒 À quel point estimez-vous que vous avez assez de temps pour temps pour avoir une compréhension globale de la situation du patient Post AVC ?		Mesurer la perception du temps suffisant pour comprendre la situation globale du patient post-AVC.
		24)	🕒 À quel point estimez-vous que vous avez assez de temps pour rédiger un bilan de vos résultats de l'évaluation initiale ?		Évaluer la perception du temps suffisant pour documenter les résultats de l'évaluation initiale.
	Efficiene	25)	🕒 À quel point estimez-vous que vous avez assez de temps pour vous organiser dans chaque étape de l'évaluation initiale?		Mesurer la perception du temps suffisant pour planifier et organiser l'évaluation du patient post-AVC.
Votre confiance dans votre capacité a été réalisée à l'évaluation initiale.	Efficacité	26)	⚙️ À quel point êtes-vous confiant dans votre capacité à identifier les critères pertinents à évaluer, lors de l'évaluation initiale ?	Échelle : De 1 à 10 : 1 étant « Pas du tout confiant 🙄👎 » et 10 « Très confiant 😊 » Question obligatoire	Mesurer le niveau de confiance dans la capacité à identifier des critères pertinents pour l'évaluation des patients post-AVC.
	Sécurité	27)	⚙️ À quel point êtes-vous confiant dans votre capacité à assurer la sécurité du patient Post AVC lors de l'évaluation initiale ?		Évaluer le niveau de confiance dans la capacité à assurer la sécurité du patient pendant l'évaluation post-AVC.
	Temps opportuns	28)	⚙️ À quel point êtes-vous confiant dans votre capacité à vous adapter en cas d'imprévu, lors de l'évaluation initiale ?		Mesurer le niveau de confiance dans la capacité à s'adapter à des situations imprévues lors de l'évaluation post-AVC.
	Priorité à la personne	29)	⚙️ À quel point êtes-vous confiant dans votre capacité à prendre en compte les priorités et les besoins du patient Post AVC, lors de l'évaluation initiale ?		Évaluer le niveau de confiance dans la capacité à tenir compte des priorités et des besoins individuels du patient post-AVC.
	Équité	30)	⚙️ À quel point êtes-vous confiant dans votre capacité à établir un lien de confiance avec le patient Post AVC, lors de l'évaluation initiale ?		Mesurer le niveau de confiance dans la capacité à établir un lien de confiance avec les patients post-AVC.
	Intégration	31)	⚙️ À quel point êtes-vous confiant dans votre capacité à rédiger des bilans clairs et pertinents, suite à votre évaluation initiale ?		Évaluer le niveau de confiance dans la capacité à rédiger des bilans précis et compréhensibles de l'évaluation post-AVC.
	Efficiene	32)	⚙️ À quel point êtes-vous confiant dans votre capacité à vous organiser et gérer votre temps pour évaluer un patient Post AVC , lors de l'évaluation initiale ?		Mesurer le niveau de confiance dans la capacité à gérer efficacement son temps lors de l'évaluation post-AVC.

Annexe 7 : Résultats du questionnaire de recherche

Test binomial

	Modalité	Quantité	Total	Proportion	p
⚙ Année d'expérience	10 -20 ans	8	70	0.114	< .001
	Entre 5- 10 ans	17	70	0.243	< .001
	30 ans et +	5	70	0.071	< .001
	20 - 30 ans	15	70	0.214	< .001
	Moins de 5 ans	25	70	0.357	0.022
☑ Type d'évaluation utilisé lors des évaluations initiales	Mixte avec une tendance officielle	33	70	0.471	0.720
	Mixte	9	70	0.129	< .001
	Mixte avec une tendance maison	10	70	0.143	< .001
	Officiel	14	70	0.200	< .001
	« Maison »	4	70	0.057	< .001
🕒 Temps moyen disponible pour les évaluations initiales	1h	24	70	0.343	0.012
	2h	11	70	0.157	< .001
	+ de 2h	11	70	0.157	< .001
	- de 1h	6	70	0.086	< .001
	Entre 1H et 1H30	18	70	0.257	< .001

Note. H_a est une proportion ≠ 0.5

	⚙ Années d'expérience en ergothérapie	🕒 Temps pour évaluer un patient Post AVC, au début de sa prise en charge
Moyenne	11,19	1:36:39
Médiane	6,50	1:30:00
Écart-type	10,10	0:52:44
Minimum	1,00	0:30:00
Maximum	36,00	5:00:00

Hypothèse 1

H1 : Le temps réel et le choix des outils d'évaluation ont un impact significatif sur la qualité globale des évaluations réalisées par les ergothérapeutes pour les patients ayant eu un AVC en SSR/SMR.

H0 : Le temps réel et le choix des outils d'évaluation n'ont aucun impact significatif sur la qualité globale des évaluations réalisées par les ergothérapeutes pour les patients ayant eu un AVC en SSR/SMR.

Anova unidirectionnelle (de Welch)

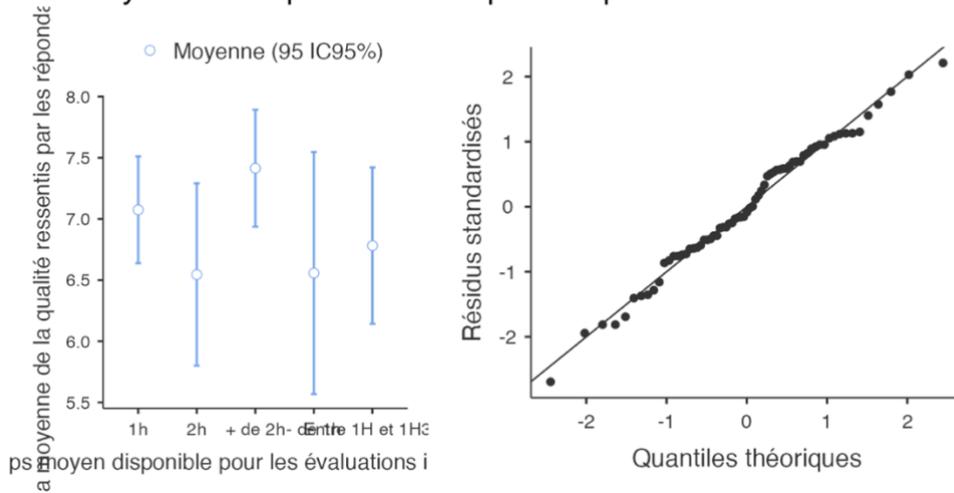
	F	ddl1	ddl2	p
★ La moyenne de la qualité ressentis par les répondants	1.75	4	22.5	0.175

Statistiques descriptives des groupes

	🕒 Temps moyen disponible pour les évaluations initiales	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard
★ La moyenne de la qualité ressentis par les répondants	1h	24	7.07	1.034	0.211
	2h	11	6.55	1.109	0.334
	+ de 2h	10	7.41	0.669	0.211
	- de 1h	6	6.56	0.943	0.385
	Entre 1H et 1H30	18	6.78	1.285	0.303

Grphe

★ La moyenne de la qualité ressentis par les répondants



Résultats H1: *(le temps disponible pour les évaluations initiales → la moyenne de la qualité globale ressentit)*

Pour vérifier si le temps disponible lors de l'évaluation initiale influence la qualité globale des évaluations réalisées par les ergothérapeutes pour les patients ayant eu un AVC en SSR/SMR, nous pouvons utiliser une analyse de variance (ANOVA) unidirectionnelle de Welch en raison des écarts potentiels dans les variances entre les groupes.

Les moyennes de qualité globale varient légèrement en fonction du temps disponible pour les évaluations initiales. Par exemple, la moyenne pour les évaluations effectuées en 1 heure est de 7,07, alors qu'elle est de 6,55 pour celles réalisées en 2 heures. De plus, les évaluations réalisées en moins d'une heure ont une moyenne de 6,56, celles effectuées entre 1 heure et 1 heure 30 ont une moyenne de 6,78, et celles réalisées en plus de 2 heures ont une moyenne de 7,41.

Cependant, malgré ces variations, le test statistique ne montre pas de différence significative entre ces groupes ($p = 0,175$). Ainsi, bien que les moyennes fluctuent, nous ne pouvons pas conclure de manière définitive que le temps disponible a un impact significatif sur la qualité globale des évaluations.

Hypothèse 2

H2 : Le choix des outils d'évaluation influence la qualité globale des évaluations réalisées par les ergothérapeutes pour les patients ayant eu un AVC en SSR/SMR.

H02 : Le choix des outils d'évaluation n'influence pas la qualité globale des évaluations réalisées par les ergothérapeutes pour les patients ayant eu un AVC en SSR/SMR.

Anova unidirectionnelle (de Welch)

	F	ddl1	ddl2	p
★ La moyenne de la qualité ressentis par les répondants	1.08	4	15.0	0.403

Statistiques descriptives des groupes

	Type d'évaluation utilisé lors des évaluations initiales	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard
★ La moyenne de la qualité ressentis par les répondants	Mixte avec une tendance officielle	33	6.74	1.075	0.187
	Mixte	9	7.35	1.157	0.386
	Mixte avec une tendance maison	10	6.80	1.160	0.367
	Officiel	14	7.32	0.877	0.234
	« Maison »	4	6.87	1.048	0.524

Résultats H2 : *(choix de l'outil d'évaluation → la moyenne de la qualité globale ressentis)*

Pour vérifier l'hypothèse selon laquelle le choix des outils d'évaluation influence la qualité globale des évaluations réalisées par les ergothérapeutes pour les patients ayant eu un AVC en SSR/SMR, nous avons utilisé une analyse de variance (ANOVA) unidirectionnelle de Welch. Cette analyse nous permet de déterminer si les moyennes des différents groupes sont significativement différentes les unes des autres en termes de qualité globale des évaluations.

Les résultats indiquent que les moyennes de qualité globale ressentie par les répondants varient en fonction du choix de l'outil d'évaluation utilisé par les ergothérapeutes pour les patients ayant eu un AVC en SSR/SMR. Les évaluations réalisées avec différents types d'outils d'évaluation (mixte avec tendance officielle, mixte, mixte avec tendance maison, officielle, et "maison") montrent des moyennes différentes de qualité perçue.

Par exemple, les évaluations effectuées avec un outil mixte ont une moyenne de qualité globale de 7.35, tandis que celles utilisant un outil officiel ont une moyenne légèrement inférieure de 7.32.

Cependant, malgré ces variations, l'analyse de variance unidirectionnelle de Welch n'a pas révélé de différence significative entre les groupes en ce qui concerne la qualité globale des évaluations ($p = 0.403$). Ainsi, bien que les moyennes varient en fonction des outils d'évaluation, ces variations pourraient être dues au hasard plutôt qu'à un véritable effet de l'outil d'évaluation.

En résumé, bien que nos résultats laissent entrevoir une possible influence du choix de l'outil d'évaluation sur la perception de la qualité globale des évaluations ($p = 0,403$), la valeur de p élevée suggère qu'il manque de preuves concluantes pour affirmer catégoriquement que ce choix impacte significativement la qualité des évaluations dans ce contexte spécifique. En d'autres termes, malgré des variations observées dans la qualité perçue des évaluations en fonction des outils utilisés, ces différences pourraient être le fruit du hasard plutôt que d'un effet réel découlant du choix de l'outil d'évaluation.

Par conséquent, nous ne pouvons pas conclure que le choix de l'outil d'évaluation a un impact significatif et systématique sur la qualité globale des évaluations dans ce contexte spécifique.

Hypothèse 3

H3 : La durée dont les ergothérapeutes disposent pour leur évaluation initiale influence leur sentiment d'avoir suffisamment de temps lors de cette évaluation.

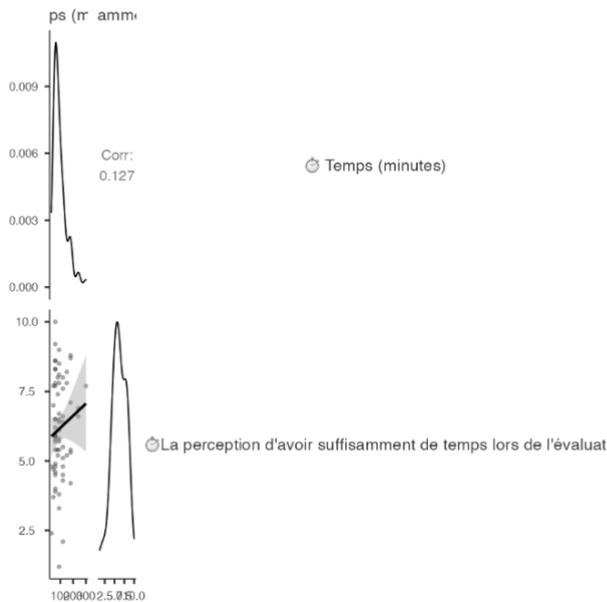
H03 : La durée allouée à l'évaluation initiale par les ergothérapeutes n'a pas d'effet sur leur perception d'avoir suffisamment de temps lors de cette évaluation.

Matrice de corrélation

	🕒 Temps (minutes)	🕒 La perception d'avoir suffisamment de temps
ddl	—	
valeur p	—	
Borne sup de l'IC95%	—	
Borne inf de l'IC95%	—	
N	—	
🕒 La perception d'avoir suffisamment de temps	r de Pearson 0.127	—
ddl	68	—
valeur p	0.295	—
Borne sup de l'IC95%	0.351	—
Borne inf de l'IC95%	-0.111	—
N	70	—

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Graph



Résultats de H3 :

Pour vérifier l'hypothèse H3, nous devons examiner la corrélation entre la durée allouée à l'évaluation initiale par les ergothérapeutes et la perception d'avoir suffisamment de temps par les participants.

Il semble que les résultats de notre analyse de corrélation de Pearson indiquent une corrélation positive faible entre la perception d'avoir suffisamment de temps lors de l'évaluation initiale et le temps alloué en minutes pour cette évaluation (r de Pearson = 0,127, $p = 0.295$).

Cependant, cette corrélation n'est pas statistiquement significative, car la valeur p est supérieure à 0,05. Cela signifie que dans notre échantillon d'ergothérapeutes répondants, il n'y a pas suffisamment de preuves pour affirmer qu'il existe une relation significative entre la durée allouée à l'évaluation initiale et la perception d'avoir suffisamment de temps pour réaliser une évaluation de qualité.

En d'autres termes, même si ceux qui ont plus de temps pour leur évaluation initiale ont tendance à avoir une perception légèrement plus positive quant à leur disponibilité en temps, cette relation n'est pas suffisamment forte pour être considérée comme significative dans notre échantillon.

Par conséquent, nous ne disposons pas de suffisamment de preuves pour rejeter l'hypothèse nulle (H_0), qui stipule que la durée allouée à l'évaluation initiale par les ergothérapeutes n'influence pas la perception d'avoir suffisamment de temps. Nous ne pouvons donc pas conclure que la durée allouée à l'évaluation initiale par les ergothérapeutes a un impact significatif sur la perception d'avoir suffisamment de temps pour réaliser une évaluation de qualité, dans ce contexte spécifique.

Hypothèse 4

H4 : Les années d'expérience accumulée par les ergothérapeutes, influence positivement à la fois la qualité perçue de leur outil d'évaluation initiale, et leur choix d'utiliser des évaluations personnalisées ("maison").

H04 : Il n'y a aucune relation entre le nombre d'années d'expérience des ergothérapeutes et la qualité perçue de leur outil d'évaluation initiale, ainsi que leur choix d'utiliser des évaluations personnalisées

Nous émettons donc 3 sous hypothèse :

H4.1 : Les années d'expérience accumulée par les ergothérapeutes, influence positivement la qualité perçue de leur outil d'évaluation initiale

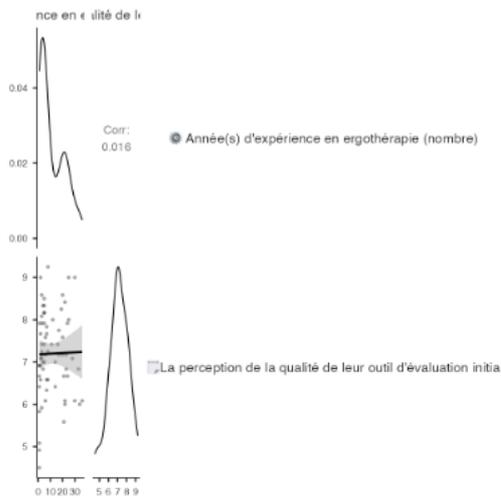
H04.1 : Les années d'expérience accumulée par les ergothérapeutes n'influencent pas positivement la qualité perçue de leur outil d'évaluation initiale.

Matrice de corrélation

		<input checked="" type="checkbox"/> Année(s) d'expérience en ergothérapie (nombre)	<input type="checkbox"/> La perception de la qualité de leur outil d'évaluation initia
<input checked="" type="checkbox"/> Année(s) d'expérience en ergothérapie (nombre)	r de Pearson	—	
	ddl	—	
	valeur p	—	
	Borne sup de l'IC95%	—	
	Borne inf de l'IC95%	—	
	N	—	
	<input type="checkbox"/> La perception de la qualité de leur outil d'évaluation initia	r de Pearson	0.016
ddl		68	—
valeur p		0.898	—
Borne sup de l'IC95%		0.250	—
Borne inf de l'IC95%		-0.220	—
N		70	—

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Graphe



Résultats de H4.1:

L'analyse de corrélation de Pearson réalisée entre la perception de la qualité de l'outil d'évaluation initiale et le nombre d'années d'expérience en ergothérapie montre un coefficient de corrélation très faible de 0,016. De plus, le test de significativité (p-value) associé à cette corrélation est de 0,896, ce qui est bien supérieur au seuil de significativité généralement accepté de 0,05.

Ces résultats indiquent qu'il n'y a pas de corrélation significative entre le nombre d'années d'expérience des ergothérapeutes et leur perception de la qualité de l'outil d'évaluation initiale. Autrement dit, les ergothérapeutes ayant plus d'expérience n'ont pas nécessairement une meilleure perception de la qualité de l'outil d'évaluation initial.

Cela remet en question l'hypothèse selon laquelle les ergothérapeutes ayant plus d'années d'expérience pourraient avoir une meilleure perception de la qualité de l'outil d'évaluation initiale. Ainsi, les résultats ne soutiennent pas cette hypothèse et suggèrent que le niveau d'expérience des ergothérapeutes ne semble pas influencer leur perception de la qualité de l'outil d'évaluation initiale.

H4.2: Les années d'expérience accumulée par les ergothérapeutes influencent positivement le choix des outils d'évaluations.

H04.2: Les années d'expérience accumulée par les ergothérapeutes n'influencent pas positivement le choix des outils d'évaluation.

Anova unidirectionnelle (de Welch)

		F	ddl1	ddl2	p
⚙	Année(s) d'expérience en ergothérapie (nombre)	0.972	4	15.1	0.451

Statistiques descriptives des groupes

		Type d'évaluation utilisé lors des évaluations initiales	N	Moyenne	Ecart- type	Erreur standard
⚙	Année(s) d'expérience en ergothérapie (nombre)	Mixte avec une tendance officielle	33	9.15	9.84	1.71
		Mixte	9	15.33	11.26	3.75
		Mixte avec une tendance maison	10	16.10	12.19	3.85
		Officiel	14	10.21	7.84	2.09

Anova unidirectionnelle (de Welch)

	F	ddl1	ddl2	p
« Maison »		4	9.75	8.73
				4.37

Test de normalité (Shapiro-Wilk)

	W	p
⚙ Année(s) d'expérience en ergothérapie (nombre)	0.909	< .001

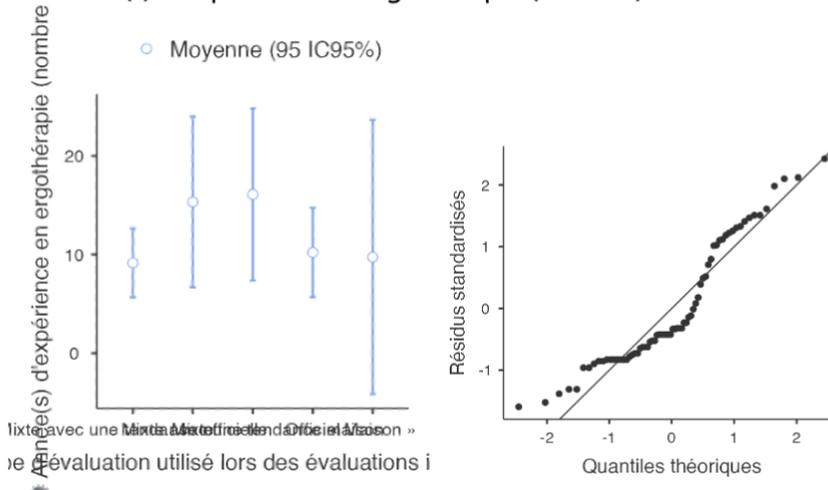
Note. Une valeur p faible suggère une violation de la condition de normalité

Test d'homogénéité des variances (test de Levene)

	F	ddl1	ddl2	p
Année(s) d'expérience en ergothérapie (nombre)	0.802	4	65	0.528

Graphe

Année(s) d'expérience en ergothérapie (nombre)

**Résultats de H4.2 :**

Les résultats de l'analyse de la variance (ANOVA) unidirectionnelle pour l'impact des années d'expérience des ergothérapeutes sur l'utilisation d'évaluations personnalisées montrent une statistique F de 0,972 avec 4 degrés de liberté pour le numérateur et 15,1 degrés de liberté pour le dénominateur, avec une valeur de p de 0,451. Cela indique qu'il n'y a pas de différence significative dans l'utilisation d'évaluations personnalisées en fonction des années d'expérience des ergothérapeutes, car la valeur de p est supérieure à un niveau de signification de 0,05.

En examinant les statistiques descriptives des groupes, nous constatons que la moyenne d'utilisation d'évaluations personnalisées varie légèrement en fonction des années d'expérience, mais aucune tendance claire n'émerge. Par exemple, les ergothérapeutes ayant une expérience de 1 à 5 ans ont une moyenne d'utilisation de 16,10 pour les évaluations personnalisées, tandis que ceux ayant une expérience de 11 à 15 ans ont une moyenne de 15,33.

Le test de normalité de Shapiro-Wilk révèle que la condition de normalité pour les années d'expérience des ergothérapeutes n'est pas respectée, avec une valeur de p inférieure à 0.001. Cela indique que les années d'expérience des ergothérapeutes ne suivent pas une distribution normale.

En résumé, ces résultats suggèrent que les années d'expérience des ergothérapeutes ne sont pas un facteur déterminant dans l'utilisation d'évaluations personnalisées, dans ce contexte spécifique.

H4.3: Les années d'expérience des ergothérapeutes influencent la qualité globale des évaluations réalisées par les ergothérapeutes pour les patients ayant eu un AVC en SSR/SMR.

H04.3 : Les années d'expérience des ergothérapeutes n'influencent pas la qualité globale des évaluations réalisées par les ergothérapeutes pour les patients ayant eu un AVC en SSR/SMR.

Statistiques descriptives des groupes

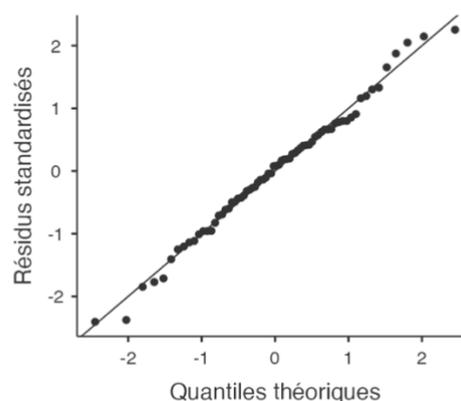
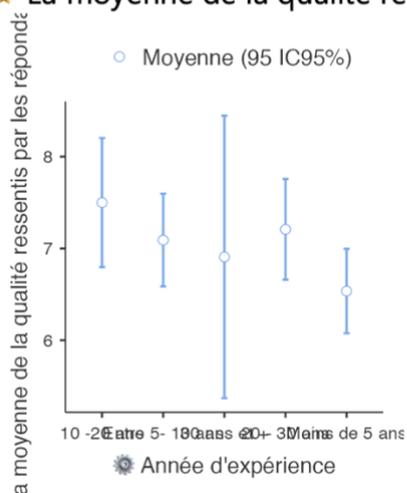
	🌀 Année d'expérience	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard
★ La moyenne de la qualité ressentis par les répondants	10 -20 ans	8	7.50	0.840	0.297
	Entre 5- 10 ans	17	7.09	0.982	0.238
	30 ans et +	5	6.91	1.239	0.554
	20 - 30 ans	15	7.21	0.989	0.255
	Moins de 5 ans	25	6.54	1.115	0.223

Anova unidirectionnelle (de Welch)

	F	ddl1	ddl2	p
★ La moyenne de la qualité ressentis par les répondants	1.80	4	18.9	0.170

Graphes

★ La moyenne de la qualité ressentis par les répondants



Résultats H4.3 : *(les années d'expérience → la moyenne de la qualité globale ressentit)*

Pour vérifier l'hypothèse selon laquelle les années d'expérience des ergothérapeutes influencent la qualité globale des évaluations pour les patients ayant eu un AVC en SSR/SMR, nous pouvons utiliser une analyse de variance (ANOVA) unidirectionnelle. L'ANOVA nous permet de déterminer si les moyennes de plusieurs groupes sont statistiquement différentes les unes des autres.

Nous observons une légère variation des moyennes de qualité globale en fonction des années d'expérience. Par exemple, les ergothérapeutes avec entre 10 et 20 ans d'expérience ont une moyenne de qualité globale de 7,50, tandis que ceux avec moins de 5 ans ont une moyenne de 6,54.

Cependant, bien que les moyennes des groupes puissent varier, il n'y a pas de tendance claire indiquant une amélioration ou une détérioration de la qualité globale des évaluations avec l'expérience. Par exemple, le groupe ayant entre 20 et 30 ans d'expérience n'a pas nécessairement obtenu les scores de qualité les plus élevés.

La p-value de 0.170 est supérieure au seuil de 0.05, indiquant qu'il n'y a pas suffisamment de preuves pour rejeter l'hypothèse nulle. Ainsi, il n'y a pas de différence significative entre les moyennes des groupes en termes de qualité globale des évaluations pour les patients ayant eu un AVC en SSR/SMR.

En résumé, les années d'expérience des ergothérapeutes ne semblent pas influencer significativement la qualité globale des évaluations dans ce contexte spécifique ($p = 0,170$). Par conséquent, nous ne pouvons pas conclure que l'expérience des ergothérapeutes a un impact significatif sur la qualité globale des évaluations dans ce contexte spécifique.

Résultats de H4 :

Les résultats obtenus ne fournissent pas de soutien significatif à l'hypothèse H4, qui postule que les années d'expérience accumulées par les ergothérapeutes influencent positivement la qualité perçue de leur outil d'évaluation initiale, ainsi que leur propension à utiliser des évaluations personnalisées.

Premièrement, l'analyse de corrélation de Pearson entre la perception de la qualité de l'outil d'évaluation initiale et le nombre d'années d'expérience en ergothérapie a révélé un coefficient de corrélation insignifiant de 0,016. Ce résultat, associé à une p-value élevée de 0,896, indique qu'aucune relation significative n'existe entre ces variables. Ainsi, les ergothérapeutes ayant plus d'expérience ne semblent pas avoir une perception de meilleure qualité de leur outil d'évaluation initial, réfutant ainsi l'hypothèse H4.1.

De même, l'analyse de variance (ANOVA) unidirectionnelle pour évaluer l'impact des années d'expérience sur l'utilisation d'évaluations personnalisées a montré une absence de différence significative. Les ergothérapeutes, qu'ils aient une expérience de 1 à 5 ans ou de 11 à 15 ans,

n'ont pas démontré de préférence marquée pour l'utilisation d'évaluations personnalisées. Par conséquent, l'hypothèse H4.2 est également réfutée.

Enfin, concernant l'influence des années d'expérience sur la qualité globale des évaluations, une analyse de variance (ANOVA) a été menée. Bien que des variations légères des moyennes aient été observées entre les groupes d'ergothérapeutes selon leur expérience, aucune tendance claire n'a émergé quant à l'amélioration ou la détérioration de la qualité globale des évaluations avec l'expérience. De plus, la p-value élevée de 0,170 indique l'absence de différence significative entre les groupes en termes de qualité globale des évaluations, invalidant ainsi l'hypothèse H4.3.

En somme, les résultats démontrent que les années d'expérience des ergothérapeutes ne semblent pas exercer une influence significative sur la perception de la qualité de leur outil d'évaluation initial, leur choix d'utiliser des évaluations personnalisées, ni sur la qualité globale de leurs évaluations pour les patients ayant eu un AVC en SSR/SMR.

Hypothèse 5

H5: Le choix des outils d'évaluation est associé à la perception de qualité des outils d'évaluation réalisée par les ergothérapeutes.

H05: Le choix des outils d'évaluation n'est pas associé à la perception de qualité des outils d'évaluation réalisée par les ergothérapeutes.

Anova unidirectionnelle (de Welch)

	F	ddl1	ddl2	p
La perception de la qualité de leur outil d'évaluation initia	1.29	4	18.1	0.310

Statistiques descriptives des groupes

	Type d'évaluation utilisé lors des évaluations initiales	N	Moyenne	Ecart- type	Erreur standard
La perception de la qualité de leur outil d'évaluation initia	Mixte avec une tendance officielle	33	7.00	1.008	0.175
	Mixte	9	7.54	1.004	0.335
	Mixte avec une tendance maison	10	7.09	1.025	0.324
	Officiel	14	7.60	0.979	0.262
	« Maison »	4	6.98	0.427	0.213

Test de normalité (Shapiro-Wilk)

	W	p
La perception de la qualité de leur outil d'évaluation initia	0.987	0.688

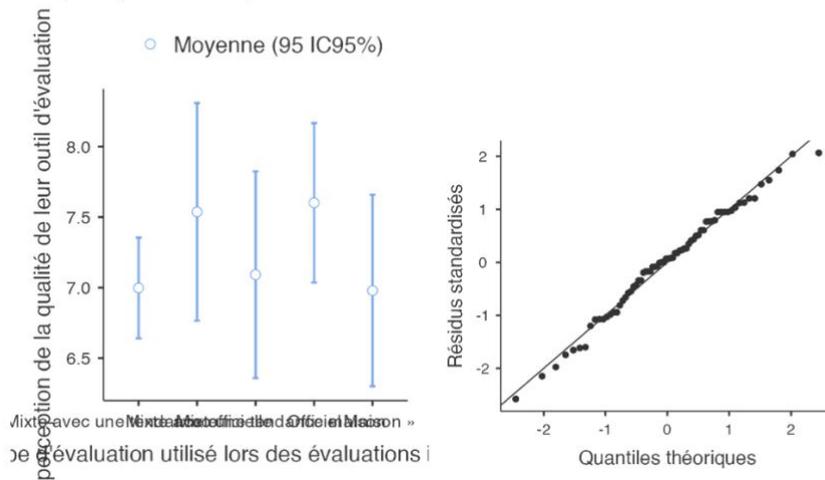
Note. Une valeur p faible suggère une violation de la condition de normalité

Test d'homogénéité des variances (test de Levene)

	F	ddl1	ddl2	p
La perception de la qualité de leur outil d'évaluation initia	0.610	4	65	0.657

Graphes

La perception de la qualité de leur outil d'évaluation initia



Résultats de H5 : L'analyse des résultats montre que la p-value associée à l'ANOVA unidirectionnelle est de 0,310, ce qui est supérieur au seuil de significativité généralement fixé à 0,05. Par conséquent, nous ne disposons pas de suffisamment de preuves pour rejeter l'hypothèse nulle (H05) selon laquelle le choix des outils d'évaluation n'est pas associé à la perception de qualité des outils d'évaluation réalisée par les ergothérapeutes.

En examinant les statistiques descriptives des différents groupes, nous constatons que la moyenne de la perception de la qualité de l'outil d'évaluation est la plus élevée pour le groupe qui utilise des outils d'évaluation officiels (7,60), suivi du groupe utilisant des évaluations mixtes (7,54). Cependant, les différences entre les moyennes ne semblent pas significatives. Les tests de normalité (Shapiro-Wilk) et d'homogénéité des variances (test de Levene) ne montrent aucune violation des conditions d'application de l'ANOVA.

En conclusion, bien que les résultats semblent indiquer une tendance où les ergothérapeutes utilisant des évaluations officielles ont une perception légèrement meilleure de la qualité de leur outil d'évaluation, cette différence n'est pas statistiquement significative dans cette étude.

Par conséquent, nous ne pouvons pas conclure que le choix des outils d'évaluation est significativement associé à la perception de qualité des outils d'évaluation par les ergothérapeutes dans cette étude. Cela signifie que, selon les résultats de l'étude, il n'y a pas suffisamment de preuves pour affirmer que le choix spécifique des outils d'évaluation a un impact significatif sur la perception de qualité de ces outils par les ergothérapeutes.

Hypothèse 6

H6 : Il existe une corrélation entre la perception d'avoir suffisamment de temps, le niveau de compétence ressenti et la perception de qualité des outils d'évaluation chez les ergothérapeutes.

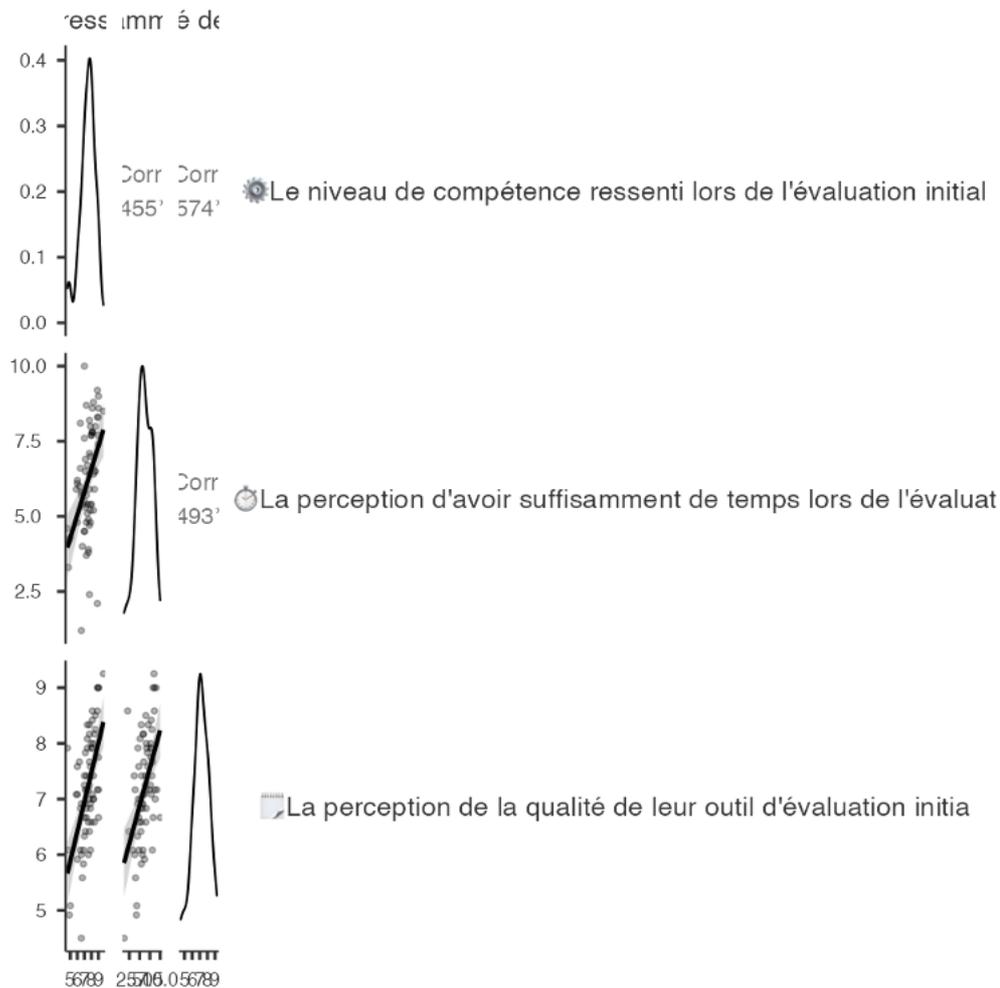
H06 : Il n'existe pas de corrélation entre la perception d'avoir suffisamment de temps, le niveau de compétence ressenti et la perception de qualité des outils d'évaluation chez les ergothérapeutes.

Matrice de corrélation

		Le niveau de compétence ressenti	La perception d'avoir suffisamment de temps	La perception de la qualité de leur outil d'évaluation
Le niveau de compétence ressenti	r de Pearson	—		
	ddl	—		
	valeur p	—		
	Borne sup de l'IC95%	—		
	Borne inf de l'IC95%	—		
	N	—		
	La perception d'avoir suffisamment de temps	r de Pearson	0.455 ***	—
ddl		68	—	
valeur p		< .001	—	
Borne sup de l'IC95%		0.623	—	
Borne inf de l'IC95%		0.246	—	
N		70	—	
La perception de la qualité de leur outil d'évaluation		r de Pearson	0.574 ***	0.493 ***
	ddl	68	68	—
	valeur p	< .001	< .001	—
	Borne sup de l'IC95%	0.713	0.653	—
	Borne inf de l'IC95%	0.392	0.292	—
	N	70	70	—

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Graphique



Nous émettons donc 3 sous hypothèse :

H6.1 : Il existe une corrélation entre le niveau de compétence ressenti et la perception de la qualité des outils d'évaluation.

H06.1 : Il n'existe pas de corrélation entre le niveau de compétence ressenti et la perception de la qualité des outils d'évaluation.

Résultats H 6.1 :

Perception (Compétence \Leftrightarrow Outils) :

Pour vérifier si une corrélation existe entre le niveau de compétence ressenti et la perception de la qualité des outils d'évaluation, nous avons examiné les coefficients de corrélation de Pearson dans le tableau ci-dessus.

Les résultats montrent une corrélation significative ($r = 0,574$, $p < 0,001$) entre le niveau de compétence ressenti lors de l'évaluation initiale et la perception de qualité des outils d'évaluation. En outre, le fait que la valeur p soit inférieure à $0,001$ indique que cette corrélation

est statistiquement significative, c'est-à-dire qu'elle est peu probable de se produire par simple hasard.

Cela indique qu'il existe une relation positive entre ces deux variables : plus les ergothérapeutes se sentent compétents lors de l'évaluation initiale, meilleure est leur perception de la qualité des outils d'évaluation.

H6.2 : Il existe une corrélation entre le niveau de compétence ressenti et la perception d'avoir suffisamment de temps pour leurs évaluations initiales.

H06.2 : Il n'existe pas de corrélation entre le niveau de compétence ressenti et la perception d'avoir suffisamment de temps pour leurs évaluations initiales.

Résultats H 6.2 :

Perception (Compétence \Leftrightarrow Temps) :

Pour vérifier si une corrélation existe entre le niveau de compétence ressenti et la perception d'avoir suffisamment de temps pour leurs évaluations initiales, nous avons examiné les coefficients de corrélation de Pearson dans le tableau ci-dessus.

Les données montrent qu'il existe une corrélation positive significative ($r = 0,455$, $p < 0,001$) entre le niveau de compétence ressenti lors de l'évaluation initiale et la perception d'avoir suffisamment de temps pour cette évaluation. Ainsi, les personnes qui se sentent plus compétentes ont tendance à estimer qu'elles disposent de plus de temps pour réaliser leur évaluation. Toutefois, il est important de souligner que cette corrélation ne démontre pas de relation de cause à effet et que d'autres facteurs pourraient également influencer cette perception.

H6.3 : Il existe une corrélation entre la perception d'avoir suffisamment de temps pour leurs évaluations initiales et la perception de la qualité des outils d'évaluation.

H06.3 : Il n'existe pas de corrélation entre la perception d'avoir suffisamment de temps pour leurs évaluations initiales et la perception de la qualité des outils d'évaluation.

Résultats H 6.3 :

Perception (Temps \Leftrightarrow Outils) :

Pour vérifier si une corrélation existe entre la perception d'avoir suffisamment de temps pour les évaluations initiales et la perception de la qualité des outils d'évaluation, nous avons examiné les coefficients de corrélation de Pearson dans le tableau ci-dessus.

Les données révèlent une corrélation positive modérée entre la perception d'avoir suffisamment de temps lors de l'évaluation initiale et la perception de la qualité des outils d'évaluation, avec un coefficient de corrélation de 0,455 et une valeur p inférieure à 0,001, ce qui est statistiquement significatif. De même, la corrélation entre la perception de la qualité des outils d'évaluation initiale et la perception d'avoir suffisamment de temps pour les évaluations

initiales est de 0,493, avec une valeur p inférieure à 0,001, également statistiquement significative.

Ces résultats suggèrent une corrélation positive modérée entre ces deux variables, mais ils soulignent également que d'autres facteurs pourraient également influencer la perception de la qualité des outils d'évaluation. Ainsi, selon les données fournies, il semble y avoir une corrélation entre la perception d'avoir suffisamment de temps pour les évaluations initiales et la perception de la qualité des outils d'évaluation.

Résultats généraux de H6 :

Les résultats suggèrent plusieurs idées importantes :

Les ergothérapeutes qui se sentent plus compétents ont tendance à percevoir les outils d'évaluation comme étant de meilleure qualité. Cela souligne l'importance de la confiance en soi et de l'expérience dans la perception de l'efficacité des outils professionnels.

Les résultats indiquent également une corrélation entre le niveau de compétence ressenti et la perception d'avoir suffisamment de temps pour les évaluations. Les ergothérapeutes qui se sentent plus compétents estiment avoir plus de temps pour effectuer leurs évaluations. Cela peut être lié à une meilleure gestion du temps ou à une efficacité accrue dans le processus d'évaluation.

La corrélation entre la perception d'avoir suffisamment de temps et la perception de la qualité des outils d'évaluation suggère que le temps peut jouer un rôle dans la façon dont les ergothérapeutes évaluent la qualité de leurs outils. Cela peut être lié à la capacité à consacrer suffisamment de temps à l'utilisation des outils, ce qui peut influencer la perception de leur efficacité.

Les résultats fournissent des preuves statistiques soutenant l'hypothèse H6 selon laquelle il existe une corrélation entre la perception d'avoir suffisamment de temps, le niveau de compétence ressenti et la perception de la qualité des outils d'évaluation chez les ergothérapeutes. Ainsi, H06, qui nie l'existence de cette corrélation, est rejetée.

Annexe 8 : Tableau de synthèse des résultats

Hypothèse	p- valeur	R de Pearson	Conclusion
H1	0,175	/	<i>Avec une valeur de p élevée supérieur à 0,05, nous ne pouvons pas rejeter l'hypothèse nulle. Cela signifie que nous n'avons pas trouvé de preuves suffisantes pour soutenir l'hypothèse alternative (H) et que nous ne pouvons pas rejeter l'hypothèse nulle (H0).</i>
H2	0,403	/	
<p>→ H1 Par conséquent, nous ne pouvons pas conclure de manière définitive que le temps disponible a un impact significatif sur la qualité globale des évaluations, dans ce contexte spécifique.</p> <p>→ H2 Par conséquent, nous ne pouvons pas conclure que le choix de l'outil d'évaluation a un impact significatif et systématique sur la qualité globale des évaluations dans ce contexte spécifique.</p>			
H3	0,295	0,127	<i>La valeur de p élevée supérieur à 0,05, indique qu'il n'y a pas suffisamment de preuves pour rejeter l'hypothèse nulle. Cela signifie que nous ne pouvons pas conclure qu'il existe une corrélation statistiquement significative entre les deux variables que nous avons comparées.</i> <i>Le coefficient de corrélation faible, proche de 0, suggère qu'il y a une corrélation très faible entre les deux variables.</i> <i>En d'autres termes, il existe une relation linéaire très limitée entre ces variables.</i> <i>Cependant, même si cette corrélation est faible, elle ne peut pas être considérée comme statistiquement significative en raison de la valeur de p élevée.</i>
H4.1	0,896	0,016	
<p>→ H3 : Par conséquent, nous ne pouvons pas conclure que la durée allouée à l'évaluation initiale par les ergothérapeutes a un impact significatif sur la perception d'avoir suffisamment de temps pour réaliser une évaluation de qualité, dans ce contexte spécifique.</p> <p>→ H4.1 : Par conséquent, nous ne pouvons pas conclure que le nombre d'années d'expérience des ergothérapeutes est un facteur déterminant dans leur perception de la qualité de l'outil d'évaluation initiale, dans ce contexte spécifique.</p>			
H4.2	0,451	/	<i>Donc, avec une valeur de p élevée supérieur à 0,05, nous ne pouvons pas rejeter l'hypothèse nulle. Cela signifie que nous n'avons pas trouvé de preuves suffisantes pour soutenir l'hypothèse alternative (H) et que nous ne pouvons pas rejeter l'hypothèse nulle (H0).</i>
H4.3	0,170	/	
H5	0,310	/	
<p>→ H4.2 : Par conséquent, nous ne pouvons pas conclure que les années d'expérience des ergothérapeutes influents de manière significative sur leur utilisation d'évaluations personnalisées dans ce contexte spécifique.</p> <p>→ H4.3 : Par conséquent, nous ne pouvons pas conclure que les années d'expérience des ergothérapeutes ont un impact significatif sur la qualité globale des évaluations dans ce contexte spécifique.</p> <p>→ H5 : Par conséquent, nous ne pouvons pas conclure que le choix des outils d'évaluation est significativement associé à la perception de qualité des outils d'évaluation par les ergothérapeutes dans ce contexte spécifique.</p>			
H6.1	<0.001	0,574	<i>La valeur de p très faible ($p < 0,001$) indique qu'il y a suffisamment de preuves pour rejeter l'hypothèse nulle. Nous pouvons donc conclure qu'il existe une corrélation statistiquement significative entre les deux variables que nous avons comparées.</i> <i>Le coefficient de corrélation modérément élevé suggère qu'il y a une corrélation positive modérée entre les deux variables. Cela signifie qu'il existe une relation linéaire relativement forte entre ces variables : lorsque l'une augmente, l'autre a tendance à augmenter également, et inversement.</i> <i>Dans ce cas, nous pouvons conclure qu'il existe une corrélation significative et modérée entre les deux variables étudiées. Cela indique qu'il y a probablement un lien ou une association réelle entre ces variables dans notre population d'étude.</i>
H6.2	<0.001	0,455	
H6.3	<0.001	0,493	
<p>→ H6.1 : Par conséquent, nous pouvons conclure que dans cette étude, il existe une relation positive significative entre le niveau de compétence ressenti lors de l'évaluation initiale et la perception de qualité des outils d'évaluation chez les ergothérapeutes, dans ce contexte spécifique.</p> <p>→ H6.2 : Par conséquent, nous pouvons conclure que dans cette étude, il existe une corrélation significative et positive entre le niveau de compétence ressenti lors de l'évaluation initiale et la perception d'avoir suffisamment de temps pour cette évaluation chez les ergothérapeutes, dans ce contexte spécifique.</p> <p>→ H6.3 : Par conséquent, nous pouvons conclure que dans cette étude, il existe une corrélation statistiquement significative et positive entre la perception d'avoir suffisamment de temps pour les évaluations initiales et la perception de la qualité des outils d'évaluation chez les ergothérapeutes, dans ce contexte spécifique.</p>			

Résumé

Introduction : L'évaluation des patients post-Accident Vasculaire Cérébrale représente un défi majeur pour les ergothérapeutes, confrontés à des contraintes de temps, des difficultés de priorisation et un manque de ressources. Cette étude vise à évaluer l'impact du temps, de l'expérience professionnelle, de la confiance des ergothérapeutes et du choix des outils d'évaluation sur la qualité des évaluations réalisées. Méthode : L'étude a été menée via un test quantitatif auprès d'ergothérapeutes travaillant en centre de rééducation avec des patients post-AVC. Des méthodes statistiques différentielles ont été employées avec l'utilisation de l'ANOVA et la corrélation de Pearson. Résultats : 70 ergothérapeutes ont participé à l'enquête. Les résultats ont révélé l'importance du sentiment de compétence dans la perception de la qualité des outils d'évaluation ($r = 0,574$, $p < 0,001$). En revanche, aucune corrélation n'a été observée entre l'expérience professionnelle des ergothérapeutes et la perception de la qualité des outils d'évaluation initiaux ($r = 0,016$, $p = 0,896$). Discussion : L'étude souligne l'importance de la perception des ergothérapeutes sur leur compétence et la qualité des outils dans l'évaluation post-AVC. Elle suggère d'investir dans la formation continue et la flexibilité dans le choix des outils pour des soins personnalisés, ouvrant ainsi de nouvelles pistes de recherche en ergothérapie.

Mots-clés : Évaluation, Outils, Ergothérapie ,AVC ,Réadaptation ,Formation ,Compétence ,Qualité ,Contrainte de temps, Approche holistique, Approche globale, Approche centrée sur la personne.

Abstract

Introduction: Evaluating post-Stroke patients poses a significant challenge for occupational therapists, who are confronted with time constraints, prioritization difficulties, and resource shortages. This study aims to assess the impact of time, professional experience, therapists' confidence, and choice of assessment tools on the quality of evaluations conducted. Method: The study was conducted using a quantitative test among occupational therapists working in rehabilitation centers with post-stroke patients. Differential statistical methods, including ANOVA and Pearson's correlation, were employed. Results: Seventy occupational therapists participated in the survey. The results revealed the importance of the therapists' perceived competence in assessing the quality of evaluation tools ($r = 0.574$, $p < 0.001$). However, no correlation was observed between therapists' professional experience and the perception of the quality of initial assessment tools ($r = 0.016$, $p = 0.896$). Discussion: The study underscores the significance of therapists' perception of their competence and the quality of assessment tools in post-stroke evaluation. It suggests investing in continuous education and flexibility in tool selection for personalized care, thereby opening up new avenues for research in occupational therapy.

Keywords: Evaluation, Tools, Occupational Therapy, Stroke, Rehabilitation, Training, Competence, Quality, Time constraints, Holistic approach, Global approach, Person-centered approach.