

Sommaire

1. Introduction	1
1.1 Emergence du thème	1
1.2 Thème général	2
1.3 Résonance du thème	3
1.3.1 Question socialement vive.....	3
1.3.2 Utilité.....	4
1.3.3 Enjeux.....	4
1.4 Revue de littérature.....	4
1.4.1 Construction de la revue de littérature.....	4
1.4.2 Apports de la démarche centrée dans la rééducation post-AVC	6
1.4.3 Limites de cette démarche avec cette population	8
1.4.4 Utilisation de modèles pour soutenir cette démarche	9
1.5 Problématique pratique.....	10
1.6 Enquête exploratoire.....	11
1.6.1 Objectifs généraux et spécifiques	11
1.6.2 Population cible et site d'exploration	12
1.6.3 Outil de recueil de données	13
1.6.4 Traitement des données recueillies.....	14
1.7 Question initiale de recherche	26
1.8 Cadre de référence	27
1.8.1 Approche centrée sur la personne.....	27
1.8.2 Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO)....	29
1.8.3 Identité professionnelle.....	31
1.8.4 Problématisation théorique	32
1.9 Question et objet de recherche.....	33
2. Matériel et méthodes	33
2.1 Choix de la méthode de recherche.....	33
2.2 Caractéristiques de la population cible.....	34
2.2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion	34
2.2.2 Sites d'exploration.....	35
2.3 Choix et construction de l'outil théorisé de recueil des données	35
2.3.1 Entretien semi-directif	35

2.3.2 Anticipation des biais	36
2.4 Déroulement de la recherche	36
2.4.1 Test de faisabilité et de validité	36
2.4.2 Déroulé de l'enquête.....	37
2.4.3 Choix des outils de traitement des données et d'analyse des résultats	38
3. Résultats	39
3.1 Description succincte de la population interrogée.....	39
3.2 Une identité professionnelle floue tendant à se renforcer	40
3.2.1 L'identité professionnelle : un concept parfois flou pour les ergothérapeutes.....	40
3.2.2 Une identité professionnelle marquée et singulière.....	40
3.2.3 Une pratique centrée sur les occupations	41
3.2.4 Le tournant apporté par l'utilisation du MCREO sur l'identité professionnelle	42
3.3 L'identification des ergothérapeutes par les autres professionnels et les usagers	44
3.3.1 Une identité professionnelle parfois difficile à maintenir	44
3.3.3 Les moyens mis en place en soutien à l'identité professionnelle des ergothérapeutes ...	45
3.4.2 Les limites du modèle et de la MCRO dans le domaine de la rééducation	47
3.4.3 La favorisation de la collaboration et de la pluridisciplinarité	48
4. Discussion des données	49
4.1 Interprétation des résultats et éléments de réponses à l'objet de recherche	49
4.2 Critiques du dispositif de recherche	52
4.3 Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle	52
4.4 Transférabilité pour la pratique professionnelle.....	53
4.5 Perspectives de recherche.....	54
4.6 Conclusion de cette recherche	54
Références bibliographiques.....	56
Annexes	61

1. Introduction

1.1 Emergence du thème

L'intérêt pour ce sujet est apparu lors de débats en cours magistral sur l'analyse d'activité en ergothérapie et son applicabilité en rééducation actuellement en France. Ces débats portaient sur l'application d'une approche centrée sur la personne et ses activités et sur le contexte actuel dans les centres de rééducation, qui semble parfois en contradiction avec la théorie enseignée lors de la formation.

Lors d'un stage en centre de rééducation dédié à la neurologie et à la traumatologie, j'ai pu remarquer que la pratique de l'ergothérapeute dans ce domaine se base généralement sur le dysfonctionnement et non sur la personne. L'exemple le plus frappant est le cas d'une patiente reçue pour la mise en place d'une prothèse d'épaule inversée. En séance, il lui était proposé des exercices avec des cônes à déplacer pour retrouver des amplitudes articulaires fonctionnelles. Les activités qu'elle réalisait avant l'opération, n'avaient pas été prises en compte lors des évaluations ou de l'intervention. Une rééducation analytique, c'est-à-dire qui propose des exercices se concentrant sur un mouvement déficitaire, lui avait été proposé en ergothérapie. La dominance du modèle biomédical dans le champ de la rééducation, même en ergothérapie est encore ancrée dans les structures (1) (2).

En théorie, lors de la formation, nous nous intéressons particulièrement au potentiel thérapeutique de l'activité. Pour cela, il est recommandé qu'une activité proposée en rééducation soit déjà intégrée dans la vie de la personne. Le fait qu'elle soit présente dans sa vie avant de venir en centre de rééducation lui permet de trouver du sens et d'être impliquée dans ses séances (3). Or, en centre de rééducation, les activités mises en place en séance ne sont pas forcément signifiantes pour la personne et la même activité peut être proposée aux personnes présentant la même pathologie. Les activités que la personne réalisait avant son entrée en centre de rééducation ne sont pas toujours exploitées lors de l'intervention en ergothérapie.

Ce point de rupture entre pratique et théorie interroge et fait émerger une problématique professionnelle qui est la suivante :

Comment faire coïncider les pratiques actuelles des ergothérapeutes français en centre de rééducation avec une pratique centrée sur la personne ?

1.2 Thème général

La thématique de recherche s'articule autour de la démarche centrée en ergothérapie, plus particulièrement de son utilisation en centre de rééducation avec des personnes ayant été victimes d'un AVC¹.

Pour aborder ce travail, différents champs pratiques et disciplinaires sont nécessaires, tels que l'ergothérapie, les sciences de l'occupation, les sciences de la réadaptation, la santé publique, la médecine ainsi que la psychologie.

Pour ce thème, il est primordial de définir ce qu'est un centre de rééducation et ce qu'est la démarche centrée sur la personne en ergothérapie.

Le centre de rééducation est défini comme un lieu prévu à la suite d'une hospitalisation dans un but de rééducation, de réadaptation et de réinsertion de personnes présentant des pathologies diverses. Les trois missions, citées précédemment, d'un centre de rééducation sont en détail :

- La rééducation pour permettre au patient de retrouver des capacités cognitives, physiques ainsi que psychologiques ;

- La réadaptation pour accompagner le patient en cas d'incapacités persistantes pour qu'il puisse s'adapter et trouver des stratégies pour pallier ces limitations ;

- La réinsertion pour permettre au patient un retour à son quotidien d'avant séjour en toute autonomie (4).

Tandis que la démarche centrée sur la personne en ergothérapie est définie selon Law (1998) comme une approche promouvant la collaboration entre l'ergothérapeute et le patient. De plus, dans cette approche, la personne devient actrice de sa prise en soin, en ayant un pouvoir de décision. L'ergothérapeute doit être attentif aux occupations importantes pour la personne ainsi que l'environnement dans lequel elle évolue. Enfin, l'accent est mis sur la relation entre le professionnel et la personne, une relation d'empathie est privilégiée (5). Selon World Federation of Occupational Therapists (WFOT), les occupations sont définies ainsi : « En ergothérapie, les occupations désignent les activités quotidiennes que les gens font en tant qu'individus, en famille et avec les communautés pour occuper leur temps et donner un sens et un but à leur vie. Les occupations comprennent les choses que les gens ont besoin de faire, qu'ils veulent faire et qu'on attend d'eux. » (6).

¹ AVC : Accident vasculaire cérébral

La population étudiée est caractérisée par des adultes ayant été victimes d'un AVC et suivant une rééducation. Le choix de cette population a été effectué car c'est une pathologie complexe, où les patients sont en demande de retrouver une autonomie et une indépendance face à leur nouvelle vie quotidienne.

Enfin, il est primordial de définir ce qu'est un AVC pour mieux comprendre la pathologie et ses conséquences. Un AVC est un déficit neurologique localisé d'apparition brutale, touchant le cerveau. Il peut être d'ordre ischémique, c'est-à-dire lorsqu'une artère du cerveau est occluse. Ou alors, il peut être de nature hémorragique, lorsqu'un saignement se produit dans le cerveau (7).

1.3 Résonance du thème

La résonance du thème se décline selon trois aspects. Le fait que l'objet d'étude soit une question socialement vive, qu'il ait une utilité socio-professionnelle et présente des enjeux pour la pratique professionnelle et son évolution ainsi que pour améliorer la qualité des prises en soin proposées aux usagers.

1.3.1 Question socialement vive

Depuis 2010 et l'arrêté pris concernant le diplôme d'Etat d'ergothérapie, la profession et rôle de l'ergothérapeute sont clairement définis. En effet, dans le référentiel de compétences de la profession, la compétence 2 « Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement » stipule que les objectifs et la prise en soin doivent se faire selon les principes d'une démarche centrée sur la personne (8). C'est-à-dire qu'ils doivent comprendre les besoins de la personne dans son environnement quotidien mais aussi utiliser des activités significatives pour la personne tout au long de la prise en soin.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié en 2020, un modèle de compétences pour les professionnels travaillant en rééducation. Ce modèle met en avant qu'il est primordial que, dans la pratique des professionnels de la rééducation, une approche centrée sur la personne et son entourage soit appliquée. Elle fait partie des compétences nécessaires à ces professionnels pour exercer (9).

Des recommandations américaines sur la prise en soin des personnes ayant été victimes d'un AVC mettent en avant qu'une intervention basée sur les activités de la personne favorise sa participation (10).

De plus, Legg et al. démontrent l'impact sur les activités de la vie quotidienne d'une prise en soin en ergothérapie basée sur les activités de la vie quotidienne pour des patients post-

AVC. L'étude relève que les patients ayant reçu une rééducation axée sur les activités de la vie quotidienne étaient plus indépendants dans celles-ci à la fin de leur prise en soin que des patients ayant reçu une rééducation standard ou aucune. Néanmoins, la disponibilité d'études sur ce sujet est encore faible ainsi que les preuves sur l'intérêt de ce type de rééducation en ergothérapie (11).

1.3.2 Utilité

Une majeure partie des ergothérapeutes en France travaillent actuellement en rééducation. En 2014, à la suite d'une étude sur 3605 ergothérapeutes, 1042 travaillaient en rééducation, soit 26,47% sur les professionnels interrogés, le pourcentage le plus important (12).

D'autre part, 72% des personnes victimes d'un AVC ont été orientées en rééducation après l'hôpital en 2017. La plupart des patients post-AVC sont donc amenés à effectuer de l'ergothérapie pour récupérer (13).

1.3.3 Enjeux

L'AVC est la première cause de handicap acquis chez l'adulte et certains conservent des séquelles importantes, entraînant une dépendance. Le nombre de personnes étant victimes d'un AVC en France est d'environ 150 000 (7). Même si une prise en soin est effectuée, la dépendance dans les activités de la vie quotidienne peut persister. En fin de séjour en rééducation, l'état de 11% des patients s'était aggravé, 37% étaient restés stables et 44 % s'étaient améliorés sur le plan de la dépendance (14). La réduction de la dépendance en fin de prise en soin est donc un véritable enjeu pour les structures.

Enfin, il existe un enjeu économique à proposer une rééducation en ergothérapie pour réduire la dépendance. En effet, à la sortie du centre de rééducation, certaines personnes sont admises en institution, ce qui entraîne un coût pour elles-mêmes ou pour leurs familles (15).

1.4 Revue de littérature

1.4.1 Construction de la revue de littérature

❖ Banques de données

Les banques de données ont été sélectionnées en fonction des champs disciplinaires sur lesquels le thème s'appuie. Les bases de données scientifiques retenues, pour la pertinence et le niveau de scientificité des écrits sur la prise en soin en ergothérapie de personnes ayant été

victimes d'un AVC sont PubMed, Science Direct ainsi que Francis and Taylor Online. Pour avoir un panel plus large d'articles et avoir accès à certains articles payants, deux autres bases de données ont été sélectionnées. Il s'agit de Google Scholar et de Summon, qui est le moteur de recherche de la bibliothèque universitaire.

D'autres bases de données n'ont pas été retenues comme Cochrane ainsi que EM Premium car elles comportaient les mêmes articles et études que d'autres bases de données sélectionnées.

❖ Mots-clefs et équation de recherche

Pour rechercher des articles pertinents par rapport au thème choisi, après la sélection des bases de données, des mots-clefs sont choisis pour ensuite réaliser l'équation de recherche.

Après différentes recherches sur les termes professionnels utilisés, les mots-clefs utilisés sont : « Occupational therapy », « client-centred approach » et « stroke ». Les mots-clefs utilisés sont uniquement en anglais. Un choix qui a été réalisé après l'essai d'une équation de recherche en français qui est : Ergothérapie AND approche centrée AND AVC. Sur les bases de données sélectionnées, seulement trois écrits sont apparus pertinents, trop peu pour mener un état des lieux sur les connaissances actuelles sur le thème. La recherche avec des mots-clefs en anglais s'est avérée plus pertinente car, à partir de l'équation de recherche, elle a permis de trouver 7588 articles ou documents.

L'équation de recherche est la suivante : « **Occupational therapy AND client-centred approach AND stroke** ». (Cf. Annexe 1).

Avant de trouver une équation de recherche efficiente, plusieurs essais ont été réalisés avec d'autres mots-clefs, tels que « client-centred practice », « rehabilitation ». Cependant, ils n'ont pas été retenus car les articles et les études trouvés étaient similaires à ceux l'équation de recherche finale.

❖ Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour le choix des articles, des filtres ont été appliqués lors des recherches avancées. Seuls les articles en anglais et en français ont été sélectionnés, mais particulièrement en anglais car la littérature sur la thématique est plus développée dans les pays nordiques et outre-Atlantique.

La plage de publication des articles s'étend de 2002 à 2020, pour éviter que des articles trop anciens soient sélectionnés, au vu de la constante évolution de la profession. De plus, le choix de 2002 a été réalisé car cette année-là, l'Association Canadienne des ergothérapeutes a réédité son livre « Enabling occupation : an occupational perspective » (16), qui préconise l'utilisation

de la démarche centrée dans la pratique en ergothérapie, plaçant le patient acteur de sa rééducation.

Concernant les critères d'inclusion, les articles devaient s'intéresser à des adultes ayant été victimes d'un AVC ainsi qu'à une rééducation utilisant les activités de la vie quotidienne dans une pratique centrée sur la personne.

Les critères d'exclusion se portaient sur les articles s'intéressant plus particulièrement à la rééducation par contrainte induite ou à la dépression post-AVC. De plus, les articles dans lesquels une réadaptation à domicile était proposée ont aussi été exclus.

❖ Articles retenus et présentation de la revue de littérature

La revue de littérature s'est construite autour de treize articles, qui proviennent de la littérature scientifique, de données professionnelles ainsi que de la littérature grise. Les articles sélectionnés sont récapitulés dans un tableau (Cf. Annexe 2).

Une fois la sélection des articles pertinents effectuée, des sous-thématiques émergent pour mieux comprendre les points de corroboration, d'opposition, de complémentation et de complétion des articles retenus. Après lecture, leurs résultats sont divisés en trois sous-thématiques : les apports de la démarche centrée auprès des patients post-AVC, ses limites et l'utilisation de modèles pour la soutenir.

1.4.2 Apports de la démarche centrée dans la rééducation post-AVC

L'intervention avec des patients post-AVC qui s'appuie sur une démarche centrée montre qu'elle a des effets positifs sur la personne pendant la rééducation et dans le retour à sa vie quotidienne par la suite.

Un programme Client Activity of Daily Living (CADL) a été mis au point pour guider la rééducation de personnes ayant subi un AVC. Il se base sur les lignes directrices de la démarche centrée sur la personne. Ce programme se découpe en neuf étapes distinctes et établies (Cf. Annexe 3) (17).

La relation thérapeutique est le point de départ pour construire une intervention centrée sur la personne. Du point de vue des ergothérapeutes, le partage d'expérience durant toute la rééducation aide à mieux comprendre la personne et ce qu'elle vit. Pour les professionnels, cette démarche permet l'élargissement des compétences relationnelles. La collaboration entre le patient et l'ergothérapeute s'établit dès la première rencontre, et par la confiance mutuelle qu'ils s'accordent. Le soutien et l'accompagnement apportés par l'ergothérapeute au travers de cette démarche est soutenant pour le patient. Néanmoins, le rôle de la relation varie en fonction

de chaque patient et de ce qu'il rencontre en rééducation. De plus, la relation se construit aussi en laissant le patient choisir les activités qu'il souhaite effectuer en séance, l'adaptabilité du thérapeute est donc nécessaire. Enfin, le partage des connaissances qu'à l'ergothérapeute, à son patient semble primordial pour que la personne comprenne sa situation et puisse être actrice de sa rééducation (18) (19).

Un autre apport clé de la démarche centrée sur la personne dans la rééducation post-AVC est qu'elle facilite l'engagement du patient. En effet, la définition conjointe des objectifs avec le thérapeute permet au patient de trouver une motivation dans sa rééducation et de mieux s'y engager. Le fait de rédiger ses objectifs en collaboration semble être un moteur pour l'avancée dans la rééducation. L'atteinte de ces objectifs est perçue comme un défi et motive la personne. Le patient devient acteur de sa prise en soin et peut décider par lui-même de ce qu'il veut et souhaite (20) (21). Cependant, la définition des objectifs permet l'engagement mais peut être difficile au début pour la personne, car cela peut paraître abstrait (21). L'entourage peut aussi être consulté dans la rédaction des objectifs, cela permet à la personne de s'impliquer davantage dans l'intervention (22).

L'utilisation de la démarche centrée permet d'améliorer l'état émotionnel des patients post-AVC. En effet, le groupe ayant reçu une intervention CADL a un score sur le versant émotionnel plus élevé par rapport au groupe témoin. Une explication pourrait être le fait que les expériences, les souhaits sont pris en compte. De plus, l'utilisation d'activités significatives améliore positivement la perception de l'état de santé de la personne (17) (23). La relation thérapeutique pourrait aussi être une explication car celle-ci apporte du soutien et de l'espoir au patient (19).

La démarche centrée sur la personne améliore le transfert des acquis effectués en rééducation, lors de la sortie. L'utilisation en rééducation des activités que la personne effectuait avant l'AVC et qu'elle souhaite refaire, lui permet de trouver des stratégies pour effectuer ses activités dans sa vie quotidienne (21). De plus, une personne ayant suivi une rééducation utilisant la démarche centrée est capable de faire ses propres choix dans sa vie quotidienne, d'agencer ses activités comme elle le souhaite (23). Proposer une démarche centrée sur la personne dans une prise en soin post-AVC semble améliorer la participation aux activités de la vie quotidienne (AVQ), en dehors de la rééducation. En utilisant dans la rééducation des activités qui ont du sens pour la personne, l'autonomie dans les AVQ et la participation sociale sont améliorées une fois celle-ci terminée. (20) (24). Enfin, un an après la rééducation, malgré une faible différence entre le groupe témoin et le groupe d'intervention CADL, le changement sur la participation est plus important. Comme vu précédemment, cela pourrait être expliqué

par le fait que les personnes ayant reçu cette intervention ont des meilleures capacités de résolution de problèmes dans leur vie quotidienne (25).

La démarche centrée sur le patient permet d'améliorer certaines composantes chez une personne ayant subi un AVC. Elle permet notamment d'améliorer le ressenti sur l'AVC, sur la rééducation reçue. Néanmoins, des limites à proposer cette démarche existent avec cette population.

1.4.3 Limites de cette démarche avec cette population

Tout d'abord, les résultats à court terme n'indiquent pas de différences sur l'autonomie entre une groupe ayant reçu une intervention centrée sur le patient et un groupe témoin. Trois mois après le début de la rééducation en ergothérapie, l'évaluation de la participation ainsi que l'indépendance aux AVQ entre les deux groupes ne permet pas de déceler de différences significatives en faveur d'une démarche centrée sur la personne dans une rééducation post-AVC. Au bout de trois mois, ces patients ne peuvent pas agencer leurs occupations comme ils le souhaitent. Une explication à ce manque de différence pourrait être le fait que les personnes recevant une démarche centrée ont plus conscience de leur difficulté, ce qui abaisse les résultats aux évaluations sur la participation aux AVQ (17) (25).

Du côté des ergothérapeutes, malgré la revendication que la profession soit centrée sur le patient, l'adhésion n'y est pas systématique. De nombreux professionnels objectent l'utilisation de cette démarche alors qu'elle n'est pas toujours optimale (26). De plus, l'intégration de cette démarche est progressive et il demeure un manque de connaissances à son égard. Une formation spécifique à cette démarche est souvent nécessaire pour que les professionnels puissent ensuite la pratiquer correctement (17) (18). Il faut du temps aux ergothérapeutes pour maîtriser parfaitement cette démarche et pour pouvoir l'appliquer.

Une autre limite rencontrée par les ergothérapeutes lors de la mise en place de ce genre d'intervention est le contrôle de celle-ci. En effet, dans la démarche centrée sur la personne, le patient doit avoir le pouvoir de décision. Se pose alors la question de la perte de contrôle par le professionnel : le fait de transférer le contrôle pour que le patient soit acteur de sa prise en soin et décide de ce qu'il veut peut s'avérer complexe (18). Le rapport patient-professionnel peut poser un problème, car le professionnel ne se dresse plus alors en expert par rapport au patient, ce qui peut être difficile pour certains professionnels. C'est la raison pour laquelle les patients sont parfois mis de côté dans les prises de décisions les concernant (19) (26). Il peut également se révéler difficile de respecter les objectifs qu'une personne définit par elle-même (27).

De plus, il paraît encore difficile de prendre en compte la personne dans sa globalité. C'est-à-dire que les expériences et ressentis de la personne sont parfois négligés et que les temps d'échange sont restreints. Comme vu dans la partie précédente, la relation entre le thérapeute et le patient est à la base de la démarche centrée, ce manque d'échange peut donc perturber l'application de cette démarche (19). Le temps de partage nécessaire entre le thérapeute et son patient peut aussi être un frein à l'application de la démarche centrée. En effet, pour comprendre toutes les interactions de la personne avec son milieu et ses activités, des temps d'échange sont nécessaires et peuvent ne pas être possibles, notamment à cause du milieu structurel. Malgré le bénéfice de ce partage dans la rééducation et pour la relation, celui-ci est négligé (18) (27).

Enfin, la démarche centrée sur la personne semble être moins aisée à mettre en place dans certains contextes avec les patients post-AVC. Gustavsson et al. (24) montrent que la démarche centrée semble plus efficace dans le domaine de la participation après rééducation pour les AVC modéré à sévère. La démarche centrée impacterait donc la perception de l'AVC dans les activités de la personne. À l'inverse, pour des AVC légers, cette démarche ne montre pas de résultats significatifs. Les troubles associés à l'AVC peuvent compromettre l'application d'une démarche centrée. Cette intervention qui demande au patient de fixer ses objectifs en fonction de ses difficultés, celles-ci ne sont pas systématiquement perçues. Des difficultés de communication ou des troubles cognitifs représentent un frein pour suivre cette démarche. Un travail en amont de la part du thérapeute est nécessaire pour que la personne se fixe des objectifs réalistes tout en respectant ses demandes et besoins (18) (20).

Des limites semblent donc émerger lors de l'application d'une démarche centrée sur la personne, dues à des barrières institutionnelles, professionnelles, relationnelles ou encore provenant du patient. Néanmoins, des modèles conceptuels en ergothérapie peuvent soutenir l'application de cette démarche.

1.4.4 Utilisation de modèles pour soutenir cette démarche

Certains modèles conceptuels en ergothérapie, tels que le MOH² ou le MCREO³ permettent de suivre une démarche centrée sur la personne et sur les activités qui sont importantes.

Au Japon, Shinohara et al. (28) utilisent une intervention basée sur le MOH avec des patients post-AVC. Le groupe expérimental recevant l'intervention basée sur le MOH s'est significativement améliorée dans les scores d'indépendance dans les activités de la vie

² MOH : Modèle de l'occupation humaine

³ MCREO : Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel

quotidienne. L'utilisation du MOH par rapport à une intervention classique de rééducation apporte de meilleurs résultats concernant les résultats aux AVQ après 3 mois de rééducation. Par l'utilisation de ce modèle, la qualité de vie⁴ des patients ainsi que la perception de leur santé post-AVC sont améliorées.

Un autre modèle qui soutient l'application de la démarche centrée sur la personne est le MCREO. Notamment grâce aux outils de ce modèle qui permettent d'établir une relation en connaissant mieux le patient sur ses attentes et sur les activités qui sont importantes pour lui. Ces outils d'évaluation permettent aussi au patient de mieux comprendre le rôle de l'ergothérapeute dans sa rééducation mais aussi de soutenir son engagement tout au long de celle-ci. Ils sont vecteurs d'une collaboration entre le patient et son thérapeute. En plus de l'accès à la relation, les outils du MCREO favorisent la détermination d'objectifs en rapport avec ce que le patient attend. Par ce moyen, les patients sont acteurs de leur rééducation en prenant des décisions qui les concernent. L'utilisation de la MCRO⁵ amène donc les ergothérapeutes à suivre une démarche centrée sur leurs patients (20) (23) (27). Lors de la réévaluation, les scores de la MCRO augmentent et le patient atteint la majorité de ces objectifs (29).

1.5 Problématique pratique

L'analyse critique permet de faire émerger un grand nombre de questionnements sur l'intérêt que les ergothérapeutes portent à cette démarche mais aussi à leur manque de connaissance à ce sujet, ainsi qu'à la place de l'institution dans cette démarche :

-Le manque de connaissance des ergothérapeutes sur cette pratique est-elle un frein à sa mise en place en rééducation ?

-Pourquoi les ergothérapeutes ne sont-ils pas systématiquement dans une démarche centrée ?

-Tous les ergothérapeutes travaillant en SSR⁶ connaissent-ils la démarche centrée sur la personne ?

-En quoi la démarche centrée sur la personne et ses activités permettrait-elle de renforcer la place de l'ergothérapeute en SSR ?

⁴ Qualité de vie (World Health Organization, 1993) : « La qualité de vie est définie comme la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est donc un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation au éléments essentiels de son environnement. »

⁵ MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

⁶ SSR : Soins de suite et de réadaptation

-Les institutions/structures jouent-elles un rôle dans le fait que la démarche centrée n'est pas toujours appliquée ?

Ensuite d'autres interrogations sont apparues, notamment sur le rôle des modèles conceptuels en ergothérapie dans la démarche centrée sur la personne :

-L'utilisation de certains outils d'évaluation promeut-elle une pratique centrée sur la personne et ses activités ?

-La définition conjointe d'objectifs est-elle le point de départ à une démarche centrée ?

-L'utilisation généralisée du MOH avec les patients post-AVC est-elle la clé pour rendre le patient acteur de sa rééducation ?

-L'utilisation de la MCRO peut-elle être le point de départ à l'adoption d'une démarche centrée sur la personne et ses activités ?

-L'utilisation de n'importe quel modèle conceptuel en ergothérapie permet-elle d'adopter une démarche centrée sur la personne ?

Une nouvelle problématisation pratique arrive après l'analyse critique de la revue de littérature ainsi que les questionnements suscités, à savoir :

Comment l'utilisation de modèles conceptuels en centre de rééducation peut-elle soutenir les ergothérapeutes français à proposer une pratique centrée sur le patient post-AVC ?

1.6 Enquête exploratoire

1.6.1 Objectifs généraux et spécifiques

L'enquête exploratoire intervient après la définition de la problématique pratique. Dans le cadre de ce mémoire, ses objectifs généraux sont :

- Confronter l'état des lieux de la littérature aux pratiques actuelles sur le terrain
- Juger la pertinence et la vivacité des questionnements autour de cette pratique
- Pallier à des études insuffisamment ciblées sur les pratiques en France
- Etayer la matrice théorique en termes de concepts, ouvrages ou encore auteurs

Des objectifs spécifiques sont aussi définis pour comprendre ce que vise cette enquête exploratoire :

- Décrire la population d’ergothérapeutes français travaillant en centre de rééducation
- Comprendre le type de rééducation proposée aux patients post-AVC par les ergothérapeutes français
- Savoir si la démarche centrée sur la personne est une notion maîtrisée par les ergothérapeutes
- Connaitre leur ressenti par rapport à cette démarche et sa mise en place
- Identifier les freins à son utilisation en institution
- Comprendre si actuellement des ergothérapeutes utilisent des modèles conceptuels en ergothérapie et leurs apports

1.6.2 Population cible et site d’exploration

La population ciblée par cette enquête est les ergothérapeutes français, travaillant en SSR⁷ ou en CRF⁸ depuis au moins six mois pour qu’ils puissent justifier d’une expérience professionnelle. Ces professionnels doivent, dans leur pratique, obligatoirement prendre en soin des personnes ayant été victimes d’un AVC.

La population choisie doit travailler en France, cela permettra d’avoir un large panel des pratiques qui se font sur le territoire et d’avoir une représentation de ce que la démarche centrée sur la personne et ses occupations représente pour les ergothérapeutes français.

Pour contacter les ergothérapeutes travaillant en CFR ou en SRR, les ressources disponibles à l’IFE⁹ comme les adresses mails des terrains de stage en SSR et en CRF sont utilisées, mais aussi des recherches documentaires et des groupes sur les réseaux sociaux.

Concernant la réglementation encadrant les recherches en ergothérapie, cette enquête exploratoire s’intéresse à des ergothérapeutes. Néanmoins, elle a pour visée de mieux comprendre la pratique de ces professionnels, « elle implique des personnes humaines mais n’est pas réalisée sur des personnes » (30) . Au regard de la Loi Jardé, elle n’est pas effectuée directement sur des personnes. Cette enquête exploratoire est donc « hors Loi Jardé » (30). Les personnes interrogées seront libres de répondre et leur consentement sera demandé au début de l’enquête.

⁷ SSR : Soins de suite et de réadaptation

⁸ CRF : Centre de rééducation fonctionnelle

⁹ IFE : Institut de Formation en Ergothérapie

1.6.3 Outil de recueil de données

❖ Choix de l'outil de recueil de données

L'outil de recueil de données choisi pour réaliser l'enquête exploratoire est le questionnaire, car il permet d'obtenir un grand nombre de réponses sur des pratiques actuelles. De plus, grâce à cet outil, la diffusion à grande échelle est possible et le nombre de participants est plus représentatif. Le questionnaire prend peu de temps à remplir, et il permet une flexibilité jusqu'à sa date de fermeture (31). Enfin, cet outil permet de garantir l'anonymat des participants.

❖ Biais et stratégies pour les atténuer

Comme tous outils de recueil de données, le questionnaire comprend des biais dont il faut avoir conscience pour les atténuer par des moyens précis.

Biais	Types de biais	Stratégies pour les atténuer
Biais méthodologiques	<ul style="list-style-type: none"> -Recueil de données insuffisant -Questions trop longues -Nombre trop important de questions ouvertes -Population sondée non représentative 	<ul style="list-style-type: none"> -Elaborer une stratégie de diffusion précise -Rédiger des questions claires et sans ambiguïté -Prendre le temps de réaliser une matrice et faire tester le questionnaire -Avoir des informations sur la population répondante
Biais cognitifs	<ul style="list-style-type: none"> -Questionnaire trop long -Utilisation de termes complexes, non adaptés 	<ul style="list-style-type: none"> -Faire tester le questionnaire préalablement -Limiter à 45 minutes maximum le temps de remplissage du questionnaire
Biais motivationnel	-Confirmation des hypothèses de l'enquêteur	-S'appuyer sur des écrits pour formuler les questions
Biais sur le contrôle des participants	-Echantillonnage non probabiliste dû au mode de diffusion	-Enoncer les critères dans le descriptif pour répondre au questionnaire

	-Participants n'ayant pas accès aux réseaux sociaux	-Adresser le questionnaire via les réseaux sociaux et par mail
Effet de halo	-Réponse induite par les questions précédentes	-Aller de la question la plus générale à la question plus spécifique
Effet de primauté	-Participant s'attachant à une partie spécifique du questionnaire	-Répartir les questions de manière logique

❖ Déroulement de l'enquête

L'enquête se déroule en plusieurs temps. D'abord, le temps de la construction du questionnaire, qui doit répondre aux objectifs préalablement définis, est faite par le biais d'une matrice (Cf. Annexe 4). Celle-ci doit être ensuite validée et modifiée, en cas de besoin.

La mise en forme du questionnaire est réalisée avec GoogleForm®, puis il est envoyé à un petit échantillon d'ergothérapeutes travaillant en CRF avec des patients post-AVC, pour le tester.

Dans un même temps, des recherches sont effectuées pour obtenir les informations de contacts de la population cible. Lorsque le test a été effectué, le questionnaire est diffusé à une liste de contacts par mail mais aussi sur les réseaux sociaux, via des groupes d'ergothérapie. L'échantillonnage représentatif est ici utilisé, pour sélectionner les ergothérapeutes ayant les caractéristiques pour répondre au thème.

Le questionnaire a été refermé après deux semaines. Après le recueil de toutes les réponses, celles-ci sont analysées et traitées.

1.6.4 Traitement des données recueillies

Cinquante-trois réponses au questionnaire ont été obtenues. Les données recueillies sont traitées grâce à un tableau Excel®. Les questions à choix unique ou à choix multiples sont codées, entrées dans un tableau, puis analysées sous forme de graphiques. Quant aux questions ouvertes, elles sont traitées de façon manuelle, grâce aux répétitions d'idées et de mots, elles pourront être présentées sous la forme de nuage de mots.

❖ Consentement

Toutes les personnes ayant répondu ont préalablement accepté de répondre au questionnaire et été informées qu'il était anonyme.

❖ Renseignements sur la population

Les cinquante-trois ergothérapeutes ayant participé au questionnaire ont obtenu leur diplôme entre 1981 et 2020. La moyenne de l'année d'obtention du diplôme d'Etat est 2008.

Le tableau suivant présente plus en détail les caractéristiques des ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire.

Figure 1 : Tableau démographique sur les participants au questionnaire

Caractéristiques		n	n(%)
Profession	Ergothérapeutes	53	100%
Année d'obtention du diplôme	1980-1990	5	9%
	1991-2000	8	15%
	2001-2010	13	25%
	2011-2020	27	51%
Lieux d'exercice	SSR	38	71%
	CRF	15	29%
Professionnels utilisant des modèles conceptuels		20	38%
Année d'obtention du diplôme des professionnels utilisant des modèles conceptuels	1980-1990	2	10%
	1991-2000	2	10%
	2001-2010	5	25%
	2011-2020	11	55%

A la suite des réponses obtenues sur les informations générales, des questionnements émergent.

La majorité des ergothérapeutes prenant en soin des personnes post-AVC travaille-t-elle en SSR ? Quelle est la différence entre les interventions des ergothérapeutes de ces deux types de structures ? L'utilisation de modèles conceptuels est-elle plus répandue en SSR ou CRF ?

❖ Prise en soin

Question 1 : Prenez-vous en soin des personnes ayant été victimes d'AVC ?

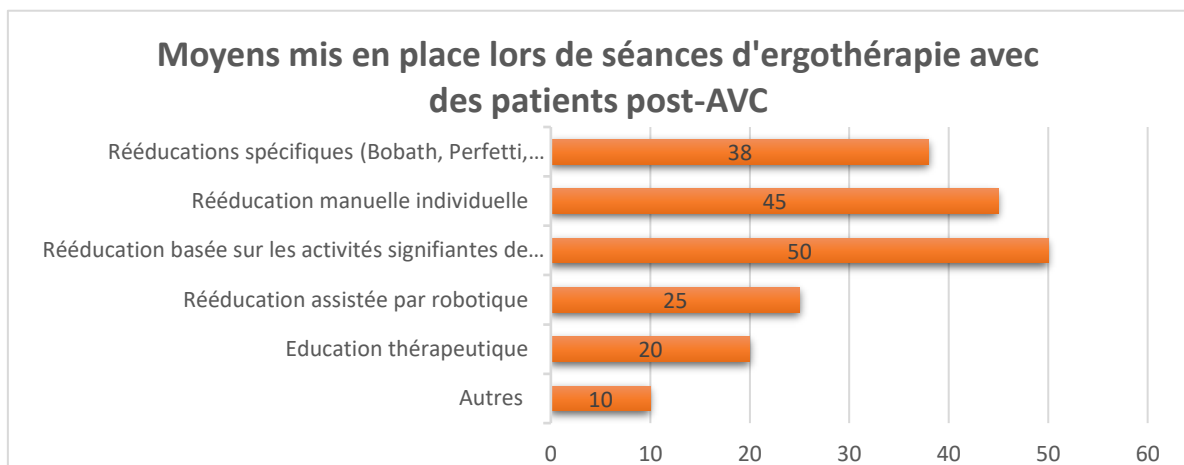
Les 53 ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire prennent tous en soin des personnes ayant été victimes d'un AVC.

Question 2 : En général, que proposez-vous à vos patients en rééducation post-AVC ?

Dans cette question différentes variables étaient proposées : « rééducations spécifiques (Bobath, Perfetti...) », « rééducation manuelle individuelle », « rééducation assistée par robotique », « rééducation basée sur les activités significantes de la personne », « éducation thérapeutique du patient » et « autres ». Plusieurs choix à cette question étaient possibles.

94% des répondants (50/53) déclarent mettre en place une rééducation basée sur les activités significantes de la personne. Parmi les techniques de rééducation, d'autres moyens sont aussi utilisés : la rééducation manuelle individuelle (45/53) mais aussi d'autres techniques de rééducation, telles que la robotique (25/53), des techniques spécifiques (38/53) comme Bobath ou encore Perfetti, ou encore l'éducation thérapeutique du patient (20/53). Dans la catégorie « autres », certains ergothérapeutes (10/53) signalent qu'ils emploient la thérapie miroir, la rééducation cognitive ou encore les aménagements du domicile (Cf. Figure 2).

Figure 2 : Graphique des différents moyens mis en place lors de séances de rééducation avec des patients post-AVC



Quelles sont généralement les activités significantes utilisées avec cette population lors de la rééducation ? Quelles activités sont utilisées lors de l'utilisation de moyens de rééducation, telles que les rééducations spécifiques ou assistée par robotique ? Quel est le lien entre la rééducation basée sur les activités significantes et les autres moyens de rééducation ? Que veut dire activités significantes pour les ergothérapeutes interrogés ?

Généralement, les ergothérapeutes interrogés (50/53) déclarent mettre en place en même temps différents moyens de rééducation dans leur intervention avec des personnes ayant été victimes d'un AVC.

Figure 3 : Tableau sur la répartition du nombre de moyens de rééducation utilisés au cours d'une intervention par les ergothérapeutes interrogés avec des patients post-AVC

Nombre de moyens de rééducation utilisés	n	n(%)
1	3	6%
2	8	15%
3	12	22%
4	18	34%
5	10	19%
6 et plus	2	4%

Quel est l'apport de combiner plusieurs moyens de rééducation ? Quel est l'impact de l'utilisation d'activités significantes sur la rééducation ?

Question 3 : Si vous utilisez des activités significantes, comment déterminez-vous celles à mettre en place ?

Pour déterminer les activités significantes à mettre en place lors de la rééducation de la personne, 50/53 ergothérapeutes font appel à un entretien avec la personne. Plus de la moitié des ergothérapeutes (29/53) utilisent un entretien avec la famille pour mieux connaître les activités d'une personne. Près de la moitié des participants les déterminent par le biais de bilans, tels que la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel ou encore le Profil occupationnel. Ces bilans permettent de recueillir les activités importantes pour la personne mais aussi les difficultés qu'elle rencontre dans celles-ci à un instant précis.

Un ergothérapeute mentionne aussi utiliser les informations dont l'équipe pluridisciplinaire dispose sur la personne.

Les ergothérapeutes utilisent le plus souvent (40/53) plusieurs outils tels que l'entretien avec le patient et l'entretien avec la famille pour connaître les activités significantes d'une personne. 10 ergothérapeutes relèvent s'appuyer uniquement sur l'entretien avec la personne pour connaître les activités qui sont importantes pour elle.

Quelles informations supplémentaires les outils issus des modèles conceptuels permettent-ils de recueillir ?

❖ Démarche centrée

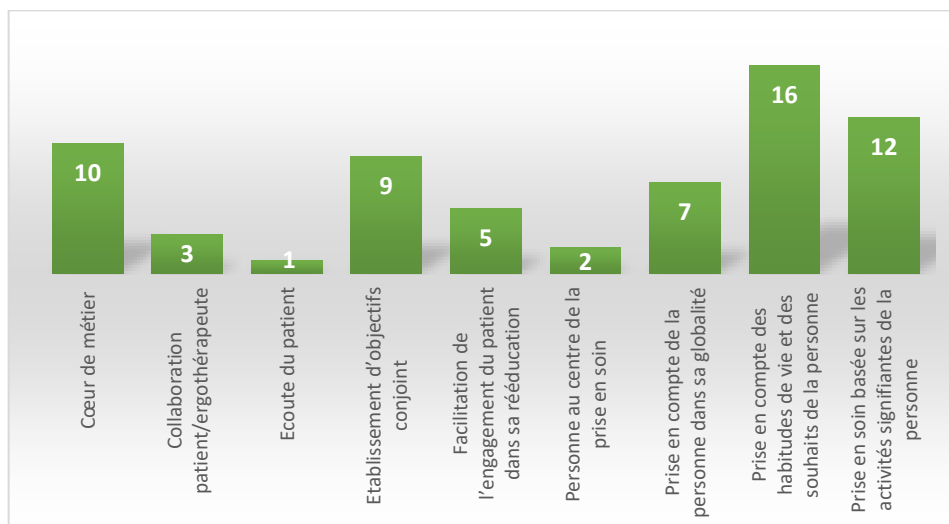
Question 4 : Comment définiriez-vous la démarche centrée sur la personne et ses occupations en ergothérapie ?

Figure 4 : Nuage de mots à la question « Comment définiriez-vous la démarche centrée sur la personne et ses occupations en ergothérapie ? » de l'enquête exploratoire



Pour les participants les habitudes de vie et les souhaits du patient doivent être pris en compte dans cette démarche, tout comme les activités que la personne réalise dans son quotidien. Ils relèvent aussi qu'en tant que thérapeutes, ils doivent s'adapter aux besoins et attentes de la personne et non à leurs objectifs de rééducation pour cette personne, une collaboration est nécessaire entre les deux. D'après les ergothérapeutes interrogés, la démarche centrée sur la personne et ses occupations est associée à la phase de définition des objectifs en collaboration avec la personne. 19% des ergothérapeutes (10/53), dans la définition qu'ils en donnent, insistent sur le fait que la démarche centrée est le cœur de la profession et est primordiale. Trois ergothérapeutes n'ont pas donné de réponse à cette question.

Figure 5 : Graphique sur les critères cités par les ergothérapeutes français dans leur définition
de la démarche centrée sur la personne et ses occupations



La définition donnée par les ergothérapeutes est-elle en accord avec les définitions sur la démarche centrée sur la personne et ses occupations ? Dans les structures la démarche centrée sur la personne respecte-elle tous ces critères prédéfinis ?

Question 5 : Discutez-vous systématiquement des objectifs de rééducation avec vos patients post-AVC ?

La majorité des ergothérapeutes (47/53) discute des objectifs de rééducation avec leurs patients post-AVC. 6 ergothérapeutes sur 53 ne discutent pas systématiquement des objectifs avec leurs patients.

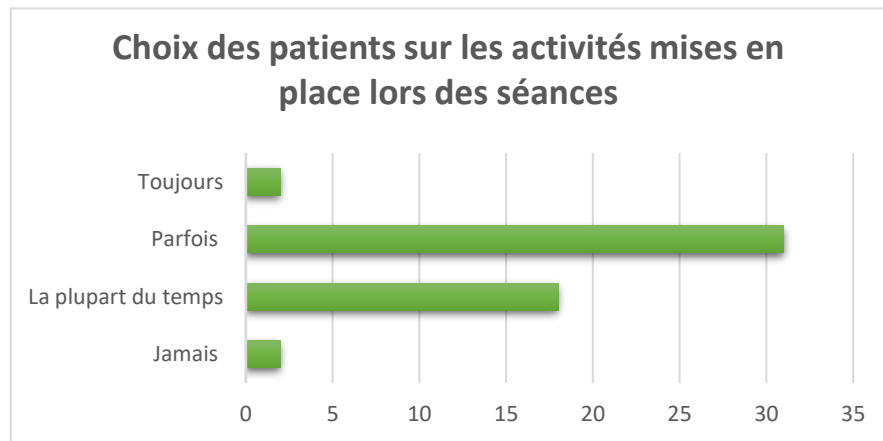
Question 6 : Si non, pourquoi ?

Les six ergothérapeutes ne discutant pas systématiquement des objectifs, évoquent différentes raisons ; des objectifs non réalisables dans la structure, que la personne n'est pas en mesure de d'évoquer ses problématiques ou encore les troubles cognitifs.

Question 7 : Lors de la mise en place des séances, vos patients peuvent-ils choisir les activités qu'ils vont réaliser ?

Concernant le choix des patients sur leurs activités en séance, 49 ergothérapeutes sur 53 indiquent laisser la plupart du temps ou parfois le choix des activités. Deux ergothérapeutes mentionnent toujours laisser choisir leurs patients. Enfin, deux ergothérapeutes déclarent ne jamais laisser choisir leurs patients sur les activités mises en place en séance.

Figure 6 : Graphique de la fréquence à laquelle les patients peuvent choisir leurs activités



Pourquoi les choix des activités par le patient n'est pas systématique ? Qu'est ce qui peut être un frein à ce processus ?

Question 8 : Arrivez-vous à partager le pouvoir décisionnel avec vos patients lors de l'intervention ?

Une large majorité d'ergothérapeutes (50 sur 53) déclarent partager le pouvoir décisionnel avec leurs patients post-AVC. 3 ergothérapeutes n'arrivent pas à partager celui-ci avec leurs patients.

Comment est défini le partage du pouvoir décisionnel par les répondants ? Pourquoi sur le versant des séances les patients n'ont-ils pas le choix de leurs activités généralement ? Comment prendre en compte les souhaits du patient sur les séances proposées ?

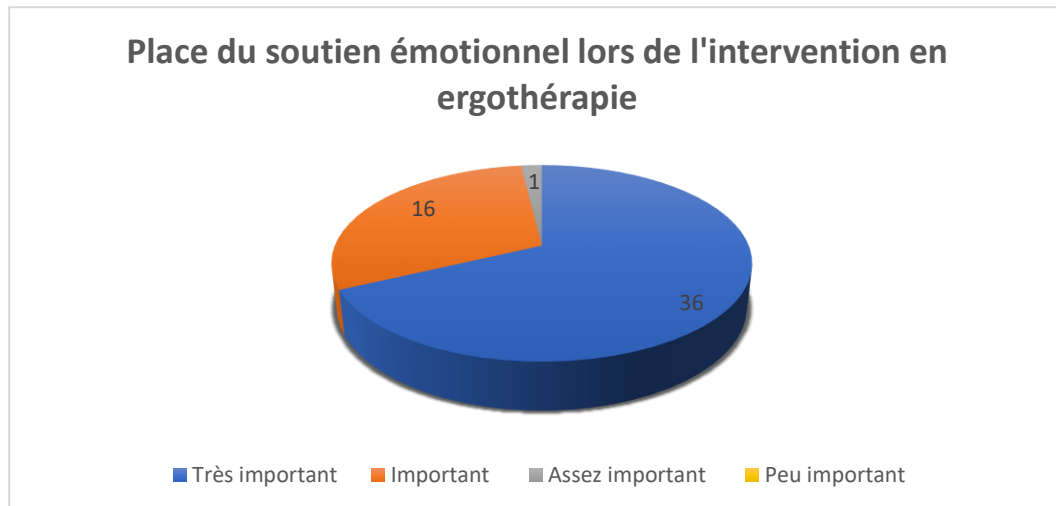
Question 9 : Si non, pourquoi ?

Les trois ergothérapeutes qui n'arrivent pas à partager le pouvoir décisionnel évoquent le fait que les patients ne voient pas toujours le bénéfice des activités de rééducation mais aussi que des contraintes structurelles et environnementales influent sur ce partage. De plus, un ergothérapeute souligne le fait que les troubles cognitifs impactent aussi le partage du pouvoir entre le patient et le thérapeute.

Question 10 : Quelle place accordez-vous au soutien émotionnel, tout au long de l'intervention ?

52 accordent ergothérapeutes une place importante au soutien émotionnel, voire très importante pour 36 d'entre eux. Un ergothérapeute mentionne accorder une place assez importante au soutien émotionnel. Aucun des répondants n'accorde aucune place au soutien émotionnel tout au long de la prise en soin.

Figure 7 : Graphique sur la place du soutien émotionnel lors de l'intervention en ergothérapie avec des patients post-AVC



Question 11 : Lors des séances, mettez-vous en place des mises en situation écologiques ?

Lors des séances d'ergothérapie avec des patients post-AVC, la majorité des professionnels (52/53) disent mettre en place des mises en situation écologiques. Un ergothérapeute n'utilise pas, dans sa prise en soin, de mises en situation avec ce public.

*Dans quel type de lieu les mises en situations écologiques sont-elles mises en place ?
L'environnement est-il adapté ou reproduit-il l'environnement physique de la personne ?*

Question 12 : Connaissez-vous des freins à suivre cette démarche ?

La plupart des professionnels (50/53) spécifient que des freins apparaissent dans le suivi d'une démarche centrée.

Les freins les plus récurrents au fait d'être centré sur la personne et ses occupations en rééducation sont institutionnels (40/53) mais aussi liés aux troubles associés à l'AVC (34/53). Deux ergothérapeutes relèvent avoir un manque de connaissance sur la démarche centrée et ses principes.

Les ergothérapeutes qui connaissent d'autres freins que ceux proposés, en citent différents : « apathie », « manque de matériel », « incompréhension des objectifs du patient lorsqu'ils ne sont pas les mêmes que ceux des soignants », « manque de temps », « aidants principaux de la personne ».

3 ergothérapeutes sur 53 déclarent ne pas être confrontés à des freins pour suivre une démarche centrée sur la personne et ses occupations.

Comment les freins peuvent-ils être diminués ? Quels moyens pourraient-ils être utilisés par les ergothérapeutes ?

❖ Modèles conceptuels

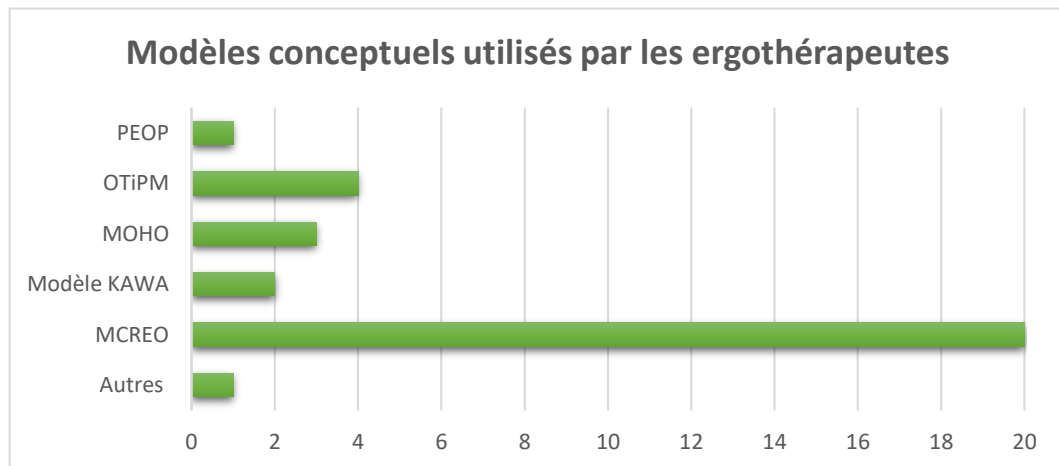
Question 13 : Dans votre pratique, vous appuyez-vous sur des modèles conceptuels en ergothérapie (ex : MOHO, MCREO...) ?

38% des ergothérapeutes interrogés (20 /53), soit moins de la moitié utilisent dans leur pratique des modèles conceptuels en ergothérapie.

Question 14 : Si oui, le(s)quel(s) ?

Le modèle le plus répandu est le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO). Il est utilisé par tous les répondants (20/53). Le second modèle le plus utilisés par les répondants est l'Occupational Therapy Intervention Process Mode (OTiPM) (4/20), qui est un modèle de processus d'intervention en ergothérapie. Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) est utilisé par 3 ergothérapeutes. Les autres modèles utilisés mais moins répandus sont le modèle KAWA et le modèle Personne-Environnement-Occupation Performance (PEOP).

Figure 8 : Graphique sur l'utilisation des modèles conceptuels en ergothérapie par les répondants



Pourquoi le MCREO est-il le modèle le plus répandu ? Qu'apporte-t-il spécifiquement aux ergothérapeutes l'utilisant ? Pourquoi les autres modèles conceptuels sont-ils moins répandus ?

Un ergothérapeute mentionne aussi s'appuyer sur la MHAVIE qui est un questionnaire visant à connaître les habitudes de vie d'une personne et non un modèle conceptuel en ergothérapie. C'est un bilan tiré du modèle du Processus de Production du Handicap (PPH).

9 ergothérapeutes sur 20 utilisent plusieurs modèles différents dans leur pratique et intervention.

Question 15 : Si vous les utilisez, qu'apportent-ils dans votre pratique ?

Les participants utilisant des modèles conceptuels soulignent que ceux-ci apportent une ligne conductrice tout au long de l'intervention et qu'ils permettent de mieux cerner les besoins et attentes de la personne. Les professionnels mentionnent aussi que les modèles conceptuels permettent de connaître les activités importantes pour la personne ainsi que son inclusion dans la rééducation.

Un ergothérapeute relève aussi que les modèles conceptuels permettent de justifier l'intervention en ergothérapie.

Quelles aides les modèles conceptuels apportent-ils en plus de la connaissance des activités de la personne ? En quoi les modèles permettent-ils de justifier l'intervention en

ergothérapie ? Par quels moyens ? Pourquoi plus de la moitié des ergothérapeutes répondants n'utilisent pas de modèles conceptuels dans leur pratique ?

❖ Autres remarques

Certains ergothérapeutes relèvent que l'adhésion du patient est primordiale. Or, les patients ont encore une vision du thérapeute comme expert, ce qui entrave la mise en place de cette démarche. Certaines personnes ayant répondu au questionnaire pensent qu'une formation est nécessaire pour utiliser les modèles conceptuels et qu'il existe encore un manque de connaissance sur ceux-ci.

❖ Limites de l'enquête exploratoire

Quelques ergothérapeutes ont mentionné à la fin du questionnaire, qu'ils n'avaient pas compris certaines questions, notamment celles sur la démarche centrée. La définition de la démarche centrée sur la personne et ses occupations, a mis certains en difficulté pour y répondre. Cela peut être expliqué par le fait que la question était ouverte.

Un des biais apparus à la suite de l'enquête exploratoire réside dans la signification des activités significantes. En effet, tous les professionnels répondants n'ont pas la même définition de ce terme. Un énoncé de question plus précis sur les activités significantes aurait été souhaitable. Les données recueillies sur cet item ont été difficilement traitables, elles ne sont pas représentatives des pratiques qui se font en SSR ou en CRF en France.

Un autre biais à prendre en compte dans cette enquête exploratoire est le fait que l'échantillon soit non-probabiliste. En effet, les répondants ne sont pas représentatifs de toutes les pratiques qui se font actuellement en rééducation car l'enquête s'adressait uniquement à ceux qui se sentent concernés par la démarche centrée sur la personne.

Le faible taux de réponse à l'enquête exploratoire, et le fait que l'échantillon des répondants est non-probabiliste, ne permettent pas une généralisation des résultats.

❖ Confrontation avec la revue de littérature

Les réponses à l'enquête exploratoire permettent de faire du lien avec la revue de littérature, en validant ou non certaines données de cette dernière au niveau des ergothérapeutes français interrogés. Cette confrontation permet aussi d'aborder des notions qui n'avaient pas été explorées dans la revue de littérature, et donc d'alimenter la problématique pratique et de cheminer jusqu'à une question initiale de recherche.

Des axes de corroboration apparaissent entre la revue de littérature et l'enquête exploratoire, notamment sur les limites rencontrées pour suivre une démarche centrée sur la personne. En effet, les troubles cognitifs liés à l'AVC interfèrent dans la définition des objectifs en collaboration, mais aussi avec le partage du pouvoir décisionnel entre le thérapeute et le patient. De plus, les ergothérapeutes répondants soulignent que des freins institutionnels comme le manque de temps ou de matériels peuvent entraver cette démarche dans leur pratique quotidienne.

Les ergothérapeutes accordent une grande importance à la relation thérapeutique avec le patient, notamment par le soutien émotionnel. Comme le souligne la revue de littérature, les professionnels intègrent parfois l'entourage du patient pour mieux le connaître ainsi que ses activités.

Concernant les modèles conceptuels en ergothérapie, les ergothérapeutes les utilisant soulignent qu'ils permettent d'identifier les activités importantes. Ils leur permettent aussi de rester centrés sur la personne et ses occupations, tout au long de l'intervention. Ces données de l'enquête exploratoire corroborent avec celles de la revue de littérature. Néanmoins, dans l'enquête exploratoire, il n'a pas été mentionné que l'utilisation de modèles conceptuels permettait de définir des objectifs de prises en soin en collaboration, contrairement à la revue de littérature.

L'enquête exploratoire a aussi permis d'obtenir de nouvelles données sur les pratiques actuelles de rééducation en France. Les activités significantes pour la personne sont très largement utilisées dans le processus de rééducation post-AVC. Néanmoins, des moyens autres que les activités significantes de la personne sont utilisés en centre de rééducation.

Les ergothérapeutes ayant répondu essaient d'être des professionnels centrés sur la personne et ses occupations. En effet, comme vu dans la revue de littérature, dans la démarche centrée sur la personne la relation thérapeutique est un axe important de la prise en soin. Les participants à l'enquête exploratoire soulignent l'importance du soutien émotionnel lors de l'intervention. Ensuite, dans la revue de littérature, la définition d'objectifs conjoints avec la personne est un des critères à la démarche centrée. Les ergothérapeutes ayant répondu discutent majoritairement des objectifs avec leurs patients, sauf dans certaines situations où des troubles associés à l'AVC entrent en compte.

Cependant, l'enquête exploratoire montre que le choix des activités de rééducation est peu laissé aux patients mais souvent décidé par le thérapeute. Comme le montrait la revue de

littérature, le pouvoir décisionnel est complexe à partager. Pour résumer, les ergothérapeutes français ayant répondu tentent d'être des professionnels centrés sur la personne et ses occupations malgré des freins institutionnels ou encore liés à la pathologie.

L'enquête exploratoire démontre que l'année d'obtention du diplôme d'Etat influe sur l'utilisation des modèles conceptuels en centre de rééducation. Un axe de corroboration apparaît avec la revue de littérature sur le fait que les modèles conceptuels permettent de rester centré sur la personne et ses occupations. L'enquête exploratoire et les ergothérapeutes répondants soulignent que le modèle conceptuel le plus répandus en SSR ou en CRF est le MCREO. Ils relèvent qu'une formation aux modèles conceptuels est nécessaire pour pouvoir les appliquer. Enfin, un ergothérapeute pointe le fait que l'utilisation de modèles conceptuels, et plus particulièrement du MCREO dans sa pratique permet de justifier son intervention en ergothérapie dans la structure.

La vivacité de la problématique autour des modèles conceptuels en ergothérapie se confirme. La revue de littérature faisait état d'un rôle à jouer de la part des modèles conceptuels dans la pratique centrée sur la personne et ses occupations. L'enquête exploratoire appuie cette donnée et fait apparaître de nouveaux enjeux à l'utilisation de modèles conceptuels en rééducation.

Cette confrontation entre les pratiques réalisées sur le terrain et la littérature permet de faire naître de nouveaux questionnements sur l'intérêt des modèles conceptuels ainsi que sur le lien avec l'identité professionnelle des ergothérapeutes :

-Tous les ergothérapeutes français travaillant en rééducation se perçoivent-ils comme des professionnels centrés sur la personne et ses occupations ?

-Qu'est-ce qui peut permettre aux ergothérapeutes de promouvoir les valeurs liées à leur profession, telle que la démarche centrée sur la personne et ses occupations ?

-Qu'est-ce qui pourrait expliquer que les modèles conceptuels ne sont pas utilisés par une majorité d'ergothérapeutes travaillant en rééducation ?

-Les modèles conceptuels en ergothérapie sont-ils utilisés dans leur intégralité ? En quoi les modèles peuvent-ils être un appui pour justifier l'intervention en ergothérapie ?

1.7 Question initiale de recherche

Les réponses au questionnaire, la confrontation avec la revue de littérature ainsi que les interrogations suscitées apportent une nouvelle perspective de recherche, qui se présente sous la forme d'une question initiale de recherche, qui est la suivante :

Comment l'utilisation du MCREO peut-elle soutenir les ergothérapeutes à être des professionnels centrés sur la personne et ses occupations ?

1.8 Cadre de référence

La question initiale de recherche fait émerger trois concepts à développer, le MCREO, l'identité professionnelle ainsi que l'approche centrée sur la personne. Différents champs disciplinaires sont nécessaires pour construire le cadre de référence : l'ergothérapie, les sciences de l'occupation, la psychologie ainsi que la sociologie.

1.8.1 Approche centrée sur la personne

L'approche centrée sur la personne a été développée par Carl Rogers, un psychologue américain. Cette approche a été reprise dans de nombreux domaines allant de l'éducation au domaine de la santé. Rogers a fondé cette approche en faisant le postulat que « l'être humain a en lui d'immenses ressources, qui lui permettent de se comprendre lui-même, comme de modifier sa propre image, ses attitudes et son comportement volontaire, et ces ressources peuvent être exploitées pour peu qu'on leur offre un climat caractérisé par des attitudes psychologiques facilitatrices. » (32) (p.166).

Elle repose sur trois fondements, tout d'abord la congruence, c'est-à-dire qu'il existe un accord entre ce qui est dit et ce qui est fait. Le second fondement est l'attention positive et inconditionnelle, aucun jugement ne doit être fondé sur le patient. Enfin, le troisième fondement est l'empathie, c'est-à-dire la capacité du thérapeute de se mettre à la place du patient même si le thérapeute ne pense pas de la manière ou ne cautionne pas les actes du patient (32).

Cette approche développée par Rogers a été adaptée à l'ergothérapie par les ergothérapeutes canadiens, dans les années 2000 comme l'approche centrée sur le client. Elle est définie comme une collaboration entre le thérapeute et le patient, où celui-ci prend part aux décisions le concernant car il est considéré comme expert de sa propre vie (33). Cette collaboration doit être basée sur le respect. Les besoins et les attentes de la personne sont mis au premier plan par l'ergothérapeute, tout en prenant en compte l'environnement de la personne. La personne est experte de sa vie et de ses besoins, mais aussi des occupations qu'elle

réalise. Cette approche s'intéresse aux activités et occupations de la personne, plutôt qu'à ses dysfonctionnements, qu'ils soient physiques ou psychiques.

Dans le cadre de cette approche, l'ergothérapeute se doit de donner toutes les informations importantes à la personne, pour qu'elle puisse décider. La personne doit être accompagnée dans l'intervention en ergothérapie, mais elle ne doit pas la subir. La relation se veut horizontale pour laisser une place à part entière au patient, le soutien émotionnel est un aspect important dans l'approche centrée sur le client (3) (33).

Selon Law, l'approche centrée sur le patient est une philosophie, qui doit animer les ergothérapeutes qui exercent. Une pratique basée sur l'approche centrée commence dès lors de la première rencontre entre le thérapeute et le patient (33).

Plus récemment, Marterella et Fisher ont développé des continuums, pouvant s'apparenter à des outils permettant aux ergothérapeutes d'analyser leur pratique. Un des quatre continuums s'intéresse à l'approche centrée sur la personne. Il montre aux ergothérapeutes dans quel cas ils sont centrés sur la personne ou non dans leur évaluation ou leur intervention. L'approche centrée sur la personne, comme dit précédemment, repose sur le fait que la personne doit être impliquée dans le processus de choix, tout au long de l'intervention en ergothérapie. Pour avoir une pratique centrée sur la personne, ce continuum indique que les choix doivent se faire par la collaboration entre l'ergothérapeute et le patient (34).



Figure 4-1. A continuum for evaluating the extent to which an evaluation or intervention method is client-centered.

Schéma 1 : Continuum sur l'approche centrée sur la personne selon Marterella et Fisher (2019, p.65)

En plus de s'apparenter à une valeur de la profession, l'approche centrée sur la personne est aussi une obligation éthique. En effet, le fait d'inclure la personne dans les décisions et les choix concernant sa vie est primordial dans la pratique de l'ergothérapeute. De plus, l'ergothérapeute doit veiller dans cette approche, à toujours s'appuyer sur des occupations qui ont du sens pour la personne, qui se rapprochent de son contexte de vie (34).

En ce sens, la notion d'habilitation à l'occupation entre dans l'approche centrée en ergothérapie. En effet, dans l'habilitation à l'occupation, il existe six principes indispensables, « le choix, le risque et l'imputabilité; l'engagement du client; le changement; la justice; la projection des possibilités et le partage du pouvoir » (35) (p.118). Ces principes de l'habilitation sont corroborés avec ceux de l'approche centrée sur la personne, notamment quant au partage de pouvoir, la prise de décision de la part du patient (35).

1.8.2 Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO)

Le MCREO est un modèle conceptuel en ergothérapie, développé au Canada pour clarifier le rôle des ergothérapeutes dans ce pays et présenter les valeurs de la profession. Les fondements du modèle ont été développés dans les années 1980, à la suite de recherches en ergothérapie. Il est ensuite repris en 1997, par l'ACE¹⁰ dans l'ouvrage : « *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie* », puis en 2002 dans la réédition de l'ouvrage. En 2007, le modèle est révisé pour aboutir au modèle actuel, le MCREO. Ce modèle a permis aux ergothérapeutes de se recentrer sur leur cœur de métier qui est l'occupation. Il peut être utilisé dans des domaines d'interventions variés (36).

Il s'appuie sur les recherches de Mary Reilly, et se base sur une approche centrée sur la personne. Un partenariat entre le thérapeute et le patient est primordial afin d'établir les objectifs et de constater les évolutions dans la performance et la satisfaction pour une occupation à la suite d'une prise en soin. En effet, ce modèle permet de visualiser les liens entre la personne, ses occupations et son environnement. Une des hypothèses fondatrices de ce modèle est que l'être humain est un être occupationnel, c'est-à-dire qu'il a besoin d'occupations pour évoluer de manière satisfaisante. Ces occupations peuvent être d'ordre social ou de survie. Tout être humain a besoin d'agencer et de réaliser ses occupations pour vivre et être en santé. Chaque individu possède des occupations singulières, cela prend en compte son environnement mais aussi la personne. (37)

Les occupations, comme le montre la vue de profil du MCREO sont la base même de l'ergothérapie. L'ergothérapeute, dans sa pratique, se focalise sur les occupations importantes pour les personnes en prenant en compte l'environnement et les déterminants personnels dans celles-ci (38).

¹⁰ ACE : Association Canadienne des Ergothérapeutes

Marie-Chantal Morel-Bracq insiste sur le fait que : « L'occupation a un potentiel thérapeutique » (37) car l'occupation est nécessaire à l'être humain pour fonctionner de manière satisfaisante et pour son bien-être. Elle permet aussi à un individu de trouver du sens à son existence (38) .

Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels se découpe en trois parties : l'environnement, l'occupation et la personne.

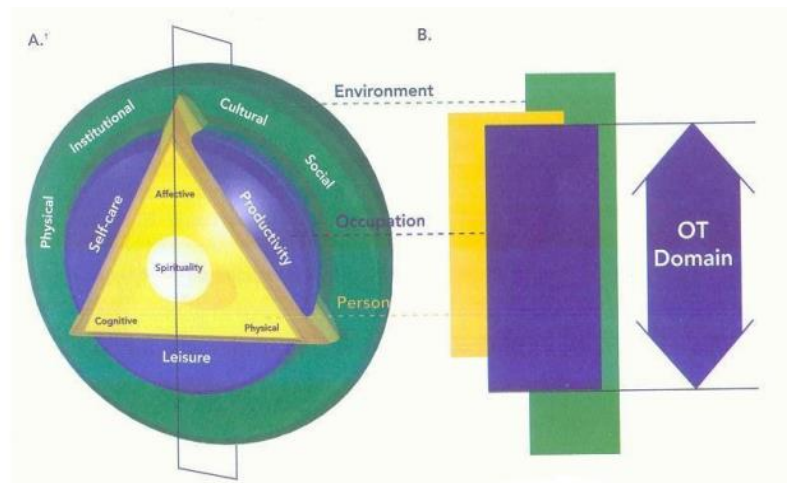


Schéma 2 : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels

❖ L'environnement :

L'environnement est la couche la plus externe du modèle. Il se compose de l'environnement physique, culturel, institutionnel ainsi que social. Cet environnement a un impact direct sur les occupations qu'une personne réalise.

❖ L'occupation :

Les occupations ont été découpées en trois catégories : les soins personnels, les loisirs ainsi que la productivité. Les soins personnels représentent toutes les occupations qu'une personne effectue pour prendre soin d'elle et de se maintenir en santé, comme par exemple manger, se laver. Ensuite, les loisirs sont les occupations qui permettent à la personne d'accéder à la détente, ce peut être la pratique d'une activité sportive ou créative. Enfin, la productivité se rapporte à toutes les occupations qui contribuent à la société, comme le travail ou encore le bénévolat.

❖ La personne :

Le MCREO met en avant, au centre de la présentation, que la spiritualité est l'essence même d'une personne, le sens qu'elle donne à son existence. La spiritualité s'exprime dans les

occupations de la personne et est donc non négligeable (38). Ensuite les composantes physiques, affectives et cognitives de la personne sont aussi à prendre en compte.

Deux autres concepts apparaissent dans ce modèle, il s'agit de l'engagement et du rendement occupationnel. L'engagement occupationnel représente « tout ce que nous faisons pour nous impliquer, nous investir ou devenir occupés » (38). Quant au rendement occupationnel, il est défini comme « l'exécution même ou la poursuite d'une occupation » (38). Ces deux concepts présents dans le modèle permettent de mieux comprendre qu'il existe une dynamique entre la personne, ses occupations et l'environnement dans lequel elle les réalise (38).

1.8.3 Identité professionnelle

L'identité professionnelle découle de la socialisation dite secondaire mais aussi de l'identité sociale de l'individu. En effet, selon Gentili : « L'identité professionnelle est avant tout une identité sociale ancrée dans une profession. Elle est le produit d'une incorporation de savoirs professionnels. Elle constitue donc une socialisation secondaire » (39). Il est donc nécessaire de s'intéresser à ces deux processus pour pleinement comprendre ce qu'est l'identité professionnelle.

La socialisation commence dès l'enfance et selon Piaget, se découpe en six stades distincts. Durant ces stades, l'enfant va se construire personnellement et collectivement, en assimilant les conduites à avoir, définies par la société. Cette construction lente et discontinue, permet à l'enfant d'acquérir les codes sociétaux et de pouvoir ainsi réagir dans n'importe quelle situation sociale. Par la socialisation l'enfant s'identifie et appartient à des groupes qu'il choisit ou non. La socialisation ayant lieu pendant l'enfance est dite primaire (40).

La socialisation permet la construction de l'identité sociale, celle-ci s'effectue tout au long de la vie d'un individu (39). L'identité sociale, quant à elle, est une notion complexe à définir. Elle est le résultat de l'interaction entre la perception de sa propre identité et l'identité que les autres nous attribuent. L'identité repose sur un nombre de caractéristiques limitées qui définissent un individu. Ces caractéristiques sont multiples, telles que l'aspect religieux, politique ou encore socio-professionnel.

L'identité professionnelle repose tout d'abord sur sa propre identité, la perception qu'on en a mais aussi sur l'identité pour autrui. Cependant, l'identité professionnelle se construit aussi par les relations professionnelles, les situations vécues au travail et les possibilités d'avenir dans

ce travail. L'identité professionnelle est donc dynamique car elle est en perpétuel mouvement (41). L'identité professionnelle se construit par l'interaction entre la représentation personnelle que la personne a de sa profession et la représentation que les professionnels exerçants possèdent de leur profession. La représentation personnelle concerne toutes les croyances et valeurs que la personne possède de sa profession. Tandis que la représentation du groupe concerne les savoirs inhérents à la profession, les responsabilités du travail, les rapports avec d'autres professionnels ainsi qu'à l'institution (42). L'identité du métier rentre aussi en compte dans l'identité professionnelle. En effet, par son identité professionnelle, un individu appartient à une catégorie donnée de personnes, qui partagent des valeurs, des pratiques communes ainsi qu'un champ lexical spécifique à son domaine (41). De plus, ce groupe de personnes partage des savoirs communs à la profession, mais aussi des approches et modèles conceptuels spécifiques (42).

Selon Sainsaulieu, l'identité professionnelle se découpe en plusieurs types. Il existe l'identité dite de retrait, qui se caractérise par un désinvestissement des individus dans leur travail, en ayant uniquement une vision d'une activité apportant des ressources financières. La prise d'initiatives et de décisions est limitée. Ensuite, l'identité fusionnelle a été définie. Il s'agit, d'une identité professionnelle dans laquelle le collectif a un rôle important et où il existe une dépendance envers la hiérarchie. On trouve aussi l'identité négociée dans laquelle, au sein du travail, l'individu peut négocier ses modalités d'exercice avec sa hiérarchie. Cette identité professionnelle se retrouve dans les lieux d'exercices où les compétences de chaque professionnel sont reconnues. Enfin, l'identité affinitaire se caractérise par un individualisme, où la personne construit son réseau et ses préférences. Cette identité professionnelle se retrouve dans un environnement de travail où l'évolution est possible (43).

L'identité professionnelle a un impact direct sur la qualité des soins fournis. En effet, une identité professionnelle bancal peut influencer la relation entre le thérapeute et ses patients mais aussi entre le thérapeute et ses collègues (42).

1.8.4 Problématisation théorique

À la suite du développement du cadre théorique et pour faire du lien avec la problématique pratique, l'identité professionnelle d'une personne se définit au cours du temps mais peut aussi être impactée. Le partage de valeurs communes définit un groupe de professionnels. Comme les concepts le précisent, l'approche centrée sur la personne est une

valeur fondamentale de l'ergothérapeute et certains outils, tels que le MCREO, reposent aussi sur ce concept-ci. Le MCREO permet aussi de mettre en avant les valeurs de l'ergothérapeute telle que l'approche globale de la personne et la prise en compte de tous les paramètres qui interviennent lorsque celle-ci réalise une occupation.

Ce cadre conceptuel suscite de nouveaux questionnements, sur les soutiens existants à l'identité professionnelle des ergothérapeutes travaillant en rééducation, particulièrement sur le MCREO. Comment ce modèle permet-il de respecter les critères de l'approche centrée sur la personne ? Comment soutenir le fait qu'être centré sur la personne est un fondement de notre profession ? Comment facilite-t-il la compréhension de notre cœur de métier, l'occupation, auprès des autres professionnels ? En quoi peut-il être un levier à la reconnaissance de l'ergothérapie en structure ? Comment les ergothérapeutes travaillant en rééducation définissent-ils leur identité professionnelle ?

1.9 Question et objet de recherche

L'apport et le développement de ces trois concepts a permis d'avoir une vision plus élargie sur la question initiale de recherche. La question et l'objet de recherche sont, à présent précisés.

Question de recherche :

Comment l'utilisation du MCREO soutient-elle l'identité professionnelle des ergothérapeutes travaillant en rééducation, dans une démarche centrée sur la personne et ses occupations ?

Objet de recherche :

Comprendre comment l'utilisation du MCREO soutient l'identité professionnelle des ergothérapeutes travaillant en rééducation, dans une démarche centrée sur la personne et ses occupations.

2. Matériel et méthodes

2.1 Choix de la méthode de recherche

Pour éclairer la question de recherche « *Comment l'utilisation du MCREO soutient-elle l'identité professionnelle des ergothérapeutes travaillant en rééducation, dans une démarche centrée sur la personne et ses occupations ?* », la méthode de recherche retenue est la méthode

clinique. La recherche qualitative semble plus pertinente pour traiter de ce sujet. En effet, selon Chantal Eymard, dans la méthode clinique, qui fait partie de la méthode qualitative, « le centre d'intérêt du chercheur est l'individu en tant que sujet singulier, son récit, son histoire, sur le phénomène mis à l'étude par le chercheur. » (44) (p.51).

Pour mener à bien cette recherche, le cadre épistémologique se base sur le paradigme phénoménologique. En effet, par la méthode qualitative choisie, la subjectivité des participants à la recherche est attendue sur le thème à un moment donné. L'expérience des personnes interrogées sur le thème est recherchée (45) (46).

Il est recherché l'expérience des ergothérapeutes dans leur pratique, la singularité et le vécu des ergothérapeutes travaillant en rééducation. Par cette méthode, le chercheur a la possibilité de découvrir et construire de nouveaux savoirs sur les pratiques professionnelles (44). L'exploration des pratiques des ergothérapeutes se prête à une méthode de recherche clinique, qui permettra aux ergothérapeutes de s'exprimer sur le thème et sur leurs expériences vécues au quotidien.

Les objectifs sont de mieux appréhender l'identité professionnelle des ergothérapeutes travaillant en rééducation, et dans un même temps de comprendre comment l'utilisation du MCREO soutient leur identité professionnelle. Le but est donc de percevoir le lien entre l'utilisation d'un modèle conceptuel en ergothérapie et le concept de l'identité professionnelle.

2.2 Caractéristiques de la population cible

La question et l'objet de recherche s'intéressent aux ergothérapeutes qui exercent dans le domaine de la rééducation. La population doit répondre à certains critères pour pouvoir être incluse dans la recherche.

2.2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour mener à bien la recherche, les critères d'inclusion de la population sont les suivants :

- Ergothérapeutes ayant obtenu leur diplôme d'Etat
- Ergothérapeutes travaillant en rééducation, soit SSR, soit en CRF ou en CMPR¹¹ en France
- Ergothérapeutes utilisant dans leur pratique le MCREO

¹¹ CMPR : Centre de Médecine Physique et de Réadaptation

Alors que les critères d'exclusion sont les suivants :

- Ergothérapeutes n'ayant pas un diplôme d'Etat
- Ergothérapeutes ne travaillant pas en France et en rééducation
- Ergothérapeutes travaillant en rééducation mais qui n'utilisent pas le MCREO dans leur pratique

2.2.2 Sites d'exploration

Les sites d'exploration pour échanger avec les professionnels qui entrent dans les critères d'inclusion sont les SSR, les CRF ou les CMPR.

Pour prendre contact avec les ergothérapeutes, des mails (Cf. Annexe 5) seront envoyés à ceux travaillant en SSR ou en CRF, grâce à la liste de contacts établie pour l'enquête exploratoire.

L'échantillonnage est significatif, c'est-à-dire que les personnes retenues pour cette recherche présentent des caractéristiques en lien avec l'objet de recherche (47). Celui-ci est plus précisément un échantillonnage boule de neige, c'est-à-dire que les personnes acceptant de réaliser sont sollicitées pour recommander d'autres personnes de leur entourage qui entrent dans les critères d'inclusion de la population.

2.3 Choix et construction de l'outil théorisé de recueil des données

2.3.1 Entretien semi-directif

Afin de recueillir les données nécessaires pour la recherche, l'outil privilégié est l'entretien semi-directif. Il est retenu car il comporte des thèmes et sous-thèmes à aborder pour atteindre le but de la recherche. Néanmoins, par ce type d'entretien, le participant conserve une certaine liberté de développer d'autres thèmes en rapport, que l'enquêteur n'aurait pas développés. Cela permet d'enrichir les échanges et les résultats (47).

Cet entretien est construit sur la base de l'étayage conceptuel réalisé, et qui a donné lieu à une matrice conceptuelle (Cf. Annexe 6). Un guide d'entretien (Cf. Annexe 7), qui sert de fil conducteur à l'entretien par rapport aux thèmes à aborder a été construit (48).

Les outils de recueil de données comportent des biais, dont il faut avoir conscience pour les anticiper.

2.3.2 Anticipation des biais

Les biais qui peuvent apparaître lors de la construction de l'entretien ou de sa passation sont les suivants :

Biais	Types de biais	Stratégies pour les atténuer
Biais méthodologiques	-Recueil de données sur le thème insuffisant -Questions mal formulées	-Effectuer un ou plusieurs tests avant de faire les entretiens -Rédiger un guide d'entretien et le faire valider
Biais cognitifs	-Orientation des questions de la part de l'enquêteur	-Travailler ses questions et ses relances - Effectuer un ou plusieurs tests avant de faire les entretiens
Biais affectifs	-Jugement déformé par les affects au moment de l'entretien	-Être conscient de ses affects au moment de l'entretien et les mettre de côté
Biais de confirmation	-Tendance à privilégier les informations confirmant nos hypothèses, nos attendus	-Poser des questions neutres -Tester l'entretien avec un groupe test
Effet de primauté et/ou effet de récence	-Importance exagérée donnée à ce qui se passe au début ou à la fin de l'entretien	-Garder une écoute active tout au long des entretiens

2.4 Déroulement de la recherche

2.4.1 Test de faisabilité et de validité

Après avoir construit le guide d'entretien, afin de se rendre compte de la faisabilité et de la validité de la recherche, l'entretien semi-directif est testé auprès d'ergothérapeutes répondant aux critères d'inclusion.

Le test est réalisé dans des conditions similaires aux entretiens qui vont être réalisés. Il permet tout d'abord au chercheur de s'entraîner à la passation de l'entretien. Il permet

également au chercheur de connaître la faisabilité des entretiens mais aussi de se rendre compte des points à améliorer dans l'entretien, tels que la clarté des questions, les techniques de relance entre autres. Les participants test permettent d'avoir un retour et un ressenti sur le déroulement de l'entretien et sur les points à améliorer ou non.

Après cet entretien test, les questions de relance sont retravaillées pour permettre d'explorer plus en profondeur le thème de la recherche. Il permet aussi de percevoir comment avoir une écoute active avec la personne interrogée. Enfin, il permet de voir que la maîtrise des questions est primordiale car l'ordre des questions peut être interverti en fonction des sujets abordés par la personne.

Après les dernières modifications apportées à l'entretien, l'outil théorisé est maintenant prêt à être utilisé pour la recherche.

2.4.2 Déroulé de l'enquête

Les ergothérapeutes ayant répondu positivement au premier mail de demande d'entretien sont à nouveau contactés pour savoir s'ils sont toujours disponibles et intéressés par cette recherche ainsi que pour planifier l'entretien. Lors de la planification de l'entretien, une notice d'information plus détaillée sur les objectifs de la recherche ainsi qu'une fiche de consentement (Cf. Annexe 8) sont transmises. La fiche de consentement est à retourner, signée par les ergothérapeutes acceptant de prendre part aux entretiens.

Dans le contexte sanitaire actuel, mais aussi pour avoir une population élargie, les entretiens se déroulent par visioconférence via l'application Skype® ou Zoom®. Ces moyens de communication permettent aussi de s'entretenir avec des ergothérapeutes qui ne se trouvent pas dans un périmètre géographique propice à une rencontre physique. Néanmoins, ces moyens présentent des limites, telles que la difficulté à établir un climat de confiance entre l'enquêté et l'enquêteur ainsi que dans l'analyse du discours non verbal.

L'entretien débute par une présentation succincte de l'enquêteur dans le but de créer un climat de confiance. Ensuite, les modalités de l'entretien sont présentées, notamment l'enregistrement pour la retranscription et l'analyse des données des entretiens. Le consentement est à nouveau demandé, de manière verbal cette fois-ci. Une fois, le consentement recueilli, l'entretien se poursuit par une rapide présentation de l'enquêté, notamment sur son lieu d'exercice et sur son ancienneté en tant qu'ergothérapeute. Cette question permet de s'assurer que le répondant entre dans les critères d'inclusion de la recherche. L'entretien continue avec les questions en rapport avec l'objet de recherche.

Tout au long de l'entretien, l'enquêteur peut relancer la personne répondante pour avoir plus de détails ou amener la personne à approfondir sa réflexion.

A la fin des questions, un temps d'échange supplémentaire est proposé sur des thèmes jugés pertinents qui n'auraient pas été abordés. Lors de la clôture de l'entretien, des remerciements sont à nouveau adressés aux répondants.

Tous les entretiens ont duré entre 30 et 45 minutes et toutes les questions présentes dans le guide d'entretien ont été posées.

2.4.3 Choix des outils de traitement des données et d'analyse des résultats

Avant de débiter l'analyse des données recueillies lors des entretiens, une retranscription de ceux-ci est nécessaire, ce qui est réalisé manuellement sur le site internet oTranscribe. Cette application facilite la retranscription des entretiens et permet d'écouter l'entretien et d'écrire sur la même page.

Les données recueillies lors des différents entretiens sont traitées par une analyse thématique : les données sont classées dans des thèmes, qui se retrouvent dans les différents entretiens et qui sont en lien avec l'objet de recherche. Il est particulièrement adapté pour analyser des pratiques (49).

Tout d'abord, les entretiens retranscrits sont lus un par un et des thèmes sont définis en fonction de ce que le participant a abordé lors de l'entretien. Puis une grille d'analyse thématique est réalisée pour pouvoir classer les énoncés en thèmes et sous-thèmes.

Pour réaliser le traitement des données et extraire des résultats des entretiens, une méthode ciblée est utilisée. Il s'agit d'une méthode d'analyse thématique élaborée par Braun et Clark (2006) et qui se découpe en six étapes distinctes.

La première étape consiste à lire à plusieurs reprises de manière active chaque entretien pour s'immerger dans son contenu. Ensuite intervient une phase de codage des données lues précédemment en grandes catégories. La troisième étape est la recherche des thèmes potentiels à partir du codage effectué dans l'étape deux. L'étape quatre consiste à affiner les thèmes pour que ceux-ci soient plus précis et pertinents. La cinquième étape est la phase où les thèmes définitifs sont validés et dénommés. Enfin, la dernière étape consiste à rédiger l'ensemble des résultats en fonctions des thèmes définis (50).

3. Résultats

Concernant cette recherche, quatre entretiens ont eu lieu, trop peu pour généraliser les résultats qui vont suivre. Ils permettent néanmoins d'apporter un regard sur la pratique des ergothérapeutes, d'éclairer l'objet de recherche ainsi que d'amener de nouveaux questionnements. Les quatre entretiens se rejoignent sur certains thèmes mais se complètent sur d'autres.

Les entretiens ont tous été retranscrits. Les résultats des données recueillies lors des entretiens réalisés vont être présentés sous formes de thématiques. (Cf. Annexe 9). Pour garantir l'anonymat des ergothérapeutes répondants, ceux-ci sont désignés : E1, E2, E3 et E4.

3.1 Description succincte de la population interrogée

Afin d'introduire les résultats des entretiens réalisés, la population interrogée, c'est-à-dire les quatre ergothérapeutes ayant participé, est brièvement présentée.

	E1	E2	E3	E4
Structure d'exercice	CMPR	CMPR	SSR	SSR
Ancienneté	2 ans	6 ans	3 ans	3 ans et ½
Service d'exercice	Hospitalisation complète	Hospitalisation à domicile (HAD)	Hospitalisation complète	Hospitalisation complète et hospitalisation de jour
Type de public pris en soin	Adultes présentant des affections neurologiques et traumatologiques	Adultes présentant des affections neurologiques et traumatologiques	Adultes présentant des affections neurologiques	Adultes présentant des affections orthopédiques, traumatologies, des douleurs chroniques et oncologiques

Figure 9 : Tableau démographique sur les ergothérapeutes ayant participé à l'entretien

3.2 Une identité professionnelle floue tendant à se renforcer

Le premier thème apparu lors des entretiens avec les quatre ergothérapeutes s'articule autour de l'identité professionnelle qui semble floue mais qui tend à se renforcer. Ce thème se découpe en quatre sous-thématiques, qui sont les suivantes : l'identité professionnelle : un concept parfois flou pour les ergothérapeutes, une identité professionnelle marquée et singulière, une pratique centrée sur les occupations et enfin le tournant apporté par l'utilisation du MCREO sur l'identité professionnelle.

3.2.1 L'identité professionnelle : un concept parfois flou pour les ergothérapeutes

Deux ergothérapeutes ayant participé aux entretiens (E1 et E3) mettent l'accent sur le fait que l'identité professionnelle n'est pas encore un terme avec lequel ils sont à l'aise. En effet, E1 ne s'interroge pas forcément sur son identité professionnelle, ce n'est pas un terme avec lequel il est familier : « *Mon identité professionnelle, ouais, j'ai pas du tout l'habitude avec ce terme.* ». Quant à E3, malgré que la notion ait été abordée durant sa formation en ergothérapie, **l'identité professionnelle reste une notion floue** : « *j'avoue que le concept de l'identité professionnelle, ça reste un peu flou.* ». Il explique cette difficulté par le **manque de connaissance sur la définition exacte de l'identité professionnelle**, « *ce qu'on met derrière exactement, ce n'est pas simple.* ».

L'identité professionnelle n'est pas forcément une notion sur laquelle les ergothérapeutes s'interrogent dans leur pratique, et lorsqu'ils se posent la question ils émettent des difficultés pour l'expliquer.

3.2.2 Une identité professionnelle marquée et singulière

E1, E2 et E3 s'accordent à dire que dans leur structure respective les ergothérapeutes sont reconnus et occupent une place à part entière. E2 explique que cette reconnaissance se traduit par « *on a une identité très forte parce que tout le monde nous connaît.* ». E3 ajoute que l'identité professionnelle des ergothérapeutes est construite lorsque les **missions et champs d'actions sont définis**, « *donc maintenant nos missions sont vraiment bien identifiées* ». De plus E2 insiste sur l'importance de pouvoir **prendre la parole** et s'exprimer sur leurs missions et leurs activités, « *je ne sais pas si on peut appeler ça un pouvoir mais on est quand même assez présents sur la structure.* ».

E1 et E4 se rejoignent dans le fait que l'ergothérapeute possède **un champ de pratiques très large**. E1 explique que l'ergothérapeute est le professionnel qui a un regard sur le retour à domicile et la vie des patients après la rééducation, « *on est les principaux acteurs qui vont*

toucher un peu à tout, que ce soit coordonner le projet de retour à domicile, le projet professionnel ». E4 souligne que l'ergothérapeute s'intéresse en plus à l'environnement social de la personne, *« je fais partie avec l'assistante sociale, des professionnels qui sont le plus en lien avec les proches. »*. Les deux ergothérapeutes s'accordent à dire que les ergothérapeutes développent dans leur pratique des **compétences de coordination mais aussi des compétences relationnelles**. De plus, l'étendue du champ d'action est expliquée par E3, *« avoir des missions de rééducation, de réadaptation. On fait des cahiers des charges de fauteuil roulant, aménagement de domicile »*. E4 rejoint aussi E3 sur cette diversité des missions de l'ergothérapeute, *« avec comme moyens, bah des moyens assez divers, que ce soit en rééducation, en réadaptation ou en éducation. »*.

Pour E1, l'identité professionnelle est marquée lorsque *« je trouve qu'ici on a beaucoup plus une vraie expertise. »*. La reconnaissance des compétences et des activités de l'ergothérapeute tend donc à renforcer leur identité professionnelle.

L'identité professionnelle reste néanmoins différente d'un ergothérapeute à l'autre. En effet, E3 explique que **la vision de l'ergothérapie peut diverger entre collègues**, en fonction de leur année de formation, *« par rapport à mes autres collègues on a pas non plus la même vision. »*.

E4 insiste sur la singularité de l'ergothérapie en rééducation. Tous les participants s'accordent et pointent la vision globale de la personne que les ergothérapeutes possèdent.

3.2.3 Une pratique centrée sur les occupations

Tous les participants (E1, E2, E3, E4) insistent sur la prise en compte des activités ou des occupations des personnes dans les prises en soin. E2 qualifie sa pratique *« d'occupation centrée »*, E1 insiste aussi sur le fait que *« on parle que d'occupations »*, E4 parle aussi du fait d'être *« centrés sur l'activité »*. **L'approche occupationnelle** semble être un fondement de la pratique des participants. E3 ajoute *« moi clairement, je suis beaucoup plus sur les occupations, les activités de la vie quotidienne avant tout quoi. »*. E1 insiste sur le fait que l'activité est essentielle dans la pratique, *« au niveau de sa pratique d'être vraiment centré uniquement sur les activités »*. E4 ajoute que la considération de la famille et de l'entourage dans les activités de la personne est aussi prise en compte lors du processus d'intervention, *« j'essaie d'orienter vraiment sur des mises en activité, du lien avec l'entourage »*. **Les activités sont au cœur de la pratique en ergothérapie**, du processus de définition des objectifs jusqu'à la réévaluation de l'intervention.

En plus d'avoir une approche sur les occupations de la personne prise en soin, les ergothérapeutes ajoutent avoir **une approche écologique**. E1, E2, E3 et E4 expliquent tous que des mises en situations les plus écologiques possibles sont proposées en ergothérapie. E1 explique que pour travailler sur une activité, il essaie de se rapprocher au maximum des conditions dans la vie quotidienne, « *L'habillage de travailler que l'habillage, [...], leurs propres affaires, leurs propres chaussettes* ». E4 ajoute que les mises en situation sont un moyen privilégié lorsque cela est possible, « *j'essaie de mettre en situation, si possible le plus écologique les personnes, que ce soit en toilette, habillage, ménage, bricolage en fonction de leurs habitudes* ». Les mises en situations sont aussi proposées lors de la préconisation d'aides techniques pour E3, « *on est amené à faire des essais de fauteuil roulant en ville. Euh... pas mal de mises en situation écologiques* ». Pour E1, ces mises en situations permettent d'être « *beaucoup plus au cœur des problématiques occupationnelles du patient* ».

Cette pratique tournée vers les occupations met aussi en lumière **la vision globale de la personne** que les ergothérapeutes possèdent. E4 explique « *Donc je dirais en termes d'identité, une vision très globale de la personne, que ce soit sur ses attentes comme sur son entourage, professionnel, environnement physique et... humain* ».

Cependant, E4 souligne, que si dans sa pratique les mises en situation écologiques ne sont pas réalisables, d'autre moyens sont utilisés comme l'adaptation d'une activité « *soit des exercices qui se rapprochent des contraintes de l'activité visée mais qui ne va pas être écologique* ». De plus, des moyens plus analytiques sont parfois utilisés en ergothérapie, « *Ou que la mise en activité [...]. Donc soit en exercices ciblés sur une fonction, soit ciblé sur un geste, voilà en fonction des besoins de la personne* ».

Les ergothérapeutes interrogés essaient de fonder leur pratique sur les occupations de la personne, de la prendre en compte dans sa globalité mais aussi de favoriser la reproduction d'un contexte dit écologique pour les séances de rééducation ou de réadaptation. Néanmoins, quand cela n'est pas réalisable, les ergothérapeutes utilisent des activités dites analytiques, moins centrées sur les activités importantes pour la personne.

3.2.4 Le tournant apporté par l'utilisation du MCREO sur l'identité professionnelle

L'utilisation du MCREO par E1 et E4 s'est déroulée **de manière progressive**. E1 explique « *j'ai commencé à utiliser progressivement la MCRO* », la mise en place du modèle a été réalisée à travers l'utilisation de son outil, qu'est la MCRO. Tandis que E4 a développé l'utilisation de ce modèle dans le service, « *en fait quand je suis arrivée dans le service, [...] et moi j'ai essayé de le mettre en place progressivement* ».

Seul E3 avait été formé lors de ses études au MCREO et a donc pu l'utiliser directement. Il explique « *Moi après je sais que ma formation s'est construite là-dessus donc je m'y réfère automatiquement.* ».

E1, E2 et E4 constatent un **changement des pratiques** après l'utilisation du MCREO. En effet, ils s'accordent à dire que l'utilisation du modèle a fait évoluer leur pratique, « *de changer un peu notre pratique* » souligne E2, « *mais ça change pas mal de choses.* » insiste E1. Sur les changements de pratique, E1 constate que par l'utilisation du modèle, il a pu se détacher de la vision analytique de la rééducation en ergothérapie, « *Oui, oui parce que moi j'ai été élevée à la déficience, incapacité, [...] c'est horrible à dire mais maintenant quand j'y pense mais je faisais des cônes, je faisais des cubes, [...]. Alors que maintenant, euh... je crois que c'était, depuis deux ans j'ai dû utiliser trois fois des cônes.* ». Cette vision est partagée par E2 « *Je ne fais plus du tout d'analytique.* ». E4 constate dans sa pratique « *j'arrive à un peu plus à orienter sur quelque chose qui soit plus ergo, plus biopsychosocial, plus global* ».

Par l'utilisation du MCREO, E1, E2 et E4 constatent être dans une **démarche plus centrée sur la personne et ses occupations** qu'auparavant. En effet, E2 souligne être davantage occupation centrée lors des prises en soin, « *mais c'est vrai que je suis beaucoup plus tourné vers l'occupation.* ». E4 constate aussi ce changement, « *du coup, je pense que le fait que j'ai orienté davantage ma pratique sur les activités en utilisant la MCRO.* ». E1 souligne aussi le fait d'être plus axé sur les activités de la personne, « *Et alors que maintenant je vais être là [...] et bien sauf qu'à la fin sa pomme il arrive à l'éplucher.* ». Ce changement de pratique s'accompagne aussi d'un **changement de vocabulaire**, « *j'utilisais un vocabulaire biomécanique.* » comme le précise E4, « *j'essaie de faire appel au vocabulaire du modèle.* ».

Les quatre participants s'accordent pour dire que le modèle a permis un **renforcement de l'identité professionnelle pour soi**. E2 explique « *en même temps, je suis sortie de l'école, je ne comprenais pas ce que je faisais, ça ne me parlait pas, je n'y voyais pas de sens.* » et ajoute qu'avant « *J'étais un peu entre deux métiers, je ne savais vraiment pas trop ce que c'était que l'ergothérapie* ». Pour E4, le modèle permet « *D'un peu plus transposer vraiment mes spécificités d'ergo.* ». E3 explique aussi que le modèle permet de légitimer sa pratique par son internationalité, « *Légitime aussi parce qu'il peut être utilisé par tous les ergothérapeutes, un modèle qui a vraiment été créé pour l'ergothérapie, par les ergothérapeutes quoi.* ». E1 et E2 se rejoignent sur le fait que le modèle leur a permis de retrouver du **sens à la profession**, « *c'est nettement plus intéressant et revalorisant et c'est beaucoup plus clair même pour soi* » souligne E1. E2 partage le même sentiment, « *je trouve beaucoup plus de sens à ce que je fais.* ».

3.3 L'identification des ergothérapeutes par les autres professionnels et les usagers

Le second thème mis en lumière lors des entretiens est l'identification des ergothérapeutes par les autres professionnels et les usagers. Il se compose des trois sous-thèmes qui portent sur une identité professionnelle parfois difficile à maintenir, l'identification facilitée des ergothérapeutes par les usagers ainsi que les moyens mis en place en soutien à l'identité professionnelle des ergothérapeutes.

3.3.1 Une identité professionnelle parfois difficile à maintenir

Les quatre ergothérapeutes interrogés reconnaissent qu'au sein de leur structure, **les spécificités des ergothérapeutes sont reconnues ainsi que leurs champs d'intervention**. E2 insiste sur le fait que « *tout le monde sait qui sont les ergothérapeutes.* ». E2, E3 et E4 mettent l'accent sur la reconnaissance par les autres professionnels de l'expertise des ergothérapeutes par rapport aux activités de la vie quotidienne. E3 explique « *Dès qu'il y a besoin pour le repas, pour la toilette, ils savent que quand ça concerne vraiment les activités de la vie quotidienne, on va être contactés* ». E2 ajoute que la reconnaissance de la profession passe aussi par la présence dans les réunions d'équipe, « *on nous appelle dans pleins de situations pour intervenir que ce soit en réunion ou dans d'autres situations* ».

E1 et E3 s'accordent pour constater que le rôle de l'ergothérapeute et son approche centrée sur les occupations sont connus des autres professionnels de l'équipe. E3 explique « *je pense que les médecins ont bien compris que sans nous il n'y aurait pas de sortie quoi, que ce serait beaucoup plus compliqué.* ». E3 ajoute « *on est vraiment occupation centrée donc du coup, ils savent qu'on ne fait pas de Puissance 4...* », « *ils savent qu'on est occupation centrée, ils ne nous parlent pas trop de préhensions ou autres* ». E2 constate aussi que certains professionnels parlent maintenant aux ergothérapeutes en termes d'activités et de problèmes occupationnels, « *la première chose qu'il me dit quand c'est en ergo [...], qu'est-ce qu'il se passe ?* ». E4 ajoute la notion d'évolution de la perception des autres professionnels par l'utilisation du MCREO, « *le fait d'utiliser le modèle, [...] je peux intervenir sur quelque chose de plus global que l'environnement physique, [...], les choses comme ça.* ».

Néanmoins, les quatre ergothérapeutes s'accordent pour dire que pour certaines professions, **la vision de l'ergothérapie tarde à évoluer**. Notamment, du côté des médecins rééducateurs ou des chirurgiens, mais aussi d'autres professionnels de l'équipe. E1 explique « *ils comprennent mais ils ont du mal à se détacher de l'analytique.* », tout comme E2 « *tous les médecins nous connaissent mais ils ne connaissent pas forcément notre métier.* », « *les neuropsychologues pas toutes, les APA pas tous non plus.* ». E4 souligne la difficulté avec

certaines professions, « *par contre ce qui est difficile c'est avec les chirurgiens.* ». E4 ajoute que cette évolution de l'identité professionnelle des ergothérapeutes pour les autres professionnels peut être ralentie par « *elle est un peu influencée par l'image des formations complémentaires [...] ou certaines actions qu'on peut mener.* ». Quant à E3, il ne sait pas comment les autres professionnels perçoivent réellement les ergothérapeutes, « *euh, je ne sais pas comment ils nous perçoivent.* ». Il semble donc exister dans les structures une ambivalence de l'identité pour autrui et des représentations des ergothérapeutes dans leur approche occupation centrée.

3.3.2 L'identification facilitée des ergothérapeutes par les usagers

E1, E2 et E3 remarquent **que l'utilisation du MCREO dans leur pratique a permis à leurs patients de mieux comprendre ce qu'est l'ergothérapie**. La compréhension de l'ergothérapie selon E1 et E4 est facilitée, « *ça amène les usagers à mieux comprendre ce qu'est l'ergothérapie.* ». E2 et E4 soulignent que lors de l'arrivée en rééducation des patients, « *souvent ce sont les patients qui ne connaissent pas notre métier.* », « *parce que souvent ils arrivent en structure, ils ne savent pas ce qu'est l'ergothérapie.* ». Pour E4, **le MCREO influence la perception** que les patients ont de l'ergothérapie, « *mais je pense que du coup, l'identité professionnelle là, elle est changée pas par rapport à mes collègues mais plus par rapport aux usagers.* ». Alors selon E4, son identité professionnelle est changée vis-à-vis des patients, « *Donc en termes d'identité professionnelle, je pense que ça marque plus l'identité professionnelle auprès des usagers.* ».

E2 émet cependant des doutes sur la représentation de l'ergothérapie auprès des patients après leur séjour de rééducation, « *je ne sais pas trop ce qu'ils ont pu dire sur l'ergothérapie et s'ils arrivent à l'expliquer à quelqu'un d'autre.* ».

3.3.3 Les moyens mis en place en soutien à l'identité professionnelle des ergothérapeutes

Pour soutenir leur identité professionnelle auprès des autres membres de l'équipe, trois des ergothérapeutes (E1, E2, E4) ont mis des moyens en place. E2 et E4 s'accordent sur **la nécessité de prendre des temps pour expliquer** le rôle de l'ergothérapeute au sein de la structure et ses missions, « *quelqu'un qui arrive, un nouveau, on essaie de lui expliquer ce que c'est rapidement ils savent.* ». E4 ajoute que ces temps d'échanges peuvent être bénéfique à la place que les ergothérapeutes occupent, « *j'ai pu leur expliquer.* ».

E2 explique aussi « *j'ai appris au médecin, ce que c'était que l'occupation centrée et ce qui tournait autour.* », « *on fait des présentations* ». Une **démarche pédagogique** semble entreprise pour mieux faire connaître leur approche, leurs valeurs et le cœur de leur métier.

En ce qui concerne l'utilisation du MCREO, E1, E2 et E4 passent par des **temps de communication autour du modèle** avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire. E1 et E4 expliquent que cette présentation de l'approche proposée par le modèle passe par la présentation de l'outil d'évaluation MCRO, « *on leur a déjà parlé, on a déjà montré la MCRO, on a déjà présenté le projet de service.* », « *j'ai expliqué aux kinés quand j'ai mis en place l'outil de la MCRO, j'ai expliqué les intérêts.* ». E2 souligne l'importance que le médecin prescrivant l'ergothérapie comprenne mieux les missions, « *on l'a présenté au médecin.* ».

3.4 L'utilisation du MCREO et de ses outils

Le troisième et dernier thème s'intéresse à l'utilisation du MCREO et de ses outils par les ergothérapeutes. Il se décline en trois sous-thématiques qui sont les apports du MCREO constatés par les ergothérapeutes, les limites du modèle et de la MCRO dans le domaine de la rééducation et enfin la favorisation de la collaboration et de la pluridisciplinarité.

3.4.1 Les apports du MCREO constatés par les ergothérapeutes

Pour E1 et E2, la **formation au MCREO et à ses outils** a été nécessaire pour pouvoir exploiter le modèle le mieux possible, « *on a eu une formation il y a un an et demi, ou deux ans.* », « *on a été formé à la MCRO.* ». Pour E3, qui a reçu les fondements du modèle lors de sa formation en ergothérapie, le modèle sert de **fil conducteur à la pratique**, « *Alors je l'utilise de temps en temps. Je l'ai dans ma démarche. En tout cas, toujours dans ma démarche d'intervention je l'ai en tête.* ».

E4 ajoute qu'il s'est tourné vers ce modèle pour avoir **une vision globale de la personne** rapidement, « *Donc j'ai cherché un outil qui me permettait d'obtenir des informations pertinentes [...] on est contraint aussi par le temps.* ».

E1, E2, E3 et E4 expliquent que le modèle et son outil le MCRO s'utilisent **dès la phase de définition des objectifs** avec les patients. E1 explique « *c'est un vrai outil qui permet toujours de se baser sur leurs problématiques.* ». Le modèle semble permettre à l'ergothérapeute de s'intéresser pleinement au patient et à ses besoins. E3 explique « *voilà ça permet de réévaluer et d'orienter les objectifs du séjour de la personne.* ». E4 ajoute que la MCRO est réalisée en première intention, « *je l'utilise en bilan initial pour définir les objectifs de la personne, par la personne.* ». De plus, que l'outil permet d'éviter la passation de certaines

évaluations qui prennent du temps, « *Je me suis rendue compte en faisant ça, [...], des bilans qui étaient peut-être plus analytiques.* ».

Les trois ergothérapeutes E1, E2 et E4 s'accordent aussi à dire que **le patient devient acteur de sa prise en soin**. E1, en plus, constate une progression plus rapide des patients, « *Il est beaucoup plus acteur [...] il progresse plus vite.* ». E2 constate aussi que le patient est moins passif, « *En fait, au début, ça a vraiment été un tournant parce que je voyais vraiment que le patient est devenu acteur contrairement à avant, où il était beaucoup plus passif* ». E4 s'accorde aussi pour dire que le patient est acteur dès les premiers instants de la prise en soin, « *En fait, ce n'est pas moi qui fixe les objectifs, ce sont les usagers.* ». Le **partage du pouvoir décisionnel** est aussi renforcé par l'utilisation du modèle comme le constatent E2 et E4, « *Le modèle m'aide plus à avoir une vision de ce que le patient voudrait et pas de ce que moi je voudrais pour le patient.* », « *Je les fais participer vraiment eux dans la réflexion.* ».

Au niveau des pratiques, tous les participants trouvent que l'utilisation du modèle a eu une **influence sur leur identité professionnelle**. En effet, E3 constate « *dans la structure, enfin si parce que du coup forcément je trouve que ça a un impact aussi.* ». E4 ajoute « *C'est plus l'outil que le modèle qui va influencer l'identité professionnelle par rapport aux autres professionnels.* ». Pour E1, le modèle et son outil permettent une meilleure compréhension des pratiques et soutiennent l'ergothérapie auprès des autres professionnels, « *Ça permet de bien déterminer la pratique et même au niveau des médecins et de pouvoir argumenter.* ». E4 rejoint aussi E1, « *C'est pour ça que j'ai utilisé l'outil MCRO. C'est pour sortir de ce schéma analytique systématique et pour avoir quelque chose sur quoi m'appuyer quand les médecins me demandent ce que je travaille avec telle personne.* ». Quant à E3, il insiste sur le **caractère international du modèle** et donc de sa crédibilité, « *Après moi, je trouve que ça me permet d'avoir un poids plus important parce que ce sont des choses qui ont été reconnues, qui sont utilisées pas qu'en France non plus.* ».

3.4.2 Les limites du modèle et de la MCRO dans le domaine de la rééducation

Les ergothérapeutes interrogés reconnaissent cependant des limites à l'utilisation du MCRO dans le domaine de la rééducation. E3 retrouve des limites lorsque le modèle est appliqué en rééducation, « *Après donc oui, moi j'y vois quand même une certaine limite.* ».

E1, E2 et E3 constatent des **limites au modèle par rapport à la population rencontrée**. E2 explique « *Alors la MCRO, il y a toujours une limite, on ne peut pas l'utiliser avec tout le monde, on est d'accord.* ». Tout d'abord, E1 explique que les **troubles cognitifs sont un frein** à l'utilisation de l'outil MCRO. E3 rejoint E2 sur cette limite au modèle, « *Sinon, bah il y a*

aussi la population, des personnes avec des troubles cognitifs, malgré les petites réglettes c'est compliqué, je trouve. ». E3 ajoute que **le manque d'expérience de la personne vis-à-vis de son handicap** peut compromettre la pleine utilisation du modèle, *« Elle n'a pas l'expérience, je trouve de sa pathologie et de voir un peu ses limites. ».* E4 ajoute le fait que **les prises en soins de courte durée** peuvent impacter l'utilisation du modèle.

Au niveau des pratiques, E2 reconnaît que l'utilisation du MCREO et de la MCRO a parfois été complexe, *« Alors ce qui a été compliqué quand j'ai commencé à utiliser la MCRO, bon je n'étais pas tout à fait à l'aise ».* E2 et E4 s'accordent et constatent qu'au début de l'utilisation du modèle, la **compréhension par les autres professionnels peut être difficile**, dans le domaine de la rééducation, où la vision biomédicale est largement répandue. E4 explique *« Après le modèle en lui-même ce qui est difficile, [...], qui ont une vision très analytique de la rééducation. ».* E2 ajoute *« Après au tout début, ça a été difficile de l'expliquer au médecin [...] ça leur parlait moins ».* E4 constate aussi que la **différence de vocabulaire** employé par le modèle peut perturber la communication au sein de l'équipe pluridisciplinaire, *« C'est malheureusement, voilà un vocabulaire qui est tellement spécifique que parfois il est difficile de s'autoriser à l'utiliser dans toutes les circonstances quoi. ».*

Enfin E3 émet des doutes sur les changements réels que le MCREO apporte à la pratique des ergothérapeutes en rééducation, *« Quand je vois par rapport à mes collègues, j'ai pas l'impression que ça change quelque chose. ».*

3.4.3 La favorisation de la collaboration et de la pluridisciplinarité

Pour E1, E2 et E4, l'utilisation du MCREO et de son outil la MCRO permet aux ergothérapeutes de travailler en lien avec les autres professionnels au sein de leur structure. E1 explique que la MCRO permet aussi aux autres professionnels de travailler sur les objectifs de la personne. Des **objectifs communs à plusieurs professions semblent être mis en évidence** par la MCRO, *« Il y a des objectifs ergo mais des objectifs qu'il faut travailler avec les autres professionnels, [...]. Ça en tant qu'ergo on ne va pas spécialement le travailler, c'est plus au kiné, le kiné ça lui cible un peu certains trucs. ».* L'outil permet aussi **l'amélioration de la communication et une prise en soin pluridisciplinaire** des patients. E1 explique *« Et en gros on s'est appuyé sur la MCRO et elle, elle est en train de travailler les différentes étapes de transfert, [...]. Le but, étant juste que la dame aille aux toilettes en fait et ne tombe pas. ».* E4 ajoute *« Quelques fois, elles m'interpellent en me disant « ah est-ce que tu as fait le bilan MCRO avec telle personne parce qu'il me parlait de ses activités mais il ne savait pas trop ce qui était le plus important ou pas pour lui. » ».*

E2 rejoint aussi E1 et ajoute le fait que la connaissance du MCRO par les autres professionnels leur permet **l'orientation de leur prise en soin**, « *Ça nous arrive que le kiné ou l'APA me demandent « ah au fait tu as fait la MCRO, alors il t'a dit quoi ? Est-ce qu'il y a des trucs que moi aussi je peux peut-être travailler », et voilà ça amène du sens.* ».

Pour E4, le MCREO participe à **la reconnaissance de l'ergothérapie** lorsque les autres professionnels ont connaissance des spécificités de l'ergothérapie sur les activités de la vie quotidienne. Il explique « *C'est arrivé une ou deux fois sur les dernières semaines là [...] et qu'elle me dise « bah cette personne dans ces activités ça n'a pas l'air d'être idéal, elle galère pour si, pour ça, est-ce que tu peux faire le point ? ».* ». Il ajoute que le MCREO facilite l'orientation des patients en ergothérapie par les médecins prescripteurs, « *Elles sont venues me voir pour ces personnes-là, et j'ai pu après demander au médecin « est ce que tu peux me prescrire pour que je fasse le bilan ? ».* ». E2 rejoint E4 sur la reconnaissance de l'ergothérapie par la pluridisciplinarité, « *La pluridisciplinarité, je pense que c'est hyper important aussi dans la reconnaissance de nos métiers, en effet. Et la MCRO fait aussi partie de ça.* ».

E1 met l'accent sur l'importance de ne pas imposer ses outils propres à l'ergothérapie dans la collaboration interdisciplinaire. E1 explique « *Après tu laisses la personne s'en saisir ou ne pas s'en saisir.* ».

4. Discussion des données

4.1 Interprétation des résultats et éléments de réponses à l'objet de recherche

Cette recherche avait pour but de **comprendre comment l'utilisation du MCREO soutient l'identité professionnelle des ergothérapeutes travaillant en rééducation, dans une démarche centrée sur la personne et ses occupations.**

Les résultats relèvent que le MCREO utilisé par les ergothérapeutes dans leur pratique est un soutien à leur identité professionnelle, que ce soit pour eux-mêmes ou vis-à-vis d'autres personnes. Les professionnels parviennent à utiliser le modèle, grâce à son outil d'évaluation, le MCRO. Bertilsson fait la même constatation : les ergothérapeutes se saisissent du modèle conceptuel par l'utilisation de la MCRO (23).

Les entretiens mettent aussi en lumière le fait que le modèle et son outil permettent d'adopter une démarche centrée sur la personne et ses occupations. En effet, les ergothérapeutes interrogés soulignent que le modèle permet de partager le pouvoir décisionnel entre le patient et le thérapeute, notamment lors de la définition des objectifs de la prise en soin. Le

renforcement du partenariat est aussi mis en avant. C'est deux notions sont les fondements de l'approche centrée sur la personne en ergothérapie, selon l'un des continuums modélisés par Marterella et Fisher (34). De plus, Kristensen et al. remarquaient aussi que la MCRO permet aux ergothérapeutes de partager le pouvoir décisionnel (20).

La phase de définition des objectifs par le patient est soutenue par le modèle. En effet, les ergothérapeutes soulignent que le modèle facilite l'implication du patient dans la définition des objectifs pour la rééducation. La revue de littérature mettait aussi en lumière cet aspect. Bertilson ainsi que Kristensen et al. s'accordaient à dire que les objectifs sont définis entre l'ergothérapeute et le patient, en fonction de ses besoins, par le MCRO (20) (23).

Le modèle a aussi permis aux ergothérapeutes interrogés dans leur démarche d'inclure pleinement les occupations importantes pour la personne. Nilsen et al. montraient aussi que le MCREO, notamment lors de la phase d'évaluation permet la connaissance des occupations importantes (29). La recherche met en lumière que les ergothérapeutes essaient de favoriser les mises en situation écologiques, pour reproduire au plus l'environnement de la personne.

Certains ergothérapeutes relèvent que le MCREO permet de se détourner de l'approche analytique, basée sur les fonctions encore très présente en rééducation, et d'adopter une approche Top Down, c'est-à-dire que les occupations de la personne sont mises au centre de la prise en soin (51).

En ce qui concerne l'identité professionnelle pour soi, les ergothérapeutes reconnaissent que le modèle permet de trouver plus de sens dans la profession, grâce à l'approche centrée et occupationnelle et ainsi retourner aux fondements de l'ergothérapie. Néanmoins, un des ergothérapeutes émet des doutes sur son véritable soutien en comparaison à ses autres collègues ergothérapeutes n'utilisant pas le modèle.

Les ergothérapeutes formés au MCREO reconnaissent de nets changements de pratique par rapport à ce qui se pratiquait auparavant. L'ergothérapeute formé durant ses études au MCREO reconnaît que le modèle permet d'avoir un fil conducteur à la pratique même s'il n'est pas toujours utilisé. La nécessité d'être formé à l'outil du MCREO était aussi relevée dans la revue de littérature (27). De surcroît, l'intention initiale du modèle, développé au Canada, était de soutenir les valeurs des ergothérapeutes, et de concentrer leur pratique sur les occupations et sur la personne (52) .

Vis-à-vis des autres professionnels, malgré l'utilisation du MCREO, il persiste une ambivalence dans la reconnaissance de l'ergothérapie. En effet, certains professionnels ont parfois encore du mal à saisir l'approche sur laquelle l'ergothérapie se base. Cependant, les

ergothérapeutes mentionnent que la compréhension du cœur de métier est facilitée par le modèle.

Trois ergothérapeutes ayant participé mettent l'accent sur le fait que l'utilisation du modèle, et plus particulièrement de la MCRO favorise la collaboration entre les différents professionnels de l'équipe. Cette évaluation sert de soutien pour faire valoir l'importance des occupations de la personne envers les autres professionnels. Enemark Larsen et al. mentionnaient, dans la revue de littérature, que l'amélioration de la collaboration pluridisciplinaire était possible grâce au modèle (27).

De plus, le modèle permet de légitimer sa pratique par sa reconnaissance et sa solidité dans le monde de l'ergothérapie à l'international. La recherche menée permet d'apporter de nouvelles données, qui complètent la revue de littérature sur l'intérêt de l'utilisation du MCREO pour l'identité professionnelle des ergothérapeutes. La modification de l'identité professionnelle des ergothérapeutes travaillant en rééducation comme des professionnels centrés sur la personne et sur les occupations les incite à faire valoir cette approche, par des présentations et des explications aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Enfin, en ce qui concerne l'identité pour autrui, le MCREO permet de mieux faire comprendre aux patients le métier d'ergothérapeute pour trois des ergothérapeutes. Enemark Larsen et al. soulignaient aussi cet aspect de facilitation de compréhension de l'ergothérapie par les patients (27).

Tous les ergothérapeutes reconnaissent des limites à la mise en place du modèle dans leur pratique en rééducation. La spécificité du modèle en termes de vocabulaire, qui peut parfois être éloigné de celui utilisé en rééducation, en est une. La population accueillie en rééducation peut aussi être un frein, notamment par rapport à la présence de troubles cognitifs ou la récente apparition du handicap. La revue de littérature rejoint aussi les résultats de la recherche sur les limites du modèle, notamment en lien avec les troubles cognitifs (27).

L'interprétation des résultats obtenus à travers les différents entretiens permet de dresser des éléments de réponses à l'objet de recherche, qui sont les suivants :

- le MCREO est un soutien à l'identité professionnelle pour soi des ergothérapeutes par la MCRO, qui est l'outil du modèle

- le MCREO permet d'adopter une démarche centrée sur la personne et sur ces occupations, il permet de mettre le patient au centre de sa prise en soin, de partager le pouvoir décisionnel et de se focaliser sur ses occupations importantes

-malgré l'utilisation du modèle, des perceptions différentes de l'ergothérapie persistent encore parmi les professionnels

4.2 Critiques du dispositif de recherche

Le dispositif de recherche mis en place pour tenter de répondre à la question de recherche comporte des limites, qu'il faut identifier.

Le choix des entretiens semi-directifs a permis aux ergothérapeutes interrogés de s'exprimer de manière libre sur le thème, et de recueillir de nombreuses informations en lien avec l'objet de recherche, ainsi que d'élargir la vision avec des données qui n'étaient pas nécessairement ciblées.

La passation des entretiens en visio-conférence en raison de la situation sanitaire mais aussi de l'éloignement géographique des participants a pu être un frein à l'établissement d'une relation de confiance. Elle a aussi pu impacter la qualité des échanges car seul le discours verbal a été pris en compte. Le discours non verbal a difficilement pu être analysé.

Les entretiens semi-directifs choisis comportent des biais, notamment lors des questions de relance, qui peuvent influencer le répondant. Un autre biais apparu lors de la réalisation des entretiens mais dont le chercheur avait conscience est le fait que deux ergothérapeutes travaillaient dans la même structure, même s'ils n'exerçaient pas dans le même service.

Concernant la taille de l'échantillon, le nombre d'ergothérapeutes ayant répondu n'est pas suffisant pour connaître toutes les pratiques. Néanmoins, la notion de transférabilité est respectée dans cette recherche qualitative. L'échantillon étant ciblé sur un certain type de population, les quatre ergothérapeutes ayant participé représentent le contexte auquel l'étude s'intéressait. La saturation des données, c'est-à-dire qu'aucune nouvelle information n'est ressortie après le déroulement de chaque entretien, n'est sûrement pas atteinte (46). Cela peut être dû à la petite taille de l'échantillon, d'autres entretiens pourraient peut-être apporter de nouvelles données.

4.3 Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle

Une partie de la revue de littérature s'intéressait à l'utilisation des modèles conceptuels et notamment du MCREO par les ergothérapeutes des patients post-AVC. Quelques études statuaient sur le fait que le MCREO par son outil la MCRO permettait aux ergothérapeutes d'adopter une démarche centrée sur la personne et ses occupations. La recherche quantitative menée corrobore les données de la revue de littérature. En effet, les ergothérapeutes interrogés

reconnaissent qu'un partenariat s'établit entre le patient et le thérapeute, et que celui-ci est beaucoup plus acteur de sa prise en soin. L'utilisation du MCREO permet aux ergothérapeutes de fonder leur pratique sur les occupations des patients rencontrés, et de se détourner de l'approche biomédical et analytique majoritairement présente dans les lieux de rééducation en France.

La littérature étant peu développée sur ce sujet, cette recherche permet d'amener de nouveaux savoirs sur l'identité professionnelle des ergothérapeutes au travers de l'utilisation du MCREO en rééducation. Le modèle semble être un soutien à l'identité professionnelle des ergothérapeutes, que ce soit pour soi ou pour autrui. Néanmoins, des limites à l'utilisation de ce modèle émergent, que ce soit avec la population rencontrée ou par l'approche parfois inconnue des autres professionnels qu'il propose.

La recherche s'est concentrée sur l'utilisation d'un seul modèle conceptuel, le MCREO. Des recherches ultérieures sur le lien entre d'autres modèles conceptuels en ergothérapie et l'identité professionnelle devront être menées. De plus, seul le domaine de la rééducation a été étudié, d'autres domaines pourraient aussi être interrogés.

4.4 Transférabilité pour la pratique professionnelle

La formation en ergothérapie actuelle se tourne de plus en plus vers les modèles conceptuels. Les promotions de nouveaux ergothérapeutes sortant de l'école sont de plus en plus sensibilisées à l'apport des modèles dans la pratique professionnelle. De plus, l'ergothérapie est une profession en profonde mutation depuis quelques années en France, cherchant sa propre identité en tant que profession tournée vers les activités signifiantes des personnes (53).

Les résultats de cette recherche ont permis de mettre en lumière un lien entre l'utilisation du MCREO et un soutien à l'identité professionnelle des ergothérapeutes travaillant en rééducation comme des professionnels centrés sur la personne et sur ses occupations. L'utilisation du modèle permet de fonder sa pratique sur les occupations et de se détourner de l'approche analytique de l'ergothérapie, qui est encore souvent retrouvée en structure. Elle permet aussi de mieux comprendre sa profession, mais aussi de mieux la faire comprendre aux autres.

L'intérêt de l'utilisation des modèles conceptuels en ergothérapie et notamment en rééducation se renforce, même si des limites se dressent parfois à l'application des modèles. La reconnaissance de l'ergothérapie et de ses spécificités est donc facilitée par l'utilisation des

modèles conceptuels. Il paraît nécessaire de fonder sa pratique professionnelle sur un ou plusieurs modèles conceptuels pour proposer une ergothérapie en adéquation avec les valeurs inhérentes à la profession.

4.5 Perspectives de recherche

Cette recherche étant limitée à quatre entretiens, il serait intéressant de réaliser plus d'entretiens pour encore mieux comprendre le phénomène et le vécu d'autres ergothérapeutes qui travaillent en rééducation et qui utilisent le MCREO.

La littérature scientifique explorait aussi l'utilisation du MOH, un autre modèle conceptuel en ergothérapie. Une recherche sur le lien entre ce modèle et l'identité professionnelle des ergothérapeutes serait intéressante à mener pour la comparer par rapport à l'utilisation du MCREO.

De nouveaux questionnements émergent à la suite de cette recherche, notamment sur la place de la formation continue dans la pratique professionnelle. En effet, des interrogations apparaissent sur son lien avec une identité professionnelle développée :

-En quoi la formation continue permet-elle aux ergothérapeutes d'avoir une identité professionnelle développée ?

-Comment les formations continues sur les modèles conceptuels peuvent-elles permettre aux ergothérapeutes de faire évoluer la profession ?

4.6 Conclusion de cette recherche

Ce travail d'initiation à la recherche, mené pendant plus d'un an, a permis au chercheur d'acquérir une démarche scientifique et un regard critique sur la littérature disponible au sujet l'ergothérapie.

L'ergothérapie en France est actuellement en pleine mutation, partagée entre différents paradigmes, la profession cherche encore parfois sa propre identité. Dans d'autres pays, les ergothérapeutes ont défendu leur place et leur profession par le biais des modèles conceptuels comme au Canada. En se basant sur le MCREO, les ergothérapeutes possèdent un outil pour répondre à leur quête identitaire de professionnels centrés sur la personne et ses occupations. L'utilisation du MCREO en rééducation est un appui pour les ergothérapeutes, même s'il comporte certaines limites.

Ce travail de recherche aurait pu être plus étendu, seulement quatre entretiens ont été réalisés. D'autres participants auraient pu être interrogés, ou des participants qui travaillent en rééducation mais qui n'utilisent pas le MCREO. Ces différents points de vue auraient permis d'apporter de nouvelles informations sur le soutien du MCREO à l'identité professionnelle.

La revue de littérature, qui ne s'intéressait pas à l'identité professionnelle, a quand même permis d'apporter des éléments sur les apports et les limites de la démarche centrée sur la personne avec une population précise : les personnes ayant été victimes d'un AVC.

Cette recherche permet au chercheur, en tant que futur professionnel, de saisir les enjeux de l'utilisation des modèles conceptuels dans la reconnaissance de l'ergothérapie. Elle a aussi permis de comprendre la nécessité d'adopter un regard critique et de prendre du recul sur les sujets auxquels il est sensible.

Références bibliographiques

1. Mortenson WB, Dyck I. Power and Client-Centred Practice: An Insider Exploration of Occupational Therapists' Experiences. *Can J Occup Ther.* 1 déc 2006;73(5):261-71.
2. Vallée C. Mettre l'occupation au cœur de nos actions. *Can J Occup Ther.* 1 oct 2020;87(4):233-9.
3. Meyer S. Démarches et raisonnements en ergothérapie. Lausanne: EESP; 2007. 217 p. (Cahiers de L'EESP; vol. 1).
4. DGOS. Soins de suite et de réadaptation - SSR [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr>
5. Law MC. Client Centered Occupational Therapy. Thorofare: SLACK Incorporated; 1998. 196 p.
6. Therapists WF of O. About Occupational Therapy [Internet]. WFOT. 2020 [cité 9 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.wfot.org/about/about-occupational-therapy>
7. Accidents vasculaires cérébraux [Internet]. Collège des Enseignants de Neurologie. 2016 [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.cen-neurologie.fr/deuxieme-cycle/accidents-vasculaires-c%C3%A9r%C3%A9braux>
8. Ministère de la Santé, et des Sports. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute - Article 1 [Internet]. juill 5, 2010 p. 170-6. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2010/7/5/SASH1017858A/jo/article_1
9. World Health Organization. WHO Rehabilitation Competency Framework [Internet]. Genève; 2020 [cité 17 mars 2021] p. 52. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240008281>
10. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice guidelines for adults with stroke [Internet]. 2015 [cité 6 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.guidelinecentral.com/summaries/occupational-therapy-practice-guidelines-for-adults-with-stroke/#section-society>
11. Legg LA, Lewis SR, Schofield-Robinson OJ, Drummond A, Langhorne P. Occupational therapy for adults with problems in activities of daily living after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2017;(7):62.
12. Koch L, Eric T. Démographie et activités des ergothérapeutes au 1er janvier 2015 en France : enquête nationale ANFE-CATEL [Internet]. ANFE; 2015 avr [cité 6 avr 2020] p. 36. Disponible sur:

<https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/Enquete%20nationale%20ANFE-CATEL.pdf>

13. Accident vasculaire cérébral. Pertinence des parcours de rééducation/réadaptation après la phase initiale de l'AVC [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 15 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2972905/fr/accident-vasculaire-cerebral-pertinence-des-parcours-de-reeducation/readaptation-apres-la-phase-initiale-de-l-avc
14. Peretti C, Nicolau J, Holstein J, Rémy-Néris O, Woimant F. Etude des patients hospitalisés en SSR à la suite d'un AVC en France à partir des données PMSI [Internet]. Paris: Institut de veille sanitaire; 2009 nov [cité 18 févr 2020] p. 1. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/accident-vasculaire-cerebral/documents/communication-congres/etude-des-patients-hospitalises-en-ssr-a-la-suite-d-un-avc-en-france-a-partir-des-donnees-pmsi>
15. de Pouvourville G. Coût de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France. *Archives of Cardiovascular Diseases Supplements*. 1 févr 2016;8(2):161-8.
16. Townsend E, Canadian Association of Occupational Therapists. *Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective*. Revised Edition. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists; 2002. 210 p. (CAOT publications).
17. Bertilsson A-S, Ranner M, Koch L von, Eriksson G, Johansson U, Ytterberg C, et al. A client-centred ADL intervention: three-month follow-up of a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 1 sept 2014;21(5):377-91.
18. Ranner M, von Koch L, Guidetti S, Tham K. Client-centred ADL intervention after stroke: Occupational therapists' experiences. *Scand J Occup Ther*. 2016;23(2):81-90.
19. Walder K, Molineux M. Listening to the client voice - A constructivist grounded theory study of the experiences of client-centred practice after stroke. *Aust Occup Ther J*. avr 2020;67(2):100-9.
20. Kristensen HK, Persson D, Nygren C, Boll M, Matzen P. Evaluation of evidence within occupational therapy in stroke rehabilitation. *Scand J Occup Ther*. mars 2011;18(1):11-25.
21. Ranner M, Guidetti S, Koch L von, Tham K. Experiences of participating in a client-centred ADL intervention after stroke. *Disability and Rehabilitation*. 1 juill 2018;41(25):3025-33.
22. Sorita E, Tarruella A, Bossard C, Criquillon J, Cook A, Pelegris B, et al. Contribution of occupational therapy intervention with stroke patients. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 1 oct 2011;54:e66.

23. Bertilsson A-S. Evaluation of a client-centred ADL intervention after stroke : perspectives of occupational therapists, clients with stroke and significant others [Internet]. Inst för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle / Dept of Neurobiology, Care Sciences and Society; 2015 [cité 5 avr 2020]. Disponible sur: <http://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/44761>
24. Gustavsson M, Guidetti S, Eriksson G, von Koch L, Ytterberg C. Factors affecting outcome in participation one year after stroke: A secondary analysis of a randomized controlled trial. *J Rehabil Med*. 13 mars 2019;51(3):160-6.
25. Guidetti S, Ranner M, Tham K, Andersson M, Ytterberg C, von Koch L. A “Client-Centred Activities of Daily Living” Intervention for Persons with Stroke: One-Year Follow-up of a Randomized Controlled Trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*. juill 2015;47(7):605-11.
26. Hammell KRW. Client-centred practice in occupational therapy: Critical reflections. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 1 mai 2013;20(3):174-81.
27. Enemark Larsen A, Rasmussen B, Christensen JR. Enhancing a Client-Centred Practice with the Canadian Occupational Performance Measure. *Occupational Therapy International*. 2018;(5956301):11.
28. Shinohara K, Yamada T, Kobayashi N, Forsyth K. The Model of Human Occupation-Based Intervention for Patients with Stroke: A Randomised Trial. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*. 1 déc 2012;22(2):60-9.
29. Nilsen D, Gillen G, Arbesman M, Lieberman D. Occupational Therapy Interventions for Adults With Stroke. *Am J Occup Ther*. 1 sept 2015;69(5):1-3.
30. Pouplin S, Chaillot F, Chavoix C. Réglementation encadrant les recherches en ergothérapie en France : la loi Jardé et son évolution. 1 janv 2019;
31. CEDIP. Modes de recueil de données : un tableau comparatif [Internet]. Les fiches en lignes de la Lettre du CEPID; 2013 [cité 3 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/modes-de-recueil-d-information-un-tableau-a1042.html>
32. Rogers CR, Richon H-G, Kirschenbaum H, Henderson VL, Randin J-M. L’approche centrée sur la personne. Genève: Éditions Ambre; 2013.
33. Law M, Baptiste S, Mills J. Client-Centred Practice: What does it Mean and Does it Make a Difference? *Can J Occup Ther*. 1 déc 1995;62(5):250-7.
34. Fisher AG, Marterella A. Four Continua for critiquing occupational therapy services. In: *Powerful Practice : A Model for Authentic Occupational Therapy*. Fort Collins, Colorado: Center for Innovative OT Solutions; 2019. p. 63-93.

35. Townsend E, Beagan B, Kumas-Tan Z, Versnel J, Iwama M, Landry J, et al. Habilitier : la compétence primordiale en ergothérapie. In: Habilitier à l'occupation: faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation. 2ème édition. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013. p. 103-58.
36. Law M, Laver-Fawcett A. Canadian Model of Occupational Performance: 30 Years of Impact! *British Journal of Occupational Therapy*. 1 déc 2013;76(12):519.
37. Morel-Bracq M-C. Modèles généraux en ergothérapie. In: Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux. 2e édition. Louvain-La-Neuve: De Boeck Supérieur; 2017. p. 51-131. (Collection Ergothérapie).
38. Polatajko HJ, Davis J, Stewart D, Cantin N, Amoroso B, Purdie L, et al. Préciser le domaine primordial d'intérêt : l'occupation comme centralité. In: Habilitier à l'occupation: faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation. 2ème édition. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013. p. 15-44.
39. Gentili F. Comment définir l'identité professionnelle ? In: La rééducation contre l'école, tout contre L'identité professionnelle des rééducateurs en question. Ramonville Saint-Agne: ERES; 2005. p. 17-57. (Connaissances de la diversité).
40. Dubar C. La socialisation: construction des identités sociales et professionnelles. 5e édition revue. Paris: Armand Colin; 2015. 251 p. (U; vol. 1).
41. Fray A-M, Picouleau S. Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail. *Management Avenir*. 2010;n° 38(8):72-88.
42. Sauvageau A, Drolet M-J, Gohier C. Le développement identitaire de l'ergothérapeute éclairé par un modèle de construction de l'identité professionnelle de l'enseignant. *Ergothérapies*. oct 2017;67:71-80.
43. Sainsaulieu R. L'identité au travail. Presses de Sciences Po; 2014. 608 p. (Références).
44. Eymard C, Moncet M-C. Approche méthodologique : comprendre et choisir une méthode de recherche. In: Initiation à la recherche en soins et santé: formation. Rueil-Malmaison: Editions Lamarre; 2003. p. 1-99. (Fonction cadre de santé).
45. Ntebutse J-G, Croyere N. Intérêt et valeur du récit phénoménologique : une logique de découverte. *Recherche en soins infirmiers*. 19 avr 2016;N° 124(1):28-38.
46. Given LM. The Sage encyclopedia of qualitative research methods. Los Angeles London New Delhi: SAGE Publications; 2008. 1043 p.
47. Eymard C, Moncet M-C. Les techniques de recueil et de traitement des données. In: Initiation à la recherche en soins et santé: formation. Rueil-Malmaison: Editions Lamarre; 2003. p. 101-217. (Fonction cadre de santé).

48. Blanchet A, Gotman A, Singly F de. La préparation de l'enquête. In: L'enquête et ses méthodes: l'entretien. 2e édition refondue. Paris: Nathan; 2010. p. 39-65. (128).
49. Blanchet A, Gotman A, Singly F de. L'analyse des discours. In: L'enquête et ses méthodes: l'entretien. 2e édition refondue. Paris: Nathan; 2010. p. 91-115. (128).
50. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 1 janv 2006;3(2):77-101.
51. Fisher AG. Occupational therapy intervention process model: a model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions. Fort Collins, Colorado: Three Star Press Inc.; 2009.
52. Townsend EA, Polatajko HJ. Habilitier à l'occupation: faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation. 2ème édition. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013. 494 p.
53. Charret L, Samson ST. Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie. *Contraste*. 27 avr 2017;N° 45(1):17-36.

Annexes

Annexe 1 : Tableau des résultats des banques de données.....	62
Annexe 2 : Tableau récapitulatif des articles retenus	63
Annexe 3 : Etapes du programme CADL.....	72
Annexe 4 : Matrice questionnaire de l'enquête exploratoire.....	73
Annexe 5 : Mail de contact pour la recherche	77
Annexe 6 : Matrice conceptuelle	78
Annexe 7 : Guide d'entretien	80
Annexe 8 : Formulaire de recueil de consentement	82
Annexe 9 : Grille d'analyse des données des entretiens.....	84

Annexe 1 : Tableau des résultats des banques de données (en date du 14/09/2020)

Total à partir des mots-clefs	Bases de données	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre	Articles retenus
7588	PubMed	11	4	0	4
	Science Direct	1077	2		2
	Google Scholar	3510		0	2
	Taylor and Francis Online	1535		0	3
	Summon	2141	10	93 (avec un seul mot)	1

Annexe 2 : Tableau récapitulatif des articles retenus

Source	Niveau de scientificité	Thème / Objet traité	Méthode utilisée	Population	Approche théorique privilégiée	Champ(s) disciplinaire(s) d'étude	Principaux résultats	Questions suscitées
1. Client-centred ADL intervention after stroke : Occupational therapists' experiences Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2016	**	Description par des ergothérapeutes de l'application d'une pratique centrée sur la personne et ses activités (CADL) et sur les interactions avec les patients	Etude qualitative longitudinale	6 ergothérapeutes ayant réalisé la CADL à des patients post-AVC dépendants dans au moins deux activités de la vie quotidienne	Approche centrée sur la personne et ses activités	Sciences médicales Sciences de l'occupation Ergothérapie	-Intégration progressive dans leur travail de cette pratique à force de la mettre en place et acquisition de nouvelles connaissances -Patient devient acteur de sa rééducation après une guidance par l'ergothérapeute au début -Nécessité d'établir une relation de confiance et de partager des expériences pour effectuer cette pratique	Un programme de rééducation tel que le CADL est-il nécessaire en institution pour proposer une rééducation centrée sur la personne et ses activités ? Le manque de connaissance sur cette pratique de la part des ergothérapeutes est-elle un frein à sa mise en place en rééducation ?
2. Factors affecting	***	Comprendre l'impact de l'âge,	Seconde analyse des données d'un	237 personnes victimes d'un	Participation aux activités de	Sciences de l'occupation	-Impact de l'AVC perçu par la personne lors	La participation aux AVQ après un AVC

outcome in participation one year after stroke : A secondary analysis of a randomized controlled trial Journal of Rehabilitation Medicine 2019		de sexe, du type d'intervention reçu et de contexte de rééducation dans la participation dans les activités de la vie quotidienne après un AVC	précédent essai contrôlé randomisé	AVC dont 123 ayant reçu une intervention basée sur les activités de la personne et 114 ayant reçu une intervention « standard » après leur AVC	la vie quotidienne	Ergothérapie	d'activité de la vie quotidienne est diminué lors d'une intervention centrée sur la personne -Utilisation en rééducation pour améliorer la participation aux AVQ -Approche plus intéressante à utiliser avec des personnes ayant un AVC modéré à sévère	est-elle la seule composante améliorée une rééducation centrée sur les activités de la personne ?
3. Listening to the client voice - A constructivist grounded theory study of the experiences of client-centred practice after stroke	**	Perception des patients post-AVC en rééducation concernant la relation entretenue avec les soignants	Etude théorique constructiviste réalisée à partir d'entretiens	6 personnes ayant été victime d'un AVC en Australie	Pratique centrée sur la personne	Ergothérapie Psychologie	-Relation avec les soignants apporte de l'espoir et un soutien émotionnel -Manque de pouvoir de décision des patients -Manque de compréhension de la part des soignants sur le vécu des patients -Pratique centrée sur la personne doit la prendre	Comment permettre l'empowerment de la personne sans que le thérapeute l'influence ?

Australian Occupational Therapy Journal 2020							en compte dans sa globalité	
4. Evaluation of Evidence Within Occupational Therapy in Stroke Rehabilitation Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2011	***	Etude de l'applicabilité des recherches scientifiques sur l'intervention ergothérapique basé sur les occupations et la pratique centrée avec des patients post-AVC	Revue de littérature	/	Pratique centrée sur la personne	Ergothérapie Science de l'occupation	-Capacité de gérer plusieurs tâches lors après avoir reçu une rééducation centrée sur la personne -Sentiment d'implication dans la définition d'objectifs augmenté -Amélioration des résultats dans les AVQ	La définition conjointe d'objectif est-elle le point de départ à une démarche centrée ?
5. Contribution of occupational therapy intervention with stroke patients	**	Etude de l'efficacité des interventions en ergothérapie centrées sur le projet de la vie quotidienne pour	Revue de littérature pour une conférence	/	Pratique centrée sur la personne et son projet de vie	Ergothérapie Science de l'occupation	-Implication de la personne et de son entourage dans la définition des objectifs	L'utilisation de certains outils d'évaluation promeut-elle une pratique centrée sur la personne et ses activités ?

Annals of Physical and Rehabilitation Medicine		améliorer l'autonomie des patients AVC						
2011								
6. The Model of Human Occupation-Based Intervention for Patients with Stroke : A Randomised Trial	***	Comparaison d'une intervention de rééducation post-AVC basée sur le MOHO et d'une intervention « standard »	Essai contrôlé randomisé	36 patients post-AVC dont 19, participant à l'intervention basée sur le MOHO et 17 faisant partis du groupe de contrôle	Pratique basée sur un modèle en ergothérapie promouvant la démarche centrée sur la personne et sur ses occupations	Ergothérapie Science de l'occupation	-Amélioration significative des scores dans l'indépendance dans les AVQ pour le groupe recevant l'intervention basée sur le MOHO -Amélioration dans la perception de la douleur, le fonctionnement physique, perception générale de la santé et fonctionnement social -Amélioration uniquement sur l'indépendance aux AVQ pour le groupe témoin	L'utilisation généralisée du MOHO avec les patients post-AVC est-elle la clé à l'inclusion du patient dans sa rééducation ?
Hong Kong Journal of Occupational Therapy								
2012								

7. A “Client-Centred Activities of Daily Living” Intervention for Persons with Stroke : One-Year Follow-up of a Randomized Controlled Trial Journal of rehabilitation medicine 2015	***	Comparaison des variations de participation, de l’indépendance dans les AVQ et la satisfaction de la vie entre des patients ayant reçu une rééducation centrée sur la personne et une rééducation habituelle post-AVC	Essai contrôlé randomisé multicentrique	280 personnes ayant subi un AVC répartis en deux groupes au début de l’étude	Intervention basée sur la personne et ses occupations	Ergothérapie Science de l’occupation	-Pas de différences significatives sur la participation perçue et l’indépendance aux AVQ entre les deux groupes lors des 12 mois suivants l’AVC -Changement cliniquement positif de la participation des personnes ayant reçu une rééducation centrée sur la personne notamment sur la résolution de problèmes dans les AVQ	L’intervention centrée sur la personne a-t-elle un effet sur le moral des patients ?
8. Evaluation of a client-centred ADL intervention after stroke : perspectives of occupational therapists, clients with	**	Evaluation d’un programme de rééducation centré sur la personne et ses activités après un AVC, pour les ergothérapeutes, la personne et son entourage	Analyse quantitative		Démarche centrée sur la personne et ses activités	Ergothérapie Science de l’occupation	-Amélioration du versant émotionnel chez les personnes ayant reçu une intervention centrée sur la personne et ses activités -Transfert des acquis en rééducation dans la vie	L’utilisation de la MCRO peut-elle être le point de départ à l’adoption d’une démarche centrée sur la personne et ses activités ?

stroke and significant others							quotidienne et aux aidants -Outils de la MCRO intéressant pour fixer des objectifs centrés sur la personne	
2015								
9. Experiences of participating in a client-centred ADL intervention after stroke Disability and Rehabilitation	**	Recueil de l'expérience de patients post-AVC dans une rééducation centrée sur la personne et ses activités	Analyse qualitative	10 personnes ayant subi un AVC et ayant reçu une rééducation centrée sur la personne	Démarche centrée sur la personne et ses activités	Ergothérapie Science de l'occupation	-L'intervention centrée sur la personne a aidé les patients à mieux appréhender leur nouvelle vie avec l'AVC -Personne actrice de leur rééducation et engagée dans celui-ci -Collaboration avec l'ergothérapeute -Transfert des acquis en rééducation dans la vie quotidienne	Le sentiment d'implication dans sa rééducation améliore-t-il les performances de la personne ?
2018								
10. Client centred practice in occupational	**	Réflexion critique sur la mise en place de la pratique	Revue de littérature		Démarche centrée sur la personne	Ergothérapie	-Avis des patients sur la perception et la satisfaction manquent	Pourquoi les ergothérapeutes ne sont pas systématiquement

therapy : Critical reflections		centrée en ergothérapie					pour savoir la pratique est réellement centrée -L'adhésion n'est pas systématique à la pratique centrée sur le client de la part des ergothérapeutes -Rapport du sachant sur la personne encore présent	dans une démarche centrée ? Les institutions/structures jouent-t-elle un rôle dans le fait que la démarche centrée n'est pas toujours appliquée ? Existe-t-il un moyen pour dès le départ de la prise en soin être centrée sur la personne et ses activités ?
Scandinavian Journal of Occupational Therapist 2013								
11. A client-centred ADL intervention : three-month follow-up of a randomized controlled trial	***	Etude d'une intervention centrée sur la personne (CADL) par rapport à une intervention habituelle (UADL)	Essai contrôlé randomisé	280 participants dont 129 dans le groupe recevant la CADL et 151 dans le groupe témoin	Démarche centrée sur la personne	Ergothérapie Science de l'occupation	-Pas de différences significatives au bout de 3 mois sur l'autonomie dans les AVQ, la participation -Amélioration du versant émotionnel dans le groupe CADL au bout de 3 mois	Le fait que les ergothérapeutes aient reçu une formation avant de proposer la CADL a-t-elle un impact sur la qualité de l'intervention ? L'entraînement reçu montre-t-il que les ergothérapeutes ont
Scandinavian Journal of								

Occupational Therapy 2014							-Ergothérapeutes ont été entraînés avant de mettre en place la méthode CADL	encore une méconnaissance de cette démarche ?
12. Enhancing a Client-Centred Practice with the Canadian Occupational Performance Measure Occupational Therapy International 2018	**	Comprendre si l'utilisation de la MCRO améliore la démarche centrée sur la personne	Revue de littérature et analyse quantitative des articles retenus	/	Démarche centrée sur la personne Modèle conceptuel en ergothérapie	Ergothérapie Science de l'occupation	-Nécessité de communiquer et d'écouter le patient pour que la MCRO améliore la démarche centrée -Nécessité partage du pouvoir malgré la difficulté pour les ergothérapeutes devant certains objectifs de la personne -MCRO permet une connaissance de la personne et de ses expériences -Utilisation de la MCRO améliore l'application d'une démarche centrée	La définition conjointe d'objectifs est-elle le point de départ à une démarche centrée ? L'utilisation de n'importe quel modèle conceptuel en ergothérapie permet-elle d'adopter une démarche centrée sur la personne ?

13. Occupational Therapy Interventions for Adults With Stroke American Journal of Occupational Therapy 2015	**	Etude de cas sur l'intervention en ergothérapie centrée sur la personne et ses occupations pour un patient post-AVC	Etude de cas	1 personne ayant subi un AVC et 1 ergothérapeute	Démarche centrée sur la personne et ses activités Utilisation d'outil issu de modèle conceptuel	Ergothérapie Science de l'occupation	Utilisation de la MCRO pour déterminer les occupations importantes Objectifs ciblés selon les activités importantes pour le patient A la fin de l'intervention les scores de la MCRO ont augmenté Le patient a atteint la majorité de ces objectifs	Le fait que l'ergothérapeute utilise un outil d'évaluation provenant d'un modèle est-il un soutien à la démarche centrée ?
---	----	---	--------------	--	--	---	--	--

Annexe 3 : Etapes du programme CADL

1. Etablissement d'une relation de confiance par le biais des expériences vécues par le patient
2. Observation d'une activité choisie et faite par la personne et évaluation de la performance du patient par l'ergothérapeute et lui-même, pour qu'il comprenne ses capacités
3. Identification de trois objectifs dans ses activités à atteindre par le patient grâce à la MCRO
4. Apprentissage d'une méthode de résolution de problèmes au patient
5. Réalisation d'une activité classée comme la plus importante lors de l'évaluation et identification des difficultés
6. Identification de stratégies faites par le patient et l'ergothérapeute pour surmonter les difficultés dans la ou les activités
7. Evaluation des résultats de la rééducation pour atteindre les objectifs faites entre le patient et l'ergothérapeute
8. Utilisation par le patient d'un journal de formation pour informer les autres professionnels, l'entourage et les aidants
9. Lors de la dernière séance, l'ensemble des techniques apprises est revu pour permettre le transfert dans la vie quotidienn

Annexe 4 : Matrice questionnaire de l'enquête exploratoire

Variables étudiées	Indicateurs par variables	Sous indicateurs ou indices	Intitulés	Modalités de réponse	Objectifs
1. Consentement	Accord		1.1 Acceptez-vous de participer à cette enquête ?	Réponse binaire « OUI » / « NON »	S'assurer que les personnes sont d'accords pour participer à ce questionnaire.
2. Renseignements sur la population	Ergothérapeutes		2.1 Etes-vous ergothérapeute ?	Réponse binaire « OUI » / « NON »	S'assurer que tous les participants sont bien des ergothérapeutes.
	Structures ciblées		2.2 Dans quel type de structure exercez-vous ?	Choix proposé : Soins de suite et de réadaptation (SSR), Centre de rééducation fonctionnel (CRF)	Connaitre l'institution dans laquelle les participants travaillent.
	Année du diplôme d'Etat en ergothérapie		2.3 En quelle année avez-vous été diplômé ?	Question ouverte	Connaitre l'année du diplôme pour comprendre ensuite les pratiques. Pertinence pour les questions suivantes.
3. Prise en soin	Patients post-AVC		3.1 Prenez-vous en soin des personnes ayant été victime d'AVC ?	Réponse binaire « OUI » / « NON »	S'assurer que les participants reçoivent des patients post-AVC pour la suite des questions.
	Pratique avec ces patients	Techniques de rééducation utilisées	3.2.1 En général, que proposez-vous à vos patients en rééducation post-AVC ?	Question à choix multiple Rééducations spécifiques (Bobath, Perfetti, thérapie contrainte induite...)	Connaitre les pratiques qui se font sur le terrain avec des patients post-AVC en France

				Rééducation manuelle individuelle Rééducation assistée par robotique Rééducation basée sur les activités significantes de la personne Education thérapeutique Autres :	
		Activités significantes	3.2.2 Si vous utilisez des activités significantes, comment déterminez-vous celles à mettre en place ?	Question à choix multiples Entretien avec la personne Entretien avec la famille Utilisation de bilans (ex : MCRO, Profil occupationnel) Autres :	Comprendre comment les professionnels choisissent les activités significantes à mettre en place en séances rééducatives.
4. Démarche centrée	Connaissance		4.1 Comment définiriez-vous la démarche centrée sur la personne et ses occupations en ergothérapie ?	Question ouverte	Savoir comment les ergothérapeutes définissent la démarche centrée. Comprendre ce qui peut différer par rapport aux écrits sur cette démarche en ergothérapie.
	Critères de cette démarche	Définition des objectifs	4.2.1 Discutez-vous systématiquement des objectifs de rééducation avec vos patients post-AVC ?	Réponse binaire « OUI » / « NON »	Voir si les professionnels suivent un des critères primordiaux à la démarche centrée sur la personne.

			4.2.2 Si non, pourquoi ?	Question ouverte	Comprendre ce qui peut empêcher la définition conjointe des objectifs avec cette population.
		Pouvoir de décision	4.2.3 Lors de la mise en place des séances, vos patients peuvent-ils choisir les activités qu'ils vont réaliser ?	Question à choix multiples Toujours La plupart du temps Parfois Jamais	Comprendre si actuellement, les patients ont le choix et le pouvoir de décision sur leur rééducation.
			4.2.4 Arrivez-vous à partager le pouvoir décisionnel avec vos patients lors de l'intervention ?	Réponse binaire « OUI » / « NON »	Comprendre si les ergothérapeutes arrivent à laisser une place d'acteur au patient.
			4.2.5 Si non, pourquoi ?	Question ouverte	Connaitre les freins au partage de pouvoir.
		Relation avec les patients	4.2.6 Quelle place accordez-vous au soutien émotionnel, tout au long de l'intervention ?	Question à choix multiples Très importante Importante Assez importante Peu importante	Voir si la relation d'empathie est mise en place par les ergothérapeutes.
		Pertinence écologique	4.2.7 Lors des séances, mettez-vous en place des mises en situation écologique ?	Réponse binaire « OUI » / « NON »	Voir si les ergothérapeutes utilisent du matériel qui permet aux patients de transférer les acquis dans leur vie quotidienne.
	Freins		4.3 Connaissez-vous des freins à suivre cette démarche ?	Question à choix multiples Institutionnels	Comprendre ce qui peut empêcher les ergothérapeutes français de suivre cette démarche.

				Connaissances sur la démarche Troubles associés à l'AVC Autre	
5. Modèles conceptuels	Utilisation		5.1.1 Dans votre pratique, vous appuyez-vous sur des modèles conceptuels en ergothérapie (ex : MOHO, MCREO...) ?	Réponse binaire « OUI » / « NON »	Savoir si les ergothérapeutes utilisent des modèles pour soutenir leur pratique en centre de rééducation.
		Modèles utilisés	5.1.2 Si oui, le(s)quel(s) ?	Question à choix multiples MCREO PEOP MOH Modèle KAWA OTiPM Autres :	Connaitre les modèles que les ergothérapeutes utilisent dans leur pratique.
	Atouts des modèles		5.2 Si vous les utilisez, qu'apportent-ils dans votre pratique ?	Question ouverte	Comprendre ce que les modèles apportent aux ergothérapeutes s'ils s'appuient sur certains.
6. Autres remarques			6.1 Autres remarques, suggestions qui n'ont pas été abordées dans ce questionnaire.	Question ouverte	Recueillir d'autres informations qui pourraient être pertinentes.

Annexe 5 : Mail de contact pour la recherche

Bonjour,

Actuellement en 3^{ème} année d'ergothérapie à l'IFE de Marseille, je réalise mon mémoire d'initiation à la recherche sur **l'utilisation du MCREO comme soutien à l'identité professionnelle des ergothérapeutes travaillant en rééducation.**

Je souhaite donc échanger lors d'entretiens avec des ergothérapeutes travaillant en SSR, en CRF ou en CMPR, et qui utilisent le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel dans leur pratique.

Si vous êtes intéressé(e) pour participer à cette étude, je suis disponible pour un premier contact par mail :

En vous remerciant par avance,

Perrine MARTIN

Annexe 6 : Matrice conceptuelle

Concepts	Variables	Indicateurs
Approche centrée sur la personne	Congruence	Accord entre ce qui est énoncé et ce qui est réalisé
	Attention positive et inconditionnelle	Pas de jugement de valeurs sur la personne
	Empathie	Se mettre à la place de l'autre
	Relation horizontale thérapeute-patient	Collaboration thérapeute-patient Respect Partage d'informations Prise en compte des besoins, des attentes, des occupations et de l'environnement de la personne Soutien émotionnel
	Habilitation à l'occupation	Choix, risque et imputabilité Engagement du client Changement Justice Projection des possibilités Partage du pouvoir
Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels	Environnement	Physique
		Institutionnel
		Culturel
		Social
	Occupation	Soins personnels → Prendre soin de soi → Se maintenir en santé
		Productivité → Contribuer à la société
		Loisirs → Accéder à la détente
	Personne	Cognitif → Capacités cognitives : attention, mémoire, planification, exécution...

		Affectif <ul style="list-style-type: none"> → Emotions, acceptation du handicap → Relations aux autres
		Physique <ul style="list-style-type: none"> → Pathologie et troubles associés
		Spiritualité
Identité professionnelle	Socialisation	Primaire <ul style="list-style-type: none"> → Début durant l'enfance → Construction lente et discontinue → Assimilation des normes et des codes sociaux
		Secondaire <ul style="list-style-type: none"> → Début à l'âge adulte → Complément de la socialisation primaire → Acquisition de nouvelles règles
	Construction	Identité pour soi <ul style="list-style-type: none"> → Ce que l'on pense être → Valeurs, croyances, buts
		Identité pour autrui <ul style="list-style-type: none"> → Comment les autres nous perçoivent
		Vie au travail <ul style="list-style-type: none"> → Relations professionnelles → Situations vécues → Possibilité d'avenir et d'évolution
	Types	De retrait <ul style="list-style-type: none"> → Désinvestissement des individus → Aspect financier du travail
		Fusionnelle <ul style="list-style-type: none"> → Rôle important du collectif → Dépendance à la hiérarchie
		Négociée <ul style="list-style-type: none"> → Négociations des modalités de travail

		→ Reconnaissance des compétences
		Affinitaire → Individualisme → Création d'un réseau et fonctionnement sur les affinités → Evolution de poste possible

Annexe 7 : Guide d'entretien

Questions d'amorce :

-Souhaitez-vous toujours participer à cette recherche ? Vous pouvez vous rétracter à tout moment et même après l'entretien sans qu'il n'y ait aucune conséquence. En cas de rétractation l'enregistrement et les données retranscrites seront effacées.

-Acceptez-vous que j'enregistre cet entretien ?

-Durant cet entretien semi-directif, je vous guiderai par quelques questions mais c'est un temps pour vous pour vous écouter et vous laisser vous exprimer en longueur sur le thème du MCREO et du soutien de l'identité professionnelle en rééducation. Avez-vous des questions avant de commencer ?

-Dans quel type de structure travaillez-vous ? Et depuis combien de temps ?

<u>Thème principal</u> : l'utilisation du MCREO comme soutien à l'identité professionnelle des ergothérapeutes travaillant en rééducation		
Questions	Relances	Objectifs
<u>Question inaugurale :</u> Comment décririez-vous votre identité professionnelle ?	Pouvez-vous m'en dire plus sur... ? Qu'entendez-vous par... ? Que remarquez-vous sur... ?	-Entamer une réflexion autour de l'identité professionnelle de la personne en tant qu'ergothérapeute travaillant en rééducation -Comprendre comment les répondants définissent et

		perçoivent leur identité professionnelle -Identifier les valeurs inhérentes aux ergothérapeutes travaillant en rééducation
Entre l'avant et l'après dans votre pratique de l'utilisation du MCREO, que diriez-vous ?	Qu'entendez-vous par... ? Pouvez-vous préciser... ? Qu'entendez-vous par... ?	-Comprendre la différence entre l'utilisation ou non du MCREO dans la pratique professionnelle des répondants -Percevoir l'expérience des ergothérapeutes vis-à-vis du MCREO dans leur pratique
Pouvez-vous me décrire comment l'utilisation du MCREO dans votre pratique influence-t-elle ou non votre identité professionnelle dans votre structure ?	Comment percevez-vous... ? Qu'entendez-vous par ? Pouvez-vous préciser... ? Que voulez-vous dire par... ?	-Comprendre si le MCREO est perçu comme un soutien ou non l'identité professionnelle des répondants
Par rapport à votre identité professionnelle, comment les autres professionnels vous perçoivent-ils ? Et par rapport au MCREO ?	Quand avez-vous remarqué que... ? Dans quelles situations de manière plus détaillée ?	-Comprendre la vision que les autres professionnels ont de l'ergothérapie en rééducation -Comprendre par quels moyens le MCREO est un soutien ou non à l'identité professionnelle

Questions de clôture :

-Avez-vous d'autres remarques ou observation à faire ? Si vous pensez à l'utilisation du MCREO en tant que soutien à l'identité professionnelle, y a-t-il des choses qui n'ont pas été abordées ?

Annexe 8 : Formulaire de recueil de consentement

Formulaire du recueil de consentement (en 2 exemplaires)**« L'utilisation du MCREO comme soutien à l'identité professionnelle des ergothérapeutes travaillant en rééducation, dans une démarche centrée sur la personne et ses occupations »**

MARTIN Perrine, étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie, investigateur principal m'a proposé de participer à la recherche intitulée : « *L'utilisation du MCREO comme soutien à l'identité professionnelle des ergothérapeutes travaillant en rééducation, dans une démarche centrée sur la personne et ses occupations* ».

J'ai pris connaissance de la note d'information m'expliquant le protocole de recherche mentionné ci-dessus. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses adaptées.

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles.

J'accepte le traitement informatisé des données nominatives qui me concernent en conformité avec Le consentement était déjà inscrit dans la loi Informatique et Libertés. Il est renforcé par le RGPD et les conditions de son recueil sont précisées Articles 4, 6 et 7 et considérants 42) et 43) du RGPD.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquence.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 (Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles ou « RGDP »), entré en vigueur le 25 mai 2018), vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement des données vous concernant (www.cnil.fr). Ces droits s'exercent auprès de NOM + COORDONNEES.

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée : « *L'utilisation du MCREO comme soutien à l'identité*

professionnelle des ergothérapeutes travaillant en rééducation, dans une démarche centrée sur la personne et ses occupations ».

Mon consentement ne décharge pas l'investigateur et le promoteur de leurs responsabilités à mon égard.

Fait à..... le.....

En deux exemplaires originaux

Participant à la recherche

Investigateur principal

Nom Prénoms

Nom Prénoms

Signature :

Signature :

(Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé)

Annexe 9 : Grille d'analyse des données des entretiens

Thèmes	Sous-thèmes	Entretien E1	Entretien E2	Entretien E3	Entretien E4
Une identité professionnelle floue tendant à se renforcer	L'identité professionnelle : un concept parfois flou pour les ergothérapeutes	<p>« Euh qu'est-ce que tu entends par identité professionnelle ? C'est juste la démarcation ergo quoi, l'identification en temps qu'ergo. » L.18-19</p> <p>« Mon identité professionnelle, ouais, j'ai pas du tout l'habitude avec ce terme-là. » L.34</p>		<p>« Comment je décrirais mon identité professionnelle... woh. (Rires) » L.40</p> <p>« J'avoue que le concept de l'identité professionnelle, ça reste un peu flou. » L.202-203</p> <p>« Après oui, ce qu'on met derrière exactement, ce n'est pas simple. » L.207-208</p>	
	Une identité professionnelle marquée et singulière	<p>« On est les principaux acteurs qui vont toucher un peu à tout, que ce soit coordonner le projet de retour à domicile, le projet professionnel. » L.35-37</p> <p>« Je trouve qu'ici on a beaucoup plus une vraie expertise. » L.223-224</p>	<p>« On a une identité assez forte parce que tout le monde nous connaît » L.31-32</p> <p>« Je ne sais pas si on peut appeler ça un pouvoir mais on est quand même assez présents sur la structure » L.39-40</p>	<p>« Donc maintenant nos missions sont vraiment bien identifiées. » L.53-54</p> <p>« Par rapport à mes autres collègues on a pas non plus la même vision. » L.58-59</p> <p>« On va avoir des missions de rééducation, de réadaptation.</p>	<p>« L'identité professionnelle de l'ergothérapeute, pour moi c'est... ça s'oriente autour des activités de la vie quotidienne en prenant en compte les attentes de la personne concernant la reprise ou le maintien de ses activités de la vie quotidienne. » L.36-39</p>

				<p>On fait des cahiers des charges de fauteuil roulant, aménagement du domicile. » L.69-71</p> <p>« Alors moi, je me suis un peu sentie touchée dans ma profession. » L.160</p> <p>« Et si je trouve qu'on est bien identifié enfaite. » L.187</p>	<p>« Avec comme moyens, bah des moyens assez divers, que ce soit en rééducation, en réadaptation ou en éducation. » L.39-40</p> <p>« Je fais partie avec l'assistante sociale, des professionnels qui sont le plus en lien avec les proches. » L.43-44</p>
	Une pratique centrée sur les occupations	<p>« C'est tout ce qui est vraiment centré sur les occupations de la personne, de la vie quotidienne. » L.34-35</p> <p>« On parle que d'occupations. » L.88</p> <p>« Au niveau de sa pratique d'être vraiment centré uniquement sur les activités. » L.113-114</p>	<p>« Occupation centrée » L.74</p> <p>« Enfin que je comprenais déjà mieux mon métier et de l'avoir expliqué en parlant d'activités de la vie quotidienne, de travailler autour de ça et de donner des exemples avec des mises en situation vraiment concrètes. » L.211-214</p>	<p>« Qui est très occupation centrée, euh client centré. » L.56-57</p> <p>« Moi clairement, je suis beaucoup plus sur les occupations, les activités de vie quotidienne avant tout quoi. » L.60-61</p> <p>« On est amené aussi à faire des essais de fauteuil roulant en ville, chez la personne.</p>	<p>« Que j'essaie d'orienter vraiment sur des mises en activité, du lien avec l'entourage. » L.41-42</p> <p>« Donc je dirais en termes d'identité, une vision très globale de la personne, que ce soit sur ses attentes comme sur son entourage, professionnel, environnement physique et... humain. » L.44-46</p>

		<p>« On est beaucoup plus au cœur des problématiques occupationnelles du patient. » L.117-118</p> <p>« L'habillage de travailler que l'habillage, je ne travaille même plus les boutons juste tout seul, les boutons, non, on travaille ce qu'ils mettent au niveau de leurs affaires, leurs propres affaires, leurs propres chaussettes » L.120-122</p>		<p>Euh... pas mal de mises en situation écologiques. » L.71-72</p> <p>« Préconisation d'aides techniques. » L.83</p>	<p>« J'essaie de mettre en situation si possible le plus écologique les personnes, que ce soit en toilette, habillage, cuisine, ménage, bricolage en fonction de leurs habitudes. » L.48-50</p> <p>« Soit des exercices qui se rapprochent des contraintes de l'activité visée mais qui ne va pas être écologique. » L.54-55</p> <p>« Ou que la mise en activité, même adaptée si on peut dire n'est pas possible, dans ce cas-là on part sur des choses qui s'apparent plus à de l'analytique. Donc soit en exercices ciblés sur une fonction, soit ciblé sur un geste, voilà en fonction des besoins de la personne. » L.62-64</p>
--	--	--	--	--	--

					« Centrés sur l'activité » L.145-146
	Le tournant apporté par l'utilisation du MCREO sur l'identité professionnelle	<p>« J'ai commencé à utiliser progressivement la MCRO » L.41-42</p> <p>« Et à être un peu plus centrée. » L.42</p> <p>« Oui, oui parce que moi j'ai été élevée à la déficience, incapacité, situation de handicap et à beaucoup de travail analytique avec oui des activités mais c'était quand même... c'est horrible à dire mais maintenant quand j'y pense mais je faisais des cônes, je faisais des cubes, je faisais des jeux ou des déplacements d'objets mais qui n'avaient rien à voir avec la vie quotidienne dans l'objectif que ça fonctionne</p>	<p>« Et en même temps, je suis sortie de l'école, je ne comprenais pas ce que je faisais, ça ne me parlait pas, je n'y voyais pas de sens. » L.76-78</p> <p>« J'étais un peu entre deux métiers, je ne savais vraiment pas trop ce que c'était que l'ergothérapie » L.78-79</p> <p>« De changer un peu notre pratique. » L.92</p> <p>« Pour changer la manière de faire et pour s'imposer un peu plus sur une occupation centrée » L.93-94</p> <p>« Je ne fais plus du tout d'analytique. » L.95-96</p>	<p>« Alors je l'utilisais avant, parce que du coup de l'école d'où je viens on a un peu été baigné là-dedans, et même pour mon mémoire, j'ai pas mal utilisé ce modèle-là. » L.92-93</p> <p>« Moi après je sais que ma formation s'est construite là-dessus donc je m'y réfère automatiquement. Après c'est pareil je l'ai dans ma tête, à chaque fois elle en découle si tu veux, de prendre en compte... Quand je fais mon entretien, j'ai toujours l'environnement, enfin voilà, j'ai toujours le modèle dans ma tête, si tu veux. » L.130-134</p>	<p>« En fait quand je suis arrivée dans le service, dans lequel je suis actuellement, il n'était pas en place effectivement euh... et moi j'ai essayé de le mettre en place progressivement. » L.82-83</p> <p>« J'essaie de faire appel au vocabulaire du modèle, de mettre en place la philosophie du Modèle Canadien. » L.100-101</p> <p>« Là où ça a fait beaucoup évoluer ma pratique, c'est sur la façon dont je fixe les objectifs. » L.106-107</p> <p>« La façon dont je mène mes séances et la façon dont je rédige. » L.107-108</p>

		<p>au niveau de la vie quotidienne. Alors que maintenant, euh... je crois que c'était, depuis deux ans j'ai dû utiliser trois fois des cônes. » L.98-103</p> <p>« Mais ça change pas mal de choses. » L.112</p> <p>« C'est nettement plus intéressant, revalorisant et c'est beaucoup plus clair même pour soi. » L.112-114</p> <p>« Enfin je travaillais beaucoup plus sur les incapacités, il y a un manque de force bon bah je fais travailler des exercices en force avec de la pâte de rééducation, avec du déplacement d'objets, avec de la manipulation donc soit avec des cubes, des pions et</p>	<p>« Je trouve beaucoup plus de sens à ce que je fais. » L.122</p> <p>« Mais c'est vrai que je me suis beaucoup plus tourné vers l'occupation. » L.131-132</p> <p>« Moi, j'ai vraiment changé ma pratique, ça, n'a rien à voir avec ce que je faisais quand je suis sortie de l'école et j'en suis ravie. » L.143-144</p> <p>« Enfin voilà mais je ne passais plus du tout par tout ce qui était analytique et du papier/crayon pour s'entraîner en amont sur quelque chose qu'on pouvait faire en direct. » L.173-175</p>	<p>« Je pense que ça participe à l'identité professionnelle parce que du coup c'est quelque chose qu'a le thérapeute, de l'école en tout cas. C'est quelque chose sur lequel les ergos se basent, enfin normalement ils l'ont vu et du coup. » L.164-167</p> <p>« Légitime aussi parce qu'il peut être utilisé par tous les ergothérapeutes, un modèle qui a vraiment été créé pour l'ergothérapie, par les ergothérapeutes quoi. » L.179-180</p>	<p>« D'un peu plus transposer vraiment mes spécificités d'ergo. » L.116</p> <p>« J'utilisais un vocabulaire biomécanique. » L.123</p> <p>« J'arrive un peu plus à orienter sur quelque chose qui soit plus ergo, plus biopsychosocial, plus global. » L.125-126</p> <p>« Du coup, je pense que le fait que j'ai orienté davantage ma pratique sur les activités en utilisant la MCRO. » L.185-186</p>
--	--	---	--	---	---

		<p>j'en passe, mettre des pions dans des trous, ça j'en ai fait » L.183-185</p> <p>« Et alors que maintenant je vais être là « il a un manque de force pour couper, donc ok on va s'entraîner à couper » et s'il faut s'entraîner à couper et éplucher une pomme pendant deux semaines et bien sauf qu'à la fin sa pomme il arrive à l'éplucher. » L.186-188</p> <p>« Je trouve qu'il y a que depuis la MCRO que je retrouve vraiment du sens... enfin j'adore l'ergothérapie mais cette ergothérapie-là, pas l'ergothérapie que j'aimais beaucoup à l'époque mais qui en fait avait moins de sens. Je me reconnais beaucoup plus dans cette</p>			
--	--	--	--	--	--

		nouvelle ergothérapie... » L.319-323			
L'identification des ergothérapeutes par les autres professionnels et les usagers	Une identité professionnelle parfois difficile à maintenir	<p>« Du coup ce soient les aides-soignantes, que ce soient les médecins, on est vraiment occupation centrée donc du coup, ils savent qu'on ne fait pas de Puissance 4 ou ne fait pas... » L.224-226</p> <p>« . Euh... mais du coup on a un médecin chef qui est encore un peu à l'ancienne et qui a du mal à se séparer de la vision analytique de l'ergo mais parce que je pense qu'il n'a pas suivi... » L.239-241</p> <p>« Ils comprennent mais ils ont du mal à se détacher de l'analytique. » L.251-252</p> <p>« Ils savent qu'on est occupation centrée donc ils ne</p>	<p>« Tout le monde sait qui sont les ergothérapeutes. » L.38</p> <p>« On nous appelle dans pleins de situations pour intervenir, que ce soit en réunion ou dans d'autres situations » L.41-42</p> <p>« Tous les médecins nous connaissent mais après ils ne connaissent pas forcément notre métier » L.46-47</p> <p>« Les orthophonistes connaissent l'ergothérapie, ça il n'y a pas de problèmes » L.65</p> <p>« Les neuropsychologues pas toutes, les APA pas tous non plus » L.65-66</p>	<p>« Et là je pense que les médecins ont très bien compris que sans nous, il n'y aurait pas de sorties quoi, que ça serait beaucoup plus compliqué. » L.54-55</p> <p>« Euh, je ne sais pas vraiment comment ils nous perçoivent. En tout cas, ils ont bien compris nos missions et donc, je pense... » L.156-157</p> <p>« Ils savent que quand il y a un problème avec le fauteuil, bah c'est les ergos qu'ils vont appeler. » L.187-188</p> <p>« Enfin, dès qu'il y a besoin pour le repas, pour la toilette, ils savent que quand ça concerne vraiment les</p>	<p>« Elle est un peu influencée par l'image des formations complémentaires qu'on peut avoir et les à priori que les gens peuvent avoir sur certaines formations ou certaines actions qu'on peut mener. » L.72-74</p> <p>« Enfaite... sur l'hospitalisation complète, je vais avoir une identité professionnelle un peu plus marquée pour des accompagnements qui étaient avant, très ponctuels, centrés autour des aides techniques et c'est tout. » L.134-137</p> <p>« Le fait d'utiliser le modèle, j'ai l'impression que les collègues, arrivent à mieux</p>

		<p>nous parlent pas trop des préhensions ou autre. » L.288-289</p>	<p>« La première chose qu'il me dit quand c'est en ergo c'est « du coup-là au niveau des activités de la vie quotidienne, au niveau de ses problèmes occupationnels, qu'est-ce qu'il se passe ? » L.139-141</p> <p>« Voilà, il a bien compris ce que c'était, mais c'est un gros travail, ça a vraiment changé la perception de ce qu'il avait sur l'ergothérapie... et bah de notre métier et de ce qu'on pouvait faire quoi. » L.141-142</p> <p>« C'est un peu flou pour eux des fois. » L.226</p>	<p>activités de vie quotidienne, on va être contactés. » L.189-191</p> <p>« Par contre par la direction, par les gens de l'administratif on est d'accord un peu moins, oui. Ils ne savent peut-être pas très bien ce qu'on fait. » L.195-196</p>	<p>percevoir que je peux intervenir sur quelque chose de plus globale que l'environnement physique et les aides techniques, les choses comme ça. » L.137-139</p> <p>« Par contre dans les équipes soignantes, c'est plus complexe. Je ne pense pas qu'elles aient remarquées d'avant ou d'après. Je pense que pour elles mon identité professionnelle est restée la même. » L.165-167</p> <p>« J'avais des échanges avant de mettre l'outil MCRO avec les collègues soignants, c'était déjà très centré autour des AVQ, c'était très pratico-pratique. » L.168-169</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>« Donc je pense qu'elles comprennent mieux pourquoi j'utilisent certaines activités avec certains patients. » L.198-199</p> <p>« Par contre ce qui est difficile c'est avec les chirurgiens. » L.201-202</p>
	L'identification des ergothérapeutes, par les usagers, facilitée	<p>« Qu'ils comprennent beaucoup plus ce que c'est que l'ergo » L.53-54</p> <p>« Limite il va dire que oui la kiné c'est bien ou autre, mais que le plus important bah c'est l'ergo. » L.139-140</p>	<p>« Souvent ce sont les patients qui ne connaissent pas notre métier » L.55</p> <p>« Je ne sais pas trop après ce qu'ils ont pu dire sur l'ergothérapie et s'ils arrivaient à l'expliquer à quelqu'un d'autre. » L.206-207</p>		<p>« Mais je pense que du coup, l'identité professionnelle là, elle est changée pas par rapport à mes collègues, mais plus par rapport aux usagers. » L.141-142</p> <p>« Ça amène les usagers à mieux comprendre ce qu'est l'ergothérapie. » L.143</p> <p>« Je pense qu'ils arrivent plus à distinguer ce qu'est l'ergothérapie. Parce qu'ils arrivent souvent en structure,</p>

					<p>ils ne savent pas ce qu'est l'ergothérapie. » L.146-148</p> <p>« Donc en termes d'identité professionnelle, je pense que ça marque plus l'identité professionnelle auprès des usagers. » L.151-152</p>
	Les moyens mis en place en soutien à l'identité professionnelle des ergothérapeutes	« On leur en a déjà parlé, on a déjà montré la MCRO, on a déjà présenté le projet de service. » L.245-246	<p>« On fait des présentations » L.39</p> <p>« Quelqu'un qui arrive, un nouveau, on essaie de lui expliquer ce que c'est et rapidement ils savent » L.68-69</p> <p>« J'ai appris au médecin, ce que c'était que l'occupation centrée et ce qui tournait autour » L.113-114</p> <p>« On l'a présenté au médecin. » L.126</p>		<p>« J'ai expliqué aux kinés quand j'ai mis en place l'outil de la MCRO, j'ai expliqué les intérêts » L.160-161</p> <p>« J'ai pu leur expliquer » L.186</p>

L'utilisation du MCREO et de ses outils	Les apports du MCREO constatés par les ergothérapeutes	<p>« On a eu une formation il y a un an et demi, deux ans » L.44-45</p> <p>« Que les gens sont beaucoup plus investis. » L.53</p> <p>« C'est un vrai outil qui permet toujours de se baser sur leurs problématiques. » L.61-62</p> <p>« Ça permet de bien déterminer la pratique et même au niveau des médecins et de pouvoir argumenter. » L.65-66</p> <p>« Du coup, c'est beaucoup plus rapide je trouve, au niveau de la progression. Ils sont beaucoup plus impliqués, ils vont faire des retours. » L.80-81</p>	<p>« On a été formé à la MCRO. » L.83</p> <p>« En fait, au début, ça a vraiment été un tournant parce que je voyais vraiment que le patient est devenu acteur contrairement à avant, où il était beaucoup plus passif. » L.128-130</p> <p>« Alors le modèle en fait, il va vraiment me tourner vers le patient et plus vers tout ce qui est déficience, tout ça. » L.183-184</p> <p>« Le modèle m'aide plus à avoir une vision de ce que le patient voudrait et pas de ce que moi je voudrais pour le patient. » L.187-188</p>	<p>« Alors je l'utilise de temps en temps. Je l'ai en tout cas dans ma démarche. En tout cas, toujours dans ma démarche d'intervention je l'ai en tête. » L.97-98</p> <p>« Je l'ai toujours en tête et ça reste quand même l'outil de base que j'utilise pour mon intervention. » L.100-101</p> <p>« Dans la structure, enfin si parce que du coup forcément je trouve que ça un impact aussi. » L.123-124</p> <p>« Voilà ça permet de réévaluer et d'orienter les objectifs du séjour de la personne. » L.148-149</p> <p>« Je trouve que ça apporte une plus-value pour notre métier et pour notre reconnaissance</p>	<p>« Donc j'ai cherché un outil qui me permettait d'obtenir des informations pertinentes sur les personnes sans me rajouter un temps infini de bilans parce qu'on est contraint aussi par le temps. » L.89-91</p> <p>« Je l'utilise en bilan initial pour définir les objectifs de la personne, par la personne. » L.92-93</p> <p>« Je me suis rendue compte en faisant ça, il y avait certains bilans que je n'étais même plus obligée de faire, des bilans qui étaient peut-être plus analytiques. » L.93-95</p> <p>« En fait, ce n'est pas moi qui les fixe, ce sont les usagers. » L.107</p>
---	--	--	--	--	--

		<p>« Il est beaucoup plus acteur et donc du coup, il transmet beaucoup plus d'informations et... il progresse plus vite. » L.215-216</p>		<p>parce qu'il a des études dessus et que c'est un modèle vraiment ergo donc voilà. » L.167-169</p> <p>« Après moi, je trouve que ça me permet d'avoir un poids plus important parce que ce sont des choses qui ont été reconnues, qui sont utilisées pas qu'en France non plus. » L.173-175</p>	<p>« C'est plus facile d'être dans un diagnostic ergo pertinent je trouve quand on utilise le modèle. » L.113</p> <p>« C'est plus l'outil que le modèle qui va influencer l'identité professionnelle par rapport aux autres professionnels. » L.133-134</p> <p>« Je les fais participer vraiment eux dans la réflexion. » L.146</p> <p>« C'est pour ça que j'ai utilisé l'outil MCRO. C'est pour sortir de ce schéma analytique systématique et pour avoir quelque chose sur quoi m'appuyer quand les médecins me demandent ce que je travaille avec telle personne. » L.195-197</p>
--	--	--	--	--	--

	<p>Les limites du modèle et de la MCRO dans le domaine de la rééducation</p>	<p>« En fait mon patient il arrive, s'il y a pas trop de troubles cognitifs, enfin s'il n'a pas trop de troubles au niveau phasique ou autre, je vais faire une première présentation et voir s'il y a des choses à faire en priorité et assez rapidement je fais passer la MCRO. » L.47-50</p>	<p>« Alors ce qui a été compliqué quand j'ai commencé à utiliser la MCRO, bon je n'étais pas tout à fait à l'aise » L.122-123</p> <p>« Alors la MCRO, il y a toujours une limite, on ne peut pas l'utiliser avec tout le monde, on est d'accord. » L.130-131</p> <p>« Après au tout début, ça a été difficile de l'expliquer au médecin parce que pour eux ça leur parlait moins que des chiffres, que quelque chose de très normé, même si ça a un côté cotation mais ça leur parlait moins. » L.132-134</p>	<p>« C'est pareil je retrouve aussi les limites. » L.97</p> <p>« Après, donc oui, moi j'y vois quand même une certaine limite. » L.101-102</p> <p>« Les personnes qui, bah là un jeune qui vient tout juste d'être tétraplégique, bah ça s'y prête un peu moins, parce que du coup il n'a pas vécu avec sa pathologie, au domicile etc. » L.105-107</p> <p>« Elle n'a pas l'expérience, je trouve de sa pathologie et de voir un peu ses limites. » L.111-112</p> <p>« Sinon, bah il y a aussi la population, des personnes avec des troubles cognitifs, malgré les petites réglottes</p>	<p>« Après le modèle en lui-même ce qui est difficile, c'est que je suis la seule ergo et c'est un peu difficile de faire comprendre la démarche aux professionnels autres, les médecins et encore plus les chirurgiens, qui ont une vision très analytique de la rééducation. » L.96-98</p> <p>« Il faut arriver à rester dans une marge qui soit compréhensible par les autres professionnels. » L.101-102</p> <p>« C'est malheureusement, voilà un vocabulaire qui est tellement spécifique que parfois il est difficile de s'autoriser à l'utiliser dans toutes les circonstances quoi. » L.222-223</p>
--	--	---	---	---	---

				<p>c'est compliqué, je trouve. » L.112-114</p> <p>« Quand je vois par rapport à mes collègues, j'ai pas l'impression que ça change quelque chose. » L.172-173</p>	<p>« C'est le fait que les séjours soient courts. Je fais le choix de ne pas utiliser l'outil MCRO et d'aller directement sur une analyse du logement parce que je sais que ça va être ça qui va falloir creuser. » L.237-239</p> <p>« C'est plus la fréquence des interventions, le nombre d'intervention. » L.244</p>
	Favorisation de la collaboration et de la pluridisciplinarité	<p>« Il y a des objectifs ergo mais des objectifs qu'il faut travailler avec les autres professionnels, type, où tu puisses dire au kiné « en fait sa problématique c'est de pouvoir monter les escaliers chez lui ». Ça en tant qu'ergo on ne va pas spécialement le travailler, c'est plus au kiné, le kiné ça lui cible un peu certains trucs. » L.279-282</p>	<p>« Ça nous arrive que le kiné ou l'APA me demandent « ah au fait tu as fait la MCRO, alors il t'a dit quoi ? Est-ce qu'il y a des trucs que moi aussi je peux peut-être travailler », et voilà ça amène du sens. » L.262-264</p> <p>« La pluridisciplinarité, je pense que c'est hyper important aussi dans la</p>		<p>« Quelques fois, elles m'interpellent en me disant « ah est-ce que tu as fait le bilan MCRO avec telle personne parce qu'il me parlait de ses activités mais il ne savait pas trop ce qui était le plus important ou pas pour lui. ». L.161-163</p> <p>« C'est arrivé une ou deux fois sur les dernières semaines</p>

		<p>« Et en gros on s'est appuyé sur la MCRO et elle, elle est en train de travailler les différentes étapes de transfert, elle va faire une feuille avec, enfin elle le travaille de son côté. Le but étant juste que la dame aille aux toilettes en fait et ne tombe pas. » L.292-294</p> <p>« Après tu laisses la personne s'en saisir ou ne pas s'en saisir. » L.300-301</p>	<p>reconnaissance de nos métiers, en effet. Et la MCRO fait aussi partie de ça. » L.279-280</p>		<p>là, qu'une collègue kiné vienne me voir en me parlant d'une personne que moi je ne connaissais pas parce que je ne l'avais pas en prescription et qu'elle me dise « bah cette personne dans ces activités ça n'a pas l'air d'être idéal, elle galère pour si, pour ça, est-ce que tu peux faire le point ? ». » L.181-184</p> <p>« Elles sont venues me voir pour ces personnes-là, et j'ai pu après demander au médecin « est ce que tu peux me prescrire pour que je fasse le bilan ? ». » L.186-188</p>
--	--	---	---	--	---

Résumé

Introduction – La réforme des études en ergothérapie de 2010 a permis d'introduire dans la formation les modèles conceptuels. L'objet de recherche est de comprendre comment l'utilisation du MCREO soutient l'identité professionnelle des ergothérapeutes travaillant en rééducation. **Méthode** – Une méthode clinique basée sur quatre entretiens semi-directifs avec des ergothérapeutes exerçant en rééducation a été retenue. Les données qualitatives ont été traitées par une analyse thématique. **Résultats** – L'application du MCREO passe par l'utilisation de son outil, la MCRO. Des bénéfices sur le partenariat thérapeute-patient et sur la collaboration pluridisciplinaire sont identifiés. Le MCREO est un soutien pour adopter une démarche centrée sur la personne et ses occupations, et favorise l'identité professionnelle des ergothérapeutes. Cependant, certaines représentations de la profession tardent à évoluer. **Conclusion** – Le MCREO est un soutien à l'identité professionnelle des ergothérapeutes travaillant en rééducation. Il permet aux professionnels d'adopter une démarche centrée en prenant en compte les souhaits et besoins de la personne. L'enjeu actuel est de parvenir à faire évoluer les représentations de l'ergothérapie grâce aux modèles conceptuels.

Mots-clefs : *ergothérapie, MCREO, identité professionnelle, démarche centrée sur la personne*

Abstract

Introduction – In France, occupational therapy models were introduced in curriculum since its latest reform, in 2010. The aim of the research is to understand how the use of the Canada Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) supports OT's professional identity in rehabilitation. **Method** – A clinical method was conducted with four occupational therapists working in rehabilitation. Data were processed by thematic analysis. **Findings** – The application of the CMOP-E goes hand in hand with using its occupational performance outcome measure, the COPM. Therapist-patient partnership and multidisciplinary collaboration are enhanced. The CMOP-E supports a person and occupation-centred approach, and promotes OT's professional identity. However, some representations of the profession are slow to change, such as the physicians's representations. **Conclusion** – The CMOP-E supports OT's professional identity working in rehabilitation. It allows professionals to adopt a person-centered approach by taking into consideration the person's wishes and needs. The current challenge is, through to the conceptual models, to evolve the representations of occupational therapy.

Key words : *occupational therapy, CMOP-E, professional identity, client-centered approach*