

## Sommaire

1	Introduction.....	1
1.1	Le contexte .....	1
1.2	Le thème .....	3
1.2.1	Enjeux et intérêts .....	6
1.3	La revue de littérature.....	9
1.3.1	Champs disciplinaires et bases de données .....	9
1.3.2	Equation de recherche .....	9
1.3.3	Articles sélectionnés issus des bases de données .....	11
1.4	Analyse critique de la revue de littérature .....	11
1.4.1	La perception de l'approche centrée sur la personne par le client.....	11
1.4.2	L'application de l'approche centrée sur la personne par l'ergothérapeute.....	12
1.4.3	L'impact de l'approche centrée sur la personne appliquée par l'ergothérapeute sur la qualité de vie du client.....	14
1.5	Problématisation .....	16
1.6	Enquête exploratoire.....	17
1.6.1	Objectifs généraux de l'enquête exploratoire.....	17
1.6.2	Objectifs spécifiques de l'enquête exploratoire.....	17
1.6.3	Elaboration du dispositif d'enquête exploratoire.....	17
1.6.4	Outil de recueil de données .....	18
1.6.5	Biais et stratégies d'atténuation.....	19
1.6.6	Elaboration de l'outil de recueil de données .....	20
1.6.7	Test de faisabilité et validité du dispositif .....	21
1.6.8	Traitement et analyse des résultats de l'enquête .....	21
1.6.9	Discussion.....	26
1.7	Cadre conceptuel .....	29
1.7.1	L'Approche Centrée sur la Personne.....	30
1.7.2	L'engagement .....	34

2	Matériel et méthode .....	42
2.1	Choix de la méthode de recherche.....	42
2.2	Hypothèses de recherche .....	43
2.3	Identification des variables.....	44
2.4	Population ciblée .....	45
2.5	Site d'exploration .....	45
2.6	Choix de l'outil théorisé de recueil de données.....	46
2.6.1	Construction de l'outil théorisé de recueil de données.....	47
2.6.2	Anticipation des biais de l'outil théorisé de recueil de données.....	48
2.6.3	Test de faisabilité et validité du dispositif de recherche.....	49
2.7	Déroulement de la recherche .....	50
2.8	Choix des outils de traitement de données .....	50
3	Discussion.....	52
	Bibliographie .....	56
	Annexes .....	62
	Annexe 1 : Equation de recherche et résultats obtenus .....	62
	Annexe 2 : Tableau récapitulatif de la revue de littérature.....	63
	Annexe 3 : Matrice de questionnement de l'enquête exploratoire .....	75
	Annexe 4 : Questionnaire de l'enquête exploratoire : Google Form®.....	82
	Annexe 5 : Résultats de l'enquête exploratoire sous forme de diagrammes .....	87
	Annexe 6 : Continuum d'autodétermination par Deci E. et Ryan R. ....	92
	Annexe 7 : Matrice théorique issue du cadre conceptuel .....	93
	Annexe 8 : Questionnaire en ligne (Recherche) .....	95
	Annexe 9 : Matrice du questionnement de la recherche.....	100
	Résumé et mots-clés .....	106
	Abstract and keywords .....	106

## 1 Introduction

Dans cette partie émergera un point de rupture entre la théorie et la réalité professionnelle en tant qu'ergothérapeute. Ce constat nécessitera une réflexion et aboutira à une problématique professionnelle. Celle-ci nous permettra alors de comprendre l'origine du thème mis en avant dans ce travail d'initiation à la démarche de recherche.

### 1.1 Le contexte

Lors de ma première année de formation en ergothérapie, j'ai développé un intérêt particulier pour la neurologie. Les enseignements en lien avec les pathologies neurologiques m'a permis de mieux comprendre l'étendue du fonctionnement de notre cerveau. Cette unité d'enseignement m'a aussi permis de réaliser les retentissements d'une pathologie neurologique sur les AVQ<sup>1</sup> d'une personne malade. D'autre part, le domaine de la rééducation et de la réadaptation m'a toujours intéressé. Accompagner une personne dès les premières semaines faisant suite à son hospitalisation, jusqu'à son retour à domicile, m'a toujours inspiré. Généralement, ce sont durant les séjours en rééducation que l'indépendance d'une personne est diminuée, en raison des conséquences de sa pathologie. Le fait de voir une personne gagner en indépendance, tout en ayant la chance de lui donner les outils pour cela, donne à l'ergothérapeute l'occasion de vivre des moments riches en humanité. De plus, dans ce domaine de la santé qu'est la rééducation, l'ergothérapeute joue un rôle important dans le retour à l'autonomie d'une personne en situation de handicap.

Afin de pouvoir associer la pratique à mes connaissances théoriques, j'ai voulu effectuer des stages dans le milieu de la rééducation. Lors de ma première année de formation, je suis allé dans un CRF<sup>2</sup>, ce stage a duré un mois. L'année suivante, j'ai effectué un stage dans un centre SMR<sup>3</sup>, celui-ci a duré deux mois et a été plus enrichissant. Ayant des connaissances plus approfondies sur les sciences médicales ainsi que sur les sciences occupationnelles, j'ai eu l'occasion de mettre en pratique mes connaissances théoriques.

Cela dit, j'ai constaté durant ce stage en SMR, que certaines connaissances théoriques ne sont pas facilement applicables, bien qu'elles soient fortement liées à la pratique en ergothérapie. J'ai eu l'occasion de participer et d'assister à des séances en ergothérapie avec des patients

---

<sup>1</sup> Activités de la Vie Quotidienne

<sup>2</sup> Centre de Rééducation Fonctionnelle

<sup>3</sup> Soins Médicaux et de Réadaptation

ayant fait un AVC<sup>4</sup>. J'ai observé qu'il était parfois difficile d'entrer en interaction avec ces derniers, du fait de leurs troubles cognitifs et/ou de la non-acceptation de leur changement d'environnement. Les objectifs thérapeutiques instaurés par les ergothérapeutes lors de la planification d'intervention en SMR étaient souvent uniquement axés sur la récupération et le maintien des capacités motrices et cognitives. Ces objectifs devaient respecter une durée évaluée en semaines de prise en soin. De ce fait, et après avoir échangé avec différents ergothérapeutes exerçant dans le milieu de la rééducation, j'ai compris qu'il était important d'un point de vue institutionnel de respecter la temporalité de leur planification d'intervention afin que la prise en soin soit concrète. J'en ai aussi compris qu'il était essentiel de « faire bénéficier » d'un acte rééducatif aux patients lors de chaque séance en ergothérapie afin de maintenir leurs capacités motrices.

J'ai pu remarquer que les personnes ayant fait un AVC, rencontraient parfois des difficultés à s'engager durant leurs séances en ergothérapie et dans leur rééducation. Un changement d'environnement ainsi qu'une perte de ses capacités entraînent souvent un deuil chez la personne malade. Aussi, la présence de troubles cognitifs ainsi que l'éventuelle incompréhension de leur situation peuvent freiner le retour à l'autonomie d'une personne ayant fait un AVC. Différents professionnels de santé ayant plusieurs années d'expérience dans le domaine de la rééducation/réadaptation m'ont confirmé ce constat. En lien avec ce manque d'engagement chez certains patients, j'ai pu constater qu'il était parfois difficile en SMR d'appliquer certains principes fondamentaux à l'ergothérapie. J'ai pu comprendre qu'il n'est pas toujours évident pour un ergothérapeute travaillant en SMR, d'appliquer une approche centrée lors de la prise en soin d'une personne en situation de handicap.

Il est donc important de s'intéresser à ces difficultés puisque l'un des objectifs de l'ergothérapeute est de proposer une approche centrée sur la personne à ses patients, en les accompagnant dans leur projet de vie. En effet, selon la définition de l'arrêté du 5 juillet 2010, « l'ergothérapie représente l'art et la science de l'habilitation de la personne à l'engagement dans la vie de tous les jours par l'occupation » (1). Aussi, « l'ergothérapeute ne représente que l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société » (1).

---

<sup>4</sup> Accident Vasculaire Cérébral

Mes échanges et observations lors de stages m'ont poussé à me questionner sur l'impact que peut avoir l'implication d'un patient ayant fait un AVC, sur sa prise en soin. Je me questionne aussi sur l'impact que peut avoir l'approche de l'ergothérapeute en SMR, sur l'engagement de son patient lors de séances en ergothérapie.

Un large questionnement découle de cette réflexion :

Premièrement, quels sont les facteurs pouvant impacter l'implication des patients dans leur prise en soin en ergothérapie ? Cette implication influe-t-elle leur qualité de vie ? Aussi, nous pouvons nous demander quels peuvent être les obstacles à l'implication des patients lors de leur prise en soin ? Est-ce dû à un manque de temps, des séances trop courtes ? Est-ce dû à une contrainte institutionnelle ? De plus, nous pouvons nous interroger sur les moyens nécessaires à l'ergothérapeute afin de pouvoir permettre l'engagement de ses patients. Existe-t-il des moyens d'intervention permettant aux ergothérapeutes de favoriser l'engagement de leurs patients dans leur prise en soin en ergothérapie ? Si oui, ces moyens nécessitent-ils une formation particulière ou bien sont-ils intègres à la formation d'un ergothérapeute ? Et sont-ils compatibles au fonctionnement d'un centre SMR ?

Les recherches de ce mémoire graviteront donc autour de l'intervention de l'ergothérapeute en SMR avec des patients ayant fait un AVC.

## 1.2 Le thème

Le thème qui émerge du contexte et de ce questionnement est :

**L'application de l'approche centrée sur la personne par l'ergothérapeute en SMR, lors de la prise en soin d'un patient ayant fait un AVC**

Les champs disciplinaires concernant le thème sont : les sciences de l'occupation, les sciences sociales ainsi que les sciences médicales. Nous allons définir quelques notions. Celles-ci nous permettront une meilleure compréhension des champs disciplinaires et des termes associés au thème.

Le thème s'inscrit premièrement dans le champ disciplinaire des sciences de l'occupation puisque celui-ci est en lien direct avec la pratique de l'ergothérapeute.

Sciences de l'occupation : Comme l'affirme Sylvie Meyer (2) en citant Molineux et Whiteford : « La science de l'occupation est une discipline scientifique dont l'objet d'étude est l'occupation humaine et dont le but est de faire progresser les savoirs sur celle-ci en rapport avec la santé, la qualité de vie et le bien-être » (2).

Elle affirme aussi que :

« La science de l'occupation demeure une science fondamentale dont les résultats visent à améliorer la compréhension et à apprécier la complexité de l'occupation humaine dans l'environnement sociétal. Elle permet de concevoir et de revoir des cadres conceptuels et de légitimer des approches occupationnelles autour de l'engagement, de la participation, de la transition ou de la justice occupationnelle. Elle justifie des pratiques en dehors du système de santé au service de populations vivant avec des ruptures occupationnelles ou à risque d'en subir » (2).

- **Ergothérapie :**

L'ANFE<sup>5</sup> (3) définit que l'objectif de l'ergothérapeute est de « maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement » (3).

De plus, selon la WFOT<sup>6</sup> : « L'ergothérapie est une profession axée sur la personne dont le but est de promouvoir la santé et le bien-être par l'occupation. L'objectif principal d'un ergothérapeute est de permettre la participation de son client dans ses activités de la vie quotidienne. Pour cela, les ergothérapeutes visent à améliorer les capacités d'engagement de leurs clients dans leurs activités » (4).

Les sciences médicales sont liées au thème car celui-ci traite de la prise en soin des personnes ayant fait un AVC. Des informations issues de ce champ seront donc nécessaires.

Sciences médicales : Discipline qui englobe les connaissances liées à la médecine. « Discipline dont l'objet est le secours à la vie, le soulagement et la prévention de toutes les souffrances physiques ou mentales de la personne humaine » (5).

- **Soins de Suite et de Réadaptation :**

Le dictionnaire médical de l'Académie de Médecine (6) nous définit un centre SMR comme un « établissement ayant pour objectif de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques,

---

<sup>5</sup> Association Nationale Française des Ergothérapeutes

<sup>6</sup> World Federation of Occupational Therapists

cognitives, psychologiques ou sociales des limitations de capacité des clients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. » (6). Le but étant de permettre le retour du client vers son lieu de vie grâce à des actions de :

- Rééducation physique, cognitive et psychologique
  - Réadaptation à la suite des éventuelles séquelles
  - Réinsertion sociale
- **L'accident vasculaire cérébral :**

Il est indiqué dans le manuel MSD (7) :

« Un AVC est un problème cérébral soudain qui se produit lorsqu'un vaisseau sanguin dans votre cerveau se bloque ou se rompt et saigne. Une partie de votre cerveau cesse de recevoir du sang. Le tissu cérébral qui ne reçoit pas de sang arrête de fonctionner et meurt. Si une quantité importante de tissu cérébral est touchée, vos symptômes seront plus sévères » (7).

Le symptôme le plus courant de l'AVC est une faiblesse subite ou une perte de la sensibilité de la face ou d'un membre, la plupart du temps d'un seul côté du corps. Les autres symptômes sont la confusion mentale, la difficulté à parler ou des troubles de la compréhension, la baisse de la vision unilatérale ou double, la difficulté à marcher, des vertiges, la perte de l'équilibre ou de la coordination, des céphalées sévères inhabituelles, l'évanouissement ou l'inconscience.

Les conséquences de l'AVC dépendent de la partie du cerveau touchée et de la gravité de l'atteinte. Un AVC très grave peut entraîner la mort subite.

Enfin, nous verrons que le thème est en lien direct avec le champ disciplinaire des sciences sociales. Nous verrons qu'il est nécessaire d'étudier les comportements et évolutions de certains groupes afin d'évaluer l'impact d'une approche centrée sur la personne.

Sciences sociales : Les sciences sociales correspondent aux disciplines étudiant les différents comportements et évolutions des groupes humains (8).

- **Qualité de vie :**

L'HAS<sup>7</sup> (9) nous donne accès à la définition de la qualité de vie, publiée par l'OMS en 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 » (9).

- **L'approche centrée sur la personne :**

L'ACP<sup>8</sup> est définie comme :

« Une méthode de psychothérapie et de relation d'aide créée par le psychologue nord-américain Carl Rogers à partir des années 40. D'abord connue sous le terme d'orientation non directive. [...] Plus qu'une technique, l'ACP est une philosophie qui s'appuie sur la tendance naturelle de tout être humain à se réaliser en tant que personne, ce qu'on appelle la tendance actualisante » (10).

L'ACP est venue apporter une nouvelle conception de la relation thérapeutique. Carl Rogers opta pour une approche différente. En appliquant l'ACP, le « patient » devient « client » considéré comme une personne qui prend conscience et agit pour lui-même. La philosophie de Rogers vise à laisser au client le cadre nécessaire pour que celui-ci puisse trouver un remède à ses maux de façon autonome et sécurisée. L'ACP nous fait comprendre qu'il est primordial de ne pas rester figé sur le symptôme ni le conflit du client mais sur la manière dont il ressent ces événements (11).

### **1.2.1 Enjeux et intérêts**

Dans cette partie seront exposés les différents enjeux en lien avec le thème de ce mémoire. Ceux-là nous permettront de constater qu'il est socialement vif.

A l'échelle mondiale, l'AVC représente la seconde cause de décès parmi toutes les maladies. Selon les projections de l'OMS, il resterait la seconde cause de décès au monde jusqu'à 2030 (12).

L'AVC représente tout d'abord un enjeu de santé publique. Selon un rapport de l'HAS datant du 19 décembre 2017, la prise en charge de l'AVC est une priorité de santé publique en France. L'AVC représente la première cause de décès chez la femme et la troisième cause de

---

<sup>7</sup> Haute Autorité de Santé

<sup>8</sup> Approche Centrée sur la Personne

décès chez l'homme. De plus, il constitue la première cause de handicap non traumatique en France ainsi que la seconde cause de démence après la maladie d'Alzheimer (13, 14).

Le rapport AVC établi par l'HAS en 2017 nous indique qu'en France, 130000 personnes font un AVC chaque année. Il est estimé que 28% de ces clients décèdent durant le mois qui suit leur AVC. Les personnes ayant plus de 75ans représentent seulement 50% des personnes touchées. Un quart des personnes faisant un AVC a moins de 65ans, dont 15% ayant moins de 50ans. Parmi l'ensemble des clients ayant fait un AVC, 30% sont hospitalisés en établissement SMR car nécessitant une rééducation spécialisée à cause de leurs séquelles (14).

Cela dit, « le nombre de clients traités dans ces établissements a beaucoup diminué depuis la mise en œuvre du plan ministériel AVC 2010-2014 » (14). Nous pouvons donc comprendre que les projections faites par l'OMS sont liées au vieillissement de la population. Le plan d'action national AVC 2010-2014 a eu un impact positif sur la prise en charge des AVC en France, comme l'indique le rapport AVC datant de 2017. Les professionnels de santé ont été sensibilisés aux spécificités de la prise en soin des clients AVC. Cela a permis une meilleure orientation des clients vers les établissements de santé disposant des moyens nécessaires à une prise en soin spécialisée (12, 14, 15).

L'AVC en France représente aussi un enjeu socio-économique. Les dépenses sanitaires et médico-sociales étaient estimées à 8,4 milliards d'euros par année en France avant le début du plan d'action national. Ces dépenses étaient justifiées par le coût élevé de l'hospitalisation et la prise en soin de nombreuses spécialités médicales et professions paramédicales ou sociales pour un client AVC (15).

La mise en place du plan d'action AVC 2010-2014 avait pour objectifs :

- L'amélioration de la prévention et l'information de la population
- La mise en œuvre des filières de prise en soin et de systèmes d'informations adaptés
- L'information, la formation ainsi que la réflexion des professionnels
- La promotion de la recherche et la veille d'équilibres démographiques

« Sur la période 2010-2014, le plan d'actions national AVC mobilise près de 134 millions d'euros (hors dépenses faites dans le cadre d'autres plans de santé publique, incluant celles figurant au titre du fonds de prévention de l'assurance maladie, du budget de la Haute autorité de santé, de l'Inpes ou de l'InVS). Comme les AVC sont

déjà source de dépenses sanitaires, médico-sociales et de prévention, les dépenses prévisionnelles ne comprennent pas les dépenses sanitaires et médico-sociales déjà engagées ou qui le seraient « toutes choses égales par ailleurs », mais uniquement les financements nouveaux. L'objectif de limiter le nombre et la gravité des séquelles liées aux AVC nécessite un « investissement » principalement dans le champ de la prévention, de la coordination, des systèmes d'information » (15).

Ce plan d'action entre dans le dispositif réglementaire et juridique pour la prise en soin des personnes atteintes d'un AVC. Celui-ci a été mis en place pour répondre à l'objectif 72 de la loi relative à la politique de santé publique de 2004 qui prévoyait de « réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux AVC » (16). Cet investissement de 134 millions d'euros a été réparti sur plusieurs axes :

- La prévention et l'information de la population AVC
- La formation et la réflexion des professionnels
- La promotion de la recherche ainsi que la veille d'équilibres démographiques
- La mise en place de filières de prise en charge et de systèmes d'informations adaptés

De plus, de nombreuses fondations caritatives ont collecté des fonds pour apporter un soutien financier à la recherche médicale. Parmi elles : la Fondation pour la recherche sur le cerveau, la Fondation Avenir ainsi que la Fondation pour la recherche médicale (17).

Le ministère des solidarités et de la santé indique dans un rapport datant de 2020 (18), que le nombre de structures SMR en France est de 1700. Le financement de ces établissements a évolué, du fait de la volonté d'accompagnement des pouvoirs publics. Les dépenses économiques étaient en moyenne de 7,5 milliard d'euros entre 2010 et 2012, elles ont évolué à 8,4 milliards d'euros en 2015 (18).

Il est précisé dans ce même rapport que les structures SMR doivent assurer, au-delà d'une rééducation et d'une réadaptation de leurs clients :

« Une réinsertion pour aller au-delà des soins médicaux et garantir une réelle autonomie au client – dans sa vie familiale et professionnelle – afin qu'il recouvre au maximum les conditions de vie qui précédait son séjour hospitalier. La réinsertion représente donc l'aboutissement d'une prise en charge totalement personnalisée du client » (18).

L'intervention de l'ergothérapeute en SMR doit alors être en accord avec les objectifs de ces centres. La qualité de vie des clients touchés par un AVC est fortement impactée. Il est important de prendre en considération que « les séquelles psychologiques, les troubles

émotionnels à type d'anxiété et de dépression sont fréquents après un AVC. [...] Ces complications psychiatriques représentent un facteur de pronostic déterminant étant donné qu'elles impactent la récupération fonctionnelle laquelle influence la qualité de vie » (19).

Il en va donc du rôle professionnel de l'ergothérapeute, d'avoir une vision holistique de ses clients afin d'agir sur l'ensemble des séquelles pouvant être causé par un AVC.

### **1.3 La revue de littérature**

Les recherches effectuées dans le cadre d'une revue de littérature ont pour objectif de faire un état des lieux de l'ensemble des savoirs en lien avec notre thème qui est : l'application de l'approche centrée sur la personne par l'ergothérapeute en SMR, lors d'une prise en soin d'un client ayant fait un AVC.

Les données recueillies de différentes sources seront confrontées afin de cibler des éléments pouvant se corroborer, se complémenter ou s'opposer. Cette confrontation permettra d'enrichir la revue de littérature. L'analyse critique de ces informations aboutira à un nouveau questionnement qui fera émerger une problématique pratique.

#### **1.3.1 Champs disciplinaires et bases de données**

Les recherches effectuées pour alimenter cette revue de littérature sont issues de bases de données correspondant aux champs disciplinaires du thème.

- ❖ Sciences médicales : les bases de données PubMed, SageJournals, SciencesDirect, Wiley Online Library et Summom sont utilisées.
- ❖ Sciences sociales : les bases de données Cairn, SageJournals, Summom et Wiley Online Library sont utilisées.
- ❖ Sciences de l'occupation : les bases de données OTSeeker et SemanticScholar sont utilisées.

#### **1.3.2 Equation de recherche**

Afin d'effectuer les recherches sur ces bases de données, une équation de recherche est utilisée. Celle-ci est composée de mots-clés. Les mots clés sont : ergothérapie, approche centrée sur la personne et AVC.

La troncature du mot « ergothérapie » permet de cibler les termes apparentés pouvant être utiles à la recherche. Le mot clé est donc « ergothérap\* » (20).

Afin d'obtenir des articles issus de bases de données anglophones, les mots clés sont traduits en anglais :

<b>Mots clés</b>	<i>Ergothérapie</i>	<i>Approche centrée sur la personne</i>	<i>AVC (Accident Vasculaire Cérébral)</i>
<b>Keywords</b>	<i>Occupational Therapy</i>	<i>Client centered therapy</i>	<i>Stroke</i>

Les opérateurs booléens « ET » et « OU » sont utilisés pour toutes les bases de données.

L'opérateur « ET » permet d'affiner la recherche car il ciblera les articles ayant en commun tous les mots clés reliés par cet opérateur. L'opérateur « OU » permet lui, d'élargir la recherche aux articles concernés par l'un ou l'autre des mots clés précédés ou suivis par cet opérateur (20).

L'opérateur booléen « ET » a été traduit en anglais et correspond alors à « AND ».

L'opérateur booléen « OU » n'a pas été utilisé sur les bases de données anglophones puisque le terme anglais « client centered therapy » englobe plusieurs appellations françaises en rapport à l'approche centrée sur la personne.

Les équations de recherches finales sont :

**Equation de recherche en français :** (« ergotherap\* ») ET (« approche centrée sur la personne » OU « approche centrée sur le client » OU « psychothérapie centrée sur la personne ») ET (« AVC »)

**Equation de recherche en anglais :** (« occupational therap\* ») AND (« client centered therapy ») AND (« stroke »)

**Filtres employés :** Sur les différentes bases de données citées précédemment, des filtres de recherches sont utilisés afin de cibler les résultats et affiner la recherche.

Un filtre est utilisé en rapport à la date de parution des articles : ceux que nous sélectionnons sont publiés entre 2006 et 2021. Les parutions les plus récentes sont privilégiées. De plus, ces articles sont disponibles en intégralité. Aucun filtre n'a été employé concernant le type de publication ni la discipline de l'article.

### Critères d'inclusion :

Les articles retenus appartiennent à la littérature francophone ou anglophone. Ceux-là respectent la population cible : les personnes ayant fait un AVC et pris en soin en milieu rééducatif. Les articles traitant des ergothérapeutes appliquant l'ACP sont aussi acceptés. Les articles choisis sont destinés aux professionnels de santé et doivent respecter le niveau de scientificté minimal.

### Critères d'exclusion :

Les articles n'appartenant pas à la littérature francophone ou anglophone seront exclus. Il en est de même pour les articles traitant d'autres pathologies que l'AVC. Les articles où la population cible est représentée par des personnes ayant fait un AVC mais n'étant pas en milieu rééducatif ne sont pas retenus.

#### **1.3.3 Articles sélectionnés issus des bases de données**

La méthode de recherche utilisée ainsi que les résultats obtenus sont présentés en annexe (Cf. Annexe 1 p.62), dix articles ont été sélectionnés pour cette revue de littérature. Tous sont issus de la littérature internationale. Parmi ceux-là : un article appartient à la littérature professionnelle et neuf autres appartiennent à la littérature scientifique.

Les articles retenus sont présentés dans le tableau en annexe (Cf. Annexe 2 p.63). Une annotation précise le niveau de preuve scientifique de chaque étude. Les niveaux de preuve scientifique se partagent en trois catégories :

- La preuve scientifique établie est représentée par trois astérisques : « \*\*\* »
- La présomption scientifique est représentée par deux astérisques : « \*\* »
- Le faible niveau de preuve scientifique est représenté par un astérisque : « \* »

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

#### **1.4 Analyse critique de la revue de littérature**

La revue de littérature s'organise autour de plusieurs sous-thématiques.

##### **1.4.1 La perception de l'approche centrée sur la personne par le client**

L'approche centrée sur la personne représente théoriquement une des bases fondamentales de l'intervention en ergothérapie. Bien qu'elle soit initialement définie de manière précise, il est intéressant de savoir comment celle-ci est perçue par des personnes ayant fait un AVC.

Les résultats de notre revue de littérature mettent en avant que les clients perçoivent l'ACP comme une approche permettant de renouer un lien social, de diminuer le stress et d'augmenter l'estime de soi (21). Cette estime de soi qui est évoquée, est étroitement liée au facteur suivant : la capacité à prendre part aux processus décisionnels. En effet, quatre études (22-25) effectuées au Canada, aux Etats-Unis et en Suède, et ayant un degré de scientificité moyen se complémentent sur ce fait. Les participants à ces études estiment tous que l'ACP doit permettre aux clients de faire leurs propres choix concernant leur vie, ainsi que de pouvoir fixer leurs objectifs tout en participant activement à leur rééducation. Il ressort de trois études (22, 23, 26) que les clients attendent de se sentir compris, d'avoir du soutien, de ressentir de la gentillesse et du respect quant à leur expérience. Ces trois dernières études s'accordent aussi sur le fait que les clients perçoivent l'ACP comme une intervention durant laquelle une confiance ainsi qu'une proximité s'instaurent entre l'ergothérapeute et le client.

Plusieurs questions découlent de ces résultats : L'ACP peut-elle être uniforme et adaptée à tous les clients ? Ou bien doit-elle être ajustée à chacun ? Nous avons vu que nombreuses de ces études composant la revue de littérature sont issues de pays différents. De ce fait, la culture d'une personne influe-t-elle l'importance accordée au fait d'être le principal acteur de sa thérapie ? Aussi, quels peuvent être les facteurs personnels pouvant influer la perception que peut se faire le client de l'ACP ?

#### **1.4.2 L'application de l'approche centrée sur la personne par l'ergothérapeute**

La définition de l'ACP a évolué lors de ces dernières années, ce qui sous-entend que son application n'est pas toujours uniforme. Il est pour autant important de conserver les valeurs fondamentales liées à cette pratique (23). L'application de l'ACP est reconnue comme une tâche complexe qui exige des compétences avancées. Une étude datant de 2020, portée sur des ergothérapeutes en Slovénie (27) affirme que les sentiments d'incompétence chez les nouveaux diplômés ne sont pas rares. Cet article met en avant et cite deux autres études. La première concerne des ergothérapeutes au Canada qui estiment avoir eu besoin de six mois à deux ans avant de se sentir compétents dans leur approche centrée sur la personne. La seconde étude, qui a été effectuée auprès d'ergothérapeutes en Australie et Nouvelle-Zélande, corrobore les précédents résultats. En effet, seule une minorité des ergothérapeutes se sentait bien préparée à appliquer les fondamentaux de l'ACP (27).

Une étude parue dans le journal canadien de l'ergothérapie en 2013 (23) a cherché à explorer les composantes conceptuelles clés de la pratique centrée sur la personne et a imaginé un modèle de respect de ses valeurs. Le fait de renouveler l'attention de la profession sur ces valeurs fondamentales pourrait contribuer à garantir que les pratiques ergothérapeutiques soient pertinentes, utiles et respectueuses du client. Le processus de réflexion critique requis par l'étude (23) a permis aux ergothérapeutes de réaliser que leurs pratiques avant cette étude n'étaient en réalité pas centrées sur le client. Bien qu'ils aient eu l'impression d'être sensibles à la vie des clients, ils ont reconnu que leur modèle de soins dominant était basé sur l'évaluation et axé sur le déficit. Les idées issues de la réflexion critique ont donc contraint des changements significatifs dans leur pratique et ont permis une compréhension sophistiquée de ce qui est nécessaire pour proposer une approche centrée sur le client (23).

Une étude quantitative (28) effectuée auprès de 3434 clients issus de pays différents (Suède, Angleterre, Pays-Bas, Belgique, Canada, Etats-Unis et Australie) a eu pour but d'étudier l'étendue de la mise en œuvre des soins centrés sur la personne dans les pratiques de réadaptation. En plus du manque général de rigueur scientifique dans la recherche sur les soins de réadaptation centrés sur la personne, les résultats indiquent que le concept de soins centrés sur la personne n'a pas encore été pleinement adopté et mis en œuvre dans les établissements de réadaptation. Trois autres études (24, 25, 27) appartenant à la revue de littérature s'accordent sur ces constats. Celles-ci sont qualitatives, des entretiens ont été effectués afin de recueillir des informations auprès d'ergothérapeutes. Tous ont convenu qu'une formation supplémentaire pourrait être utile pour les aider à l'application de l'ACP. Notamment une formation à l'entretien, à la fixation d'objectifs, à l'autonomisation et à l'utilisation d'outils formels qui puisse aider le thérapeute (27). Une étude ayant un degré de scientificité établi, publiée dans la revue Clinical Rehabilitation (29) en 2016, traite d'un groupe d'ergothérapeutes ayant participé à un atelier de formation pour améliorer leur centrage sur le client. Il en ressort de ces observations et entretiens auprès de 133 ergothérapeutes exerçant en Suède, que ces derniers ont intégré une approche centrée sur le client tout au long du processus, de la définition initiale des objectifs à leur atteinte. Cette formation à l'ACP leur a également permis de mieux documenter la participation du client au processus de recherche d'objectifs communs. Pour autant, des améliorations seraient possibles pour les ergothérapeutes en ce qui concerne la documentation de l'établissement des objectifs,

de la manière de les atteindre mais aussi de suivre la participation du client dans le cadre de la réadaptation post-AVC (29).

Nous savons que l'ACP représente une approche holistique. Elle ne se focalise pas sur un seul aspect de la personne. En effet, comprendre un être humain dans son entièreté est une conception abstraite et qui nécessite donc un effort intellectuel. La majorité des études (23-25, 27, 29) ayant traité de la perception de l'approche centrée sur la personne par l'ergothérapeute se complémentent sur le fait qu'il est essentiel d'avoir une compréhension claire des principes de l'ACP ainsi que des adaptations pour les clients ayant fait un AVC. Ils s'accordent aussi sur l'importance d'écouter le client, de le laisser s'exprimer et de l'inclure dans le processus décisionnel de ses objectifs.

Une réflexion émerge à la suite de ces résultats : Au regard des ergothérapeutes ayant estimé ne pas avoir assez pratiqué en tant que professionnel pour pouvoir appliquer l'ACP de manière efficace, nous pouvons nous questionner sur les compétences requises afin d'être correctement centré sur le client. En lien avec celles-ci, en quoi consiste la formation à l'ACP ? Les ergothérapeutes y ont-ils tous accès ? Aussi, nous avons pu voir que les principes de l'ACP ne sont pas toujours appliqués lors des interventions de l'ergothérapeute en SMR. Le manque de formation en est-il un facteur ? Puis, quels sont les obstacles à l'application de l'approche centrée sur la personne par l'ergothérapeute en SMR ? Enfin, certains ergothérapeutes ont reconnu être axés sur la récupération des habiletés motrices de leurs clients lors de leur prise en soin en SMR. Leur approche est-elle orientée par les besoins de leur institution ? Et est-ce qu'un aspect financier ou économico-social interfère dans leur pratique ?

#### **1.4.3 L'impact de l'approche centrée sur la personne appliquée par l'ergothérapeute sur la qualité de vie du client**

Une des finalités de l'approche centrée sur la personne est de libérer le potentiel du client et de favoriser l'expression de ses émotions. Il est prouvé que les clients apprécient les ergothérapeutes qui les traitent avec respect et qui leur donnent le sentiment d'être écoutés, pris en charge et valorisés. Il est alors important d'aborder l'impact que peut avoir l'ACP sur la qualité de vie des clients (23).

Selon une étude qualitative ayant un niveau de scientificité modéré (22), l'application d'une approche centrée sur la personne dans la réadaptation après un AVC semble inspirer des

expériences de transparence au niveau du processus de réadaptation. Cette transparence contribue à une prise de conscience de la capacité des participants à effectuer des activités quotidiennes. Ces éléments ont été recueillis par des entretiens effectués auprès de 10 personnes ayant fait un AVC en Suède. Une seconde étude (29) ayant un degré de scientificité plus élevé, vient compléter ces informations. Celle-ci date de 2016 et a aussi été effectuée en Suède. Les résultats recueillis concernent des interventions auprès de 279 clients ayant fait un AVC, répartis dans 16 structures de rééducation différentes. Il ressort de cette étude que l'ACP est considérée comme un indicateur essentiel de qualité dans le domaine des soins de santé. Les résultats de cet article montrent aussi que lors de séances d'ergothérapie, les clients s'investissent plus dans leur quête de qualité de vie (29).

Pour autant, deux études ayant un niveau de scientificité élevé (28, 30) publiées en 2019 et 2020, s'accordent sur le fait que l'ACP ne semble pas être plus efficace qu'une réhabilitation habituelle au niveau du rendement, de la fonction motrice des clients. Ces études sont quantitatives. Elles ont recueilli à elles deux, les résultats de 5333 clients ayant fait un AVC et avaient toutes deux pour but d'analyser les effets de l'ACP en ergothérapie lors de la réadaptation. Cependant, ces deux mêmes articles (28, 30) se complémentent sur le fait que les participants ont ressenti de nettes améliorations en ce qui concerne la satisfaction en matière de réadaptation. Il est rapporté que l'un des facteurs de cette satisfaction est l'interaction active dans le processus de prise de décision partagée lors de l'établissement des objectifs de rééducation du client (28, 30). Ces résultats corroborent ce que trois autres études (22, 27, 29) ont mis en lumière. Toutefois, deux autres recherches (23, 24) viennent nuancer ces résultats. Celles-ci rapportent que les clients étaient satisfaits de l'intervention de l'ergothérapeute lorsqu'il prenait des décisions à leur place, sans les faire participer à l'élaboration des objectifs. Ces clients-là ont déclaré que l'ergothérapeute avait répondu à toutes leurs préoccupations et qu'ils n'avaient donc pas besoin de participer à l'élaboration de leurs objectifs.

Un questionnement émerge à la suite de ces résultats : En quoi la transparence des ergothérapeutes agit-t-elle sur la prise de conscience des clients ? Aussi, comment l'ACP peut-elle permettre à ces clients d'améliorer leur qualité de vie ? Puis, nous avons constaté que les résultats divergent en ce qui concerne le lien entre la participation du client à l'élaboration de ses objectifs et sa satisfaction au regard de la prise en soin de l'ergothérapeute. De ce fait, est-ce que la participation du client lors de l'élaboration de ses

objectifs de rééducation représente un facteur avéré de sa satisfaction ? Ou bien est-ce un aspect individuel propre à chaque personne ?

### **1.5 Problématisation**

Cette analyse critique de la revue de littérature nous a permis de constater qu'une partie des ergothérapeutes considère que cette approche, riche en théorie, serait plus facilement compréhensible et applicable à la suite d'une formation. En effet, certains ergothérapeutes ont reconnu que leur modèle de soins dominant était basé sur l'évaluation et axé sur le déficit, bien qu'ils aient eu l'impression d'être sensibles à la vie des clients. Nous savons qu'un AVC peut être à l'origine de séquelles cognitives et motrices. Celles-ci déséquilibrent le quotidien des clients touchés qui sont parfois anxieux quant à leur perte d'autonomie et d'indépendance. Nous pouvons supposer que face à cette anxiété, certains clients préfèrent laisser l'ergothérapeute guider leur réadaptation, puisqu'ils le considèrent comme un professionnel de santé auquel ils peuvent accorder leur confiance. La littérature ne nous permet pas d'infirmer cette hypothèse. Cela dit, elle nous a permis d'affirmer qu'au contraire, certains clients ont été satisfaits de leur implication durant leur processus de réadaptation. Cette implication les a rendus plus soucieux d'atteindre une meilleure qualité de vie tout en renforçant leur estime de soi. Parmi les données recueillies chez ces personnes, nous pouvons cibler un aspect fondamental de l'ACP qui émerge régulièrement : le respect envers le client. Plusieurs questions émergent de cette analyse critique : Quelle place l'ergothérapeute accorde-t-il à l'ACP lors de ses interventions ? Puis, quel est son rôle concret en pratique ? Celui-ci doit-il adapter son approche au stade de la maladie du client ? Aussi, l'absence de formation à l'ACP représente-t-elle un frein à son application ? Par ailleurs, existe-t-il d'autres freins à l'application de l'ACP par l'ergothérapeute en SMR ? L'enjeu de l'ACP est de pouvoir favoriser le bien-être de la personne ayant fait un AVC. De ce fait, comment l'ACP est-elle ressentie par le client ? Celle-ci influe-t-elle sur la récupération des capacités du client ?

De cette problématisation professionnelle découle une problématique de recherche :

---

**Quel peut-être l'impact de l'application de l'ACP par l'ergothérapeute, sur la prise en soin d'un client ayant fait un AVC ?**

---

## 1.6 Enquête exploratoire

La revue de littérature a permis d'effectuer un état des lieux des savoirs. De l'analyse critique de cette revue de littérature, découlent plusieurs questions. Celles-ci composent la problématisation pratique. A la suite de cette problématisation pratique, une enquête exploratoire est réalisée. Elle comporte des objectifs généraux et spécifiques présentés ci-dessous.

### 1.6.1 Objectifs généraux de l'enquête exploratoire

L'objectif d'une enquête exploratoire est de confronter l'état des lieux de la littérature à l'état des lieux des pratiques. Celle-ci nous permet d'évaluer la faisabilité ou non d'un fondement théorique. L'enquête exploratoire permet aussi de juger la vivacité d'une question de recherche, d'autant plus lorsque cette question concerne une pratique émergeante (32).

### 1.6.2 Objectifs spécifiques de l'enquête exploratoire

Dans le cadre du thème de ce mémoire, les objectifs spécifiques de l'enquête exploratoire sont :

- Connaitre la place de l'ACP dans la pratique de l'ergothérapeute en SMR.
- Mesurer l'impact de l'ACP sur la prise en soin en ergothérapie d'un client ayant fait un AVC.

Il s'agira de procéder à une démarche déductive ou hypothético-déductive. Ceci dans le but de recueillir des données quantitatives auprès d'un public ciblé. Certains critères permettent de déterminer le public visé par une enquête exploratoire (32).

### 1.6.3 Elaboration du dispositif d'enquête exploratoire

- Population cible et site d'exploration :

Critères d'inclusion : Les participants à cette enquête doivent être des ergothérapeutes diplômés d'Etat, travaillant en SMR ou CRF. Aussi, ces ergothérapeutes doivent intervenir auprès de personnes ayant fait un AVC.

Critères d'exclusion : Les personnes n'étant pas ergothérapeutes diplômés d'Etat ne participeront pas à cette enquête. Aussi, les ergothérapeutes n'intervenant pas dans un centre SMR ou CRF ne pourront pas y participer. Enfin, les ergothérapeutes n'intervenant pas auprès de personnes ayant fait un AVC seront exclus de l'enquête.

Ces critères d'inclusion et d'exclusion nous permettent alors de cibler un échantillon assez large. Le but étant de récolter un maximum de données pouvant être analysée à la suite de cette enquête exploratoire.

Concernant la détermination du champ de recherche et l'identification du cadre réglementaire, cette enquête exploratoire implique la personne humaine. Cela dit, la recherche « implique des personnes mais n'est pas réalisée sur des personnes » (33). En effet, cette enquête évalue des modalités d'exercices des professionnels de santé, des pratiques d'enseignement ou encore le fonctionnement de services existants. La loi Jardé ne s'applique donc pas. La population ciblée pour participer à cette recherche en est informée de ses objectifs. Leur consentement est demandé en début de questionnaire. De plus, il leur est précisé qu'ils sont libres de retirer leur consentement à tout moment. Enfin, les données recueillies lors de cette enquête exploratoire seront uniquement visibles par l'enquêteur. Le but étant de préserver les participants de tout risques professionnels (33).

#### **1.6.4 Outil de recueil de données**

L'outil de recueil de données retenu pour cette enquête exploratoire est le questionnaire. Au regard des objectifs spécifiques de cette enquête exploratoire, le questionnaire permettra d'établir d'éventuels liens entre la place de l'ACP dans la pratique de l'ergothérapeute et l'impact que l'ACP peut avoir sur la prise en soin du client. Il donne aussi la possibilité d'estimer des valeurs relatives et absolues. Le questionnaire permettra dans le cadre de cette enquête, de recueillir des informations simples et précises sur la pratique de l'ergothérapeute en SMR (32).

En ce qui concerne ses avantages, le questionnaire permet aux participants de répondre de façon anonyme, ce qui permet à l'enquêteur de recueillir des données plus personnelles et sincères. Les personnes enquêtées sont libres de choisir le moment où elles répondent aux questions, ce qui favorise leur participation. Les participants à l'enquête peuvent alors prendre le temps de réfléchir aux questions de cette enquête qui nécessitent une réflexion. Le questionnaire pouvant être partagé par mail ou via les réseaux sociaux, la distance géographique ne représente pas une contrainte. Cet outil de recueil de données est donc diffusable auprès d'un grand nombre de sujets. Enfin, dans ces conditions, l'enquête exploratoire ne nécessite pas de budget financier et peut être réalisée dans le respect d'un délai fixé (34).

Pour autant, l'utilisation du questionnaire comme outil de recueil de données présente quelques inconvénients. La formulation des questions est primordiale. L'ACP étant un sujet assez complexe, il est essentiel que les personnes interrogées comprennent le sens de chaque question. Le manque de spontanéité dû au fait de l'absence de l'enquêteur vient s'ajouter aux inconvénients. De plus, l'ACP est un concept dont l'application et les connaissances sont propres à chaque ergothérapeute. Or, cet outil ne donne aucune garantie que la personne interrogée réponde seule à l'enquête. Enfin, le questionnaire est peu adapté au recueil de données qualitatives sachant que celles-ci seraient un complément afin d'analyser des résultats portant sur l'application de l'ACP par l'ergothérapeute en SMR (32, 34).

#### **1.6.5 Biais et stratégies d'atténuation**

Lors d'une étude, un biais est considéré comme un facteur pouvant impacter la validité des résultats recueillis. Il est alors essentiel de les identifier afin de les atténuer (35).

Parmi les biais auxquels l'enquêteur peut être confronté, nous retrouvons :

Un biais de sélection : il est important de s'assurer que les personnes ciblées par ce questionnaire répondent aux critères d'inclusion et d'exclusion. Les critères seront rappelés aux professionnels contactés.

Des biais méthodologiques : afin de les atténuer, les questions doivent être correctement formulées : simples, courtes et neutres afin de ne pas influencer les réponses. Les questions ouvertes seront limitées car celles-ci nécessitent un temps de réflexion et peuvent engendrer un comportement d'évitement chez les participants à l'enquête. Afin d'obtenir un recueil d'information complet, une matrice de questionnement est utilisée. Aussi, le questionnaire sera envoyé à une cohorte test afin de s'assurer que les questions soient compréhensibles (35).

Un biais de confirmation : l'enquêteur peut avoir tendance à vouloir confirmer ses idées préconçues et à moins considérer les points de vue en défaveurs de ses conceptions. De ce fait, il est important que les questions formulées soient neutres, ne contenant pas d'éléments de réponses pouvant influencer la personne enquêtée (35).

Parmi les biais auxquels la personne enquêtée peut être confrontée, nous retrouvons :

Un biais de subjectivité : la réponse ne doit pas dépendre de la perception de la personne enquêtée. Les questions doivent alors être assez précise de sorte à favoriser l'objectivité des réponses (35).

Un biais de soumission au groupe : l'influence d'autres personnes peut impacter la réponse de la personne enquêtée. Il est donc nécessaire de préciser en début de questionnaire, que la personne enquêtée doit répondre seule (35).

Un biais de désirabilité sociale : la personne enquêtée veut se montrer exemplaire, ses réponses sont idéalisées et ne correspondent pas à la réalité de sa pratique professionnelle. Afin d'atténuer ce biais, il est précisé en début de questionnaire que l'anonymat des participants à l'enquête sera respecté (35).

Les potentiels biais du questionnaire étant identifiés, nous allons maintenant apprécier la construction de l'outil de recueil de données.

#### **1.6.6 Elaboration de l'outil de recueil de données**

L'outil de recueil de données utilisé pour cette enquête exploratoire est un questionnaire en ligne : Google-Form®. Une matrice de questionnement (Cf. Annexe 3 p.75) est utilisée pour la rédaction des questions. Celle-ci permet de clarifier la sélection des questions pertinentes qui émergent de la problématisation pratique. Ces questions ont pour but de cibler les informations à recueillir auprès des professionnels. Les premières questions consistent à s'assurer que les participants répondent aux critères d'inclusion de l'enquête. S'ils ne répondent pas à l'un des critères, ils ne peuvent alors pas participer à l'enquête. Ensuite, les questions permettant de répondre aux objectifs spécifiques de l'enquête exploratoire comprennent une seule idée et doivent être précises. Elles sont rédigées de sorte à être neutre et ne pas influencer la personne enquêtée. Aussi, leur structure syntaxique doit être claire (32).

Parmi les types de questions utilisées pour ce questionnaire, nous pouvons retrouver :

Des questions fermées à réponse unique : Les suggestions de réponse seront définies comme binaires ou dichotomiques, « Exemple : Oui/Non » (32).

Des questions semi-ouvertes à réponse unique : Une liste de modalités est proposée à la personne enquêtée, avec une modalité ouverte du type « Autre, précisez... », permettant de nuancer la réponse (32).

Des questions ouvertes : Elles permettent à la personne enquêtée de répondre de façon spontanée. Aussi, le contenu des réponses aux questions ouvertes est riche. Bien que difficiles à analyser, ces questions permettent de rompre la monotonie du questionnaire et de vérifier la cohérence du discours de la personne enquêtée (32).

Des questions à choix multiples et réponse unique : La personne enquêtée doit sélectionner une réponse parmi plusieurs modalités proposées.

Des échelles numériques : Elles permettent de nuancer de façon quantitative les réponses aux questions qualitatives. Les valeurs minimales et maximales sont des seuils extrêmes (32).

Le questionnaire comporte 17 questions. Le nombre de questions n'est pas trop élevé afin que les personnes enquêtées aillent au bout de l'enquête. Un délai de trois semaines est accordé aux participants, au-delà duquel le questionnaire sera clôturé.

#### **1.6.7 Test de faisabilité et validité du dispositif**

Le questionnaire-test a été envoyé à dix ergothérapeutes. Parmi eux, quatre professionnels de terrain, qui représentent la cohorte test de cette enquête, ont répondu à toutes les questions. À la suite de ces retours, il est essentiel de cibler si chaque réponse est cohérente avec la formulation des questions. Ce test de faisabilité a permis plus précisément de modifier certaines modalités de réponse et d'ajouter des critères de réponses à certaines questions. Les quatre résultats au questionnaire-test, ayant permis d'aboutir à un questionnaire final, ne sont pas prise en compte dans les résultats de la recherche.

#### **1.6.8 Traitement et analyse des résultats de l'enquête**

Afin de traiter les résultats de l'enquête sous forme de statistiques, un document *Excel®* est utilisé. Sur celui-ci sont insérées les réponses issues du questionnaire *Google Form®*. Dans le but de les rendre plus lisibles, les réponses sont présentées à l'aide de graphiques et diagrammes (Cf. Annexe 5 p.87). L'utilisation de ces logiciels ne nécessite aucune formation spécifique.

L'enquête exploratoire vise à élaborer un questionnaire en ligne afin d'obtenir des données. L'objectif de ce questionnaire, destiné aux ergothérapeutes, est de recueillir des informations spécifiques sur l'application de l'ACP par l'ergothérapeute en SMR. Il est précisé au début de ce questionnaire que l'anonymat des personnes enquêtées est respecté. Leurs réponses peuvent être exploitées, chaque participant en a donné son accord.

➤ *Présentation de la population*

32 personnes ont répondu au questionnaire en ligne. 28 personnes ont été retenues pour participer à l'étude. 4 personnes ont donc été écartées au début de l'enquête car n'entrant pas dans les critères d'inclusion de la population ciblée (Cf Annexe 5 p.88 : graphique 2).

Les ¾ des participants à cette enquête ont été diplômé après 2010, soit après l’arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d’Etat d’ergothérapeute. L’autre quart a été diplômé avant 2010. L’année moyenne d’obtention du diplôme est 2014 (Cf Annexe 5 p.88 : graphique 3). Cette différence enrichit l’enquête puisque les réponses seront issues d’ergothérapeutes dont la formation a évolué avec le temps.

➤ *La place de l’ACP dans la pratique de l’ergothérapeute en SMR*

Les objectifs de l’ACP définis par les ergothérapeutes enquêtés sont relativement similaires à ceux mis en avant par la revue de littérature. Selon ¾ des sujets, il est essentiel de considérer le client dans sa globalité. Il s’agirait donc de prendre en compte ses besoins, ses attentes/envies, ses valeurs/croyances et habitudes de vie. La moitié des personnes enquêtées a aussi souligné l’importance d’examiner l’environnement physique, humain et matériel de la personne afin d’avoir un regard global sur sa situation. L’implication et la participation de la personne dans la prise en soin est soulignée dans 9/28 des réponses au questionnaire. Le terme « adhésion thérapeutique » apparaît comme un moyen d’augmenter la motivation de la personne. En lien avec cela, 13/28 ergothérapeutes mettent en avant qu’il est nécessaire d’agir en partenariat avec le client lors d’une intervention centrée sur la personne. Ensuite, la collaboration avec l’équipe pluridisciplinaire dans le but de favoriser l’adhésion du client à son projet thérapeutique n’apparaît qu’une fois. Pour autant, 12/28 des participants à l’enquête ont déclaré « Très souvent » aborder l’ACP lors de réunion pluridisciplinaire et 3/28 participants ont déclaré « Toujours » l’aborder lors de ces dernières.

De façon générale, les résultats de l’enquête exploratoire font ressortir que l’ACP a sa place lors des quatre phases du processus d’intervention en ergothérapie qui sont : l’évaluation, la planification du traitement, l’exécution du traitement, et la réévaluation de l’intervention. Ces résultats sont donc en accord avec ceux de la revue de littérature (23-25, 27). Un quart des participants estime que l’ergothérapie ne se pratique pas sans être centrée sur la personne.

Parmi les différentes réponses obtenues :

- Tous procèdent à un entretien/questionnaire d’entrée.

Parmi eux, 6/28 ergothérapeutes ont déclaré seulement effectuer un entretien d’entrée combiné à des mises en situation écologiques.

Pour 21/28 des personnes enquêtées, des évaluations complémentaires sont nécessaires à l’entretien et aux mises en situation :

- 9/28 personnes disent utiliser la MIF<sup>9</sup>
- 8/28 personnes disent utiliser la MCRO<sup>10</sup>
- 5/28 personnes disent utiliser des entretiens + un questionnaire destiné à la famille proche

Parmi les personnes enquêtées, 22/28 ergothérapeutes affirment utiliser une batterie de bilans : bilan fonctionnel, testing musculaire, bilan de préhension et dextérité, bilan cognitif.

Lors de la phase d’établissement des objectifs, les pratiques varient fortement. Parmi les 28 ergothérapeutes interrogés, 13 disent préférer être en présence de leurs clients lors de la phase d’établissement des objectifs. Ils estiment que le client est le mieux placé pour définir ses objectifs, lorsque les troubles cognitifs n’interfèrent pas avec la prise en soin. Parmi eux, 6/13 soulignent que la MCRO est un outil adapté lors de cette phase. Ils confirment aussi l’importance de pouvoir réajuster les objectifs lorsque cela est nécessaire.

A l’inverse, 10/28 ergothérapeutes affirment établir les objectifs seuls, en fonction des résultats de leurs bilans ou de leurs observations. Les informations recueillies lors des bilans d’entrée leur permettent d’orienter les objectifs en fonction de la situation de leurs clients. Ces ergothérapeutes exposent ensuite leur compte rendu aux clients afin que ces derniers en prennent compte.

Le rôle de l’équipe pluridisciplinaire lors d’une prise en soin centrée sur la personne est jugée comme importante. En effet, 5/28 ergothérapeutes mettent en avant l’importance de faire concorder les objectifs avec ceux des autres professionnels de l’équipe pluridisciplinaire. Les objectifs sont alors à valider en équipe, avant de les expliquer au client en prenant compte de son avis. Parmi ces ergothérapeutes, 3/5 ont déclaré devoir faire valider les objectifs par le médecin MPR<sup>11</sup> avant de les présenter à leur client, car la prescription médicale est à considérer lors d’une prise en soin.

Les ergothérapeutes ont été interrogés sur les difficultés rencontrées quant à l’application de l’ACP en SMR. Les résultats se complémentent avec certains articles de la revue de littérature

---

<sup>9</sup> Mesure de l’Indépendance Fonctionnelle

<sup>10</sup> Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

<sup>11</sup> Médecine de Physique et de Réadaptation

(23-25, 27, 28). Ceux-là mettent en avant les difficultés pour un ergothérapeute à proposer une intervention centrée sur la personne en établissement de réadaptation. L'enquête exploratoire montre qu'un quart des personnes interrogées met en avant le manque de connaissances sur la démarche de l'ACP comme étant le principal frein à son application. Cela dit, cette enquête exploratoire révèle d'autres difficultés ne paraissant pas dans la revue de littérature. Pour la moitié des personnes enquêtées, les troubles cognitifs liés à l'AVC du client représentent un obstacle majeur. Puis, 11 ergothérapeutes parmi les 28 interrogés déclarent que les contraintes institutionnelles (séances de rééducation trop courtes, manque de moyens matériels, durée de prise en soin trop courte) représentent la principale limite à l'application de l'ACP.

L'analyse de ces résultats fait émerger quelques questions : En quoi l'adhésion thérapeutique du client influe-t-elle sa prise en soin ? Celle-ci peut-elle être impactée par la collaboration de l'équipe pluridisciplinaire avec le client ? Nous pouvons souligner que tous les ergothérapeutes se sentent centrés sur la personne lors de chaque phase du processus d'intervention. Pour autant, nous pouvons aussi remarquer différentes façon d'intervenir dès la phase d'évaluation du client. Nous constatons notamment que les ergothérapeutes interrogés ne procèdent pas tous de la même manière lors de l'établissement des objectifs de leurs clients. Est-ce que ces pratiques opposées peuvent être toutes deux centrées la personne ? Puis, dépendent-elles des habitudes de l'ergothérapeute ou des facteurs personnels du client ? Aussi, existe-t-il une méthode d'intervention plus appropriée à l'ACP lors de la phase d'évaluation du client ? Enfin, en quoi les contraintes institutionnelles influencent-elles l'intervention de l'ergothérapeute ? Est-il possible de les atténuer ?

➤ *L'impact de l'ACP sur la prise en soin en ergothérapie d'un client ayant fait un AVC*

Lors des séances de rééducation, les clients nécessitent d'être mis en confiance. Le besoin d'être rassuré et de retrouver une estime de soi apparaît comme important. L'impact de l'ACP sur le bien-être psychologique des clients est jugé comme positif par les ergothérapeutes interrogés. Parmi eux, 18/28 remarquent souvent une amélioration. Ces résultats sont complètement en accord avec ceux de la revue de littérature (22-24, 28-30) qui soulignent l'influence positive de l'ACP sur la prise de conscience chez les clients, ces derniers souhaitant améliorer leur qualité de vie. Cette prise de conscience est étroitement liée à l'investissement des clients lors de la phase d'établissement des objectifs.

De ce fait, les ergothérapeutes enquêtés ont été interrogés sur leur perception de l'engagement des clients lorsque ces derniers participent à l'établissement de leurs objectifs de rééducation. Parmi les personnes interrogées, 19/28 ont déclaré souvent remarquer une amélioration de l'engagement durant leur prise en soin. Les 9/28 ergothérapeutes restants ont exprimé ne pas spécialement remarquer d'impact sur l'engagement des clients lors de leur prise en soin. Parmi ces résultats de l'enquête exploratoire, certains sont en accord et d'autres en contradiction avec la revue de littérature (22-24, 28-30). Celle-ci mettait en avant que les clients ayant été acteurs lors de la phase d'établissement de leurs objectifs, avaient tendance à s'investir durant leur prise en soin. L'ACP appliquée selon ses principes était alors définie comme un indicateur essentiel de qualité dans le domaine des soins de santé.

Parmi les ergothérapeutes interrogés, 18/28 remarquent souvent une amélioration au niveau de la récupération motrice de leurs clients, lorsque ces derniers s'engagent durant leur prise en soin. Ces résultats se contredisent donc en partie avec ceux de la revue de littérature (28, 30). De celle-ci ressortait qu'une intervention centrée sur la personne ne semble pas être plus efficace qu'une réhabilitation habituelle au niveau du rendement, de la fonction motrice du client.

Les progrès d'un point de vue moteur ne semblent donc pas proportionnels au niveau d'engagement des clients dans leur prise en soin. Pour autant, certains articles de la revue de littérature (22, 27-30) mettent en avant que le niveau de satisfaction des clients à la suite d'une intervention centrée est positif. Cette variable a été questionnée lors de l'enquête exploratoire. Sur une échelle allant de 0 (Jamais satisfaits) à 10 (Toujours satisfaits), 19/28 ergothérapeutes interrogés cotent la satisfaction de leurs clients entre 7 et 10. Mais ces résultats ne sont pas exploitables puisqu'ils interrogent les ergothérapeutes et non les clients.

Des questions émergent de ces résultats. En effet, nous pouvons nous questionner sur les critères d'évaluation permettant aux ergothérapeutes de juger le bien-être psychologique de leurs clients. Ainsi, quels éléments peuvent être à l'origine de l'amélioration du bien-être et de l'engagement des clients dans leur prise en soin ? Est-ce dû à un aspect particulier de l'ACP ou bien est-ce le résultat d'une intervention globalement axée sur la personne ?

En croisant les résultats de l'enquête exploratoire, nous constatons qu'une partie des ergothérapeutes ayant déclaré établir eux-mêmes les objectifs de leurs clients, ne remarquent pas d'engagement particulier chez ces derniers lors de leur prise en soin. A l'inverse, parmi

les ergothérapeutes ayant déclaré rédiger les objectifs de rééducation avec leurs clients, 13/28 remarquent un meilleur engagement des clients lors de leur prise en soin. Nous pouvons alors nous demander s'il existe un lien entre ces deux facteurs. Enfin, la majorité des ergothérapeutes enquêtés ont déclaré remarquer une amélioration de la fonction motrice chez les clients engagés lors d'une intervention centrée. Quels peuvent être les critères d'évaluation ayant permis à ces derniers de coter cette évolution sur le plan moteur ? Font-ils un lien entre l'engagement des clients et leur récupération motrice ?

### **1.6.9 Discussion**

Cette enquête exploratoire avait pour objectif de confronter l'état des lieux de la littérature à l'état des lieux des pratiques. Dans le cadre de notre initiation à la démarche de recherche, il s'agissait de :

- Connaitre la place de l'ACP dans la pratique de l'ergothérapeute en SMR.
- Mesurer l'impact de l'ACP sur la prise en soin en ergothérapie d'un client ayant fait un AVC.

Intérêts et limites de l'enquête :

L'analyse des résultats de cette enquête exploratoire a permis d'identifier des biais. Premièrement un biais méthodologique. Certaines questions peuvent paraître rhétoriques ou orientées du fait de leur formulation. La syntaxe des phrases interrogatives peut induire un biais de confirmation. En effet, l'enquêteur a tendance à vouloir confirmer ses idées préconçues. Il influence alors les réponses des personnes enquêtées. Puis, bien que le respect de l'anonymat et du non-jugement des participants ait été rappelé en début de questionnaire, un biais de désirabilité sociale reste peut-être présent. Aussi, l'objectivité des personnes enquêtées concernant le thème de l'enquête est difficilement évaluable. L'absence de biais de subjectivité est donc à nuancer. Enfin, l'ACP est un concept dont les notions sont complexes et nécessitent d'être approfondies afin d'être comprises. Il n'est donc pas impossible que certaines réponses soient faussées par la présence d'un biais cognitif.

Le questionnaire est un outil de recueil de données visant à obtenir des données quantitatives. Cet outil permet de décrire des populations, estimer des valeurs relatives ou absolues. Ces données doivent être recueillies auprès d'un grand nombre de sujets, afin de les traiter sous forme de statistiques. Dans le cadre de cette enquête exploratoire, l'échantillonnage repose sur

un choix réfléchi et s'appuie donc sur une méthode non-probabiliste dite de convenance ou de commodité car les participants à cette enquête ont été sélectionné en raison de leur accessibilité et de leur proximité géographique avec l'enquêteur. De plus, seulement vingt-huit ergothérapeutes ont répondu au questionnaire. Les résultats ne sont alors pas représentatifs de l'ensemble des ergothérapeutes exerçant en France. Puis, l'un des objectifs d'un questionnaire est de vérifier des hypothèses en évaluant s'il existe des liens de corrélation entre deux ou plusieurs variables (32). Or, aucune hypothèse n'a été formulée lors de cette enquête exploratoire. En ce qui concerne la typologie des questions constituant le questionnaire de cette enquête, nous retrouvons plusieurs questions ouvertes. Celles-ci ne sont pas appropriées à l'utilisation de cet outil. En effet, elles permettent d'obtenir la perception d'un ergothérapeute sur un phénomène et d'explorer ses opinions. Les entretiens (semi-directif, et non directif) sont donc les outils de recueil de données les plus adaptés à l'utilisation de questions ouvertes (32). Aussi, les questions semi-fermées du questionnaire de cette enquête exploratoire proposent la modalité « Autre ». Bien que cette modalité permette aux personnes enquêtées de nuancer leurs réponses, celle-ci ne facilite pas l'analyse quantitative. Enfin, l'ACP est une pratique émergeante qui est relativement difficile à évaluer. Afin de connaître la place de l'ACP dans la pratique de l'ergothérapeute en SMR, l'idéal serait de mesurer l'agir des personnes enquêtées. Le choix de l'observation, comme outil de recueil de données, pourrait alors être plus approprié. Celui-ci permettrait à l'enquêteur d'analyser le non verbal ainsi que ce qu'il peut révéler comme : les comportements des ergothérapeutes, leurs attitudes et phénomènes non exprimés (32).

Malgré cela, cette enquête exploratoire a eu pour principal intérêt d'établir un état des lieux de la pratique de l'ergothérapeute en SMR. Elle nous permet alors d'orienter au mieux la suite de la recherche, afin que celle-ci soit la plus pertinente possible.

#### ❖ Eléments de réponse :

Malgré les intérêts et limites citées ci-dessus, l'analyse des résultats nous permet d'apporter quelques éléments de réponse aux objectifs spécifiques de notre enquête. Tout d'abord, concernant la place de l'ACP dans la pratique de l'ergothérapeute en SMR : nos résultats mettent en avant que les personnes enquêtées ont le même discours en ce qui concerne les objectifs de l'ACP. Ces derniers s'accordent aussi sur le fait que l'ACP est applicable lors des quatre phases du processus d'intervention en ergothérapie, ce qui est en accord avec la revue

de littérature. Pour autant, les pratiques diffèrent entre les personnes enquêtées. Dès la phase d'évaluation et d'établissement des objectifs de rééducation du client, nous avons pu voir que les ergothérapeutes exercent différemment. La moitié des professionnels enquêtés préfère être en présence de leurs clients lors de cette phase. Tandis que l'autre moitié préfère établir les objectifs de rééducation du client en fonction des résultats du bilan d'entrée, puis de les lui présenter. Nous avons pu comprendre que l'équipe pluridisciplinaire influe indirectement sur la place de l'ACP dans la pratique de l'ergothérapeute en SMR. En effet, un quart des ergothérapeutes interrogés met en lumière l'importance de faire concorder les objectifs du client en ergothérapie, avec ceux des autres professionnels de l'équipe de soin. Bien que les 28 personnes enquêtées aient déclaré que l'ACP est présente lors de la totalité de la prise en soin d'un client, ils mettent tous en avant la présence d'obstacles à son application. La moitié des personnes interrogées estime que les troubles liés à l'AVC sont un frein à l'ACP. Les contraintes institutionnelles ainsi que le manque de formation des professionnels à la démarche d'application de l'ACP apparaissent aussi comme des obstacles. Outre les contraintes institutionnelles, les résultats en lien avec les obstacles à l'application de l'ACP par l'ergothérapeute en SMR corroborent avec ceux de la revue de littérature. Nous comprenons alors que l'ACP est présente lors des interventions de l'ergothérapeute en SMR. Pour autant, son application n'est pas la même selon le professionnel de santé, ni selon la structure dans laquelle ce dernier exerce. En effet, aux vues des différents obstacles identifiés par les personnes enquêtées, nous comprenons que les principes de l'ACP ne sont pas applicables au même niveau. Aussi, il est impossible d'exclure l'existence d'un éventuel écart entre le discours des ergothérapeutes sur leur pratique et ce qu'ils font vraiment.

Ensuite, en ce qui concerne l'impact de l'ACP sur la prise en soin en ergothérapie d'un client ayant fait un AVC : l'enquête exploratoire met en lumière que les ergothérapeutes perçoivent une amélioration du bien-être psychologique des clients, lors d'une intervention centrée. Les réponses de 18 personnes enquêtées sur 28 sont donc en accord avec la revue de littérature. De plus, ces derniers remarquent une amélioration de l'engagement des clients lorsque l'ergothérapeute leur permet de s'investir lors de l'établissement des objectifs de rééducation. Ces résultats sont aussi en accord avec ceux de la revue de littérature, mais ne font pas consensus parmi les personnes enquêtées. Enfin, 2 ergothérapeutes sur 3 remarquent un effet positif de l'ACP sur la fonction motrice de leurs clients. Ces résultats contredisent la revue de littérature. Comme évoqué précédemment, les résultats de cette enquête sont discutables. Tout

d'abord, la population de l'enquête a été interrogée sur la satisfaction des clients à la suite d'une approche centrée. Or, ces résultats ne sont pas exploitables puisqu'ils sont interrogent les ergothérapeutes et non les clients. Nous ne savons donc pas sur quel(s) outil(s) les professionnels s'appuient afin d'évaluer ce critère chez les clients. Il en est de même pour les résultats mettant en avant une amélioration de la fonction motrice chez les clients bénéficiant d'une ACP. Au regard des différents biais, l'objectivité de ces réponses est à nuancer. La formulation de certaines questions a pu engendrer chez les personnes enquêtées, une volonté de se montrer exemplaire.

### **1.7 Cadre conceptuel**

L'analyse de cette enquête exploratoire, ainsi que le questionnement qui en découle, ont permis de faire émerger la question initiale de recherche suivante :

---

**En quoi l'application d'une approche centrée sur la personne par un professionnel de santé en SMR pourrait-elle être en lien avec l'engagement d'un client dans sa prise en soin ?**

---

Le cadre conceptuel a pour but d'apporter des précisions à la QIR<sup>12</sup>. Il permet de conceptualiser afin d'avoir des repères de lecture d'un phénomène. Il permettra d'orienter le futur dispositif de recherche (32).

L'identification de champs disciplinaires est nécessaire à la construction d'un cadre conceptuel (32). La QIR met en avant deux concepts. Ceux-là appartiennent aux champs disciplinaires suivants : la santé, la sociologie, la psychologie sociale et les sciences de l'occupation.

Cette QIR entre dans le champ de la santé puisqu'elle implique l'étude de l'ergothérapeute lors de ses prises en soin. Les champs disciplinaires de la sociologie et de la psychologie sociale permettront d'étudier la façon par laquelle le comportement et les pensées d'une personne sont susceptibles d'être influencées par le comportement d'autrui ; ici le comportement du client en lien avec l'approche de l'ergothérapeute (36). Puis le champ disciplinaire des sciences de l'occupation permettra d'étudier le fonctionnement humain et psychique du client, en lien avec ses occupations.

---

<sup>12</sup> Question Initiale de Recherche

Les deux concepts mis en lumière par la QIR sont : l'approche centrée sur la personne et l'engagement.

### **1.7.1 L'Approche Centrée sur la Personne**

Le premier concept est l'Approche Centrée sur la Personne. Celui-ci sera développé à partir du champ disciplinaire de la psychologie sociale. Odier G. est l'auteur qui sera principalement citée.

L'Approche Centrée sur la Personne est un modèle psychothérapeutique fondé par Carl Rogers (11). Le modèle de l'Approche Centrée sur la Personne vient s'inscrire dans le mouvement humaniste. L'Approche Centrée sur la Personne est venue apporter une nouvelle conception de la relation thérapeutique. Ce modèle applique une méthode thérapeutique centrée sur la personne, le processus thérapeutique est vu comme un processus d'actualisation et de développement du « client » qui sort de sa perspective de « patient ». Il emploie donc le terme de « client » qui met en avant l'égalité entre deux personnes : le client et le thérapeute. Lorsque le patient devient client, sa personne est mise en avant. Il exprime des sentiments, ressentiments et pensées. Le client est une personne qui prend conscience, qui est et qui agit pour lui-même. Dans ce contexte, le client est libre d'exprimer ce qu'il considère comme important au moment de l'expérimentation, à l'instant présent. Comme l'explique Geneviève Odier (11), l'Approche Centrée sur la Personne définie par Carl Rogers représente une approche globale du client. Elle ne se focalise pas sur un seul aspect de la personne. Comprendre un être humain dans son entièreté est une conception abstraite et qui nécessite donc un effort intellectuel (11).

L'ACP est définie comme étant plus qu'une technique. Elle est associée à une philosophie, une manière d'être. Celle-ci s'appuie sur la tendance naturelle de tout être humain à se réaliser en tant que personne (37). L'ACP s'appuie sur différentes notions. Il est nécessaire de les aborder afin de bien comprendre la philosophie de Carl R. Rogers. Nous allons définir ces notions :

➤ *La relation thérapeutique*

Le terme « relation » évoque une idée de rapprochement, de contact. Les mots ne sont pas indispensables à la création d'un lien. La circulation d'informations est naturelle lorsque la présence et l'attention à l'autre est vraie. La relation thérapeutique définie par Carl R. Rogers

permet de « capter l'essentiel en restant en lien avec son ressenti et celui de l'autre » (11). La difficulté résulte parfois au fait de ne rien faire. Car une simple présence, sans attentes, permet d'ouvrir un espace de liberté pour le client. Cet espace peut alors laisser émerger un vécu instantané. Mais une telle présence nécessite pour autant d'offrir sa disponibilité pleine. Il s'agit de s'abandonner soi-même afin d'être présent pour l'autre, dans une communication interpersonnelle et réciproque. Cette relation ne laisse place à quelconque hiérarchie ou comparaison. Elle ne peut exister qu'entre deux êtres égaux. Aucun pouvoir n'est exercé par le thérapeute sur le client, au risque de freiner l'affirmation de ce dernier. Le respect et l'authenticité sont des facteurs qui favorisent cette relation, qui favorisent aussi le processus thérapeutique et d'autonomisation du client. La confiance représente un facteur majeur de la relation. La confiance accordée par le thérapeute au client, peut favoriser la prise de conscience de ce dernier, quant à ses capacités à surmonter ses obstacles. Elle peut permettre au client d'être rassuré, de retrouver confiance en lui et de se considérer comme un individu fiable et digne de confiance. Lorsque ces facteurs sont réunis, le client peut alors se recentrer sur sa vie personnelle et professionnelle. Le client serait bien moins impacté par les contraintes extérieures et peut adapter ses exigences à celles de son environnement (11).

#### ➤ *La conception de la personne*

La notion de « personne » ne se rapporte pas seulement à une entité physique. Elle définit aussi la façon d'être vivant, présent et authentique, dans l'acceptation de soi et de l'autre. Concernant cette notion, l'ACP considère l'être et l'apparence (l'intérieur et l'extérieur) comme une seule expression acceptée dans sa globalité, non divisée. Le fait d'envisager une personne dans sa globalité, nécessite de l'accepter avec toutes les qualités mais aussi les défauts qui la constituent. Ceux-ci font partie intégrante de la personnalité d'une personne qui porte sa propre histoire, son comportement et son caractère unique (11).

#### ➤ *La notion d'organismique*

Généralement, la notion d'organismique renvoie à un ressenti, une perception. Elle indique une expérience captée par une personne entière, qui agit et évolue. Carl R. Rogers (11) exprime que la communication constante avec ses résonances internes et perceptions externes permet à l'être humain un échange harmonieux et authentique. La notion d'organismique est alors primordiale lors d'une ACP. Elle s'oriente vers l'écho interne, le ressenti profond du client qui peut le guider vers sa croissance personnelle. Nous pouvons comprendre que les

influences externes peuvent séparer la partie consciente d'une personne de son ressenti organismique. C'est dans cette situation que la personne risque de s'éloigner des besoins de son organisme. Cette séparation mène à une perte de contact avec son soi intime, se manifestant par des troubles plus ou moins importants. Le fait de prendre conscience du sens accordé à ses mouvements internes est un atout précieux pour la personne. Cela lui permet de savoir comment réconcilier l'organismique du psychique, qui une fois divisés, affaiblissent la personne et ne lui permettent pas un épanouissement optimal (11).

#### ➤ *Conscience de soi*

L'un des aspects importants de l'ACP est que la notion « d'être » est primordiale face à la notion de « faire ». Considérer « l'être », c'est considérer la présence, une manière de se percevoir et de prendre conscience de soi. Geneviève Odier (11) souligne que Carl Rogers veut exprimer par cette notion « d'être » que le client doit ressentir une liberté pour comprendre qu'il a les ressources nécessaires au développement de son « être intime ». L'être est ici considéré comme la source de notre énergie, de notre potentiel à développer la confiance que nous accordons au processus de vie. La conscience de soi est étroitement liée à la notion d'organismique. Carl R. Rogers exprime que toute personne n'a pas une représentation exacte d'elle-même ni de ses interactions avec autrui. Il existe le « Soi perçu » qui représente ce que la personne pense être. Il existe aussi le « Soi idéal » qui représente ce que la personne voudrait être. Lorsque ses deux entités s'accordent et forment le « Soi réel », la personne peut exploiter au mieux ses capacités. La compréhension organismique est un élément facilitateur à la conscience de soi. Celle-ci permet à la personne de se référer à ses propres valeurs, en exploitant ses capacités d'adaptation. Aussi, plus une personne a conscience de soi, plus elle concrétise ses chances de vivre pleinement son expérience en accord avec ses ressentis. Sa représentation d'elle-même est alors respectée et favorise l'estime de soi (11). Pour autant, acquérir une compréhension et une conscience de soi, implique souvent un face-à-face avec soi-même pouvant être redouté. L'être humain a souvent tendance à vouloir éviter cet affrontement personnel. La pulsion de vie représente à ce stade, l'énergie d'une personne qui le poussera à évoluer, à s'accomplir en défiant la peur qui peut l'empêcher d'affronter la réalité. Car pour atteindre une stabilité, il est nécessaire que la personne abandonne ses faux repères. Ces repères qui lui ont peut-être été imposés, ou qu'elle a pris à autrui, doivent être remplacés car n'étant pas adaptés à sa personnalité. Concrètement, Carl R. Rogers explique que la conscience de soi permet à la personne de

gagner en lucidité et en discernement. Cette prise de conscience peut engendrer une réorganisation psychique pouvant être complexe. Mais cette nouvelle organisation demeure en adéquation avec la personne, à tel point qu'un retour en arrière lui serait inenvisageable (11).

➤ *Le respect du client*

A son origine, le terme « respect » signifie le fait d'avoir de l'égard et de la considération pour une personne. Geneviève Odier (11) nous explique que ce terme a été déprécié avec le temps. Celui-ci projette aujourd'hui une idée de hiérarchie ou de position sociale/professionnelle. Or, le respect consiste à considérer une personne dans sa particularité. Le terme « respect » met en avant une égalité sur le plan humain, une égalité entre la personne et le thérapeute. Il implique la préservation de la dignité humaine de la personne que nous respectons, ceci avec humilité. L'attitude respectueuse est une valeur intrinsèque de l'ACP. Maintenue tout au long d'une thérapie, elle ouvre une dimension éthique au client. Ce dernier, éprouvant ce sentiment de respect, pourra acquérir davantage de confiance en soi et d'assurance dans ses actes. Cette notion de respect est alors logiquement liée à tous les principes de l'ACP. Notamment l'authenticité et l'empathie du thérapeute qui sont indispensables.

*Synthèse du concept de l'Approche Centrée sur la Personne :*

Les recherches ont permis de mieux comprendre le concept d'ACP. Au-delà d'une technique thérapeutique, cette philosophie nous laisse entendre l'importance de l'égalité entre le client et le thérapeute. Nous comprenons que personne n'est mieux placé que le client, pour comprendre ce qui est en accord avec ses valeurs personnelles. L'espace de liberté laissé au client au sein de la relation thérapeutique apparaît donc comme un élément primordial. Cette liberté appelle pour autant à une présence et une attention sans faille de la part du thérapeute. La confiance, le respect et l'authenticité représentent des valeurs indispensables à l'ACP. Lorsqu'elles sont alliées à une considération du client dans sa globalité, elles constituent un élément facilitateur de la prise de conscience de ce dernier lors de son processus thérapeutique. Aussi, le fait de ne pas appliquer de contraintes extérieures au client, peut lui permettre d'adapter ses exigences à celle de son environnement. De ce fait, le client pourra plus facilement retrouver confiance en lui, en se considérant comme un individu fiable et digne de confiance. Cette conscience de soi est indispensable lorsque la personne souhaite exploiter ses capacités et se diriger vers un retour

à l'autonomie.

Quelques questions ont émergé à la suite du développement théorique de l'ACP :

En quoi la relation thérapeutique peut-elle impacter la prise de conscience du client lors de sa prise en soin ? Le manque de communication entre le thérapeute et le client représente-t-il un frein à la conscience de soi de ce dernier ? Aussi, comment permettre au client de considérer la notion « d'être » ? Dans le même sens, comment l'ACP peut-elle être adaptée lorsque la notion d'organismique est difficile à percevoir par le client ? Enfin, comment l'authenticité et l'empathie du thérapeute peuvent impacter la façon dont le client exploite ses capacités ?

D'après ces recherches, nous comprenons qu'il est nécessaire de considérer le client dans sa globalité afin de favoriser sa prise de conscience lors de son processus d'intervention. Cette prise de conscience évoquée pour permet de faire un lien avec le deuxième concept : l'engagement.

En effet, le lien instauré lors d'une relation thérapeutique impacte-t-il l'engagement du client ? Il est dit que la confiance accordée par le thérapeute au client, peut favoriser la prise de conscience de ce dernier, quant à ses capacités à surmonter ses obstacles. Nous pouvons alors nous demander si le fait d'accorder un espace de liberté au client pourrait être en lien avec son engagement dans sa prise en soin.

### **1.7.2 L'engagement**

Le deuxième concept choisi est celui de l'engagement. Il nous permettra d'éclairer l'un des facteurs de participation du client lors de sa prise en soin.

A partir des champs disciplinaires de la sociologie et de la psychologie sociale, l'engagement est développé par : Becker H., Higelé J-P, Jacquot L. et Noyé D., Arendt H., Giraud C., Leblanc F., Brault-Labbé A., Dubé L., Deci E. et Ryan R.

➤ Définir l'engagement

Selon le sociologue Howard Becker, cité par Jean-Pascal Higelé et Lionel Jacquot, l'engagement se définit « comme une forme de participation durable à une action collective visant la défense ou la promotion d'une cause » (38). L'engagement est ici associé à une cause. Il est défini comme un outil permettant de défendre ou de combattre une pratique ou

une représentation jugée légitime. Nous nous engageons alors pour ou contre une cause (38). Hannah Arendt, citée par Claude Giraud (39), définit l'engagement comme « un signe de notre autonomie et de notre responsabilité, notre égalité et notre altérité dans la différence de ce que nous faisons pour être au monde » (39). Pour Leblanc F., l'engagement se résume à « être impliqué dans une activité de circonstance ce qui signifie y maintenir une certaine attention intellectuelle et affective, une mobilisation de ses ressources psychologiques » (40). Brault-Labbé A. et Dubé L. (41), définissent l'engagement comme un processus psychique, produit d'une interaction de trois forces, permettant à la personne engagée de maintenir une ligne d'action vers un objet social. Pour elles, ces trois forces sont :

- La force motivationnelle : associée à l'intérêt que la personne accorde à l'objet de son engagement.
- La force comportementale : associée à la persévérance d'une personne qui, face à des obstacles, poursuit ses actions.
- La force cognitive : associée au fait de concilier les difficultés et renoncements liés à l'engagement (41).

Selon Becker (42), l'engagement est lié à la notion de trajectoire d'activité. Il explique que deux personnes ayant un but identique peuvent avoir deux trajectoires différentes. Ils peuvent alors s'engager dans un but commun mais ne s'engagent pas forcément dans les mêmes activités pour y parvenir. La cohérence de comportement est le terme expliquant qu'un individu choisit la trajectoire qui lui correspond le mieux afin d'atteindre son but. Dans la même idée que « la force motivationnelle » définie plus haut, Becker parle de l'intérêt de l'action. Il explique d'une personne peut être plus ou moins engagée dans une activité, en fonction de l'impact que celle-ci peut avoir.

#### ➤ La théorie de l'autodétermination

Afin de comprendre ce que représente l'engagement, il est intéressant d'aborder la théorie de l'autodétermination, appartenant au champ de la psychologie sociale. Selon Deci et Ryan (43), nous retrouvons chez chaque personne une tendance naturelle à s'actualiser et à se développer. Ce développement est influencé par notre environnement ainsi que par des facteurs sociaux pouvant soutenir ou entraver cette tendance. Concrètement, le contexte dans lequel une personne se trouve, peut améliorer ou détériorer son développement personnel.

L'approche organismique est en lien avec l'engagement. En effet, les besoins de compétences, d'autonomie et d'appartenance sociale seraient à l'origine de l'engagement proactif d'une personne dans son environnement. La théorie de l'autodétermination théorise donc le lien entre l'environnement et la personne lorsque celle-ci vise à satisfaire ses besoins. Le fait d'agir en cohérence avec ses valeurs, permet à un individu de valoriser son autonomie. Le sentiment de compétence s'acquiert lorsque nous exerçons nos capacités. Tandis que l'appartenance sociale se rapporte à un sentiment de sécurité, résultant de connexions réciproques avec d'autres individus (43).

Deci et Ryan mettent en avant que l'engagement dépend de la motivation intrinsèque et de la motivation extrinsèque. La motivation intrinsèque est associée à l'autodétermination et amène à un engagement par intérêt et plaisir de la personne. La motivation extrinsèque, elle, est influée par des renforcements (récompenses ou punitions) n'étant pas associés à l'individu dans son action. L'amotivation évoque l'absence de motivation chez une personne qui agit donc de manière passive lors d'une activité (43).

La théorie des orientations de causalité, faisant partie de la théorie de l'autodétermination, met en lumière l'interaction entre l'environnement et la motivation d'une personne. Deci et Ryan (43) définissent trois formes d'orientation de causalité :

- L'orientation autonome : la personne régule ses comportements en fonction de ses intérêts et valeurs personnelles. La motivation intrinsèque et extrinsèque sont impliquées.
- L'orientation contrôlée : la personne régule ses comportements de façon « obligatoire », sous pressions internes ou externes à elle-même.
- L'orientation impersonnelle : la personne agit de façon passive, sans intention. C'est la tendance vers l'amotivation.

Le continuum d'autodétermination (Cf. Annexe 6 p.92) permet d'illustrer le lien entre une personne, son environnement et son engagement.

#### ➤ L'adhésion thérapeutique

En lien avec la notion précédente, l'adhésion thérapeutique correspond à la volonté et le consentement d'une personne à prendre en charge sa maladie. Ce terme permet de mettre en avant qu'une personne doit être actrice de son traitement. Elle doit adhérer à sa thérapie et non

pas se soumettre uniquement à sa prescription (44). L'adhésion thérapeutique correspond à la dimension active de l'observance. Elle fait appel à des processus intrinsèques comme les attitudes et la motivation d'une personne. Plus clairement « l'observance est la partie comportementale et l'adhésion la partie intériorisée, intrinsèque qui relève des attitudes et des motivations des individus à se soigner » (44). L'adhésion thérapeutique est alors soumise à différents facteurs qui justifient qu'elle est fluctuante.

➤ Les facteurs pouvant influer l'engagement

Nous comprenons que la motivation d'un individu est directement liée à son engagement.

Dans un premier temps, les expériences de Deci et Ryan (43) ont démontré que certains facteurs extrinsèques comme « l'argent ou un trophée » tendent à diminuer la motivation intrinsèque d'un individu. Au contraire, les commentaires positifs en lien avec la compétence de cet individu dans son activité, tendent à augmenter sa motivation intrinsèque. La théorie de l'autodétermination explique alors que les besoins psychologiques (autonomie, compétence, appartenance sociale) sont liés à la motivation intrinsèque. Cela explique donc pourquoi deux récompenses peuvent avoir un effet opposé sur la motivation et l'engagement d'un individu.

Dans un second temps, il est montré que le renforcement négatif tend à diminuer la motivation intrinsèque. Des facteurs comme : une menace de punition, un but imposé ou une surveillance sont ressentis comme étant contrôlants. Ces facteurs diminuent le sentiment d'autonomie d'une personne. Sa motivation intrinsèque envers une activité en est donc réduite. Enfin, malgré le peu d'études à ce sujet, il a été démontré que la liberté laissée à une personne lors d'une activité, vise à augmenter sa motivation intrinsèque. Cet espace de liberté favorise alors l'engagement d'un individu (43).

Plusieurs auteurs estiment que l'intérêt qu'une personne accorde à une activité, représente un facteur important de son engagement dans celle-ci. Nous avons aussi pu comprendre que certains facteurs extrinsèques influent la motivation d'une personne (43). Nous pouvons alors nous questionner sur l'impact de l'environnement d'un individu, sur son engagement dans ses occupations. Aussi, lors d'un séjour de soins en centre SMR, la principale occupation d'un client est de se soigner. Il est alors pertinent d'aborder le concept d'engagement occupationnel.

➤ L'engagement occupationnel

A partir du champ disciplinaire des sciences de l'occupation, l'engagement occupationnel est développé par : Meyer S., Morris K. et Cox D.

Sylvie Meyer définit l'engagement occupationnel comme « Le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation » (45). L'engagement représenterait une attitude par laquelle une personne prendrait conscience de son appartenance à la société. Cette prise de conscience permettrait de renoncer à une position de spectateur en s'investissant pour une cause. L'engagement reflète ainsi un aspect psychologique. La personne engagée serait personnellement liée à une autre, par ce qu'elle a promis d'effectuer.

Depuis plusieurs années, l'engagement occupationnel est un concept qui apparaît dans le cadre d'intervention de l'ergothérapeute. L'une des finalités de l'ergothérapie est de permettre la participation sociale par l'engagement. Selon l'association américaine des ergothérapeutes, citée par Sylvie Meyer, le fait de s'engager dans des occupations engendre et maintient la participation. L'engagement ne correspond pas seulement à un ensemble de performances physiques mais aussi à une expérience émotionnelle. Cet aspect psychologique est défini par Mattingly et Fleming, comme un éprouvé positif qui lie une personne à ses actions. « Ainsi, l'individu engagé ressent du plaisir, de la compétence, de la motivation, de l'autonomie, de la liberté ; il a l'impression que ce qu'il fait est structuré et a du sens » (45). Pour Wilcock, cité par Sylvie Meyer, l'engagement occupationnel est un investissement permettant « d'être, de devenir et d'appartenir » (45). L'engagement est différencié de la qualité de la performance. Une faible performance dans une occupation n'empêche donc pas d'être fortement engagée dans celle-ci. Morris K. et Cox D. (46) mettent en avant la notion de rétroaction externe. Cela définit l'influence que l'environnement social, culturel ou physique peut avoir sur l'engagement occupationnel d'une personne. Cette influence de l'environnement peut être positive et négative, ce qui explique la fluctuation de l'engagement occupationnel.

Dans leurs propositions d'intervention, les ergothérapeutes vont donc viser l'engagement occupationnel de leurs usagers dans des activités qui auront du sens pour ces derniers, et dans lesquelles ils voudront s'investir personnellement. Cet investissement lié à l'engagement vise à prolonger la réalisation de l'activité par la personne et à lui permettre de l'effectuer avec plaisir. L'engagement s'apparente alors à l'une des conditions des thérapies centrées sur la

personne (45). Hugues, cité par Sylvie Meyer (45), ajoute que l'engagement relationnel entre l'usager et le thérapeute représente un élément essentiel à la thérapie. Il souligne que l'engagement ne réside pas uniquement au sein d'une activité. L'engagement se fait ressentir dans la relation envers des tiers auxquelles la personne voulant s'engager se sent affectivement liée.

Synthèse du concept d'engagement :

Le développement de ce concept nous laisse comprendre que l'engagement est une forme de participation active à une action. L'engagement représente le fait d'être impliqué dans une activité et d'y maintenir une attention intellectuelle ainsi que des ressources psychologiques. De ce fait, l'engagement est aussi représenté comme une prise de conscience permettant de renoncer à une position de spectateur afin de s'investir en tant qu'acteur dans une activité. Il est défini comme un processus psychique, résultant de l'interaction de trois forces : motivationnelle, comportementale et cognitive. De plus, nous comprenons que l'engagement d'un individu est influé par ses besoins psychologiques ainsi que son environnement. Aussi, la motivation intrinsèque et la motivation extrinsèque impactent directement l'engagement d'une personne dans une activité. Elles impactent aussi l'adhésion thérapeutique d'un client, qui correspond à la volonté et le consentement de ce dernier à prendre en charge sa maladie. Enfin, nous retrouvons fréquemment le terme d'engagement occupationnel dans le cadre d'intervention de l'ergothérapeute. Il est décrit comme un investissement dans des occupations, permettant d'entrer en interaction avec son environnement. L'engagement occupationnel permet alors « d'être, de devenir, et d'appartenir ». L'engagement occupationnel d'un individu appartenant à une société, sera alors influencé par son environnement social, culturel et physique.

Le développement de ce concept laisse émerger les questions suivantes :

La présence de troubles cognitifs chez un client AVC influe-t-elle son engagement ? De plus, existe-t-il des outils permettant de mesurer l'engagement d'une personne ? Aussi, par quels moyens techniques pouvons-nous favoriser l'engagement d'une personne lors de sa prise en soin ? Est-ce que le fait d'ajouter de l'intérêt à l'occupation du client favorise son engagement de façon pérenne ? Enfin, comment agir de sorte que l'environnement du client ait un impact positif sur son engagement ?

➤ Problématisation théorique

Nous pouvons établir des liens entre les différents concepts développés. En effet, l'engagement occupationnel est décrit comme une attitude par laquelle une personne prendrait conscience de son appartenance à la société. Cette prise de conscience est-elle en lien avec la notion « d'être » définie dans l'ACP ? Puis, est-ce la prise de conscience du client qui influe sur son engagement ? Ou bien est-ce l'engagement de ce dernier qui influe sur sa prise de conscience ? Ensuite, il est dit que le « respect du client » évoqué dans le concept d'ACP, met en avant l'égalité entre le client et le thérapeute. Quel serait l'impact d'une posture paternaliste adoptée par le thérapeute sur l'engagement occupationnel du client ? De plus, il est dit que la notion d'organismique développée dans le concept de l'ACP est en lien avec l'engagement proactif d'une personne dans son environnement. Comment appliquer cette notion lors d'une ACP, afin d'influer sur l'engagement d'un client ? Dans le même sens, le fait qu'un client agisse en cohérence avec ses valeurs impacte-t-il son engagement occupationnel ? Aussi, l'adhésion thérapeutique met en avant le consentement d'une personne à prendre en charge sa maladie. Cette notion pourrait-elle être liée à la conscience de soi évoquée dans l'ACP ? Encore, il est dit que l'engagement occupationnel d'une personne est positivement ou négativement influencé par son environnement culturel, social et physique. En lien avec cela, l'ACP considère l'être et l'apparence (l'intérieur et l'extérieur) d'une personne comme une seule expression acceptée dans sa globalité, non divisée. Cette conception holistique de la personne exige alors de considérer l'environnement culturel d'un client. Quel pourrait être le lien entre l'ACP et l'influence de l'environnement du client sur son engagement occupationnel ? Enfin, l'équipe soignante en SMR représente l'environnement social d'un client. De ce fait, quel peut être l'impact de l'ACP sur l'engagement occupationnel du client ?

➤ Mise en lien des données théoriques et pratiques

Cette problématisation théorique apporte un nouveau regard sur la problématisation pratique ayant émergé à la suite de l'enquête exploratoire. Reprenons les résultats concernant la place de l'ACP dans la pratique de l'ergothérapeute en SMR. Nous pouvons alors nous demander si l'ACP appliquée par l'ergothérapeute en SMR peut impacter l'adhésion thérapeutique du client ? De plus, nous nous étions demandé en quoi les contraintes institutionnelles évoquées par les ergothérapeutes peuvent impacter leur pratique. Nous pouvons maintenant nous

demander si l'adhésion thérapeutique du client permet d'atténuer les contraintes institutionnelles ? En lien avec ces contraintes : le fait de séances courtes et de manque de matériel évoqué lors de l'enquête exploratoire empêche-t-il vraiment l'ergothérapeute de permettre aux clients de s'engager dans leur rééducation ? Aussi, la moitié des ergothérapeutes interrogés lors de l'enquête exploratoire ont souligné que les troubles cognitifs liés à un AVC représentent un frein à l'application de l'ACP. Nous pouvons alors nous questionner sur l'impact de ces troubles cognitifs sur l'engagement occupationnel des clients. Enfin, l'ACP met en avant que le client doit ressentir une liberté pour comprendre qu'il a les ressources nécessaires au développement de son être. Pour autant, les résultats de l'enquête exploratoire ont mis en lumière que la moitié des ergothérapeutes établissent les objectifs de rééducation du client, sans être en présence de ce dernier. Nous pouvons alors nous demander si l'implication du client lors de cette phase d'établissement des objectifs peut avoir un impact sur son engagement occupationnel. L'apport théorique de ces deux concepts, ainsi que le questionnement qui en découle, a permis d'élargir la question initiale de recherche. De ce fait, la question de recherche est maintenant plus précise :

---

**Quels sont les impacts d'une approche centrée sur la personne appliquée par l'ergothérapeute, sur l'engagement occupationnel d'un client ayant fait un AVC ?**

---

L'objet de recherche est donc :

---

**Etude de l'impact de l'approche centrée sur la personne appliquée par l'ergothérapeute, sur l'engagement occupationnel d'un client ayant fait un AVC**

---

## 2 Matériel et méthode

Une fois l'objet de recherche défini, une méthode de recherche adaptée est choisie.

### 2.1 Choix de la méthode de recherche

L'objet de recherche interroge le rapport entre un phénomène, l'approche centrée sur la personne, et une caractéristique individuelle, l'engagement occupationnel. Cette recherche s'intéresse alors à l'influence d'une variable sur une autre, et veut vérifier s'il y a un lien de corrélation entre elles. La méthode la plus appropriée à cet objet de recherche est donc la méthode différentielle. Celle-ci tend à être corrélative et descriptive. En effet, cette méthode a pour but de démontrer s'il existe ou non, des corrélations entre deux aspects, nommés variables, d'un même objet de recherche. De plus, la méthode différentielle tend à découvrir des similitudes ou des variations de comportement, plutôt qu'un lien de causalité. Ces variables correspondent à des facteurs individuels qui permettent d'expliquer, à partir d'une hypothèse de départ, des variations comportementales chez les sujets étudiés. Le chercheur peut aussi confronter deux hypothèses contradictoires, afin de comprendre les pratiques des sujets enquêtés, qui peuvent être en corrélation ou en opposition (32).

Afin de répondre à notre question de recherche, il sera intéressant d'identifier un éventuel lien de corrélation entre l'approche centrée sur la personne appliquée par l'ergothérapeute, et l'engagement occupationnel des clients. Il sera nécessaire d'observer les variables stables entre les personnes enquêtées afin de comprendre le phénomène étudié, ou au contraire comprendre ce qui les différencie dans leur pratique.

L'objet d'étude a été confronté à d'autres méthodes de recherche. La méthode clinique permet à travers l'écoute, le recueil ainsi que l'interprétation d'informations données par une personne. Cette méthode étudie la singularité d'un sujet. Elle s'intéresse au récit de vie d'une personne ainsi qu'à son histoire personnelle et ses ressentis en rapport à l'objet de recherche. Elle vise à recueillir l'expérience d'un individu, en s'appuyant sur l'analyse du contenu (32). Or, nous cherchons à identifier un éventuel impact de l'approche centrée sur la personne appliquée par l'ergothérapeute sur l'engagement occupationnel du client. De ce fait, le récit d'un ergothérapeute sur sa pratique semble moins pertinent qu'une analyse de sa pratique, basée sur des données concrètes.

La méthode expérimentale, elle, cherche un lien de causalité. C'est une méthode démonstrative nécessitant d'être uniforme et standardisée. L'outil de recherche sur lequel est

basée cette méthode est l'observation. Elle nécessite donc la présence du chercheur sur le lieu d'exercice de la personne enquêtée. De ce fait, l'anticipation des biais, ainsi que la détermination des caractéristiques de l'échantillon de la recherche, doivent être fondés de façon rigoureuse. De plus, la méthode expérimentale nécessite de comparer des résultats de deux groupes (groupe témoin vs groupe test) ayant vécu un évènement ou non. Dans le cadre de notre initiation à la démarche de recherche, de nombreux facteurs font qu'il serait prétentieux de vouloir définir un lien de causalité entre plusieurs variables. La construction d'un outil de recueil de données d'un niveau scientifique élevé nécessite des connaissances avancées en recherche. De plus, en méthode expérimentale, l'échantillon doit être conséquent afin que la part de risque due au hasard soit réduite. Le temps nécessaire à l'application de cette méthode est donc incompatible au temps accordé dans le cadre de notre formation (32).

La méthode différentielle est retenue pour cette recherche. Elle se déroule en plusieurs étapes. Tout d'abord, il nous sera nécessaire d'énoncer une hypothèse théorique avant d'en définir des variables différentielles. Puis un dispositif de recherche sera construit. Une fois la recherche effectuée, une analyse descriptive des données sera effectuée avant de réaliser des tests statistiques. Ensuite, il nous faudra analyser des liens de corrélation entre les variables, puis éventuellement proposer de nouvelles variables différentes. La corrélation représente le degré de liaison entre deux variables. Enfin, il nous faudra interpréter les résultats de la recherche et les problématiser (32)(47).

## 2.2 Hypothèses de recherche

Les données issues de la littérature et de la pratique ont permis de guider cette recherche et de faire émerger une hypothèse générale ou hypothèse théorique. Celle-ci découle de la question de recherche. Elle est réfutable et se doit de confronter deux hypothèses contradictoires. Parmi ces deux hypothèses contradictoires : la première est dite « nulle » alors que la seconde est dite « opérationnelle ». Nous obtenons donc :

- Hypothèse générale (Hg) : l'approche centrée sur la personne appliquée par l'ergothérapeute a un impact sur l'engagement occupationnel d'un client ayant fait un AVC.
- Hypothèse nulle (H0) : l'approche centrée sur la personne appliquée par l'ergothérapeute n'a pas d'impact sur l'engagement occupationnel d'un client ayant fait un AVC.

- Hypothèse opérationnelle (H1) : l'approche centrée sur la personne appliquée par l'ergothérapeute améliore l'engagement occupationnel d'un client ayant fait un AVC.

Lors de l'analyse des statistiques, des hypothèses secondaires pourront être formulées et ainsi attester d'une certaine rigueur scientifique (32).

### **2.3 Identification des variables**

Comme expliqué précédemment, la méthode différentielle vise à étudier le lien de corrélation ou d'opposition entre plusieurs variables. Il est nécessaire de définir des variables sur lesquelles notre dispositif de recherche sera basé. Celles-ci découlent de la matrice théorique (Cf. Annexe 7 p.93) construite à la suite de l'étayage conceptuel. Parmi les deux variables de notre étude, l'une est dite dépendante tandis que l'autre est dite indépendante. La variable dépendante (Vd) représente le phénomène que le chercheur tente d'expliquer. La variable indépendante (Vii) agit sur un comportement, et a donc un impact sur la variable dépendante. Dans le cadre de notre enquête :

- L'approche centrée sur la personne est la variable indépendante, puisqu'elle agit sur un comportement. Cette variable indépendante est définie comme étant une variable invoquée, car elle est naturellement produite, et non provoquée par le chercheur.
- L'engagement occupationnel est la variable dépendante, puisqu'elle représente le phénomène que le chercheur tente d'expliquer.

La matrice théorique (Cf. Annexe 7 p.93) nous permet d'attribuer des critères à chacune des variables. Ainsi, les critères attribués à l'approche centrée sur la personne sont : la relation thérapeutique (Rt), la conception de la personne (Cdlp), la conscience de soi (Cds) et le respect du client (Rdc). Les critères attribués à l'engagement occupationnel sont : la signification (Eo1), la participation sociale (Eo2), l'aspect psychologique (Eo3).

Mis à part les variables dépendantes et indépendantes, la méthode différentielle reconnaît des variables intra-individuelles, inter-individuelles et inter-groupes. La variabilité intra-individuelle correspond aux variations observées d'un paramètre donné chez une même personne. La variabilité inter-individuelle correspond aux variations observées lors de la comparaison de plusieurs personnes. Puis la variabilité inter-groupe correspond aux variations d'un groupe de personnes à un autre (47).

De ce fait, la variable indépendante « l'approche centrée sur la personne » est une variable intra-individuelle car l'approche d'un même ergothérapeute est susceptible de varier selon les situations qu'il rencontre. La variable dépendante « engagement occupationnel » est aussi une variable intra-individuelle puisqu'elle représente un paramètre pouvant varier chez un même client lors de sa prise en soin.

## **2.4 Population ciblée**

Critères d'inclusion : Les participants à cette étude doivent être des ergothérapeutes diplômés d'Etat, exerçant en SMR ou CRF depuis au moins trois ans. Aussi, ces ergothérapeutes doivent intervenir auprès de personnes ayant fait un AVC. Les résultats de l'enquête exploratoire ainsi que ceux de la revue de littérature ont mis en avant que lors de leurs premières années d'exercice professionnel, il était difficile pour certains ergothérapeutes d'appliquer une approche centrée. Le fait de choisir des ergothérapeutes exerçant depuis au moins trois ans en SMR ou CRF auprès de personnes ayant fait un AVC, permet de recueillir le récit de professionnels ayant davantage de recul sur leur pratique.

Critères d'exclusion : Les personnes n'étant pas ergothérapeutes diplômés d'Etat ne participeront pas à cette enquête. Aussi, les ergothérapeutes n'exerçant pas dans un centre SMR ou CRF depuis au moins trois ans ne pourront pas y participer. Enfin, les ergothérapeutes n'intervenant pas auprès de personnes ayant fait un AVC seront exclus de l'enquête.

## **2.5 Site d'exploration**

Les sites d'exploration permettant de rencontrer les ergothérapeutes répondant aux critères d'inclusion sont : les centres SMR ou CRF pouvant accueillir des personnes ayant fait un AVC.

Des mails seront envoyés à une liste d'ergothérapeutes travaillant dans ces structures. De plus, l'utilisation des réseaux sociaux permettra d'entrer en contact avec plusieurs ergothérapeutes. Ceci permettra de cibler un public à l'échelle nationale. L'échantillonnage de notre recherche repose sur un choix réfléchi et s'appuie donc sur une méthode non-probabiliste dite de convenance ou de commodité. En effet, dans le cadre de cette méthode, les individus sont sélectionnés car ils sont faciles d'accès. Aussi, seuls les individus volontaires répondront à cette recherche. L'échantillon n'est pas sélectionné de façon aléatoire, et n'est donc pas

représentatif de sa population mère. Les résultats de cette recherche ne seront alors pas généralisables (48).

## **2.6 Choix de l'outil théorisé de recueil de données**

En rapport à notre objet de recherche et à notre méthode de recherche, l'observation aurait été l'outil de recueil de données le plus adapté. L'observation aurait éventuellement permis au chercheur de voir l'impact concret de l'approche centrée sur la personne sur l'engagement occupationnel du client, sans passer par la perception de l'ergothérapeute. Les données recueillies grâce à cet outil auraient donc été pertinentes, bien que pouvant être biaisées. En effet, la présence du chercheur peut influencer la pratique des personnes enquêtées, qui agiraient de sorte à montrer une facette positive de leur pratique. Aussi, l'observation du chercheur peut être biaisée par son rapport implication/distanciation. Enfin, le court délai nous étant accordé pour cette initiation à la démarche de recherche est incompatible à l'utilisation de cet outil de recueil de données (32).

L'entretien comme outil de recueil de données, permet à travers l'écoute, de recueillir ainsi que d'interpréter des informations données par une personne. L'entretien semi-directif et l'entretien non-directif permettent de s'intéresser au récit de vie d'une personne ainsi qu'à son histoire personnelle et ses ressentis en rapport à un objet de recherche. Pour autant, cet outil de recueil de données vise à obtenir des données qualitatives et ne convient donc pas à notre recherche (32).

L'outil de recueil de données retenu pour cette recherche est donc le questionnaire. Celui-ci correspond à la phase quantitative d'une recherche. Le questionnaire a pour intérêt de consulter un grand nombre de sujets et permet de traiter des statistiques. De plus, l'un des objectifs du questionnaire est de vérifier une ou plusieurs hypothèses. Cet outil de recueil de données peut alors nous permettre de vérifier s'il existe un lien de corrélation entre nos variables. Il est donc en accord avec le principe de la méthode différentielle choisie (32).

Le questionnaire a pour avantage d'être diffusable auprès d'un grand nombre de sujets. Il permet ainsi le recueil d'un nombre élevé de réponses. Aussi, il préserve l'anonymat des sujets, ce qui favorise leur participation. En comparaison à d'autres outils de recueil de données, le questionnaire peut être diffusé à l'échelle nationale. Enfin, le questionnaire permet aux sujets de réfléchir à leurs réponses en prenant du recul sur leur pratique (32).

Cela dit, cet outil présente aussi des inconvénients. Parmi ceux-là, le manque de spontanéité des réponses. Aussi, l'objectivité des réponses ne peut pas être vérifiée par le chercheur, ce qui représente un inconvénient. Le questionnaire présente donc des biais, affectant les personnes enquêtées, mais aussi le chercheur. Ces biais seront présentés par la suite, ainsi que la façon de pouvoir les atténuer (32).

Les objectifs du questionnaire sont les suivants :

- Estimer la tendance majoritaire de l'ACP des ergothérapeutes interrogés
- Estimer la tendance majoritaire de l'engagement occupationnel des clients ayant fait un AVC lors de leur prise en soin avec les ergothérapeutes interrogés
- Etudier les effets de l'ACP appliquée par les ergothérapeutes interrogés sur l'engagement occupationnel des clients ayant fait un AVC

#### **2.6.1 Construction de l'outil théorisé de recueil de données**

Cette recherche a pour objectif général d'infirmer ou de confirmer les hypothèses de recherche.

Pour rappel, notre hypothèse générale (Hg) est la suivante : « l'approche centrée sur la personne appliquée par l'ergothérapeute a un impact sur l'engagement occupationnel d'un client ayant fait un AVC ».

Pour pouvoir estimer les tendances centrales de la pratique de l'ergothérapeute en SMR, nous allons nous baser sur les indicateurs liés à nos variables afin de rédiger le questionnaire destiné aux participants de cette recherche. Ces indicateurs, ainsi que nos deux variables, ont été définis à l'aide de la matrice théorique présentée en annexe (Cf. Annexe 7 p.93).

L'outil théorisé de recueil de données utilisé pour cette recherche est un questionnaire en ligne : Google-Form® présenté en annexe (Cf. Annexe 8 p.95).

Afin d'assurer la pertinence du questionnaire, une matrice de questionnement est réalisée (Cf. Annexe 9 p.100). La première partie du questionnaire vise à s'assurer que les participants à l'enquête répondent aux critères d'inclusion. La deuxième partie vise à repérer la tendance majoritaire de l'approche centrée sur la personne (Vii) appliquée par l'ergothérapeute en SMR. Quant à la troisième partie du questionnaire, elle vise à repérer la tendance majoritaire de l'engagement occupationnel des clients ayant fait un AVC.

Les questions que composent ce questionnaire permettront d'établir des corrélations. Parmi les types de questions, nous pouvons retrouver :

Des questions fermées à réponse unique, les suggestions de réponse seront définies comme binaires ou dichotomiques, « Exemple : Oui/Non » (49).

Des échelles à intervalles de type échelle de Likert, proposant différentes modalités de réponses (49).

Des échelles numériques dont les valeurs minimales et maximales sont des seuils extrêmes (49).

Une seule question ouverte en fin de questionnaire-test. Celle-ci laissera la possibilité à la cohorte test d'exprimer une remarque, une réflexion concernant le questionnaire ou la recherche en elle-même. Cette question ne figurera pas dans le questionnaire final.

### **2.6.2 Anticipation des biais de l'outil théorisé de recueil de données**

Lors d'une étude, un biais est considéré comme un facteur pouvant impacter la validité des résultats recueillis. Il est alors essentiel de les identifier afin de les atténuer (35).

Parmi les biais auxquels l'enquêteur peut être confronté, nous retrouvons :

Un biais de sélection : Il est important de s'assurer que les personnes enquêtées répondent aux critères d'inclusion et d'exclusion. Une question en début de questionnaire permettra d'écartier les ergothérapeutes ne répondant pas à ces critères.

Des biais méthodologiques : Afin de les atténuer, les questions doivent être correctement formulées. Aussi, il est nécessaire que les termes employés soient bien compris par la personne enquêtée. Le test de faisabilité du dispositif de recherche permettra de s'en assurer (35).

Un biais de confirmation : L'enquêteur peut avoir tendance à vouloir confirmer ses idées préconçues et à moins considérer les points de vue en défaveurs de ses conceptions. De ce fait, il est important que les questions formulées soient neutres, ne contenant pas d'éléments de réponses pouvant influencer la personne enquêtée (35).

Parmi les biais auxquels la personne enquêtée peut être confrontée, nous retrouvons :

Un biais de désirabilité sociale : La personne enquêtée veut se montrer exemplaire, ses réponses sont idéalisées et ne correspondent pas à la réalité de sa pratique professionnelle. Afin d'atténuer ce biais, il sera rappelé au début du questionnaire que l'anonymat de la personne enquêtée est respecté et qu'il ne s'expose à aucun jugement de valeur (35).

Un biais affectif : Les réponses de la personne enquêtée peuvent être influencées par son état moral ou physique du moment. Les questions doivent interroger la pratique, et non la personne enquêtée, afin que cette dernière soit objective dans ses réponses. Les questions seront fermées et ne permettront pas à la personne enquêtée de se confier personnellement (35).

Un biais de soumission au groupe : Les réponses de la personne enquêtée peuvent être influencées par son entourage. Il sera alors rappelé au début du questionnaire qu'il est important que la personne enquêtée soit seule afin de répondre aux questions. Aussi, il sera rappelé qu'aucune réponse précise n'est attendue.

### 2.6.3 Test de faisabilité et validité du dispositif de recherche

Ce dispositif de recherche « implique des personnes mais n'est pas réalisé sur des personnes » (33). En effet, cette recherche évalue des modalités d'exercices des professionnels de santé, des pratiques d'enseignement ou encore le fonctionnement de services existants. Elle ne modifie pas la prise en soin des patients et n'a pas pour but d'obtenir des données biologiques ou médicales. La population ciblée pour participer à cette recherche en est informée de ses objectifs. Leur consentement est demandé en début de questionnaire. De plus, il leur est précisé qu'ils sont libres de retirer leur consentement à tout moment. La loi Jardé est donc respectée (33).

Le questionnaire-test a été envoyé à des ergothérapeutes répondants aux critères d'inclusion de la recherche. Parmi eux, six professionnels de terrain ont répondu à toutes les questions. La question n°25 du questionnaire (« Avez-vous d'autres remarques ? ») est une question ouverte permettant aux participants test de donner leur avis sur le questionnaire ou d'aborder un sujet ne paraissant pas dans celui-ci. Leurs réponses ont permis la reformulation de certaines questions afin qu'elles soient plus précises. Elles ont également permis de modifier des modalités de réponse. Aussi, deux questions se ressemblaient, bien que leur cible soit différente. Il a donc été nécessaire de modifier l'une d'elles. Enfin, une remarque d'un des participants test a sous-entendu qu'une question induisait un biais de désirabilité sociale. Pour

autant, le chercheur n'a pas trouvé comment atténuer ce biais d'une meilleure manière. Les résultats à cette question dépendront donc de l'objectivité des ergothérapeutes enquêtés. Les six résultats au questionnaire-test, ayant permis d'aboutir à un questionnaire final, ne seront pas pris en compte dans les résultats de la recherche.

## **2.7 Déroulement de la recherche**

Une fois le dispositif de recherche testé et validé, le questionnaire final est envoyé à une liste d'ergothérapeutes exerçant en SMR. Il est aussi déposé sur les réseaux sociaux. Les premières questions de ce questionnaire permettent d'écartier les ergothérapeutes qui ne répondent pas à tous les critères d'inclusion de cette recherche. Comme dit précédemment, l'échantillonnage de notre recherche repose sur un choix réfléchi et s'appuie donc sur une méthode non-probabiliste dite de convenance ou de commodité car les potentiels participants à cette recherche ont été sélectionné en raison de leur accessibilité et de leur proximité géographique avec le chercheur (48).

## **2.8 Choix des outils de traitement de données**

La méthodologie quantitative et d'analyse des données pour les sciences sociales (50) nous permet de comprendre les étapes d'analyse de données d'un questionnaire.

Tout d'abord, il est nécessaire de recourir aux statistiques descriptives afin d'effectuer une analyse quantitative des données. Ces statistiques descriptives permettent de simplifier et d'organiser des informations afin d'en faciliter l'interprétation. L'utilisation du logiciel Excel® permet de transformer des données descriptives en statistiques descriptives. Il permettra d'analyser les tendances générales des ergothérapeutes en ce qui concerne leur approche centrée sur la personne et l'engagement occupationnel des clients ayant fait un AVC. Le logiciel Excel® permettra d'organiser les données recueillies et de les présenter sous forme de graphiques ou de tableaux. Afin de procéder à l'analyse descriptive de la population étudiée, le chercheur ciblera des tendances centrales (49).

Dans un premier temps, les premières questions serviront à cibler la situation socio-professionnelle des participants à l'enquête. Dans un deuxième temps, les questions numérotées de 5 à 13 permettront de déterminer la tendance des ergothérapeutes à appliquer une approche centrée sur la personne ou non. Dans un dernier temps, les questions numérotées de 14 à 24 permettront de déterminer la tendance des ergothérapeutes à permettre l'engagement occupationnel de leurs clients ou non.

Ensuite, le logiciel SPSS® permettra d'effectuer une analyse statistique grâce à l'utilisation de formules statistiques de corrélation. Deux techniques seront sélectionnées pour traiter nos hypothèses de recherches :

- Le coefficient de corrélation de Spearman, noté  $\rho$ , nous permettra d'identifier la présence ou non d'un lien de corrélation entre nos variables. Celles-ci sont définies comme ordinaires mais non linéaires, ce qui justifie la non-utilisation du coefficient de Pearson qui lui, permet de déterminer des corrélations entre des variables linéaires. Le logiciel SPSS® servira à mettre en rang les données recueillies à l'aide du questionnaire, puis à appliquer le coefficient de corrélation de Spearman. La valeur du coefficient de corrélation de Spearman varie de +1 à -1. Lorsque cette valeur est proche de +1, la corrélation est dite positive, les variables suivent les mêmes tendances. Lorsque cette valeur est proche de -1, la corrélation est dite négative, les variables suivent des tendances opposées. La valeur 0 indique une absence de corrélation entre les variables (49).
- Le test de Khi 2 sera également effectué sur le logiciel SPSS®. Il permettra de déterminer la valeur significative d'une corrélation entre deux variables, en considérant les marges d'erreur. Le test de Khi 2 est utile lorsque le coefficient de Spearman n'a pas conclu une corrélation totale ( $\rho = 1$  ou  $\rho = -1$ ) entre deux variables. Ce test permettra de rejeter l'hypothèse nulle. La valeur produite par le test Khi 2 est positive (supérieure ou égale à 0). Cette valeur est nommée  $\chi^2$ . Afin d'interpréter la valeur  $\chi^2$ , il est nécessaire de la comparer au tableau des valeurs critiques de Khi 2. Parmi les valeurs critiques, nous en choisissons une en fonction de la marge d'erreur qui est de 5% en sciences humaines (soit la colonne <5% ou 0,05) et du degré de liberté des variables. Si notre valeur  $\chi^2$  est inférieure à la valeur critique, la corrélation entre les variables est due au hasard. En revanche, si notre valeur  $\chi^2$  est supérieure à la valeur critique, la corrélation entre les variables est statistiquement significative à 95% (49).

Afin de montrer qu'une variable est à l'œuvre, il est nécessaire de croiser ses indicateurs. Dans le cadre de notre recherche, afin de définir la corrélation entre nos deux variables (Vii et Vd), il sera nécessaire de croiser les scores obtenus entre deux indicateurs appartenant chacun à une des deux variables. Plus clairement, il s'agira de croiser le score obtenu à une question concernant l'approche centrée sur la personne avec le score obtenu à une question concernant

l'engagement occupationnel. Afin d'estimer l'impact de l'ACP sur l'engagement occupationnel, il serait donc intéressant de croiser les indicateurs suivants :

- **Rt1, Rt2, Rt3** à croiser avec **Pp1**
- **Rdc2, Cds1, Cds2** à croiser avec **Pp2**
- **Cdlp2** à croiser avec **Tdla1, Eo1**
- **Cds2** à croiser avec **At2**
- **Rt1, Rt2, Rt3, Rdc1, Rdc2, Cds1, Cds2, Cdlp1, Cdlp2** à croiser avec **Eo3**

Il est pertinent de croiser tous les indicateurs de la variable **Vii** avec tous les indicateurs de la variable **Vd**.

Pour autant, les résultats des croisements présentés ci-dessus sont ceux qui interrogent particulièrement le chercheur.

### 3 Discussion

Bien que les résultats n'aient pas encore été analysés, le dispositif de recherche est critiquable et discutable.

Tout d'abord, l'échantillonnage de notre recherche repose sur une méthode non-probabiliste. L'échantillon n'est pas représentatif de la population générale et les résultats ne seront donc pas généralisables. De plus, la méthode d'échantillonnage utilisée est similaire à celle de l'enquête exploratoire. Le questionnaire est envoyé par mail à une courte liste de 125 ergothérapeutes, puis il a été diffusé sur les réseaux sociaux. Cependant, au regard du délai nous étant accordé pour effectuer cette recherche, le questionnaire sera clôturé moins de deux semaines après avoir été diffusé. Ces facteurs combinés font que le nombre de réponses risque d'être relativement faible par rapport à la population d'ergothérapeutes exerçant en SMR en France.

Ensuite, cette recherche est confrontée à plusieurs biais. Bien que des stratégies aient été mises en place pour les atténuer, ceux-là pourront impacter les résultats de cette recherche. En effet, la méthode de recherche et l'outil de recueil de données choisis, nécessitent l'utilisation de questions fermées afin d'analyser des résultats sous forme de statistiques. Un biais méthodologique réduira donc la qualité des réponses. Aussi, la variable « engagement » qui concerne le comportement du patient, sera étudiée au travers de la perception des ergothérapeutes. L'utilisation de la méthode expérimentale et de l'observation comme outil de

recueil de données permettrait d'atténuer ce biais de subjectivité. Enfin, la variable « approche centrée sur la personne » interroge la pratique des ergothérapeutes. Or, il sera impossible de cerner si les réponses sont à l'image de la pratique des professionnels de santé, ou bien si ces derniers veulent se montrer sous un facette positive. Un biais de désirabilité sociale risque alors de fausser les résultats de cette recherche.

L'analyse et l'interprétation des résultats permettront de finaliser cette critique du dispositif de recherche.

Lors de l'enquête exploratoire, plusieurs ergothérapeutes ont montré un intérêt pour ce sujet de recherche. Leurs réponses à certaines questions ouvertes ont permis de confirmer que le thème de ce mémoire est socialement vif.

#### ➤ Apports, intérêts et limites de la recherche pour la pratique professionnelle

Ce travail comprend plusieurs intérêts pour la pratique professionnelle. Tout d'abord, il a permis d'illustrer les modalités d'intervention de l'ergothérapeute en SMR. La revue de littérature a permis d'effectuer un état des lieux de l'ensemble des savoirs en lien avec notre thème. Ensuite, les résultats de l'enquête exploratoire ont permis de mettre en lumière les différences entre les éléments théoriques applicables par l'ergothérapeute et la réalité de la pratique professionnelle. Puis, au regard du cadre conceptuel, cette recherche vise à orienter les pratiques professionnelles vers un paradigme biopsychosocial plutôt que biomédical. De ce fait, elle invite le lectorat à prendre du recul sur la pratique de l'ergothérapeute en SMR.

Il est important de souligner que cette recherche comprend certaines limites. La présence de biais difficilement atténuables ainsi que le faible taux de réponses obtenues lors de l'enquête exploratoire appellent à nuancer les résultats. De plus, la durée de la recherche ne nous a pas permis d'appliquer une méthode de recherche plus pertinente au regard de notre thème.

#### ➤ Propositions et transférabilité pour la pratique professionnelle

Ce travail d'initiation à la démarche de recherche a permis au chercheur d'approfondir ses connaissances sur le rôle de l'ergothérapeute en SMR, notamment lors de l'accompagnement d'une personne ayant fait un AVC.

Ce travail a également permis au chercheur de mieux comprendre et appréhender les difficultés qu'il pourra rencontrer en tant que professionnel de santé. Notamment les freins liés à la maladie mais aussi les contraintes institutionnelles, qui ne sont pas négligeables.

Aussi, le développement des concepts a permis au chercheur d'approfondir ses connaissances sur l'approche centrée sur la personne et l'engagement occupationnel, qui sont des principes fondamentaux de l'ergothérapie. Ces recherches lui permettront de mieux appréhender ces concepts en tant que futur thérapeute. En effet, le chercheur a dorénavant les outils en main afin d'être le plus conscientieux possible lors de l'application de ces éléments théoriques en pratique. De plus, ces connaissances seront transférables à tout type d'établissement de santé où un ergothérapeute a la possibilité d'exercer. Elles apportent alors au chercheur des éléments lui permettant d'affirmer sa posture professionnelle. Celui-ci sera plus à même de justifier sa future pratique auprès d'une équipe de soin et ainsi, à faire valoir les principes de l'ergothérapie.

De plus, cette initiation à la démarche de recherche a permis au chercheur d'être plus rigoureux sur le plan méthodologique. Il lui a été nécessaire durant ce travail, de se référer à de nombreux écrits appartenant à la littérature scientifique (francophone et anglophone), et d'évaluer leur niveau de preuve scientifique. Le fait de s'intéresser à des données probantes en lien avec son thème de recherche, a permis au chercheur de savoir comment et où chercher des informations validées par un protocole scientifique. De plus, ce dernier a pu comprendre l'intérêt de confronter plusieurs articles scientifiques en croisant leurs résultats afin d'analyser si ceux-ci se complémentent, se corroborent ou se contredisent. Cette compétence sera alors indispensable au chercheur lorsqu'il sera dans l'optique de faire évoluer sa pratique professionnelle.

#### ➤ Perspectives de recherche et ouverture

Pour rappel, la question de recherche était : « Quels sont les impacts d'une approche centrée sur la personne appliquée par l'ergothérapeute, sur l'engagement occupationnel d'un client ayant fait un AVC ? ». Le protocole de recherche n'ayant pas été lancé, aucune réponse n'a été apportée à cette question. Pour autant, il est intéressant d'explorer d'autres perspectives.

Comme dit précédemment, le questionnaire est un outil de recueil de données qui permet de recueillir la perception de l'ergothérapeute. Le fait d'opter pour une méthode expérimentale utilisant l'observation comme outil de recueil de données, aurait éventuellement permis d'obtenir des résultats plus crédibles en termes de scientificité.

Notre recherche s'est intéressé à l'intervention des ergothérapeutes en SMR auprès de personnes ayant fait un AVC. Dans le cas où notre hypothèse H1 aurait été confirmée ou

infirmée, il aurait été intéressant d'évaluer l'impact de l'ACP appliquée par l'ergothérapeute sur l'engagement d'une population différente. Ceci aurait permis d'établir une hypothèse en lien avec le public pris en soin.

Il serait tout autant intéressant d'évaluer l'intervention d'ergothérapeutes exerçant dans des structures différentes que les SMR. Ceci aurait permis d'établir une nouvelle hypothèse en lien avec le lieu d'exercice de l'ergothérapeute, et l'impact de son intervention centrée sur l'engagement d'un client ayant fait un AVC.

Enfin, le chercheur a constaté qu'il existe des formations à l'approche centrée sur la personne. Celles-ci sont accessibles à un large public dont les ergothérapeutes. Il aurait été intéressant de pouvoir comparer les pratiques entre un ergothérapeute formé à l'ACP et un ergothérapeute n'ayant pas bénéficié de cette formation. Pour autant, il paraît difficile d'effectuer une telle recherche en SMR auprès de personnes ayant fait un AVC, bien qu'elle puisse interroger le chercheur.

Ce travail de recherche a permis au chercheur de confirmer ses choix d'orientation professionnelle. Il souhaite évoluer en tant qu'ergothérapeute exerçant en SMR, afin de pouvoir développer ses compétences acquises en tant que stagiaire, et en acquérir davantage.

## Bibliographie

1. Ministère de la santé et des sports : Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. JORF n°0156 du 8 juillet 2010. [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022447668/> Consulté le 19 juin 2021.
2. Meyer S. Quelques clés pour comprendre la science de l'occupation et son intérêt pour l'ergothérapie. RFRE. 2018 ; 4(2):13-28 [En ligne]. <https://www.rfre.org/index.php/RFRE/article/view/116> Consulté le 8 juin 2021.
3. ANFE : La profession d'ergothérapeute [En ligne]. <https://anfe.fr/la-profession/> Consulté le 8 juin 2021.
4. World Federation of Occupational Therapists : Client-centredness in Occupational Therapy [En ligne]. <https://wfot.org/assets/resources/Client-centredness-in-Occupational-Therapy.pdf> Consulté le 18 juin 2021.
5. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine : Définition de Médecine [En ligne]. <https://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=m%C3%A9decine> Consulté le 9 juin 2021.
6. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine : Définition de SSR [En ligne]. <https://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=Soins%20de%20suite%20et%20de%20r%C3%A9adaptation> Consulté le 8 juin 2021.
7. Manuels MSD pour le grand public : Les faits en bref. Accident vasculaire cérébral. [En ligne]. <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/les-faits-en-bref-troubles-du-cerveau,-de-la-moelle-%C3%A9pini%C3%A8re-et-des-nerfs/accident-vasculaire-c%C3%A9r%C3%A9bral-avc/accident-vasculaire-c%C3%A9r%C3%A9bral?query=AVC> Consulté le 18 juin 2021.
8. Sciences sociales : Définition simple et facile du dictionnaire [En ligne]. <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/sciences-sociales/> Consulté le 8 juin 2021.
9. Haute Autorité de Santé : Évaluation des technologies de santé à la HAS : place de la qualité de vie. [En ligne]. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2883073/fr/evaluation-des-technologies-de-sante-a-la-has-place-de-la-qualite-de-vie](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2883073/fr/evaluation-des-technologies-de-sante-a-la-has-place-de-la-qualite-de-vie) Consulté le 8 juin 2021

10. ACP-France : Qu'est-ce que l'Approche centrée sur la personne ? [En ligne]. <https://www.acpfrance.fr/quest-ce-que-lapproche-centree-sur-la-personne-acp/>. Consulté le 9 juin 2021.
11. Odier G. Carl Rogers : Être vraiment soi-même. Paris : Eyrolles ; 2012 : 203 p.
12. Global burden of neurological disorders estimates and projections [En ligne]. [https://www.who.int/mental\\_health/neurology/chapter\\_2\\_neuro\\_disorders\\_public\\_health\\_challenges.pdf](https://www.who.int/mental_health/neurology/chapter_2_neuro_disorders_public_health_challenges.pdf) Consulté le 9 juin 2021.
13. Haute Autorité de Santé : Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral (AVC). [En ligne]. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2676946/fr/prise-en-charge-initiale-de-l-accident-vasculaire-cerebral-avc](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2676946/fr/prise-en-charge-initiale-de-l-accident-vasculaire-cerebral-avc) Consulté le 9 juin 2021.
14. Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral Campagne 2017 – Données 2016 Haute Autorité de Santé [En ligne]. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-12/rapport\\_avc\\_2017.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-12/rapport_avc_2017.pdf) Consulté le 9 juin 2021.
15. Plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 [En ligne]. [https://www.cnsa.fr/documentation/plan\\_actions\\_avc\\_-\\_17avr2010.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/plan_actions_avc_-_17avr2010.pdf) Consulté le 19 juin 2021.
16. Ministère des Solidarités et de la Santé : Le dispositif réglementaire et juridique. 2021. [En ligne]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/cardiovasculaires/accident-vasculaire-cerebral-avc/article/le-dispositif-reglementaire-et-juridique> Consulté le 10 juin 2021.
17. Hommel M. : Rapport sur la recherche et la prospective dans les AVC. 2009 ; 22 [En ligne]. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/AVC - annexe\\_16.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/AVC - annexe_16.pdf) Consulté le 10 juin 2021.
18. Ministère des Solidarités et de la Santé. Soins de suite et de réadaptation - SSR. 2021. [En ligne]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/SSR> Consulté le 10 juin 2021.
19. Charfi N, Trabelsi S, Turki M, Mâalej Bouali M, Zouari L, Dammak M, et al. : Impact du handicap physique et des troubles émotionnels concomitants sur la qualité de vie en post-

- AVC. L'Encéphale. 2017; 43(5):429-34 [En ligne]. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0013700616301737> Consulté le 10 juin 2021.
20. Gagnon M, Farley-Chevrier F. Chapitre 3. La recherche en bibliothèque. : Guide de la recherche documentaire, Presses de l'Université de Montréal; 2018, p. 39-70. [En ligne]. <http://books.openedition.org/pum/14217> Consulté le 14 juin 2021.
21. Park J. : The influences of client-centered therapy on the level of performance, the level of satisfaction of activity of daily living, and the quality of life of the chronic stroke clients. J Phys Ther Sci. 2018; 30(2) :347-50. [En ligne]. [https://www.jstage.jst.go.jp/article/jpts/30/2/30\\_jpts-2017-469/\\_article](https://www.jstage.jst.go.jp/article/jpts/30/2/30_jpts-2017-469/_article) Consulté le 18 juin 2021.
22. Ranner M, Guidetti S, Von Koch L, Tham K : Experiences of participating in a client-centred ADL intervention after stroke. Disability and Rehabilitation. 2019 ; 41(25) : 3025-3033. [En ligne]. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1483434> Consulté le 18 juin 2021.
23. Hammell KRW. Client-centred occupational therapy in Canada : Refocusing on core values / Recentrer l'ergothérapie au Canada sur les valeurs fondamentales de la pratique centrée sur le client. Canadian Journal of Occupational Therapy. 2013; 80(3):141-9 [En ligne]. <https://doi.org/10.1177/0008417413497906> Consulté le 18 juin 2021.
24. Maitra KK, Erway F. : Perception of Client-Centered Practice in Occupational Therapists and Their Clients. Am J Occup Ther. 2006; 60(3):298-310 [En ligne]. <https://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1870058> Consulté le 18 juin 2021.
25. Bamm EL, Rosenbaum P, Wilkins S, Stratford P, Mahlberg N. : Exploring Client-Centered Care Experiences in In-Client Rehabilitation Settings. Global Qualitative Nursing Research. 2015;2:23(3) [En ligne]. <https://doi.org/10.1177/2333393615582036> Consulté le 18 juin 2021.
26. Walder K, Molineux M. Listening to the client voice : A constructivist grounded theory study of the experiences of client-centred practice after stroke. Australian Occupational Therapy Journal. 2020; 67(2):100-9 [En ligne]. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1440-1630.12627> Consulté le 18 juin 2021.
27. Šuc L, Švajger A, Bratun U. Goal Setting Among Experienced and Novice Occupational Therapists in a Rehabilitation Center. Canadian Journal of Occupational Therapy. 2020;

- 87(4):287-97 [En ligne]. <https://doi.org/10.1177/0008417420941979> Consulté le 18 juin 2021.
28. Yun D, Choi J. Person-centered rehabilitation care and outcomes: A systematic literature review. International Journal of Nursing Studies. 2019; 93:74-83 [En ligne]. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748919300537> Consulté le 18 juin 2021.
29. Flink M, Bertilsson A-S, Johansson U, Guidetti S, Tham K, von Koch L. Training in client-centeredness enhances occupational therapist documentation on goal setting and client participation in goal setting in the medical records of people with stroke. Clin Rehabil. 2016;30 (12):1200-10 [En ligne]. <https://doi.org/10.1177/0269215515620256> Consulté le 18 juin 2021.
30. Rodríguez-Bailón M, López-González L, Merchán-Baeza JA. Client-centred practice in occupational therapy after stroke: A systematic review. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2020;1-15 [En ligne]. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/11038128.2020.1856181> Consulté le 18 juin 2021.
31. Ecole d'Assas. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute [En ligne]. <https://www.ecoledassas.com/wpcontent/uploads/2019/02/Arr%C3%AAt%C3%A9-du-5-juillet-2010-Formation-dergoth%C3%A9rapeute.pdf> Consulté le 18 juin 2021.
32. Eymard C., Thuilier O. : La recherche en sciences paramédicales : (Se) former à et par la recherche : Lamarre ; 2020 : 281 p.
33. République Française. Loi n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine. JORF n°0056 du 6 mars 2012.
34. CEDIP. Modes de recueil de données : un tableau comparatif. Les fiches en lignes de la Lettre du CEDIP ; 2013 [En ligne]. <http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/modes-de-recueil-d-information-untableau-a1042.html> Consulté le 13 octobre 2021.
35. CEDIP. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information. Les fiches en lignes de la Lettre du CEDIP ; 2014 [En ligne]. [http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche\\_62\\_cle581f59.pdf](http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf) Consulté le 13 octobre 2021.

36. Université de Montréal. Qu'est-ce que la sociologie ? Département de sociologie - Université de Montréal. [En ligne] : <https://socio.umontreal.ca/departement/quest-ce-que-la-sociologie/> Consulté le 16 janvier 2022.
37. ACP France : Qu'est-ce que l'Approche centrée sur la personne ? [En ligne] : <https://www.acpfrance.fr/quest-ce-que-lapproche-centree-sur-la-personne-acp/> Consulté le 19 janvier 2022.
38. Caire J-M., Schabaille A. : Engagement, occupation et santé : une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie. Paris : Bibliothèque nationale ; 2018 : 424 p.
39. Giraud C. : Qu'est-ce que l'engagement. Paris : L'Harmattan ; 2011 : 290 p.
40. Leblanc, M.-C. Jeu de rôle et engagement : évaluation de l'interaction dans 41 les jeux de rôles de français langue étrangère. Paris: L'Harmattan ; 2002
41. Brault-Labbé A, Dubé L. Engagement, surengagement et sous-engagement académiques au collégial : pour mieux comprendre le bien-être des étudiants. rse. 23 mars 2009;34(3):729-51.
42. Becker H. S. Sur le concept d'engagement. SociologieS. 2006 [En ligne]. <http://journals.openedition.org/sociologies/642> Consulté le 10 février 2022.
43. Csillik A, Fenouillet F. Chapitre 13 : Edward Deci, Richard Ryan et la théorie de l'autodétermination. Dunod; 2019 [En ligne] <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/psychologies-pour-la-formation--9782100788026-page-223.htm> Consulté le 10 février 2022.
44. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? [En ligne] <https://www.emconsulte.com/rmr/article/156964> Consulté le 4 avril 2022.
45. Meyer S. : De l'activité à la participation. Bruxelles : De Boeck Supérieur; 2013: 274p
46. Morris K., Cox D. Developing a descriptive framework for “occupational engagement”. Journal Of Occupational Science ; Taylor & Francis. 2018;4(2):151-6. [En ligne] <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14427591.2017.1319292?journalCode=rocc20> Consulté le 14 février 2022.

47. Statistiques de base - La statistique : gérer la variabilité [En ligne] [https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23861/mod\\_resource/content/1/co/Stat\\_gerer\\_variable.html](https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23861/mod_resource/content/1/co/Stat_gerer_variable.html)

Consulté le 30 avril 2022.

48. Comment définir et composer l'échantillon d'une enquête? [En ligne] <https://docplayer.fr/51764993-2-comment-definir-et-composer-l-echantillon-d-une-enquete.html> Consulté le 9 mai 2022.

49. Haccoun R. Statistiques, concepts et applications. 2ème édition. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal ; 2007, 462p.

50. Martin O. L'analyse de données quantitatives : l'enquête et ses méthodes. Paris : Armand Colin ; 2005, 126p.

## Annexes

### Annexe 1 : Equation de recherche et résultats obtenus

Mots clés	Base de données	Sélection par le texte intégral	Sélection par résumé	Sélection par le titre	Sélection par l'accès
(« ergotherap* ») ET (« approche centrée sur la personne ») OU « approche centrée sur le client » OU « psychothérapie centrée sur la personne ») ET (« AVC »)	Summom Cairn SciencesDirect	22 1 9	1 0 0	0 0 0	0 0 0
(« occupationnal therap* ») AND « client centered therapy ») AND « stroke »)	PubMed Semantic Scholar Wiley Online Library Sage Journals SciencesDirect OTSeeker	12 917 2858 2199 16 1	32 /	1 /	4 1 1 3 1 0
	<b>TOTAL</b>	<b>6178</b>	<b>70</b>	<b>2</b>	<b>10</b>

### Annexe 2 : Tableau récapitulatif de la revue de littérature

<u>Source</u>	<u>Thème/Objet traité</u>	<u>Méthode utilisée</u>	<u>Population</u>	<u>Approche théorique privilégiée</u>	<u>Champs disciplinaires d'études</u>	<u>Principaux résultats</u>	<u>Questions, dimensions non abordées</u>
<b>1. PubMed Données scientifiques Littérature anglophone 2018 (The influences of client centered therapy on the level of performance, the level of satisfaction of activity of daily living, and the quality of life of the chronic stroke clients)</b>	L'objectif de cette recherche est d'examiner l'influence de la thérapie centrée sur le client sur le niveau de performance dans la vie quotidienne, le niveau de satisfaction et la qualité de vie des clients victimes d'un AVC.	Etude qualitative	2 clients ayant fait un AVC (Corée du Sud)	Approche centrée sur la personne (Utilisation du MCRO et SS-QOL)	Sciences de l'occupation Sciences sociales	Tous les sujets ont montré une amélioration du niveau de performance des activités de la vie quotidienne, du niveau de la satisfaction et de la qualité de vie après l'intervention.	Peut-on graduer le niveau de difficulté des activités choisies et pratiquées par les clients ?

<b>2. SciencesDirect</b> <b>Données scientifiques</b> <b>Littérature anglophone</b> <b>2019</b> (Person-centered rehabilitation care and outcomes) <b>Niveau de scientificité :</b> **	Cet article a pour but d'étudier l'étendue de la mise en œuvre des soins centrés sur la personne dans les pratiques de réadaptation, ainsi que ses effets sur les résultats pertinents.	Etudes quantitatives	3434 clients issus de 17 études quantitatives et dont la majorité ont fait un AVC.  (Suède, Angleterre, Pays-Bas, Belgique Canada, Etats-Unis, Australie)	Approche centrée sur la personne.  (Utilisation du MCRO)	Sciences de l'occupation  Sciences sociales	Les soins centrés sur la personne sont de plus en plus préconisés dans les établissements de réadaptation. Cependant, nous avons constaté que les soins véritablement centrés sur la personne n'étaient pas entièrement mis en œuvre dans les pratiques de réadaptation. En outre, il semble que les soins centrés sur la personne pourraient avoir	Une prise en soin à court terme représente-t-elle un frein à l'application de l'approche centrée sur la personne ?

						<p>un effet positif sur les résultats de la réadaptation, tels que des améliorations significatives de la performance fonctionnelle et de la qualité de vie. Ces effets positifs des soins centrés sur la personne ne sont pas suffisants. Des recherches plus approfondies avec des conceptions rigoureuses sont nécessaires.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

<b>3. Pubmed</b>	Cet article a pour but d'analyser les effets de la pratique centrée sur le client en ergothérapie sur les questions liées à la performance et à la participation chez les personnes victimes d'un AVC.	Etude quantitative	1899 personnes ayant subi un AVC, issus de 8 études différentes (Angleterre, Israel, Canada)	Approche Centrée sur la Personne (Utilisation du MCRO)	Sciences de l'occupation Sciences sociales	Ces études analysées concernant l'approche centrée sur la personne en ergothérapie, considèrent que l'ACP ne semble pas être plus efficace qu'une réhabilitation habituelle au niveau du rendement, de la « fonction ». Cependant, il y a de nettes améliorations en ce qui concerne la satisfaction à	Y aurait-il une différence au niveau des résultats si cette étude était qualitative et non quantitative ?
<b>Données scientifiques</b>							

						l'égard du rendement, ce qui est un facteur favorisant l'établissement de nouveaux objectifs de performance.	
<b>4. Pubmed</b> <b>Données scientifiques</b> <b>Littérature anglophone</b> <b>2016</b> <i>(Training in client-centeredness enhances occupational therapist documentation on goal setting and client participation in goal setting</i>	Cet article traite d'un groupe d'ergothérapeutes ayant participé à un atelier de formation pour améliorer leur centrage sur le client.	Etude qualitative	133 ergothérapeutes intervenants auprès de 279 clients ayant fait un AVC (Suède)	Approche centrée sur la personne (suivant le protocole développé par le modèle Stewart et al)	Sciences de l'occupation Sciences sociales	Cette étude montre que les ergothérapeutes ayant reçu une formation à l'approche centrée sur la personne s'orientent plus minutieusement sur l'élaboration et le suivi des objectifs avec leurs clients, sur la manière dont ces objectifs	

in the medical records of people with stroke)						peuvent être atteints ainsi que la participation de leurs clients pour ce faire.	
<b>Niveau de scientificité :</b> ***							
<b>5. Semantic Scholar</b> <b>Données scientifiques</b> <b>Littérature anglophone</b> <b>(2018)</b> (Experiences of participating in a client-centred ADL intervention after stroke)	Cette étude vise à identifier ce qui, du point de vue des clients, caractérise l'expérience vécue et la signification de la participation à une intervention centrée sur la personne après un AVC.	Etude qualitative	10 personnes ayant fait un AVC (Suède)	Approche centrée sur la personne	Sciences de l'occupation Sciences sociales	La caractéristique générale de la participation à l'intervention était la transparence, qui a été exprimée dans les expériences des participants de pouvoir voir et suivre leur propre processus de réadaptation. Une prise de conscience et une compréhension de leur propre	
<b>Niveau de scientificité :</b> **							

						situation ont permis aux clients de participer activement à leur réadaptation.	
<b>6. SAGE Journals</b> <b>Données scientifiques</b> <b>Littérature anglophone</b> <b>2020</b> (Goal Setting Among Experienced and Novice Occupational Therapists in a Rehabilitation Center) <b>Niveau de scientificité :</b> **	Cette étude vise à explorer les expériences vécues par des ergothérapeutes débutants et chevronnés lors du processus de détermination des objectifs.	Etude qualitative	4 ergothérapeutes débutants (- 2ans d'expériences) et 4 ergothérapeutes expérimentés (+10ans d'expériences) (Slovénie)	Approche centrée sur la personne (Utilisation du MCRO)	Sciences de l'occupation	Il existe des différences dans la façon dont les ergothérapeutes expérimentés et novices appliquent leur approche centrée sur le client. Les résultats montrent que dans certains domaines de la fixation des objectifs, les expériences des experts et des	La culture des participants représente-t-elle un facteur pouvant influer la communication avec les clients ?

						novices étaient similaires, alors que des différences plus tangibles ont été observées dans d'autres domaines comme la communication et la flexibilité.	
<b>7. SAGE Journals</b>  <b>Données professionnelles</b>  <b>Littérature anglophone</b>  <b>2013</b>  (Client-centred occupational therapy in Canada : Refocusing on core values)  <b>Niveau de scientifcité :</b> **	Ce texte a pour but d'émettre une réflexion critique face aux conceptions canadiennes sur la pratique centrée sur le client et ses valeurs fondamentales.	Etude prospective	Ergothérapeutes au Canada	Approche centrée sur la personne	Sciences de l'occupation  Sciences sociales	Cet article propose de recentrer la respect des clients, le respect des capacités, de l'expérience et des connaissances des clients, le respect du droit moral de ces	Existe-t-il des formations permettant d'actualiser les ergothérapeutes sur les principes fondamentaux de l'approche centrée sur la personne ?

					derniers à faire des choix face à leur vie. Le fait de favoriser les relations respectueuses de soutien apparaît comme primordial pour la pratique de l'ergothérapeute.			
<b>8. Pubmed</b>	<b>Données scientifiques</b>  <b>Littérature anglophone</b>  <b>2006</b>  (Perception of Client-Centered Practice in Occupational Therapists and Their Clients)	Cet article traite d'une analyse comparative de la perception des ergothérapeutes et de leurs clients au sujet de leur participation au processus d'approche centrée sur la	Etude qualitative	11 ergothérapeutes et 30 de leurs clients ont participé à des entretiens  (Etats-Unis)	Approche centrée sur la personne	Sciences de l'occupation  Sciences sociales	Les ergothérapeutes ayant participé à cette étude ont indiqué utiliser les principes de la pratique centrée sur le client dans leur prestation de services d'ergothérapie. Leurs clients, cependant, ont	Existe-t-il une méthode systématique, pouvant être utilisée par les soignants afin de présenter l'approche centrée sur la personne ?

	personne.					montré des perceptions mitigées sur leur rôle en tant que participants actifs. Tous répondre par la négative à la question de savoir s'ils connaissaient cette approche.	
<b>9. Wiley Online Library Données scientifiques Littérature anglophone 2019</b>	Cette étude vise à savoir comment les personnes ayant fait un AVC perçoivent-ils leur relation avec leur équipe de soins de santé	Etude qualitative	6 clients âgés ayant fait un AVC ont participé à un entretien.  (Australie)	Approche centrée sur la personne	Sciences de l'occupation  Sciences sociales	Les participants ont dit ne pas avoir participé à la prise de décision, ne pas avoir reçu d'informations adaptées à leurs besoins. Les périodes de frustration, de	L'approche centrée sur la personne appliquée par l'ergothérapeute doit-elle « évoluer » au cours de la prise en soin ?  Y a-t-il besoin de s'adapter au processus de changement du client ?

<p>(Listening to the client voice – A constructivist grounded theory study of the experiences of client-centred practice after stroke)</p> <p><b>Niveau de scientificité :</b> **</p>	<p>au fur et à mesure qu'ils s'adaptent à la vie après un AVC.</p>			<p>perte d'espoir et de motivation fluctuante étaient également fréquentes. Les connaissances acquises sur les expériences individuelles de soins attribués aux clients à la suite d'un AVC suggèrent que les thérapeutes peuvent comprendre et traiter l'expérience d'adaptation de chacun.</p>	
---	--	--	--	--	--

<b>10. SAGE Journals</b>	L'objectif de cette étude était d'explorer les modèles actuels de prestation de services de réadaptation du point de vue des clients, de leurs familles et des professionnels de la santé.	Etude qualitative	8 clients ayant fait un AVC et 15 professionnels de santé ont participé à des entretiens.  (Canada)	Approche centrée sur la personne	Sciences de l'occupation	Les résultats de cette étude suggèrent que les thérapeutes doivent avoir une compréhension claire des principes de l'approche centrée sur la personne et qu'ils travaillent en partenariat avec les clients dans l'établissement des objectifs. Il apparaît comme nécessaire d'encourager et d'éduquer les clients à devenir des participants motivés, bien informés et proactifs dans leurs soins.	L'approche centrée sur la personne est-elle applicable lorsque le client fait le choix d'être « passif » ?
<b>Données scientifiques</b>							

### Annexe 3 : Matrice de questionnement de l'enquête exploratoire

Numérotation de la question	Variables étudiées	Critères	Intitulé	Modalités de réponse	Objectifs
1.	<u>Consentement</u>	Accord de la personne enquêtée	Acceptez-vous de participer à cette enquête ?	Question fermée « OUI » / « NON »	S'assurer de l'accord des participants à ce questionnaire.
2.		Lieu d'exercice en tant qu'ergothérapeute	Êtes-vous ergothérapeute travaillant ou ayant travaillé en SMR avec des clients AVC ?	Question fermée « OUI » / « NON »	S'assurer que le participant fasse bien partie du public ciblé.
3.	<u>Critères socio-professionnels</u>	Année d'obtention du Diplôme d'Etat d'ergothérapeute	En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'ergothérapeute ?	Question ouverte	Savoir l'année d'obtention du diplôme des participants afin d'effectuer un éventuel lien avec les pratiques.
4.		Perception de l'approche centrée sur la personne par l'ergothérapeute	Selon vous, quel est le but d'appliquer une approche centrée sur la personne ?	Question ouverte	Evaluer la perception qu'ont les ergothérapeutes de l'approche centrée sur la personne afin de la comparer aux données scientifiques.

5.	<u>La place de l'ACP dans la pratique de l'ergothérapeute en SMR</u>	Formation à l'approche centrée sur la personne	Sur une échelle de 1 à 10, quelle importance accordez-vous au fait d'être formé à l'approche centrée sur la personne avant de commencer à exercer en tant qu'ergothérapeute ?	Echelle linéaire allant de 1 à 10 : 1 = Pas important du tout 10 = Importance primordiale	Evaluer l'importance que les ergothérapeutes en SMR accordent à la nécessité d'être formé à l'approche centrée sur la personne.
6.		Phase d'évaluation	Comment procédez-vous lors de la phase d'évaluation de vos clients ? Quels outils utilisez-vous ?	Question ouverte	Cibler la manière dont les ergothérapeutes procèdent à la phase d'évaluation de leurs clients. Cibler l'outil qu'ils utilisent, le but étant de faire un lien avec les principes de l'ACP.
7.		Phase d'établissement des moyens et objectifs	Pouvez-vous me décrire la façon dont vous établissez les moyens et objectifs lors de la prise en soin de vos clients ?	Question ouverte	Cibler la manière dont les ergothérapeutes procèdent lors de la phase d'établissement des moyens et objectifs de leurs clients. Le but étant de faire un lien avec les principes de l'ACP.

8.	<u>La place de l'ACP dans la pratique de l'ergothérapeute en SMR</u>	Phase d'intervention	De façon générale, l'ACP a-t-elle une place lors de la phase d'intervention de vos prise en soin ?	Question ouverte	Cibler la signification qu'accordent les ergothérapeutes à l'ACP durant les séances d'intervention avec leurs clients. Le but étant de faire un lien avec les principes de l'ACP.
9.		La place de l'ACP en réunion pluridisciplinaire	Abordez-vous l'ACP lors de vos échanges en réunion pluridisciplinaire ?	Question à choix multiple et réponse unique : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toujours</li> <li>• Très souvent</li> <li>• Cela peut arriver</li> <li>• Jamais</li> </ul>	Evaluer la fréquence à laquelle l'ergothérapeute promeut auprès de son équipe pluridisciplinaire les principes de l'ACP lors des échanges concernant ses clients.
10.		Phase de réévaluation	Pouvez-vous me décrire la manière dont vous procédez à la phase de réévaluation lors d'une prise en soin d'un client ayant fait un AVC ?	Question ouverte	Cibler la manière dont les ergothérapeutes procèdent lors de la phase de réévaluation de leurs clients. Le but étant de faire un lien avec les principes de l'ACP.

11.	<p><u>La place de l'ACP dans la pratique de l'ergothérapeute en SMR</u></p>	<p>Contraintes à l'application de l'approche centrée sur la personne</p>	<p>Selon vous, quels peuvent être les freins à l'application de l'approche centrée sur la personne en SMR ?</p>	<p>Question semi-ouverte à choix unique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de connaissances de l'ergothérapeute sur la démarche</li> <li>• Contraintes liées à l'institution</li> <li>• Troubles cognitifs liés à l'AVC</li> <li>• Autre</li> </ul>	<p>Identifier les éventuelles contraintes à l'application de l'approche centrée sur la personne, que les ergothérapeutes peuvent rencontrer en SMR.</p>
12.	<p><u>L'impact de l'ACP sur la prise en soin d'un client ayant fait un AVC</u></p>	<p>Impact de l'ACP sur le plan psychologique du client</p>	<p>D'après vos expériences, l'ACP impacte-t-elle le bien-être psychologique des clients ?</p>	<p>Question semi-ouverte à choix unique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui, je remarque toujours une amélioration</li> <li>• Oui, je remarque</li> </ul>	<p>Connaitre l'impact que peut avoir l'ACP sur le plan psychologique d'un client ayant fait un AVC.</p>

				<p>souvent une amélioration</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui, je remarque une amélioration bien que ce soit rare</li> <li>• Non, je ne remarque aucun changement</li> <li>• Autre</li> </ul>	
13.	<u>L'impact de l'ACP sur la prise en soin d'un client ayant fait un AVC</u>	Phase d'évaluation	Remarquez-vous une prise de conscience chez vos clients lors de la phase d'évaluation ?	Echelle linéaire allant de 1 à 10 : 1 = Jamais 10 = Toujours	Evaluer l'impact que peut avoir l'ACP sur la prise de conscience des clients lors de la phase d'évaluation.
14.		Phase d'établissement des objectifs	Lorsque vos clients s'investissent dans l'établissement de leurs objectifs, ressentez-vous un impact sur leur engagement durant la suite de votre prise en soin ?	Question semi-ouverte à choix unique : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui, je ressens toujours un meilleur engagement</li> <li>• Oui, je ressens</li> </ul>	Evaluer l'influence du pouvoir décisionnel lors de la phase d'établissement des objectifs, sur l'engagement des clients durant leur prise en soin.

				souvent un meilleur engagement • Cela ne change rien à leur engagement • Non, je ressens parfois qu'ils s'engagent moins • Autre	
15.	<u>L'impact de l'ACP sur la prise en soin d'un client ayant fait un AVC</u>	Impact de l'ACP sur le plan moteur du client	Parmi les clients chez qui vous ressentez un meilleur engagement lors des séances de rééducation, quel a été l'impact sur leur récupération motrice ?	Question semi-ouverte à choix unique : • Cela n'a rien changé • Je remarque parfois une amélioration • Je remarque souvent une amélioration • Je remarque toujours une amélioration	Connaitre l'impact que peut avoir l'ACP sur le plan moteur d'un client ayant fait un AVC.

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autre</li> </ul>	
16.	<u>L'impact de l'ACP sur la prise en soin d'un client ayant fait un AVC</u>	Phase de réévaluation	Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous la satisfaction de vos clients lors de la phase de réévaluation à la suite à une intervention centrée ?	Echelle linéaire allant de 1 à 10 : 1 = Jamais satisfaits 10 = Toujours satisfaits	Evaluer l'impact de l'ACP sur la satisfaction des clients.
17.	<u>Expression libre</u>	/	Avez-vous d'autres remarques ?	Question ouverte	Recueillir des informations pertinentes n'entrant pas dans le cadre des précédentes questions.

**Annexe 4 : Questionnaire de l'enquête exploratoire : Google Form®**

Questions Réponses 32 Paramètres

## Questionnaire concernant l'application de l'approche centrée sur la personne par l'ergothérapeute en SSR

Bonjour,

Actuellement en 3ème année d'Institut de Formation en Ergothérapie, je réalise mon mémoire d'initiation à la recherche autour du thème suivant :

"L'application de l'approche centrée sur la personne par l'ergothérapeute en SSR, avec un client ayant fait un AVC"

Pour clarifier ce thème, il convient de définir ce que représente l'Approche Centrée sur la Personne :

" Un modèle psychothérapeutique fondé par Carl Rogers et s'inscrivant dans le mouvement humaniste. L'approche centrée sur la personne actualise le processus thérapeutique. Elle consiste à ne pas se focaliser sur un caractère ou un fonctionnement particulier de l'individu. Mais au contraire, à considérer la personne dans sa globalité, sans fragmenter ses mécanismes de fonctionnement ".  
Carl Rogers emploie le terme de « client » qui met en avant l'égalité entre deux personnes : le client et le thérapeute. Lorsque le "patient" devient "client", sa personne est mise en avant. Il exprime des sentiments, ressentiments et pensées. Le client est une personne qui prend conscience, qui est et qui agit pour lui-même.

A travers la littérature, nous constatons que l'approche centrée sur la personne n'est pas toujours appliquée, ni facilement applicable dans le milieu de la rééducation/réadaptation.  
Plusieurs raisons peuvent être à l'origine de ce constat.  
Mon enquête est alors uniquement adressée aux ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé en SSR avec des patients ayant fait un AVC.

Ce questionnaire est anonyme. Il comporte 16 questions et peut être complété en 10minutes.

## Rubrique 2 sur 5

## Consentement et critères socio-professionnels

Description (facultative)



Acceptez-vous de participer à cette enquête? \*

 Oui Non

Êtes-vous ergothérapeute travaillant ou ayant travaillé en SSR/CRF avec des clients AVC? \*

 Oui Non

En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'ergothérapeute? \*

Réponse courte

## Rubrique 3 sur 5

## La place de l'approche centrée sur la personne dans la pratique de l'ergothérapeute en SSR



Description (facultative)

Selon vous, quel est le but d'appliquer une approche centrée sur la personne ? \*

Réponse longue

Sur une échelle de 1 à 10, quelle importance accordez-vous au fait d'être formé à l'approche centrée sur la personne avant de commencer à exercer en tant qu'ergothérapeute ? \*

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Pas important du tout

Importance primordiale

Comment procédez-vous lors de la phase d'évaluation de vos clients ? Quels outils utilisez-vous ? \*

Réponse longue

Pouvez-vous me décrire la façon dont vous établissez les moyens et objectifs lors de la prise en \* soin de vos clients ?

Réponse longue

De façon générale, l'ACP a-t-elle une place lors de la phase d'intervention de vos prise en soin ? \*

Réponse longue

Abordez-vous l'ACP lors de vos échanges en réunion pluridisciplinaire ? \*

- Toujours
- Très souvent
- Cela peut arriver
- Jamais

Pouvez-vous me décrire la manière dont vous procédez à la phase de réévaluation lors d'une \* prise en soin d'un client ayant fait un AVC ?

Réponse longue

Selon vous, quel est le principal frein à l'application de l'approche centrée sur la personne en SSR ? \*

- Manque de connaissances de l'ergothérapeute sur la démarche
- Contraintes liées à l'institution
- Troubles cognitifs liés à l'AVC
- Autre...

Rubrique 4 sur 5

## L'impact de l'approche centrée sur la personne sur la prise en soin d'un client ayant fait un AVC

Description (facultative)

D'après vos expériences, l'ACP impacte-t-elle le bien-être psychologique des clients ? \*

- Oui, je remarque toujours une amélioration.
- Oui, je remarque souvent une amélioration.
- Oui, je remarque une amélioration bien que ce soit rare.
- Non, je ne remarque aucun changement.
- Je ne sais pas
- Autre...

Remarquez-vous une prise de conscience chez vos clients lors de la phase d'évaluation ? \*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Jamais	<input type="radio"/>	Toujours								

Lorsque vos clients s'investissent dans l'établissement de leurs objectifs, ressentez-vous un impact sur leur engagement durant la suite de votre prise en soin ? \*

- Oui, je ressens toujours un meilleur engagement.
- Oui, je ressens souvent un meilleur engagement.
- Cela ne change rien à leur engagement.
- Non, je ressens qu'ils s'engagent moins.
- Je ne sais pas
- Autre...

Remarquez-vous une prise de conscience chez vos clients lors de la phase d'évaluation ? \*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Jamais	<input type="radio"/>	Toujours								

Lorsque vos clients s'investissent dans l'établissement de leurs objectifs, ressentez-vous un impact sur leur engagement durant la suite de votre prise en soin ? \*

- Oui, je ressens toujours un meilleur engagement.
- Oui, je ressens souvent un meilleur engagement.
- Cela ne change rien à leur engagement.
- Non, je ressens qu'ils s'engagent moins.
- Je ne sais pas
- Autre...

Rubrique 5 sur 5

Cette dernière question vous permet d'ajouter un commentaire ou aborder un sujet n'ayant pas pu être traité précédemment.

Description (facultative)

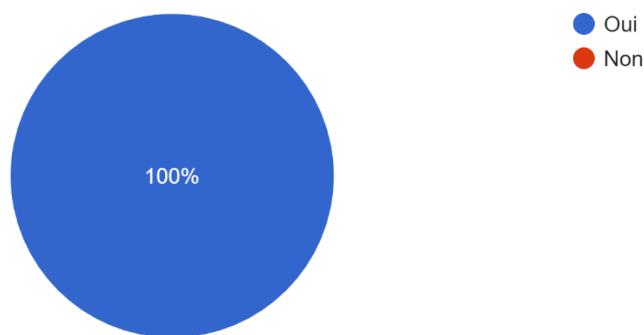
Avez-vous d'autres remarques?

Réponse longue

## Annexe 5 : Résultats de l'enquête exploratoire sous forme de diagrammes

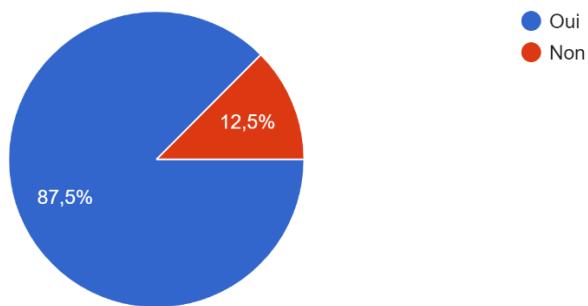
Graphique 1 : Consentement à l'enquête

32&nbsp;réponses

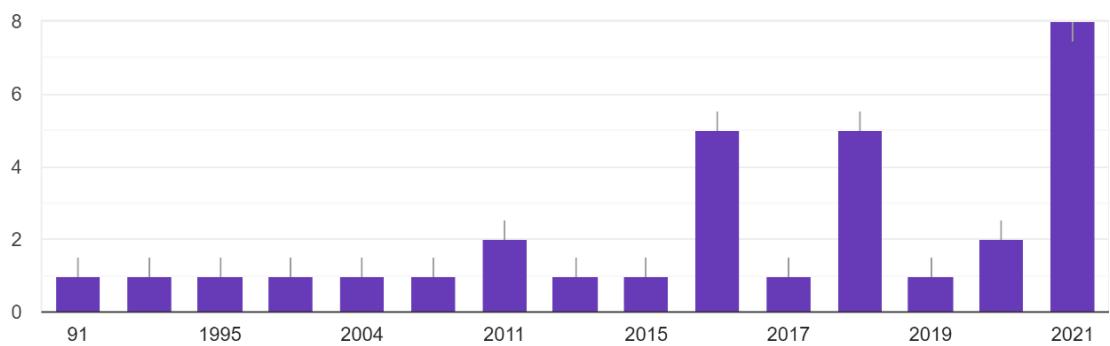


### Graphique 2 : Lieu d'exercice des ergothérapeutes et public cible

Êtes-vous ergothérapeute travaillant ou ayant travaillé en SSR/CRF avec des clients AVC?  
32 réponses

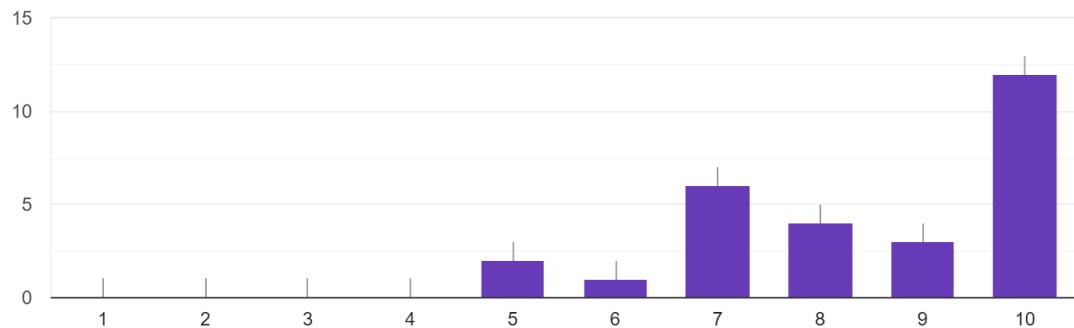


### Graphique 3 : Année d'obtention du diplôme d'Etat d'ergothérapie



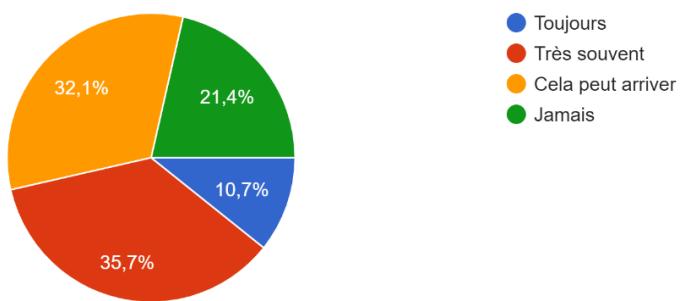
#### Graphique 4 : Importance accordée par l'ergothérapeute à la formation à l'ACP

Sur une échelle de 1 à 10, quelle importance accordez-vous au fait d'être formé à l'approche centrée sur la personne avant de commencer à exercer en tant qu'ergothérapeute ?  
28&nbsp;réponses



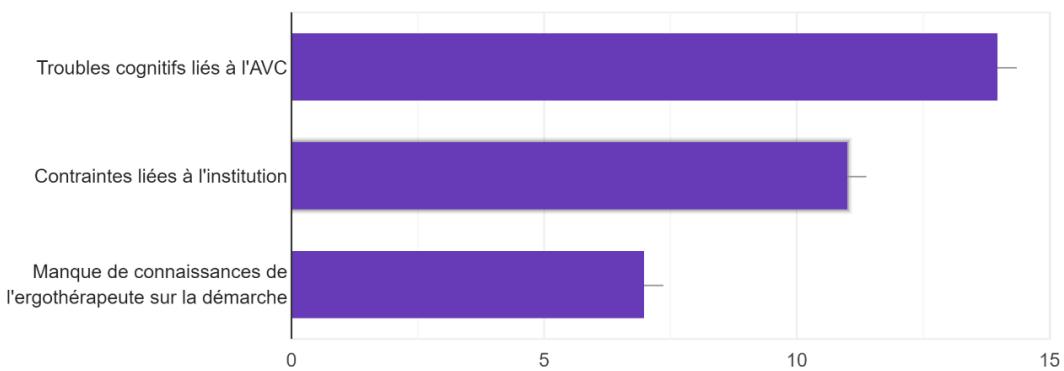
#### Graphique 5 : La place de l'ACP lors de réunions pluridisciplinaire

Abordez-vous l'ACP lors de vos échanges en réunion pluridisciplinaire ?  
28&nbsp;réponses



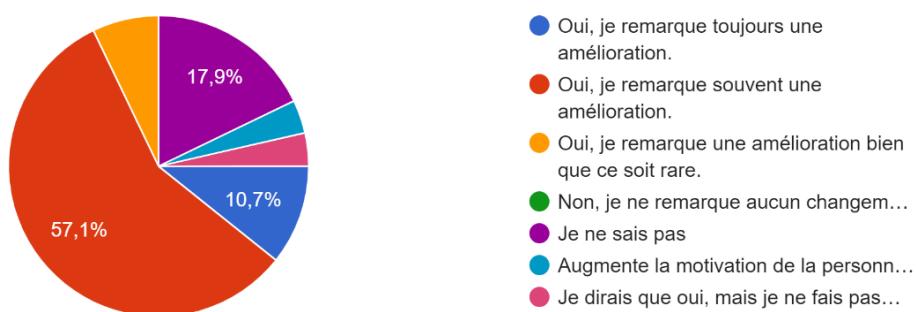
### Graphique 6 : Freins à l'application de l'ACP

Selon vous, quel est le principal frein à l'application de l'approche centrée sur la personne en SSR ?  
28 réponses



### Graphique 7 : Impact de l'ACP sur le bien-être psychologique des clients

D'après vos expériences, l'ACP impacte-t-elle le bien-être psychologique des clients ?  
28 réponses



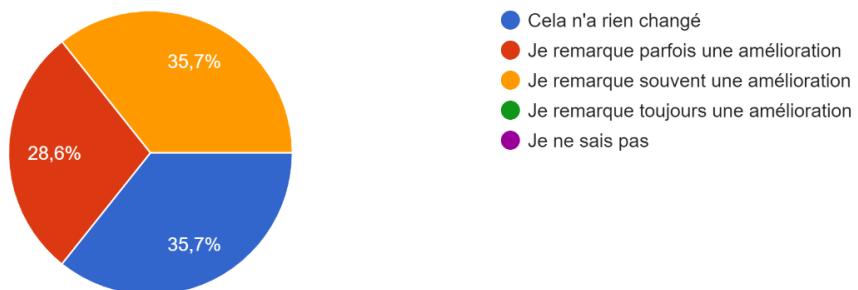
### Graphique 8 : Rapport entre l'implication des clients et leur engagement

Lorsque vos clients s'investissent dans l'établissement de leurs objectifs, ressentez-vous un impact sur leur engagement durant la suite de votre prise en soin ?  
28&nbsp;réponses

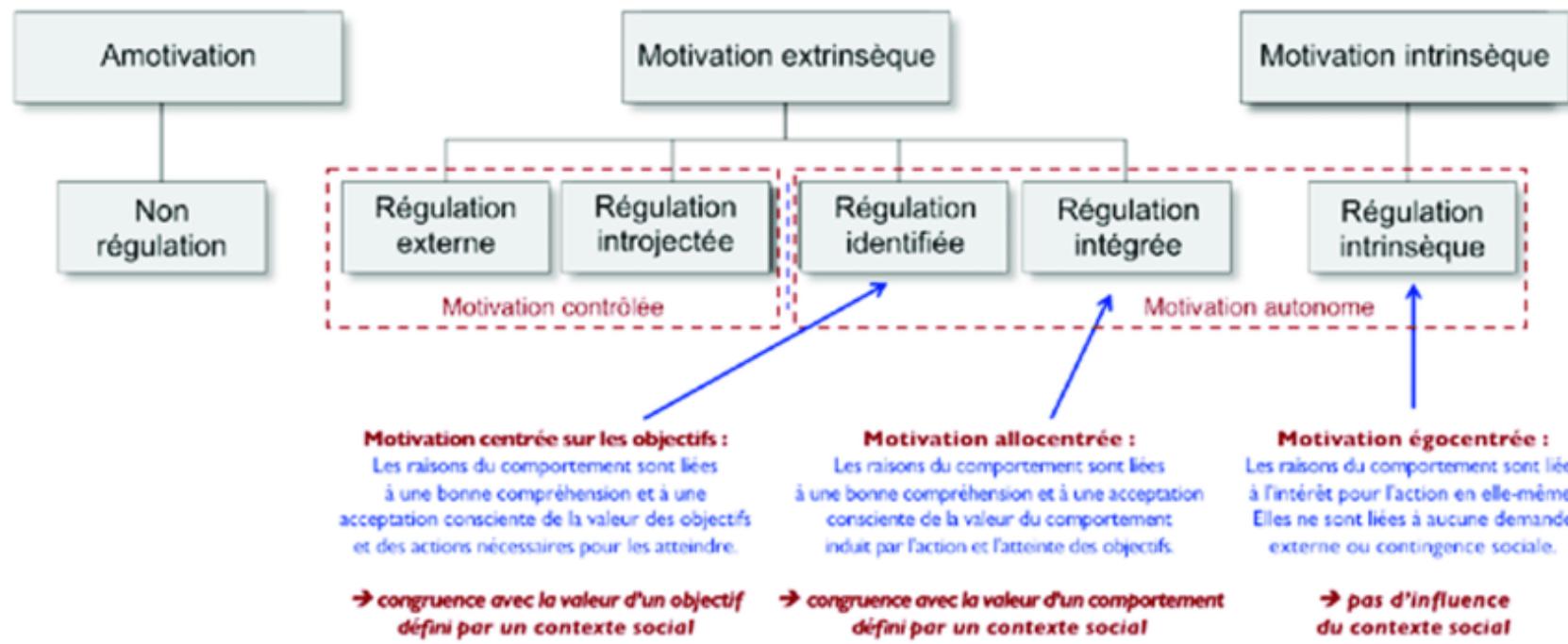


### Graphique 9 : Rapport entre l'engagement des clients et leur récupération motrice

Parmi les clients chez qui vous ressentez un meilleur engagement lors des séances de rééducation, quel a été l'impact sur leur récupération motrice ?  
28&nbsp;réponses



Annexe 6 : Continuum d'autodétermination par Deci E. et Ryan R.



### Annexe 7 : Matrice théorique issue du cadre conceptuel

Variables	Modalités	Critères	Indicateurs
<b>1. Approche centrée sur la personne</b>  Vii	Aspect relationnel	La relation thérapeutique  <b>Rt</b>	<b>Rt1 :</b> Le thérapeute est attentif et écoute de façon active le client
			<b>Rt2 :</b> Le thérapeute instaure une relation ne laissant place à quelque hiérarchie
			<b>Rt3 :</b> Le thérapeute instaure un climat de confiance avec le client
		Le respect du client  <b>Rdc</b>	<b>Rdc 1 :</b> Le thérapeute préserve la dignité humaine du client  <b>Rdc 2 :</b> Le thérapeute est empathique envers le client
	Aspect individuel	La conscience de soi  <b>Cds</b>	<b>Cds1 :</b> Le client a conscience de ses propres ressources  <b>Cds2 :</b> Les perceptions que le client a de lui-même sont en accord avec ce qu'il veut être (Le soi « réel »)
			<b>Cdip 1 :</b> Le thérapeute considère autant les ressources que les difficultés du client
		La conception de la personne  <b>Cdip</b>	<b>Cdip 2 :</b> Le thérapeute considère l'unicité du client

<b>2. Engagement</b> <b>Vd</b>		Processus psychique <b>Pp</b>	<b>Pp1 :</b> Le client persévère face aux obstacles de l'activité
		Théorie de l'autodétermination <b>Tdla</b>	<b>Pp2 :</b> Le client a conscience que ses difficultés impactent sa volonté à réaliser l'activité
			<b>Tdla 1 :</b> Le client régule ses comportements en fonction de ses intérêts et valeurs personnelles.
		Facteurs influençant l'engagement <b>Fie</b>	<b>Tdla 2 :</b> Le client se sent en sécurité au sein de son environnement social
			<b>Fie 1 :</b> Les remarques (positives comme négatives) du thérapeute ont un impact sur le comportement du client
		Adhésion thérapeutique <b>At</b>	<b>Fie 2 :</b> L'espace de liberté accordé au client par le thérapeute a un impact sur le comportement du client
			<b>At 1 :</b> Le client consent à prendre en charge sa maladie
			<b>At 2 :</b> Le client agit activement afin de prendre en charge sa maladie
		L'engagement occupationnel <b>Eo</b>	<b>Eo 1 :</b> Le client prend conscience de son appartenance à la société lors de ses occupations
			<b>Eo 2 :</b> Le client se sent lié à une autre personne lors de ses occupations
			<b>Eo 3 :</b> Le client s'investit dans les activités qui lui sont significantes

## Annexe 8 : Questionnaire en ligne (Recherche)

Bonjour,

Actuellement en 3ème année d'Institut de Formation en Ergothérapie, je réalise mon mémoire d'initiation à la recherche autour du thème suivant :  
 "L'application de l'approche centrée sur la personne par l'ergothérapeute en SMR, avec un client ayant fait un AVC"

\*SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation = nouvelle appellation du sigle SSR.

Pour clarifier ce thème, voici une courte définition de l'Approche Centrée sur la Personne :

" Un modèle psychothérapeutique fondé par Carl Rogers et s'inscrivant dans le mouvement humaniste. L'approche centrée sur la personne actualise le processus thérapeutique. Elle consiste à ne pas se focaliser sur un caractère ou un fonctionnement particulier de l'individu. Mais au contraire, à considérer la personne dans sa globalité, sans fragmenter ses mécanismes de fonctionnement ".

Carl Rogers emploie le terme de « client » qui met en avant l'égalité entre deux personnes : le client et le thérapeute. Lorsque le "patient" devient "client", sa personne est mise en avant. Il exprime des sentiments et pensées. Le client est une personne qui prend conscience et qui agit pour lui-même.

Ma recherche est alors uniquement adressée aux ergothérapeutes travaillant en SMR depuis au moins 3ans et avec des personnes ayant fait un AVC.

Votre anonymat est préservé, vous ne vous exposez à aucun jugement de valeur. Je vous prie d'être le plus transparent possible dans vos réponses.

Ce questionnaire comporte 25 questions et peut être complété en 15/20minutes.

### Consentement et critères socio-professionnels

1) Acceptez-vous de participer à cette enquête ? \*

Oui

Non

2) Êtes-vous ergothérapeute travaillant ou ayant travaillé en SMR ? \*

Oui

Non

3) Travaillez-vous en SMR depuis au moins trois ans ? \*

Oui

Non

4) Prenez-vous en soin des personnes ayant fait un AVC ? \*

Oui

Non

## Approche centrée sur la personne

L'ensemble des questions de ce questionnaire interroge vos interventions auprès de personnes ayant fait un AVC

5) Vous arrive-t-il de dédier des séances de rééducation à la communication avec vos clients ? \*

8) Lors de vos prises en soin, vous accordez... \*

- Davantage d'importance à vos décisions
  - Autant d'importance à vos décisions qu'à celles du client
  - Davantage d'importance aux décisions de votre client

6) Vous arrive-t-il de solliciter vos clients afin qu'ils soient acteurs de leur prise en soin ? \*

9) A quelle fréquence êtes-vous authentique et transparent lors des échanges avec vos clients ? \*

7) Selon vous, à quelle fréquence vos clients ont les capacités de trouver une solution à leurs difficultés durant une prise en soin complète ?

10) Accordez-vous une importance au fait que vos clients aient conscience de leurs propres ressources et difficultés ? \*

11) Vous considérez-vous comme étant acteur de la prise de conscience que le client a de ses émotions ? \*

14) Ressentez-vous une persévérance de vos clients face aux obstacles d'une activité de rééducation en ergothérapie ? \*

12) Concernant votre client, prenez-vous en compte... \*

- Uniquement ses ressources
  - Autant ses ressources que ses difficultés
  - Uniquement ses difficultés

15) A quelle fréquence vos clients ont-ils conscience de leurs difficultés liées à l'AVC ? \*

13) Lors de vos interventions, considérez-vous votre client dans sa globalité ? \*

Jamais	<input type="radio"/>	Toujours										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

16) Proposez-vous à vos clients des activités de rééducation en lien avec leurs valeurs personnelles ? \*

17) Proposez-vous des activités de groupe à vos clients ? \*

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10	
Jamais	<input type="radio"/>
	Toujours

20) Ressentez-vous une motivation chez vos clients lors de leurs activités de rééducation en ergothérapie ? \*

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10	
Jamais	<input type="radio"/>
	Toujours

18) Lors d'une prise en soin, vous arrive-t-il de valoriser vos clients ? \*

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10	
Jamais	<input type="radio"/>
	Toujours

21) Lors de vos interventions, à quelle fréquence vos clients agissent-ils activement afin de prendre en charge leur maladie ? \*

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10	
Jamais	<input type="radio"/>
	Toujours

19) Vous arrive-t-il de laisser vos clients travailler en autonomie durant leurs séances de rééducation ? \*

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10	
Jamais	<input type="radio"/>
	Toujours

22) Proposez-vous à vos clients des activités en lien avec leur rôle social ? \*

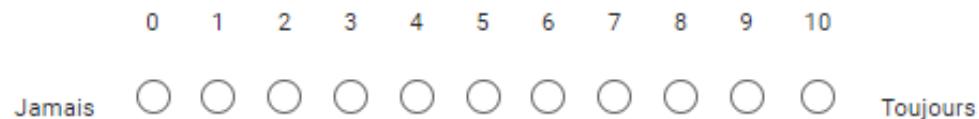
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10	
Jamais	<input type="radio"/>
	Toujours

23) Selon vous, la participation du client à l'élaboration de ses objectifs de rééducation... \*

- Influence positivement sur son engagement occupationnel
- Ne change rien à son engagement occupationnel
- Influence négativement sur son engagement occupationnel

---

24) A quelle fréquence vos clients s'investissent lors des activités de rééducation en ergothérapie ? \*



25) Avez-vous d'autres remarques ?

Votre réponse

---

### Annexe 9 : Matrice du questionnement de la recherche

Numérotation de la question	Variables étudiées	Critères	Intitulé	Modalités de réponse	Cibles
1.	<u>Consentement</u>	Accord de la personne enquêtée	Acceptez-vous de participer à cette enquête ?	Réponse dichotomique : « OUI » / « NON »	Accord des participants à ce questionnaire
2.		Lieu d'exercice en tant qu'ergothérapeute	Êtes-vous ergothérapeute travaillant ou ayant travaillé en SMR ?	Réponse dichotomique : « OUI » / « NON »	Critères d'inclusion de la recherche
3.	<u>Critères socio-professionnels</u>	Expérience professionnelle en SMR	Travaillez-vous en SMR depuis au moins trois ans ?	Réponse dichotomique : « OUI » / « NON »	
4.		Public pris en soin	Prenez-vous en soin des personnes ayant fait un AVC ?	Réponse dichotomique : « OUI » / « NON »	
5.	<u>Approche centrée sur la personne</u>	La relation thérapeutique	Vous arrive-t-il de dédier des séances de rééducation à la communication avec vos clients ?	Echelle numérique 0 = Jamais 10 = Toujours	Mesure de la fréquence à laquelle l'ergothérapeute dédie des séances de rééducation à la communication avec ses clients

6.	<u>Approche centrée sur la personne</u>	La relation thérapeutique	Vous arrive-t-il de solliciter vos clients afin qu'ils soient acteurs de leur prise en soin ?	Echelle numérique 0 = Jamais 10 = Toujours	Mesure de la fréquence de sollicitation des clients afin qu'ils soient acteurs de leur prise en soin
7.			Selon vous, à quelle fréquence vos clients ont les capacités de trouver une solution à leurs difficultés durant une prise en soin complète ?	Echelle numérique 0 = Jamais 10 = Toujours	Mesure de la fréquence à laquelle les clients arrivent à résoudre leurs difficultés durant leur prise en soin
8.		Le respect du client	Lors de vos prises en soin, vous accordez...	Echelle de Likert A) Davantage d'importance à vos décisions B) Autant d'importance à vos décisions qu'à celles du client C) Davantage d'importance aux décisions de votre client	Mesure de l'importance accordée par l'ergothérapeute aux décisions des clients
9.			A quelle fréquence êtes-vous authentique et transparent lors des échanges avec vos clients ?	Echelle numérique 0 = Jamais 10 = Toujours	Mesure de la fréquence à laquelle l'ergothérapeute est authentique et transparent lors des échanges avec ses clients

10.	<u>Approche centrée sur la personne</u>	La conscience de soi	Quelle importance accordez-vous au fait que vos clients aient conscience de leurs propres ressources et difficultés ?	Echelle numérique 0 = Pas important du tout 10 = Complètement important	Mesure de l'importance accordée par l'ergothérapeute au fait que les clients aient conscience de leurs ressources et difficultés
11.			Vous considérez-vous comme étant acteur de la prise de conscience que le client a de ses émotions ?	Echelle numérique 0 = Pas du tout 10 = Complètement	Mesure de la considération de l'ergothérapeute comme étant acteur de la prise de conscience du client
12.		La conception de la personne	Concernant votre client, prenez-vous en compte...	Echelle de Likert : A) Uniquement ses ressources B) Autant ses ressources que ses difficultés C) Uniquement ses difficultés	Mesure de la prise en compte des ressources et difficultés du client
13.			Lors de vos prises en soin, considérez-vous votre client dans sa globalité ?	Echelle numérique 0 = Jamais 10 = Toujours	Mesure de la fréquence de considération du client dans sa globalité
14.	<u>Engagement</u>	Processus psychique	Ressentez-vous une persévérance de vos clients face aux obstacles d'une activité de rééducation en ergothérapie ?	Echelle numérique 0 = Jamais 10 = Toujours	Mesure de la fréquence à laquelle les clients persévèrent face aux obstacles d'une activité de rééducation en ergothérapie

15.	<u>Engagement</u>	Processus psychique	A quelle fréquence vos clients ont-ils conscience de leurs difficultés liées à l'AVC ?	Echelle numérique 0 = Jamais 10 = Toujours	Mesure de la fréquence à laquelle les clients ont conscience de leurs difficultés liées à l'AVC
16.		Autodétermination	Proposez-vous à vos clients des activités de rééducation en lien avec leurs valeurs personnelles ?	Echelle numérique 0 = Jamais 10 = Toujours	Mesure de la fréquence de propositions d'activités de rééducation en lien avec les valeurs personnelles des clients
17.			Proposez-vous des activités de groupe à vos clients ?	Echelle numérique 0 = Jamais 10 = Toujours	Mesure de la fréquence de propositions d'activités de groupe aux clients
18.		Facteurs influençant l'engagement	Lors d'une prise en soin, vous arrive-t-il de valoriser vos clients ?	Echelle numérique 0 = Jamais 10 = Toujours	Mesure de la fréquence à laquelle l'ergothérapeute valorise ses clients
19.			Vous arrive-t-il de laisser vos clients travailler en autonomie durant leurs séances de rééducation ?	Echelle numérique 0 = Jamais 10 = Toujours	Mesure de la fréquence à laquelle l'ergothérapeute laisse ses clients travailler en autonomie durant leurs séances de rééducation

20.	<u>Engagement</u>	Adhésion thérapeutique	Ressentez-vous une motivation chez vos clients lors de leurs activités de rééducation en ergothérapie ?	Echelle numérique 0 = Jamais 10 = Toujours	Mesure du ressenti de la motivations des clients lors de leurs activités de rééducation en ergothérapie
21.			Lors de vos interventions, à quelle fréquence vos clients agissent-ils activement afin de prendre en charge leur maladie ?	Echelle numérique 0 = Jamais 10 = Toujours	Mesure de la fréquence à laquelle les clients agissent activement dans la prise en charge de leur maladie
22.		Engagement occupationnel	Proposez-vous à vos clients des activités en lien avec leur rôle social ?	Echelle numérique 0 = Jamais 10 = Toujours	Mesure de la fréquence de propositions d'activités liées au rôle social du client
23.			Selon vous, la participation du client à l'élaboration de ses objectifs de rééducation...	Echelle de Likert A) ... influence positivement sur son engagement occupationnel B) ... ne change rien à son engagement occupationnel C) ... influence négativement sur son engagement occupationnel	Mesure de l'influence de la participation du client à l'élaboration de ses objectifs de rééducation sur son engagement occupationnel

24.		Engagement occupationnel	A quelle fréquence vos clients s'investissent lors des activités de rééducation en ergothérapie ?	Echelle numérique 0 = Jamais 10 = Toujours	Mesure de la fréquence d'investissement des clients lors des activités de rééducation en ergothérapie
25.	<u>Expression libre</u>	/	Avez-vous d'autres remarques ?	Question ouverte	Recueillir des informations pertinentes n'entrant pas dans le cadre des précédentes questions.

## Résumé et mots-clés

**Résumé :** En France, environ 150 000 personnes font un AVC chaque année et 30% d'entre eux sont hospitalisés en rééducation. L'un des rôles de l'ergothérapeute est d'accompagner ses clients dans leur projet de vie tout en proposant une approche centrée sur la personne. En théorie, certains clients sont satisfaits à la suite d'une approche centrée, de leur implication durant leur processus de réadaptation. Cette implication les a rendus plus soucieux d'atteindre une meilleure qualité de vie tout en renforçant leur estime de soi. En pratique, les ergothérapeutes en SMR mettent en lumière des freins à l'application de l'approche centrée sur la personne. Le manque de connaissances sur la démarche de cette approche apparaît comme l'obstacle majeur, devant les contraintes institutionnelles et les troubles cognitifs liés à l'AVC. Aussi, le discours des ergothérapeutes diverge en ce qui concerne l'effet de leur approche sur l'engagement du client dans ses soins. De ce fait, l'objectif de cette recherche est de mesurer les impacts de l'approche centrée sur la personne appliquée par l'ergothérapeute, sur l'engagement occupationnel des clients. La méthode différentielle est utilisée, celle-ci fait appel à l'analyse des statistiques afin de vérifier une éventuelle corrélation entre nos variables de recherche. Les résultats sont en cours de traitement. Toutefois, ceux-ci seront à nuancer en raison de l'échantillonnage de cette recherche qui est non probabiliste, et d'une cohorte limitée.

**Mots-clés :** Ergothérapie, AVC, SMR, Approche Centrée sur la Personne, engagement occupationnel

## Abstract and keywords

**Abstract :** In France, about 150,000 people suffer a stroke every year and 30% are hospitalised. One of the principles of occupational therapy is to support clients in their life project while offering a person-centred approach. The clients satisfaction outcomes on the rehabilitation process of the person-centred approach are not conclusive. Research have shown this involvement increase the clients self esteem and the concern for a better quality of life. Occupational therapists showed a lack of knowledge on the person-centred approach appeared to be the major obstacle, then institutional constraints and third, stroke-related cognitive outcomes, impacting the understanding of the centred approach. The aim of this research is to measure the impact of the person-centred approach applied by the occupational therapist on the occupational engagement of clients. This research is based on a differential method, to verify a possible correlation between client centred approach and occupational engagement. The results are currently being processed. However, these will be qualified by the non-probabilistic sampling of this research, and a limited cohort.

**Keywords :** Occupational therapy, Stroke, Rehabilitation center, Client Centred Approach, Occupational engagement.