

INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE
LORRAINE
CHAMPAGNE-ARDENNE



Engagement et activité signifiante :

Intérêt de la Mesure Canadienne de Rendement Occupationnel dans la prise en soin de patients en post-AVC

Mémoire d'initiation à la recherche

Hugo Marquigny

Juin 2017

Remerciements

Sous la direction de Cassandra Fays, maître de mémoire, que je remercie pour sa disponibilité et ses conseils.

J'exprime mes remerciements à l'ensemble des professionnels qui ont accepté de me rencontrer et qui ont consacré une partie de leur temps pour répondre à mes interrogations.

Merci à Cécile Aubert et à toute l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie pour leur disponibilité.

Je remercie particulièrement mes parents, grands-parents et mes sœurs qui m'ont toujours soutenu dans mes projets.

Enfin, j'adresse un merci à tous mes amis pour l'aide qu'ils m'ont apporté.

Table des matières

Introduction	1
A. Partie théorique	3
1. Eclairage contextuel	3
1.1. L'accident vasculaire cérébral	3
1.2. Evolution des patients pris en charge en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)	6
1.3. Rôle de l'ergothérapeute dans la prise en soin de personnes victimes d'AVC.....	7
2. Eclairage conceptuel	8
2.1. La théorie du flow	8
2.2. Potentiel thérapeutique de l'activité.....	11
2.3. Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO) et mesure canadienne de rendement occupationnel (MCRO)	15
Elaboration de la problématique et des hypothèses	20
B. Partie exploratoire	21
1. Méthodologie du recueil des données	21
1.1. Objectifs de l'exploration.....	21
1.2. Choix de la méthode du recueil des données	21
1.3. Choix des participants à l'étude	22
1.4. Organisation des entretiens	22
2. Analyses des données	25
2.1. Analyse longitudinale	25
2.2. Analyse transversale	34
3. Vérification des hypothèses et de la problématique	41
3.1. Rappel de la problématique et des hypothèses.....	41
3.2. Hypothèse 1.....	41
3.3. Hypothèse 2.....	42
3.4. Problématique	42
Discussion	43
1. Activité signifiante et occupation	43
2. Théorie du flow : Engagement et performance du patient	44
3. Intérêts de la MCRO	45
Limites	46
Préconisations	47
Conclusion	48
Bibliographie	49
ANNEXES	51

Introduction

Mon sujet de mémoire m'est apparu grâce à l'intérêt que je porte à la théorie du flow qui est applicable au domaine sportif mais aussi dans beaucoup d'autres domaines. J'ai pris connaissance de cette théorie lors d'une discussion avec un professeur d'éducation physique et sportive, parent d'un de mes coéquipiers de gymnastique, sport que j'ai pratiqué à Haut Niveau. La théorie du flow est également un thème abordé en ergothérapie, notamment en France par Marie-Chantal Morel-Bracq.

Cette théorie vise à définir les conditions nécessaires pour obtenir un état de performance optimale dans une activité donnée. Ces termes m'ont donc amené à me poser la question de départ suivante :

« En tant qu'ergothérapeute, dans quelles conditions doit-on mettre un patient pour obtenir des performances optimales en rééducation ? ».

Cependant, ce thème étant trop large et devant la difficulté à quantifier les bénéfices de la théorie du flow, il était nécessaire de contextualiser mon sujet avec des notions propres à l'ergothérapie, d'où l'utilisation des concepts d'activité signifiante, du potentiel thérapeutique de l'activité ainsi que du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) qui est un modèle conceptuel dont la mesure n'est autre que la Mesure Canadienne de Rendement Occupationnel (MCRO).

Ce mémoire prend donc une autre direction d'avantage centrée sur l'activité, en particulier l'activité signifiante avec toute sa part de subjectivité.

La théorie du flow servira donc de base théorique nécessaire à la définition d'activité signifiante. Elle aidera également à comprendre quelles sont les conditions nécessaires à l'apparition de l'état optimal de performance et les pré-requis pour obtenir un meilleur engagement dans l'activité.

Le MCREO est le modèle conceptuel qui se rapproche le plus de mon thème puisque sa mesure, la MCRO, remplie conjointement par l'ergothérapeute et le patient, permet de définir

et de prioriser les activités significantes qui posent le plus de problèmes et de difficultés, tout en conservant une grande part de subjectivité, le patient peut ensuite évaluer le rendement et sa satisfaction dans les tâches préalablement choisies.

Alors que nous nous étions orientés vers une population adulte souffrant de dépression en vue du stage que j'allais effectuer en unité de soins psychiatriques, il m'a finalement semblé plus pertinent de choisir une population de patients adultes en post-AVC puisque le secteur rééducatif induit d'avantage la notion de performance dans la réalisation d'activités de rééducation. Les patients dépressifs que j'avais rencontrés présentaient, pour la plupart, des symptômes tels que l'apragmatisme et la clinophilie, ce qui posait problème dans l'engagement et l'implication dans une activité. Ainsi la notion de performance ou de plaisir dans une activité n'avait pas de sens pour ces personnes pour qui, justement, l'un des symptômes est de ne pas pouvoir agir et de ne pas ressentir de plaisir.

Dans un premier temps, un éclairage théorique sera apporté afin de définir le contexte et les concepts qui régissent la pratique de l'ergothérapeute. Puis, dans un second temps, nous analyserons et discuterons les données nécessaires à la validation des hypothèses et de la problématique.

A. Partie théorique

1. Eclairage contextuel

1.1. L'accident vasculaire cérébral

1.1.1. Définition

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une affection neurologique définie selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « un déficit brutal d'une fonction cérébrale focale sans autre cause apparente qu'une cause vasculaire »¹. L'AVC correspond à l'arrêt brutal de la circulation sanguine au niveau d'une partie du cerveau. Le diagnostic de l'AVC doit être confirmé par imagerie cérébrale comme le préconise la Haute Autorité de Santé (HAS)².

1.1.2. Etiologie

Les AVC ont plusieurs causes possibles, il en existe deux principaux types³ :

- AVC ischémiques (environ 80%)
- AVC hémorragiques (environ 20%)

Les AVC ischémiques correspondent à un manque d'apport d'oxygène dans une partie du cerveau. Ils peuvent être la conséquence d'une obstruction d'origine thrombotique (occlusion, plaque d'athérome) ou d'origine thromboembolique (caillot). Les AVC ischémiques peuvent également être transitoires (AIT), il s'agit alors d'un « déficit neurologique focal transitoire d'installation brutale d'origine ischémique dont les symptômes régressent totalement en moins de 24 heures »⁴. La prise en charge aigüe d'un AIT sera identique à celle d'un AVC ischémique dit « constitué » car le risque de récurrence précoce dans les 24 heures qui suivent est très important.

¹ HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Juin 2012. *Accident vasculaire cérébral : méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte.*

² HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Octobre 2014. *Place de l'imagerie dans la prise en charge de l'AVC.*

³ COLLÈGE DES ENSEIGNANTS DE NEUROLOGIE. *Accidents vasculaires cérébraux.*

⁴ HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Février 2015. *Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire.*

Les AVC hémorragiques correspondent à une hémorragie cérébrale non traumatique intra ou extra cérébrale due à une lésion ou à la rupture des parois d'un vaisseau. La cause principale de l'AVC hémorragique est l'hypertension artérielle. (HAS).

1.1.3. Épidémiologie

Selon le rapport du docteur Elisabeth Fery-Lemonnier⁵ (2009), les AVC représentent la première cause de handicap moteur chez l'adulte, la deuxième cause de démence et la troisième cause de mortalité en France. Les AVC touchent 130 000 nouveaux patients chaque année dont 40 000 décès et 30 000 handicaps lourds. Environ 50 000 personnes souffrent à ce jour des conséquences d'un AVC. Le régime général de l'assurance maladie classe 225 000 personnes en affection longue durée. 25% des AVC surviennent chez les moins de 65 ans et 50% des AVC touchent les personnes de 75 ans et plus. De plus, le risque de récurrence est estimé entre 30% et 43% à cinq ans après le premier AVC. Ces chiffres clés montrent que les AVC constituent un problème majeur de santé publique. (HAS, 2012).

1.1.4. Facteurs de risque

Les facteurs de risque de survenue d'un AVC peuvent être différenciés en facteurs modifiables et non modifiables. La fréquence des AVC augmente avec l'âge, le vieillissement du système artériel et du cerveau pouvant être accélérés par les principaux facteurs de risque suivant (HAS) :

- **Facteurs modifiables** : Hypertension artérielle, tabac, diabète, alcool, obésité, sédentarité...
- **Facteurs non modifiables** : Antécédents familiaux cardio-vasculaire précoce, âge, sexe...

⁵ FERY-LEMONNIER, Elisabeth. 2009. *La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France : rapport à madame la ministre de la santé et des sports.*

1.1.5. *Séquelles et complications des AVC*

Les AVC sont à l'origine de déficiences multiples pouvant être isolées ou associées selon la localisation de la lésion. Selon le collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation (cofemer)⁶ il peut s'agir de déficiences :

- Motrices : hémiplégie, hémiparésie, troubles de déglutition.
- Sensorielles : hémianesthésie, hémiparesthésie.
- Cognitives : aphasie, apraxie, agnosie, négligence, troubles des fonctions exécutives.

Ces déficiences sont à l'origine d'incapacités importantes qui peuvent altérer des fonctions comme la marche, les préhensions, la cognition ainsi que la continence sphinctérienne. D'après le collège des enseignants en neurologie (CEN)⁷, ces incapacités peuvent également être majorées par des troubles associés :

- Trouble de tonus : hypotonie, spasticité.
- Troubles orthopédiques : subluxation de l'épaule, rétraction, enraidissement.
- Douleurs neuropathiques.
- Troubles de l'humeur : dépression, anxiété.
- Troubles vésico-sphinctérien et ano-rectaux.

1.1.6. *Pronostic*

L'amélioration du pronostic est dépendant de la qualité de la prévention et de la rapidité de la prise en soin, du diagnostic et de la thérapeutique mis en place à la phase aiguë.

L'AVC est la source de nombreux handicaps physiques séquellaires. De plus, il augmente de manière importante l'apparition de troubles cognitifs et de dépressions. En France, un tiers des survivants d'un AVC sont dépendants. Deux tiers des survivants gardent des séquelles à vie et seulement un tiers des survivants retrouvent leurs fonctionnements antérieurs. Les conséquences d'un AVC justifient donc d'une prise en soin des patients qui en sont victimes à moyen et long terme. (CEN)

⁶ COFEMER. 2005. *Objectif 133 : Accidents vasculaires cérébraux.*

⁷ COLLÈGE DES ENSEIGNANTS DE NEUROLOGIE. *Accidents vasculaires cérébraux.*

1.2. Evolution des patients pris en charge en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

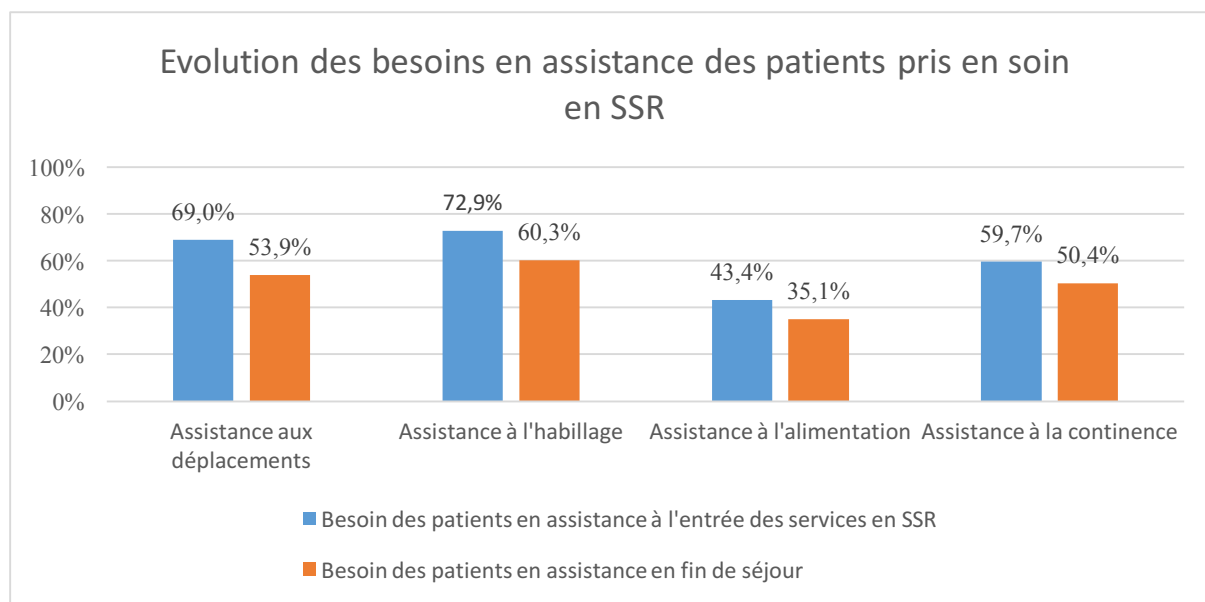


Figure 1 : Graphique de l'évolution de la dépendance durant l'hospitalisation en SSR⁸

D'après le graphique dont les chiffres sont tirés de l'HAS, on remarque qu'un grand nombre de patients victimes d'AVC ont besoin d'assistance dans les activités de vie quotidienne. Il est donc de la compétence de l'ergothérapeute d'intervenir dans ce domaine au sein des structures SSR.

D'après le ministère des affaires sociales et de la santé⁹, ces structures de soins (SSR) ont trois missions principales :

- **Rééducation** : En aidant les personnes à retrouver leurs moyens physiques, cognitifs et psychologiques.
- **Réadaptation** : En permettant à la personne la meilleure adaptation possible si les limitations sont irréversibles.
- **Réinsertion** : En garantissant au patient une meilleure autonomie sociale et professionnelle en fin de séjour.

⁸ HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Juin 2012. *Accident vasculaire cérébral : méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte.*

⁹ MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. 2016. *Soins de suite et de réadaptation - SSR Une prise en charge globale de la personne après l'hospitalisation.*

1.3. Rôle de l'ergothérapeute dans la prise en soin de personnes victimes d'AVC.

Selon Amandine Cook, ergothérapeute, celui-ci a un rôle majeur à jouer dans la prise en soin des personnes ayant fait un AVC de la phase aigüe jusqu'au retour à domicile et la réinsertion professionnelle en passant par la phase de rééducation.

A la phase précoce, c'est à dire à l'arrivée du patient dans les structures de SSR, il est fondamental de limiter les complications ostéoarticulaires. L'ergothérapeute en a les compétences et va être acteur de l'installation du patient au lit et au fauteuil roulant. C'est l'ergothérapeute qui va évaluer les besoins du patient en aide technique pour lui permettre d'être indépendant dans ses activités de vie quotidienne ainsi que pour ses transferts et déplacements. Le bilan des déficiences et des intégrités du patient sera réalisé par l'équipe pluridisciplinaire.

A la phase post-aigüe, environ 48 heures après l'arrivée du patient, l'ergothérapeute évalue les capacités et incapacités du patient au travers de mises en situation écologiques et bilans spécifiques notamment le bilan des besoins dans les activités de vie journalière. Il pourra alors répondre à certains besoins en accord avec l'équipe pluridisciplinaire.

Une rééducation précoce complémentaire et coordonnée avec les autres intervenants rééducateurs sera mise en place pour optimiser au mieux l'autonomie du patient.

L'ergothérapeute recueille toutes les informations relatives au patient c'est à dire son environnement, ses ressources ainsi que ses habitudes de vie pour personnaliser les objectifs de prise en soin.

Enfin, l'ergothérapeute a un rôle important à jouer en ce qui concerne le retour à domicile et la réinsertion professionnelle. Pour cela, il a plusieurs moyens à sa disposition comme la mise en place de visites à domicile, l'aménagements du domicile et du poste de travail ainsi que la coordination des intervenants extérieurs. (HAS, 2010)¹⁰

La réussite du retour à domicile pour le patient nécessite un certain niveau de performance dans les activités de rééducation et dans les mises en situations écologiques proposées. L'ergothérapeute doit adapter et personnaliser sa prise en soin en fonction des objectifs du patient. Il est nécessaire pour cela d'identifier les attentes du patient pour que l'intervention soit plus pertinente vis à vis des activités qui seront signifiantes pour lui afin d'obtenir un engagement optimal.

¹⁰ COOK, Amandine. 2010. *Quel rôle tenez-vous en tant qu'ergothérapeute dans la prise en charge du patient atteint d'AVC ?*

2. Eclairage conceptuel

2.1. La théorie du flow

La théorie du flow est un concept dont le précurseur est Csikszentmihalyi, psychologue aux Etats-Unis. Lors de son étude entre 1975 et 2000, il a tenté de décrire et comprendre l'expérience particulière qu'apporte l'engagement dans certaines activités et notamment l'apparition du plaisir dans une activité intrinsèquement motivée et décrite comme agréable.¹¹

Le flow, ou expérience optimale, réfère à l'état subjectif de se sentir bien. Nous pouvons parler d'une activité « autotélique »¹² c'est-à-dire motivante et gratifiante par elle-même. L'expérience de flow peut être présente dans tous les domaines. Toute activité peut procurer une expérience de flow si elle a du sens pour la personne et qu'elle vise un objectif important.

Lors de son étude, les sujets interrogés, qu'ils soient athlètes, motards, fermiers ou anciens toxicomanes, décrivent tous la sensation de se laisser emporter par un fort courant. D'ou le terme de « flow ».¹³

Une expérience optimale est une situation dans laquelle les gens se sentent heureux peu importe la nature de l'activité. Les meilleurs moments que les personnes retiennent sont des situations où elles étaient activement engagées dans une entreprise difficile exigeant toutes leurs capacités physiques et mentales¹⁴.

L'expérience de flow est un état de conscience modifiée. En effet, lors de certaines activités qui représentent un défi important et qui nécessitent d'utiliser au maximum nos capacités, notre attention se concentre sur l'objectif préalablement défini, il est possible de ressentir une perte de la notion de temps. Cependant, pour atteindre cet état d'expérience

¹¹ MOREL-BRACQ, Marie-Chantal. Décembre 2001. *Activité et qualité de vie, la théorie du Flow*.

¹² DEMONTROND, Pascale et GAUDREAU, Patrick. 2008. *Le concept de « flow » ou « état psychologique optimal » : état de la question appliquée au sport. De Boeck Supérieur « Staps »*.

¹³ CSIKSZENTMIHALYI, Mihaly et D. PATTON, John. 1997. *Le Bonheur, l'Expérience Optimale et les Valeurs Spirituelles : Une Etude Empirique Auprès d'Adolescents*.

¹⁴ *Ibid.*

optimale, le feed-back sur la réussite de l'action et l'appréciation du résultat doivent être immédiats, clairs et rapides¹⁵.

Pour atteindre l'état de flow, il existe huit critères¹⁶ :

- Il doit y avoir un équilibre entre les capacités de la personne et les chances de réussite de l'action.
- La concentration doit être optimale (distractions réduites au maximum).
- Les objectifs sont clairs et établis au préalable par la personne.
- Le feed-back doit être immédiat concernant la réussite de l'activité.
- L'investissement de la personne doit être important sans avoir la sensation d'un effort excessif. (Sans tracas ni frustration).
- La personne doit avoir le sentiment de contrôler ses actions.
- Le sujet doit être dans un état d'oubli de lui même et de ses besoins.
- La notion de temps peut être altérée chez la personne (allongée ou raccourcie).

Pour Csikszentmihalyi, l'engagement dans des activités significatives permet d'améliorer le fonctionnement du cerveau et d'augmenter l'état de conscience. Selon madame Morel-Bracq (2006), « L'activité « significative » revêt un sens particulier pour la personne liée à son histoire et à son projet personnel. L'activité « significative » correspond au sens social donné par l'entourage. »¹⁷ Il y a donc une notion de subjectivité qui est importante à considérer dans la définition d'une activité « significative ».

Au delà de la motivation intrinsèque et du plaisir qu'apporte une expérience optimale, les recherches semblent montrer que le flow entraîne l'amélioration des compétences et des capacités sur le long terme. Cet état de conscience permet également, en obtenant de nouvelles compétences, d'avoir le sentiment de contrôler sa vie et d'augmenter l'estime de soi. C'est une manière de structurer son identité. L'individu sera donc amené à retrouver cet état psychologique au cours de sa vie et dans le choix de ses activités.¹⁸

¹⁵ CSIKSZENTMIHALYI, Mihaly et D. PATTON, John. 1997. *Le Bonheur, l'Expérience Optimale et les Valeurs Spirituelles : Une Etude Empirique Auprès d'Adolescents*.

¹⁶ MOREL-BRACQ, Marie-Chantal. Décembre 2001. *Activité et qualité de vie, la théorie du Flow*.

¹⁷ MOREL-BRACQ, Marie-Chantal. 2006. *Analyse d'activité et problématisation en ergothérapie*.

¹⁸ CSIKSZENTMIHALYI, Mihaly. 1997. *Activity and happiness : towards a science of occupation. Occupational Science : Australia*. ; CSIKSZENTMIHALYI, Mihaly et D. PATTON, John. Avril 1993. *Le Bonheur, l'Expérience Optimale et les Valeurs Spirituelles : Une Etude Empirique Auprès d'Adolescents*.

Il est important de préciser qu'une personne vivra d'autant plus une expérience optimale qu'elle aura elle-même établi ses objectifs en fonction de l'évaluation qu'elle aura faite de ses propres capacités d'action.

Une prise en charge dirigée, vers des activités et un environnement favorisant l'apparition d'expérience de flow, peut améliorer l'engagement et la participation du patient dans la démarche de soin.

En tant qu'ergothérapeutes, nous devons permettre l'engagement dans ce type d'actions en proposant un panel d'activités large tout en instaurant un climat de confiance permettant un choix libre au patient. L'évolution de la tâche vers la complexité favorisera l'implication de la personne dans ses activités et donc dans la prise en charge. La verbalisation est une composante importante puisqu'elle permettra un meilleur contrôle de l'action et aidera l'esprit à s'organiser¹⁹.

Plusieurs étapes dans la prise en soin sont importantes pour aider le patient à ressentir l'état de flow. Il faudra tout d'abord fixer un objectif général motivant et définir des objectifs intermédiaires adaptés aux capacités réelles du patient.

Il est nécessaire d'ajuster l'activité si celle-ci devient trop stressante ou au contraire, trop ennuyante.

Aussi, il faudra mettre en place un feed-back permettant au patient de mesurer ses progrès tout au long de sa rééducation.

¹⁹ MOREL-BRACQ, Marie-Chantal. Décembre 2001. *Activité et qualité de vie, la théorie du Flow*.

2.2. Potentiel thérapeutique de l'activité

Les activités prennent une place majeure dans la vie de l'être humain qui a pour nature d'agir sur et dans son environnement. Selon Marie-Chantal Morel-Bracq²⁰, nous avons besoin d'activités pour satisfaire nos besoins, nous sentir utiles ainsi que pour nous maintenir en bonne santé physique et psychique. L'activité est un concept fondamental pour l'ergothérapeute qui a pour objectif de promouvoir la santé et la qualité de vie à travers des activités signifiantes. Nous pouvons nous demander quel est le pouvoir thérapeutique d'une activité mais également nous questionner sur la manière d'exploiter et d'étendre son potentiel thérapeutique.²¹

Citée par Marie-Chantal Morel-Bracq, Ann Wilcock, est une ergothérapeute australienne qui a étudié le développement de l'activité humaine à travers le temps. Pour elle, l'activité est un mécanisme biologique nécessaire pour survivre et rester en bonne santé. L'être humain doit s'engager dans des activités pour maintenir et développer ses capacités, son rôle social et sa santé.²² L'activité est indispensable pour la survie. L'activité est nécessaire à l'être humain au même titre que boire ou manger. Chez l'homme, il existe un besoin fondamental d'explorer et d'agir sur son environnement et de se réaliser dans l'action.²³ C'est en s'engageant dans des activités que l'homme découvre le monde qui l'entoure et se découvre lui-même. Nous avons besoin de nous engager dans des activités selon le sens que nous donnons à nos vies, selon les valeurs qui nous motivent.²⁴ Il s'agit donc d'avoir des activités physiques et mentales que nous apprécions pour nous réaliser en tant qu'individu.

Toujours selon Ann Wilcock, l'engagement dans l'activité est un mécanisme central et évolutif pour maintenir et promouvoir la santé. C'est par la mise en action que l'homme peut développer ses capacités motrices, sensorielles, cognitives et psychiques. Selon elle, « Le besoin d'agir stimule l'utilisation des capacités pour permettre à l'organisme d'atteindre son potentiel »²⁵. Les activités physiques permettent à l'organisme de rester en forme. Les activités intellectuelles quant à elles, développent les capacités d'abstraction et de concentration tandis que les activités d'expression et de communication contribuent à nous reconnaître en tant qu'être humain.

²⁰ MOREL-BRACQ, Marie-Chantal. Décembre 2001. *Activité et qualité de vie, la théorie du Flow*.

²¹ MOREL-BRACQ, Marie-Chantal. 2011. *Exploiter le potentiel thérapeutique de l'activité...* Dans : Expériences en ergothérapie.

²² *Ibid.*

²³ FERLAND, Francine. 2015. *L'activité au cœur du développement de la personne*. Dans : L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?

²⁴ MOREL-BRACQ, Marie-Chantal. Décembre 2001. *Activité et qualité de vie, la théorie du Flow*.

²⁵ MOREL-BRACQ, Marie-Chantal. 2011. *Exploiter le potentiel thérapeutique de l'activité...* Dans : Expériences en ergothérapie.

Les activités peuvent répondre à des défis, apporter des satisfactions et permettre la réalisation de soi. Selon Francine Ferland, ergothérapeute, nous avons besoin de nous engager tout au long de notre vie dans des activités équilibrées qui se déclinent en différentes catégories comme le jeu, le travail, les loisirs ou encore les activités de vie quotidienne. Ces activités qui prennent plus ou moins d'importance aux différents stades de nos vies nous permettent de survivre, d'interagir avec notre environnement physique, social et culturel.²⁶

Pour rester en bonne santé, l'homme a besoin de s'investir dans des activités lui permettant de s'accomplir dans la société et qui lui procurent une certaine qualité de vie. Pour Csikszentmihalyi, cité par Marie-Chantal Morel-Bracq, chacun a une notion de ce qu'il voudrait accomplir dans sa vie. L'atteinte de cet objectif pourrait donc être une mesure de la qualité de vie. L'activité devient donc un facteur de santé reconnu en tant que tel, influant sur notre santé physique et mentale²⁷.

L'ergothérapie justifie l'importance de la mise en activité par l'amélioration du fonctionnement du patient confronté à un problème de santé. En effet, selon Marie-Chantal Morel-Bracq, des activités de création permettent de passer le temps et de rendre une hospitalisation prolongée plus facile à vivre. Mais est-ce thérapeutique en soi ? Quelles sont les caractéristiques requises pour qu'une activité soit thérapeutique ?²⁸

Tout d'abord, il est important que l'ergothérapeute vise l'amélioration des systèmes internes pour permettre l'activité. C'est ensuite l'analyse d'activité et particulièrement des composantes motrices, sensorielles, psychiques et cognitives mises en jeu durant l'action qui permettent d'argumenter le potentiel thérapeutique d'une activité. Selon Doris Pierce citée par Marie-Chantal Morel Bracq, l'ergothérapeute a donc les capacités à développer le potentiel thérapeutique de l'activité²⁹.

Vient ensuite la question du choix de l'activité. Doit-elle être imposée au patient ? L'ergothérapeute doit être à l'écoute du patient et prendre en compte ses besoins et désirs. Il doit donc ajuster l'activité aux objectifs du patient pour la rendre thérapeutique. Une activité peut répondre à des besoins de rééducation ou de réadaptation sans pour autant résoudre des

²⁶ FERLAND, Francine. 2015. *L'activité au cœur du développement de la personne*. Dans : *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?*

²⁷ MOREL-BRACQ, Marie-Chantal. Décembre 2001. *Activité et qualité de vie, la théorie du Flow*.

²⁸ MOREL-BRACQ, Marie-Chantal. 2011. *Exploiter le potentiel thérapeutique de l'activité...* Dans : *Expériences en ergothérapie*.

²⁹ *Ibid.*

problèmes importants concernant le projet de vie du patient. C'est la démarche, le contexte et la relation qui vont permettre de développer le potentiel thérapeutique d'une activité³⁰.

Selon Marie-Chantal Morel-Bracq, la théorie du flow peut nous aider à ajuster les activités proposées aux patients mais elle ne définit pas la qualité thérapeutique d'une activité.³¹ D'après Francine Ferland, pour que l'activité d'un patient réponde à son besoin d'agir et contribue à sa santé, elle doit être signifiante. C'est à dire que l'activité doit répondre à ses intérêts, à ses désirs et à ses objectifs personnels. L'engagement d'une personne dans des activités qu'elle apprécie a une influence sur l'image qu'elle a de ses compétences. De plus, une activité signifiante s'effectue de manière plus sereine que d'autres tâches qui paraissent moins agréables. Les activités significatives permettent donc de satisfaire les besoins communs à tous les êtres humains à savoir les besoins biologiques, psychologiques, intellectuels et sociaux.³²

Marie-Chantal Morel-Bracq met en lumière à travers les travaux de Doris Pierce, les éléments qui permettent de comprendre et développer le potentiel thérapeutique d'une activité à travers trois critères³³ :

- Dimension subjective d'une activité
- Dimension contextuelle de l'activité
- Les origines du potentiel thérapeutique (éléments du processus de mise en place de l'activité signifiante et significative).

La dimension subjective correspond au potentiel de productivité d'une activité, au plaisir qu'apporte la tâche mais aussi au ressourcement possible que peut apporter l'action. En l'occurrence, le potentiel de productivité est défini par le fait de se sentir utile en produisant un résultat. C'est cela même qui va initier l'engagement dans l'activité. C'est cette composante qui permettra la satisfaction personnelle et qui donnera un sens à l'existence dans la société. Le plaisir est la composante de l'activité qui donne l'envie de recommencer et qui permettra un meilleur engagement ainsi qu'une meilleure efficacité dans l'action. Le ressourcement permet d'augmenter le niveau d'énergie à travers l'activité (écouter de la musique, faire du sport, passer du temps en famille...). Le ressourcement pourra être physique et/ou psychique.

³⁰ MOREL-BRACQ, Marie-Chantal. 2011. *Exploiter le potentiel thérapeutique de l'activité...* Dans : Expériences en ergothérapie.

³¹ *Ibid.*

³² FERLAND, Francine. 2015. *L'activité au cœur du développement de la personne.* Dans : L'activité humaine : un potentiel pour la santé?

³³ MOREL-BRACQ, Marie-Chantal. 2011. *Exploiter le potentiel thérapeutique de l'activité...* Dans : Expériences en ergothérapie.

La dimension contextuelle de l'activité équivaut au contexte spatial, temporel et socio-culturel d'une activité. En effet, toute activité est réalisée dans un espace donné et à un moment donné. Conduire une voiture ne procure pas la même expérience si le trajet est effectué pour se promener ou pour se rendre au travail. Chaque tâche requiert une chronicité spécifique. Le facteur temps est donc variable pour chaque activité. Il est important de permettre à une personne de rester en cohérence avec ses origines socio-culturelles. Le potentiel thérapeutique d'une activité augmente avec sa réalité écologique, c'est à dire selon la cohérence entre espace/temps/milieu socio culturel de la personne.

Le processus de mise en place de l'activité correspond à la compétence de l'ergothérapeute à observer et à établir une relation de confiance avec le patient en observant et en cherchant à comprendre la situation pour mettre en place un plan de traitement adapté. La collaboration avec le patient permet de repérer les objectifs thérapeutiques prioritaires en accord avec ses besoins.

Ann Wilcock cité par Francine Ferland souligne que les sciences de l'activité humaine sont sources de réflexion pour l'ergothérapie afin de faire le lien entre l'activité et la santé. Plus nous comprendrons ce lien, plus nous serons en mesure de contribuer à la promotion de la santé des personnes. La compréhension de l'activité dans l'existence de l'Homme est à privilégier pour l'accompagnement des personnes dans leurs quotidiens.³⁴ Selon Marie-Chantal Morel-Bracq, le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) est un des modèle conceptuel à privilégier pour connaître les centres d'intérêts des personnes, les activités qui leurs sont significatives mais aussi leurs manières de vivre, leurs motivations, leurs tracas et leurs projets. Ce modèle permet d'identifier les objectifs thérapeutiques à mettre en place en collaboration avec le patient et contribue donc à développer le potentiel thérapeutique des activités.³⁵

³⁴ FERLAND, Francine. 2015. *L'activité au cœur du développement de la personne*. Dans : *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?*

³⁵ MOREL-BRACQ, Marie-Chantal. 2011. *Exploiter le potentiel thérapeutique de l'activité...* Dans : *Expériences en ergothérapie*.

2.3. Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO) et mesure canadienne de rendement occupationnel (MCRO)

Elaboré par l'association canadienne des ergothérapeutes en 1991 dans le but de clarifier le rôle de l'ergothérapeute, le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel est centré sur le patient avec une vision globale de celui-ci y compris en ce qui concerne l'aspect spirituel. En premier lieu, le modèle a été publié en français et en anglais en 1997 avant d'être révisé plusieurs fois. D'abord en 2007 par le biais d'une publication complémentaire : *Enabling Occupation II : Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation*. La version française parue en 2008 aboutit à la traduction suivante : « Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation ». Dans un même temps, le nom du modèle devient : « Canadian Model of Occupational Performance and Engagement ». Traduit en français par : « Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de Participation (MCRO-P) ». Enfin, en 2013, cette notion de Participation sera remplacée par la notion d'Engagement pour aboutir à la terminologie suivante : « Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO) ». ³⁶

Le MCREO a pour hypothèse fondamentale que « la vie de toute personne est fondée sur l'occupation, le rendement occupationnel et la participation ». La promotion des activités signifiantes et significatives, correspondant au terme « d'occupation » selon la terminologie anglophone, permet le maintien de la santé et contribue à redonner un sentiment de contrôle sur sa vie. L'activité a un potentiel thérapeutique grâce au lien fort existant entre la personne, son environnement, ses activités, sa santé et enfin son bien être. ³⁷

L'occupation est définie comme « l'ensemble des activités et tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus donnent une valeur et une signification ». (Association Canadienne des Ergothérapeutes, ACE, 1997). Le MCREO divise l'occupation en trois catégories distinctes : les activités de soin personnel, les activités de loisir et enfin les activités de productivité. L'occupation est la référence et le support thérapeutique de l'ergothérapie. ³⁸

³⁶ MOREL-BRACQ, Marie-Chantal. 2009. *Le modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P)*. Dans : Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux.

³⁷ *Ibid.*

³⁸ ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHERAPEUTE. 1997. *Le modèle canadien du rendement occupationnel*.

Le MCREO prend en compte toutes les dimensions de la personne à savoir : la dimension **physique** (fonctions sensori-motrices) ; la dimension **cognitive** (fonctions cérébrales) ; la dimension **affective** (gestion des émotions et des sentiments) et la dimension **spirituelle** (croyances, valeurs, projets de vies). Cette vision globale aide à comprendre la personne dans toutes ses dimensions, ses fonctions, ses activités, ses besoins et ses habitudes de vie. La pratique centrée sur le patient est fondamentale dans ce modèle prenant en compte la subjectivité, les désirs et les besoins propre de la personne.³⁹

Il est également pris en compte l'environnement global de la personne qui se situe dans un contexte particulier séparé en quatre items : l'environnement **social** (liens sociaux et familiaux) ; l'environnement **culturel** (collectivités, accomplissement dans un groupe) ; l'environnement **institutionnel** (politique, économique ; règles de vie en communauté...) et l'environnement **physique** (environnement naturel, constructions). Selon Isabelle Marchalot, « le MCREO insiste sur la relation entre l'occupation et l'environnement : c'est l'engagement dans l'occupation (activité signifiante ou significative), dans l'environnement approprié, qui produit naturellement la participation et peut même induire une performance ».⁴⁰

Selon Isabelle Marchalot, l'ergothérapeute évalue les performances de la personne dans ses activités de vie quotidienne et dans son propre environnement. Il a pour but de réhabiliter le patient dans ses activités. Pour cela, les choses motivantes pour la personne doivent être mises en avant, peu importe l'activité. L'engagement dans les activités nécessite une participation aussi bien psychologique que physique. Il est essentiel de prendre en compte le problème exposé et le niveau de performance lors de la réalisation d'une activité. La qualité de performance souhaitée est la participation optimale que le patient pense pouvoir atteindre et celle espérée par l'ergothérapeute. Le MCREO pousse donc l'ergothérapeute à être le gardien du fonctionnement optimal de la personne.

Toujours d'après Isabelle Marchalot, le fonctionnement optimal correspond à l'activité physique ou cognitive la plus adaptée aux besoins de la personne en adéquation avec les fonctions présentes ou non. En permettant une participation optimale, l'ergothérapeute va mettre en avant la notion de rendement, c'est-à-dire le maintien d'une activité physique, psychique ou affective optimale dans les tâches du quotidien, de loisir ou de productivité.

³⁹ MARCHALOT, Isabelle. Juillet 2016. *Stratégie d'intervention en ergothérapie et rendement occupationnel*.

⁴⁰ *Ibid.*

Selon l'association canadienne des ergothérapeutes (1997), le rendement occupationnel « évoque la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations significatives qui lui procurent de la satisfaction. Ces occupations, définies sur le plan culturel et correspondants à son groupe d'âge, lui permettent de prendre soin d'elle, de se divertir et de contribuer à l'édifice social et économique de la communauté. »⁴¹

Selon Marie-Chantal Morel-Bracq, la méthodologie d'utilisation du modèle est présentée en huit étapes constituant le Cadre Conceptuel du Processus de Pratique Canadien (CCPPC) (E. Twonsend et H. Polatajko, 2008)⁴² :

- Aborder/initier : demande initiale.
- Préparer la voie : clarification des valeurs, désirs, identification des problèmes occupationnels prioritaires et des objectifs.
- Évaluer/faire l'examen : évaluation.
- Consentir aux objectifs et au plan : collaboration et accord sur le projet.
- Mise en œuvre du plan : mise en œuvre, engagement du client.
- Suivre et modifier : collaboration et adaptation.
- Evaluation du résultat : évaluation des résultats de l'intervention.
- Compléter/compte-rendu : conclusion, rapport.

Enfin, l'avantage du MCREO est qu'il intègre sa propre mesure. Il s'agit de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO). Elle est individualisée et a été conçue par des ergothérapeutes. La MCRO permet d'identifier avec le patient les activités qui lui posent problème. Cette évaluation générique ne décrit pas une pathologie mais la personne dans sa vision subjective des activités dans lesquelles elle est en difficulté. Cette mesure permet donc d'améliorer la prise en soin proposée par l'ergothérapeute grâce à une évaluation la plus proche de la personne et de son projet de vie.

Le patient devra donc évaluer et réévaluer sa performance et sa satisfaction dans les activités qui sont signifiantes pour lui. La participation dans un contexte social est également importante. L'évaluation est donc centrée sur le patient et il s'agit d'une collaboration avec l'ergothérapeute facilitant l'engagement et la participation du patient dans les activités.

⁴¹ ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHERAPEUTE. 1997. *Le modèle canadien du rendement occupationnel*.

⁴² MOREL-BRACQ, Marie-Chantal. 2009. *Le modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P)*. Dans : Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux.

Selon A. Berthoz (2013), cité par Isabelle Marchalot, « la personne et/ou son entourage ont également compétence pour déterminer ce qui pose un problème »⁴³. Il est important que le patient puisse se percevoir dans une activité et juger si la situation est satisfaisante ou non.

Après avoir déterminé les activités qui posent problème, la mesure permet de les hiérarchiser en fonction de la priorité du patient. Elle offre également la possibilité à la personne d'évaluer sa perception ainsi que sa satisfaction dans une activité. La MCRO aide par conséquent le patient à se connaître et à se percevoir à travers les problèmes qu'il identifie de manière subjective. Le patient, mettant en lumière les activités qui lui posent problème, garantit la coordination entre son projet et la prise en soin proposée par l'ergothérapeute.

Donc, selon I. Marchalot, la difficulté pour le patient est de parvenir à exprimer ses problèmes dans les activités. Egalement, il n'est pas facile pour l'ergothérapeute de reformuler les problèmes de la personne. Il est pourtant essentiel de le faire pour pouvoir garder un objectif de prise en soin et de réhabilitation permettant le maintien et/ou l'amélioration de la qualité de vie. Par exemple : pour l'objectif défini par le patient « monter les escaliers », l'objectif d'accompagnement ne sera pas le même s'il s'agit de monter les escaliers pour « lire un livre à ses enfants » ou pour « faire le ménage à l'étage ». D'où l'importance des compétences de l'ergothérapeute à reformuler les objectifs définis par le patient.

Les différences de croyance entre le patient et les professionnels de santé amènent à des stratégies de prise en soin différentes. Toujours selon I. Marchalot, de nombreuses personnes souhaitent garder la conduite automobile. Quand celle-ci pose problème, même après l'évaluation, certains patients envisagent de ne plus conduire quand d'autres n'ont pas perçu leurs difficultés et continuent de garder l'objectif de conduire. Dans ce cas, la MCRO va aider à mettre en lumière les différences de croyance entre patients et professionnels mais également aider le patient à mieux percevoir ses capacités réelles.

Néanmoins, ce modèle commence par faire ressortir les problèmes de la personne ce qui peut cacher les points positifs dans un premier temps. La mesure reste relativement facile d'accès et d'utilisation.

⁴³ MARCHALOT, Isabelle. Juillet 2016. *Stratégie d'intervention en ergothérapie et rendement occupationnel*.

Le MCREO et la MCRO guident l'ergothérapeute dans sa pratique et dans la proposition d'activité signifiante pour la personne puisque l'évaluation, l'identification, la hiérarchisation et la cotation du rendement puis de la satisfaction dans une activité est subjective. En plus d'aider le patient à mieux percevoir ses capacités et ses difficultés dans les tâches qu'il aura définies et qui lui sont signifiantes, la mesure permet également de réduire les écarts de croyance entre patients et professionnels.

Elaboration de la problématique et des hypothèses

A travers la partie théorique développée en lien avec la question de départ, nous avons pu mettre en évidence, notamment grâce à la théorie du flow que des conditions sont pré-requises à l'engagement du patient dans la thérapie.

Nous avons également démontré le rôle bénéfique que procure l'activité pour l'être humain de manière générale mais aussi dans le cadre d'une prise en charge rééducative.

Dans une démarche de soins, nous avons exposé que la MCRO permet à l'ergothérapeute de guider sa pratique et de regarder le patient dans sa globalité en lui permettant d'exprimer plus facilement ses attentes et difficultés.

En regard de ces apports théoriques et des différents constats qui en ressortent, nous sommes amenés à formuler la problématique suivante :

« Comment les ergothérapeutes intègrent les activités significantes dans leur pratique professionnelle ? »

Pour tenter de répondre à cette problématique, deux hypothèses sont annoncées :

- **« Les activités significantes ont un rôle positif dans la prise en charge des patients post-AVC adultes en centre de rééducation fonctionnel (CRF) ».**

ET

- **« La MCRO est un outil qui permet aux ergothérapeutes d'intégrer des activités significantes dans la prise en soin du patient post-AVC adulte en rééducation »**

Après avoir expliqué le contexte dans lequel se situent les ergothérapeutes et les concepts pouvant guider leur pratique professionnelle, nous allons désormais présenter et analyser les données recueillies sur le terrain qui permettront de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses et tenter de répondre à notre problématique.

B. Partie exploratoire

1. Méthodologie du recueil des données

1.1. Objectifs de l'exploration

Je cherche à travers mon mémoire de fin d'étude à savoir comment les ergothérapeutes intègrent les activités significantes à leur pratique professionnelle. Afin de clarifier cette notion d'activité significative, je cherche donc à la définir et à savoir si l'utilisation de ce type d'activité procure un meilleur engagement et une meilleure efficacité dans la prise en soin et en rééducation.

En parallèle, je cherche également à savoir si le MCREO et en particulier son échelle associée, la MCRO, permettent d'introduire plus facilement des activités significantes dans les soins.

Afin de confirmer ou d'infirmer mes hypothèses, j'ai fait le choix de réaliser des entretiens et établi au préalable un guide d'entretien qui rassemble l'ensemble de mes questionnements pour tenter de répondre à ma problématique.

1.2. Choix de la méthode du recueil des données

Suite aux apports théoriques rédigés, j'ai décidé, pour répondre à mes hypothèses et à ma problématique de réaliser des entretiens semi-directifs dont l'approche est qualitative.

Néanmoins, au vu de la terminologie anglophone de la MCRO qui est parfois difficile à traduire, j'ai préparé au préalable une liste de questions permettant d'aborder des thèmes précis ayant un vocabulaire spécifique.

Il est également demandé aux participants de définir certains termes afin de recentrer le dialogue et pour s'assurer que chacun des intervenants parlent des mêmes notions.

1.3. Choix des participants à l'étude

Afin de répondre précisément à ma problématique et pour la cohérence de l'étude, j'ai choisi d'interroger des ergothérapeutes diplômés d'état.

De plus, pour obtenir des réponses au plus proche de mon thème de recherche et pour constituer le recueil de données le plus complet possible, des critères de sélections à l'étude sont définis.

Critères de sélections :

- Ergothérapeutes exerçant ou ayant déjà exercé en SSR ou CRF : l'objectif est de rencontrer des ergothérapeutes ayant déjà pris en soin des patient en post-AVC.

ET

- Ergothérapeutes utilisant ou ayant déjà utilisé la MCRO : Le but est de bénéficier de l'expérience d'ergothérapeutes concernant la MCRO qui connaissent les modalités d'utilisation, les avantages et les limites de la mesure.

Les deux conditions sont nécessaires pour que l'ergothérapeute soit interrogé.

1.4. Organisation des entretiens

1.4.1. Préparation des entretiens

J'ai contacté par e-mail et par téléphone plusieurs ergothérapeutes exerçant en structure SSR et CRF susceptibles de prendre en soin des patient en post-AVC et d'utiliser ou d'avoir déjà utilisé la MCRO.

Après avoir eu confirmation par téléphone et/ou par e-mail que ceux-ci rentraient bien dans les critères d'inclusion de l'étude, il a été convenu de quatre entretiens avec des ergothérapeutes qui ont accepté de répondre à ma demande.

J'ai donc préparé au préalable de ces rencontres un guide d'entretien afin de réaliser un recueil de données me permettant de confirmer mes hypothèses et de répondre à ma problématique.

1.4.2. Guide d'entretien

Pour construire mon guide d'entretien, j'ai repris les concepts qui sont exposés dans la partie théorique du mémoire pour aboutir à une liste de thèmes.

Différentes questions abordant ces thèmes sont posées en fonction des informations que je cherche à obtenir pour effectuer le recueil de données. La liste des questions et le guide d'entretien sont disponibles en *annexe*

Tableau 1 : Thèmes et questionnements abordés lors des entretiens.

Thèmes	Ce que je cherche à savoir
Activité signifiante	<ul style="list-style-type: none"> • Je cherche à savoir comment les ergothérapeutes définissent le concept d'activité signifiante. • Je cherche à savoir comment les ergothérapeutes intègrent les activités significantes dans leurs pratiques.
Théorie du flow	<ul style="list-style-type: none"> • Je cherche à savoir quelles-sont les conditions optimales de performance d'un patient. • Je cherche à savoir si les activités significantes aident à instaurer ces conditions optimales.
Potentiel thérapeutique de l'activité	<ul style="list-style-type: none"> • Je cherche à savoir si l'utilisation d'une activité signifiante donne de meilleurs résultats (autonomie, efficacité dans les exercices de rééducation) ou non dans la prise en soin d'un patient ayant subi un AVC.
MCRO	<ul style="list-style-type: none"> • Je cherche à savoir si la MCRO permet de mieux prendre en compte le projet de vie du patient, si elle permet d'intégrer les activités significantes dans la prise en soin. • Je cherche à savoir si la MCRO permet aux patient de mieux adhérer à la prise en soin.

1.4.3. Réalisation des entretiens

Un des entretiens a été réalisé par téléphone. Les trois autres entretiens se sont déroulés dans un centre de rééducation dans la même matinée puisque les trois ergothérapeutes interrogés travaillent tous dans le même service. Il peut donc exister un biais concernant la pratique des différents intervenants. Néanmoins, les réponses apportées comportent de nombreuses différences qui permettent donc d’êtres analysées.

Chaque entretien a été enregistré pour faciliter le recueil des données. Il a été convenu au préalable que ces enregistrements resteraient confidentiels et qu’ils seraient détruits après l’utilisation des données. Tous les ergothérapeutes ont donc accepté cette demande. Aucun nom ne sera cité au cours de l’étude. Voici comment seront nommés les quatre ergothérapeutes interrogés :

Tableau 2 : Nomination des intervenants.

E1	Ergothérapeute 1
E2	Ergothérapeute 2
E3	Ergothérapeute 3
E4	Ergothérapeute 4

La durée théorique prévue des entretiens était d’environ vingt à trente minutes. Même si le guide d’entretien fournissait une trame de questions, des relances verbales ont été faites afin de recentrer le dialogue sur les thèmes importants ainsi que sur certaines notions que je souhaitais développer.

1.4.4. Tableau d’analyse

Afin de rendre la retranscription des données plus simple et de faciliter les analyses longitudinale et transversale, j’ai créé un tableau d’analyse reportant les différents thèmes du guide d’entretien et les réponses des quatre intervenants. Ce tableau est disponible en **annexe**.

2. Analyses des données

2.1. Analyse longitudinale

2.1.1. Ergothérapeute 1

2.1.1.1. E1 et activité signifiante

E1 définit une activité signifiante comme « **Une activité qui a du sens pour la personne, par rapport à sa trajectoire de vie, son environnement matériel et humain, sa culture et son histoire de vie.** ». Pour lui, une activité signifiante est donc une activité qui est propre à l'identité de la personne, à sa façon d'être et au monde qui l'entoure c'est-à-dire à son environnement.

E1 intègre les activités signifiantes dans ses prises en soin tout d'abord en prenant en compte la personne dans sa globalité. C'est ce qu'il nomme « **L'approche client centrée** ». Pour lui, la meilleure façon d'intégrer des activités signifiantes à la prise en soin est d'interroger la personne sur ses occupations c'est-à-dire sur ses activités de vie quotidienne et sur ses environnements.

D'une autre manière, il va intégrer les activités signifiantes aux exercices de rééducation en décomposant l'occupation (activité de vie signifiante au patient) et en donnant du sens à la finalité de l'exercice : « **Nous allons travailler sur des séquences, où telle tâche, telle activité, tel mouvement sont au bénéfice de l'occupation.** ».

2.1.1.2. E1 et théorie du flow

Pour E1, les activités signifiantes offrent un meilleur engagement. En effet selon lui, « **On ne s'engage que lorsqu'on comprend les choses et qu'on s'approprie un minimum les choses.** ». Connaître le patient dans sa globalité permettra donc d'identifier les leviers qui vont pousser le patient à s'engager. Selon E1, il y a une grande part de subjectivité qui entre en compte concernant l'engagement : « **On n'engage pas quelqu'un, c'est la personne qui décide se s'engager ou qui trouve que c'est motivant** ».

Pour obtenir de meilleures performances dans la rééducation, il sera nécessaire de proposer au patient de la « **nouveauté** », de « **varier les exercices** » et d'introduire « **l'aspect ludique** ». Il faut donc être créatif dans sa pratique professionnelle.

E1 pense aussi que le défi est une manière d'engager la personne si celui-ci est mesuré. Il s'agit donc « **d'un contrat avec la personne.** ». Aussi, le défi doit avoir un sens pour la personne : « **Il faut que la performance ait un sens dans ce qu'elle souhaite.** ».

2.1.1.3. E1 et potentiel thérapeutique de l'activité

E1 pense clairement que les activités significantes sont plus thérapeutiques que d'autres activités. Il ajoute que les ergothérapeutes, en tant que « **spécialistes de l'occupation humaine** » devraient intégrer à leurs prises en soin uniquement des activités de rééducation qui sont significantes pour le patient : « **Ne proposer que des activités significantes et significatives** ».

2.1.1.4. E1 et la MCRO

La MCRO va permettre d'intégrer des activités significantes. Selon E1, « **c'est l'objet même de cette mesure** ». C'est le patient qui va faire ressortir les occupations qui lui posent des difficultés : « **C'est le patient qui nous raconte par rapport à son histoire de vie, par rapport à sa situation ce qui lui pose problème.** ». La MCRO permet donc d'établir un plan de soin.

Pour E1, la MCRO est un outil qui permet un meilleur engagement dans la prise en soin puisque le patient devient acteur : « **Pour une fois, on demande l'avis aux personnes donc il y a vraiment une notion d'empowerment.** ». Selon Yann Le Bossé, psycho-sociologue, le terme « empowerment » est traduit en français par le terme de « s'approprier »⁴⁴. La personne a donc une part de responsabilité dans la construction du plan de soins. Néanmoins, la MCRO n'est pas le seul levier qui va motiver la personne même si elle y participe. La motivation est plus large que ça : « **La motivation inclut les rôles, l'identité occupationnelle, les compétences...** ».

⁴⁴ LE BOSSÉ, Yann. 2003. *De « l'habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. Nouvelles pratiques sociales.*

2.1.2. Ergothérapeute 2

2.1.2.1. E2 et activité signifiante

Pour E2, toutes les activités sont signifiantes à condition que la personne puisse se rendre compte de ses troubles : « **Toutes les activités sont signifiantes sauf pour les gens qui sont complètement aphasique ou anosognosique.** ». E2 distingue différents types d'activités de la manière suivante :

- « **Les activités qu'on aime et qui ont du sens** » : Celles-ci ont un bon impact sur l'engagement de la personne.
- « **Les activités qu'on n'aime pas mais qui ont du sens** » : Celles-ci ont peu d'impact sur l'engagement de personne.
- « **Les activités qu'on n'aime pas, qui ont du sens mais qui ont un énorme impact sur la vie de la personne** » : Celles-ci ont un énorme impact sur l'implication du patient.

E2 donne l'exemple du sport. Pour lui, le sport est une activité qui a du sens : « **c'est pour se muscler...** ». En revanche, il ne pratique pas puisqu'il n'aime pas ça. Il explique aussi que si une personne fait une activité qui a du sens et qu'il affectionne, « **l'activité a plus d'impact** ». Enfin, il termine par nommer les activités qui ont du sens, que l'on n'apprécie particulièrement mais qui ont une utilité telle, que la personne va s'impliquer considérablement.

2.1.2.2. E2 et théorie du flow

Selon E2, toutes les activités qui sont liées au quotidien de la personne permettent d'obtenir plus d'engagement : « **Il y a des activités qui ont plus de sens que d'autres, ça va être toutes les activités liées au quotidien. Quand on fait de la rééducation analytique en salle, le patient s'investira moins que si on fait un atelier de cuisine si la personne adore cuisiner.** ». Donc pour E2, plus on aime une activité, plus on aura d'engagement dans les exercices de rééducation : « **L'implication du patient, elle, est crescendo en fonction du goût, plus j'aime, plus je vais m'impliquer dedans.** ».

E2 pense que le défi est une notion qui peut être intégrée dans la prise en charge en fonction de la personne : « **ça dépend des gens, mais en général ça marche très bien quand on commence à mettre des patients en compétition, quand on commence à travailler de manière ludique.** ». E2 peut également mettre en place un feed-back régulier pour que la personne puisse avoir un retour sur ce qu'elle réalise : « **Je fais noter leurs performances sur un calepin et ils peuvent voir l'amélioration** ». E2 précise que pour que cela fonctionne, « **les troubles cognitifs doivent être modérés.** ».

2.1.2.3. E2 et potentiel thérapeutique de l'activité

Selon E2, une activité signifiante sera plus thérapeutique qu'une autre activité : « **Oui certainement, c'est évident.** ». En revanche, il faut que la personne soit en mesure de comprendre ce qu'elle fait : « **A partir du moment où la personne ne comprend pas l'exercice qu'on lui donne, il n'y a pas d'implication donc il n'y aura aucune récupération.** ».

2.1.2.4. E2 et la MCRO

E2 considère que la MCRO est un outil qui permet de mieux connaître le projet du patient : « **Oui puisque la personne va donner une priorité sur ses objectifs donc on rentre dans le projet de vie, de rééducation et de réadaptation.** ». Néanmoins, selon E2, il est important que l'ergothérapeute faisant passer l'évaluation ait une certaine expérience : « **Il faut quelqu'un qui soit vraiment expérimenté pour la faire passer.** ». En effet, E2 précise que l'entretien ne doit pas être trop ouvert pour que le patient développe et trouve les problèmes occupationnels sans rien oublier : « **Si on laisse le questionnaire très ouvert, la personne va oublier plein de choses donc il faut réussir à orienter la discussion pour réussir à remplir les différents items et ne rien louper.** ».

Pour ne rien oublier, E2 va utiliser une autre mesure qu'elle couple à la MCRO. Il s'agit de la Mesure des Habitudes de Vie (MHAVIE) : « **J'utilise d'abord la MHAVIE qui est vraiment plus exhaustive et après je vais utiliser la MCRO juste pour la priorisation.** ».

Selon E2, la MCRO permet de prendre en compte la subjectivité du patient et donc de générer de la motivation et de l'engagement dans la rééducation : « **Bien sur, je ne marche que comme ça, quelque soit la pathologie.** ». Pour E2, le patient doit devenir acteur de sa rééducation pour obtenir de meilleurs résultats, tant en séance qu'en dehors des séances de rééducation : « **Le patient doit vraiment prendre part à sa rééducation, pas qu'en séance, même à l'extérieur.** ».

2.1.3. Ergothérapeute 3

2.1.3.1. E3 et activité signifiante

E3 définit l'activité signifiante comme étant une occupation au sens anglophone du terme c'est-à-dire une activité réalisée au quotidien par la personne. C'est aussi pour lui une activité qui sera propre à la personne, avec la notion de subjectivité : « **C'est une activité qui fait partie des habitudes de vie du patient, de son histoire de vie, de ses expériences et c'est une activité qu'il a envie de réaliser et qui a un but pour lui, qui a vraiment du sens pour lui. Cela est très spécifique à chaque personne car personne n'a les mêmes activités de vie quotidienne. Il y a donc une part de subjectivité.** ».

E3 intègre les activités signifiantes à sa pratique en mettant la personne en situation : « **En utilisant dans un premier temps l'environnement du centre et puis par la suite dans un environnement plus écologique grâce au studio thérapeutique pour ensuite passer sur des activités plus extérieures comme faire ses courses, la reprise de la conduite...** ». En rééducation, pour une activité signifiante donnée, E3 va utiliser des exercices analytiques pour arriver à la finalité qui est l'occupation : « **La finalité c'est que vous puissiez enfiler votre t-shirt.** ». Il va également décomposer l'activité si la tâche à réaliser est encore trop difficile : « **En rééducation on va essayer de décomposer l'activité, de la séquencer pour arriver à quelque chose de très global à la fin.** ».

Pour donner du sens à l'activité analytique, il faut selon E3 expliquer à la personne pourquoi il réalise l'exercice analytique : « **Si on propose du lien à la personne, je pense qu'elle peut trouver du sens à l'activité analytique.** ».

2.1.3.2. E3 et théorie du flow

D'après E3, une activité signifiante va engendrer un meilleur engagement et donc de meilleures performances car l'activité sera plus concrète pour la personne : « **Si elle comprend vraiment la finalité de l'activité, elle sera plus motivée car il y aura un objectif très concret derrière.** ».

Selon E3, le patient est plus performant et on obtient un meilleur engagement avec l'introduction de la notion de défi dans les soins de rééducation : « **On retrouve cette notion de défi chez beaucoup de patients, la plupart des patients veulent progresser et relever des défis pour être au plus proche de ce qu'ils étaient avant, donc oui la notion de défi est importante.** ».

2.1.3.3. E3 et potentiel thérapeutique de l'activité

E3 pense qu'une activité signifiante est plus thérapeutique qu'une autre activité car on a l'habitude de la réaliser et elle ne dépend donc pas d'un apprentissage : « **Si j'ai l'habitude de faire de la couture et qu'on me propose une activité de couture ça va éveiller beaucoup de choses, des aires de la mémoire, des aires de la coordination des mains donc plein de choses vont s'engager et à l'inverse si je n'ai jamais fait de couture et qu'on me donne une activité de couture là on est plutôt dans une phase d'apprentissage et du coup on va éveiller beaucoup moins de zones** ».

2.1.3.4. E3 et la MCRO

Pour E3, la MCRO est un outil qui permet de connaître le projet de vie du patient. Elle permet de demander l'avis de la personne et de ne pas prendre les décisions à sa place : « **On a tendance à penser qu'on peut savoir à la place du patient.** ». La MCRO aide à déterminer les objectifs avec le patient et à construire un plan de soin pertinent : « **C'est un très bon outil pour construire un plan de soin pertinent et qui réponde aux attentes de la personne.** ». La MCRO permet donc de définir le cadre de rééducation.

E3 considère que la MCRO permet d'intégrer les activités significantes dans la prise en soin puisqu'elle va mettre en lumière les activités qui sont importantes pour la personne : « **La base de l'entretien est de déterminer quelles sont les activités qui sont significantes pour la personne donc c'est un super moyen d'écrémer toutes les activités.** ».

E3 souligne que la MCRO permet de générer de la motivation puisqu'elle donne au patient la possibilité de comprendre pourquoi il exécute des exercices analytiques : « **C'est un bon moyen de faire le chemin dans l'autre sens donc de partir de l'activité et ensuite de dire au patient, voilà on part de cette activité là mais pour faire cela, il nous faut effectivement cette flexion, cette amplitude.** ».

Selon E3, la MCRO est un bon moyen d'avoir un retour sur la satisfaction du patient mais il peut utiliser d'autres bilans en complément : « **Si je veux être un peu plus exhaustif, je prendrais la MHAVIE.** ».

2.1.4. Ergothérapeute 4

2.1.4.1. E4 et activité significative

E4 définit l'activité significative comme une activité dans laquelle le patient trouve un intérêt, qu'elle soit plaisante ou non. L'activité aura un sens pour la personne si celle-ci y trouve une utilité : « **C'est une activité qui a du sens pour le patient c'est-à-dire qui lui parle, dont il y trouve un intérêt certain, un intérêt personnel, soit parce qu'elle lui procure du plaisir soit parce qu'elle procure une certaine utilité pour lui même, un service rendu par exemple.** ».

Selon E4, pour intégrer les activités significantes à la prise en soin, il est nécessaire de bien connaître la personne c'est-à-dire : « **D'avoir une photographie de ses habitudes de vie, ses rôles, ses activités significantes avant l'AVC.** ». Pour E4, il ne faut pas s'arrêter à la connaissance de l'activité significative du patient en elle même mais aussi chercher à savoir ce qui motive réellement le patient à travers l'activité qu'il considère comme significative pour s'en servir à travers les activités proposées en rééducation : « **Ne pas forcément s'arrêter sur**

l'activité qui lui importe le plus mais essayer d'aller un peu plus loin en allant chercher ce qui lui plaisait dans cette activité. ».

2.1.4.2. E4 et théorie du flow

Selon E4, l'utilisation des activités signifiantes permet d'obtenir un meilleur engagement du patient : « **On peut s'attendre à ça.** ». D'après lui, pour obtenir un meilleur engagement, le patient doit être en état de flow, c'est-à-dire vivre une expérience optimale : « **A partir du moment où il y a un investissement important du patient et qu'il est sollicité au maximum de ses capacités, on peut espérer en effet qu'il fasse cette notion d'expérience optimale comme elle est décrite dans la théorie du flow.** ». Il faudra donc essayer de maintenir les composantes nécessaires à l'obtention de l'état de flow pour avoir un engagement total et donc avoir des performances meilleures en rééducation : « **C'est en essayant de maintenir ces huit composantes de la théorie du flow.** ».

E4 nuance l'utilisation d'une activité en thérapie. Si on parle d'activités signifiantes définies comme des occupations au sens anglophone du terme, cela peut poser problème dans l'engagement du patient dans la rééducation : « **Je pense que parfois on fait l'erreur d'utiliser l'activité signifiante adaptée comme outil de rééducation.** ». En effet, selon E4, en utilisant des occupations comme moyen de rééducation, le patient peut se retrouver en situation d'échec et donc réduire son niveau d'engagement et ses performances : « **Le problème étant que le patient va se confronter en pleine poire à une activité qui n'était peut-être pas celle qui lui procurait du plaisir auparavant parce qu'on l'a modifiée, parce que ses capacités ne sont pas les mêmes.** ». Pour lui, il est donc préférable d'utiliser les occupations en tant que finalité : « **Il vaut mieux l'utiliser comme but final que comme moyen de rééducation.** ».

E4 pense que le défi est une notion importante de la prise en soin : « **Je pense que c'est important notamment d'un point de vue rééducatif.** ». Ce défi va permettre au patient de se comparer et d'avoir un « **feed-back** » régulier : « **C'est important pour le patient de savoir se situer ou de savoir ce qu'il en est.** ». Selon E4, ce feed-back permet par la suite à la personne d'ajuster son niveau d'engagement dans les soins : « **Est-ce que l'engagement qu'il met en place actuellement dans sa prise en charge est suffisant ?** ».

2.1.4.3. E4 et potentiel thérapeutique de l'activité

Pour E4, une activité signifiante n'est pas toujours plus thérapeutique qu'une autre activité : « **Pas forcément.** ». Cela va dépendre de la définition que l'on donne au terme d'activité signifiante : « **Si ce que vous entendez par activité signifiante, si c'est une activité de rééducation qui a du sens pour le patient [...] oui en effet son engagement risque d'être supérieur et donc on espère avoir des résultats meilleurs.** ». Donc si l'activité de rééducation est signifiante pour la personne, E4 pense que la performance sera meilleure. En revanche, si l'activité signifiante est définie en terme d'occupation, E4 lui, préconise de faire attention quant à son utilisation en thérapie : « **En terme d'utilisation des occupations d'un point de vue thérapeutique [...] je mettrais un bémol parce qu'on risque d'avoir un effet inverse par rapport au fait qu'il est confronté à une absence de réalisation comme il la réalisait auparavant.** ».

2.1.4.4. E4 et la MCRO

D'après E4, la MCRO ne permet pas de mieux connaître le projet de vie du patient, elle permet surtout de pointer les problèmes occupationnels de la personne : « **Non elle permet juste de mettre en avant les problématiques en terme de rendement occupationnel sur des activités qui sont importantes pour le patient.** ». E4 affirme que la MCRO ne suffit pas pour prendre en soin un patient : « **Il y a d'autres investigations à faire par la suite que la MCRO.** ». En effet, la MCRO va mettre en lumière seulement les problèmes de la personne au détriment de ce qui va bien : « **Ce qui me semble important c'est aussi d'envisager ce qui va bien et elle évoquera les problèmes uniquement en terme de rendement occupationnel. Ce qui ne définit pas pourquoi ça pose problème donc il faut d'autres investigations après.** ». De plus, selon E4, la MCRO devra être complétée par d'autres bilans permettant de prendre des informations sur le patient et notamment avec la MHAVIE qui a selon lui un caractère plus exhaustif : « **On peut coupler avec la MHAVIE et puis toute autre évaluation qui tend à explorer et à expliciter pourquoi ça ne va pas, pourquoi il y a des activités problématiques.** ».

E4, pense que la MCRO ne permet pas d'intégrer des activités significantes dans la prise en soin. Pour lui, elle permet de les présenter en terme de but final mais pas en terme de moyen thérapeutique : « **Non, (...) elle va définir des axes mais plutôt des activités significantes qu'on va avoir en terme de but, de finalité mais pas en terme de moyen thérapeutique.** ».

Pour E4, il est important d'utiliser une mesure qui prend en compte la subjectivité du patient pour générer de l'engagement et de la motivation : « **Je pense que c'est strictement nécessaire.** ». Pour lui, la MCRO va permettre de prendre en compte l'avis de la personne qui a donc un pouvoir décisionnel avec pour conséquence un meilleur engagement : « **ça permet de rester sur une approche patient centrée où le patient est acteur de sa prise en charge et donc par déduction on s'attend à ce qu'il y ait un engagement, une motivation plus importante.** ». En revanche, E4 souligne que la subjectivité de la mesure n'est pas le seul facteur entrant en compte pour obtenir plus de motivation et d'engagement : « **Ce n'est pas uniquement parce qu'on utilise ça qu'on aura forcément de l'engagement ou de la motivation pour la prise en charge.** ». Néanmoins il est quand même important d'utiliser ce type de mesure prenant en compte cette subjectivité, cela permet d'introduire la notion « **d'individualisation de la prise en charge** ».

2.2. Analyse transversale

Dans cette partie, nous allons analyser les données recueillies dans les entretiens avec les ergothérapeutes de manière transversale afin de confronter les idées des différents intervenants.

2.2.1. Ergothérapeutes et activités significantes

A travers les quatre entretiens réalisés, je remarque que les ergothérapeutes interrogés n'ont pas tous la même définitions d'une activité significative. Les définitions données comportent des différences et des similitudes.

Tous les ergothérapeutes définissent une activité significative comme une activité qui a « **du sens** » pour la personne.

Je remarque que pour trois des ergothérapeutes, une activité signifiante est propre à la personne. E1 cite les notions de « **trajectoire de vie** », « **environnements matériel et humain** », « **culture** » et « **histoire de vie** ». E3 lui y ajoute la notion de subjectivité : « **cela est très spécifique à chaque personne (...) il y a donc une part de subjectivité.** ». E4 affirme que l'activité signifiante « **apporte un intérêt personnel.** ».

Pour trois des ergothérapeutes, l'activité signifiante apporte à la personne un but, une finalité. En effet, E3 utilise le terme de « **but** » tandis que E4 utilise le terme « **d'utilité.** » E2 explique que l'activité à « **un impact sur la vie personnelle.** »

Deux ergothérapeutes soulignent que l'activité signifiante peut être plaisante ou non. E2 parle des « **activités qu'on aime et qui ont du sens** » et des « **activités qu'on n'aime pas, qui ont du sens mais qui ont un énorme impact sur la vie de la personne.** ». E4 lui nous dit qu'une activité est signifiante « **soit parce qu'elle lui procure du plaisir, soit parce qu'elle procure une certaine utilité.** ».

E2 précise qu'une activité ne peut être signifiante pour les patients atteints de troubles cognitifs : « **Sauf pour les gens qui sont complètement aphasique ou anosognosique.** »

Pour intégrer les activités signifiantes à la prise en soin, la connaissance de la personne semble être un aspect important. C'est ce que E1 appelle « **l'approche client centrée** ». Selon E4, pour connaître la personne, il faut « **avoir une photographie de ses habitudes de vie, ses rôles, ses activités signifiantes avant l'AVC.** ». E4 va encore plus loin dans la connaissance de la personne. Pour lui, la simple connaissance des activités de vie de la personne ne suffit pas : « **Ne pas forcément s'arrêter sur l'activité qui lui importe le plus mais essayer d'aller un peu plus loin en allant chercher qu'est-ce qui lui plaisait dans cette activité.** ».

L'intégration des activités signifiantes dans la thérapie passe par la compréhension de l'exercice proposé par l'ergothérapeute au patient. E1 explique au patient que « **telle tâche, telle activité, tel mouvement est au bénéfice de l'occupation.** ». Il donne donc du sens à l'exercice en se servant de la finalité qui est l'activité de vie du patient. E3 utilise le même procédé : « **La finalité c'est que vous puissiez enfiler votre t-shirt.** ». E3 exprime clairement que l'on peut donner du sens à un exercice de rééducation analytique : « **Si on propose du lien à la personne, je pense qu'elle peut trouver du sens à l'activité analytique.** ». Pour arriver

à la finalité, les ergothérapeutes E1 et E3 vont décomposer la tâche finale en plusieurs séquences : « **En rééducation, on va essayer de décomposer l'activité, de la séquencer pour arriver à quelque chose de très global à la fin.** ».

Enfin, E3 propose pour intégrer les activités significatives aux soins d'utiliser le « **studio thérapeutique** » afin de mettre la personne en mise en situation écologique.

2.2.2. Ergothérapeutes et théorie du flow

L'ensemble des ergothérapeutes interrogés pensent que l'intégration d'activités significatives dans la prise en soin permet d'obtenir un meilleur engagement et donc de meilleures performances pour le patient. Pour E1, cela nécessite de connaître la personne pour utiliser les activités qui procurent plus de motivation : « **On n'engage pas quelqu'un, c'est la personne qui décide se s'engager ou qui trouve que c'est motivant** ». Il est donc important pour E1 d'être créatif dans sa pratique professionnelle en proposant au patient des « **nouveautés** », en faisant « **varier** » les exercices et en essayant d'être « **ludique** ». Pour engager la personne, E2 va utiliser des activités de vie quotidienne grâce à des mises en situations écologiques : « **Quand on fait de la rééducation analytique en salle, le patient s'investira moins que si on fait un atelier de cuisine si la personne adore cuisiner.** ». E2 précise que plus la personne aime une activité, plus il y aura d'engagement chez la personne : « **L'implication du patient elle est crescendo en fonction du goût, plus j'aime, plus je vais m'impliquer dedans.** ». Selon E3, on obtient un meilleur engagement si la finalité et l'objectif de l'exercice sont concrets et bien définis pour le patient : « **Si elle comprend vraiment la finalité de l'activité, elle sera plus motivée car il y aura un objectif très concret derrière.** ». Cette interprétation se rapproche de celle de E1 qui explique qu'il est nécessaire de comprendre pourquoi l'exercice doit être réalisé : « **On ne s'engage que lorsqu'on comprend les choses et qu'on s'approprie un minimum les choses.** ».

E4 pense que les performances du patient sont meilleures si la personne vit une expérience optimale, c'est-à-dire que le patient est dans un état de flow : « **À partir du moment où il y a un investissement important du patient et qu'il est sollicité au maximum de ses capacités, on peut espérer en effet qu'il fasse cette notion d'expérience optimale comme elle est décrite dans la théorie du flow.** ». Il est donc important de favoriser l'apparition de cet état, comme le préconise E4 : « **C'est en essayant de maintenir ces huit composantes de la théorie**

du flow. ». En revanche, E4 pense que l'utilisation d'occupations en thérapie peut avoir un impact délétère sur l'engagement et la motivation du patient. En effet, la personne peut se trouver en situation d'échec devant l'activité signifiante proposée par l'ergothérapeute, soit parce qu'elle a été « **modifiée** », soit parce que « **les capacités du patient ne sont plus les mêmes** ». E4 préconise donc d'utiliser les occupations en terme de « **but final** » et non comme moyen thérapeutique.

Tous les ergothérapeutes interrogés sont d'accords pour dire que le défi est une notion importante de la thérapie. E1 explique que le défi doit être mesuré et qu'il doit avoir du sens pour la personne : « **Il faut que la performance ait un sens dans ce qu'elle souhaite.** ». E3 lui pense que le défi est important chez beaucoup de personnes car celles-ci veulent progresser afin de retrouver leur état antérieur : « **On retrouve cette notion de défi chez beaucoup de patients, la plupart des patients veulent progresser et relever des défis pour être au plus proche de ce qu'ils étaient avant** ». De la même façon, E2 souligne l'importance de la notion de défi dans la prise en soin : « **ça marche très bien quand on commence à mettre des patients en compétition, quand on commence à travailler de manière ludique.** ». Deux ergothérapeutes rajoutent que le « **feed-back** » peut être introduit par la notion de défi. C'est à dire que la personne aura une visibilité immédiate sur ses progrès et sur la réussite de l'activité proposée. E2 propose aux patients de « **noter leurs performances sur un calepin et ils peuvent voir l'amélioration** ». Donc les ergothérapeutes sont créatifs dans la manière de mettre en place le défi, le jeu, ainsi que le feedback. E4 explique que : « **C'est important pour le patient de savoir se situer ou de savoir ce qu'il en est.** ». Selon lui, cela permet au patient de pouvoir ajuster son niveau d'engagement dans la thérapie : « **Est-ce que l'engagement qu'il met en place actuellement dans sa prise en charge est suffisant ?** ». Enfin, E2 nous précise que pour que la notion de défi puisse fonctionner, il faut que les retentissements des « **troubles cognitifs** » sur le fonctionnement de la personne soient « **modérés** ».

2.2.3. Ergothérapeutes et potentiel thérapeutique de l'activité

Tous les ergothérapeutes interrogés pensent qu'une activité signifiante est plus thérapeutique qu'une autre activité. Selon E1, les ergothérapeutes en tant que « **spécialistes de l'occupation humaine** » devraient proposer uniquement des activités de ce type : « **Ne proposer que des activités signifiantes et significatives** ». E3 justifie cela par le fait que

l'utilisation d'activités significantes va permettre au patient de réaliser des actions qu'il a l'habitude de réaliser et donc l'activité ne dépendra pas d'un apprentissage. De plus pour lui, cela permet de recruter un maximum de zones neuronales : « **Si j'ai l'habitude de faire de la couture et qu'on me propose une activité de couture ça va éveiller beaucoup de choses, des aires de la mémoire, des aires de la coordination des mains donc plein de choses vont s'engager et à l'inverse si je n'ai jamais fait de couture et qu'on me donne une activité de couture là on est plutôt dans une phase d'apprentissage et du coup on va éveiller beaucoup moins de zones** ». E2 pense également que les activités significantes sont plus thérapeutiques mais précise que la personne doit être en capacité de comprendre ce qu'on lui demande de faire pour s'engager et performer dans une activité : « **À partir du moment où la personne ne comprend pas l'exercice qu'on lui donne, il n'y a pas d'implication donc on aura aucune récupération.** ». Quant à E4, lui ne pense « **pas forcément** » que les activités significantes sont plus thérapeutiques.

E4 distingue les termes « d'activités significantes » et « d'occupation ». Pour lui utiliser une occupation en rééducation n'est pas forcément plus thérapeutique et cela peut même avoir un effet négatif pour le patient : « **En terme d'utilisation des occupations d'un point de vue thérapeutique [...] je mettrais un bémol parce qu'on risque d'avoir un effet inverse par rapport au fait qu'il est confronté à une absence de réalisation comme il la réalisait auparavant.** ». E4 est quand même d'avis qu'un exercice de rééducation qui est significatif pour le patient aura un bénéfice plus élevé : « **Si c'est une activité de rééducation qui a du sens pour le patient [...] oui en effet son engagement risque d'être supérieur et donc on espère avoir des résultats meilleurs.** ». On pourra donc assimiler l'exercice de rééducation à une activité significative mais pas à une occupation au sens anglophone du terme.

2.2.4. Ergothérapeutes et MCRO

En ce qui concerne la MCRO et son utilité pour connaître le projet de vie du patient, les avis des ergothérapeutes interviewés sont différents. En revanche, chacun trouve une utilité quant à la construction de plan de soin. E1 explique que c'est le patient qui va indiquer à l'ergothérapeute les occupations dans lesquelles il se sent en difficulté : « **C'est le patient qui nous raconte par rapport à son histoire de vie, par rapport à sa situation ce qui lui pose problème.** ». Pour lui, la MCRO va donc aider l'ergothérapeute à élaborer le plan de soin de la personne. E2 pense également que la MCRO aide à connaître le projet de vie du patient mais

surtout son projet par rapport à la thérapie puisque la mesure amène la personne à trier et à prioriser ses objectifs : « **Oui puisque la personne va donner une priorité sur ses objectifs donc on rentre dans le projet de vie, de rééducation et de réadaptation.** ». La réponse de E3 est très proche de celle de E2. En effet, E3 nous dit que la MCRO permet de connaître le projet de vie du patient car elle évite à l'ergothérapeute de prendre les décisions à la place de la personne : « **On a tendance à penser qu'on peut savoir à la place du patient.** ». Toujours pour E3, la MCRO permet donc d'élaborer un plan de soin au plus proche des attentes du patient : « **C'est un très bon outil pour construire un plan de soin pertinent et qui réponde aux attentes de la personne.** ». E4 exprime le fait que la MCRO ne permet pas de connaître le projet de vie de la personne mais simplement de faire un état des lieux des problèmes occupationnels du patient. Selon E4, il y aura donc « **d'autres investigations** » et bilans à réaliser en plus de la MCRO pour avoir une bonne connaissance du patient et de ses attentes. Pour E4, la MCRO permet une « **individualisation de la prise en charge** » puisque le plan de soin construit par l'ergothérapeute est personnalisé.

Pour ce qui est de l'intégration des activités significantes par le biais de la MCRO, le point de vue des ergothérapeutes n'est pas toujours le même. Pour E1, l'intégration de ce type d'activité est le principal objectif de la mesure : « **C'est l'objet même de cette mesure** ». E3 rejoint la façon de penser de E1 et précise que la MCRO permet d'intégrer les activités significantes pour la personne car celle-ci va surligner les activités problématiques importantes pour lesquelles elle se trouve en difficulté : « **La base de l'entretien est de déterminer quelles sont les activités qui sont significantes pour la personne.** ». E4 précise que la MCRO ne permet pas d'intégrer des activités significantes en terme d'occupation dans la rééducation c'est-à-dire que les occupations seront présentées comme un but à atteindre et non comme un moyen thérapeutique : « **des activités significantes qu'on va avoir en terme de but, de finalité mais pas en terme de moyen thérapeutique.** ».

Les quatre ergothérapeutes pensent tous que la MCRO peut générer de la motivation et de l'engagement de la part du patient, même si deux d'entre eux modèrent leurs propos. E2 explique que la MCRO prend en considération la subjectivité du patient et aide à générer de la motivation et de l'engagement dans la rééducation. De plus, selon E2, « **Le patient doit vraiment prendre part à sa rééducation, pas qu'en séance, même à l'extérieur.** ». La personne doit donc devenir actrice de sa thérapie par le biais de cette mesure. D'après E3, on obtient de la motivation car la MCRO permet à l'ergothérapeute de partir de l'activité choisie

par le patient et non l'inverse. Donc cela contribue à donner du sens à l'exercice analytique : **« C'est un bon moyen de faire le chemin dans l'autre sens donc de partir de l'activité et ensuite de dire au patient, voilà on part de cette activité là mais pour faire cela, il nous faut effectivement cette flexion, cette amplitude. »**. Selon E1, la MCRO est un outil qui permet un meilleur engagement car c'est précisément le patient qui est acteur : **« Pour une fois, on demande l'avis aux personnes donc il y a vraiment une notion d'empowerment. »**. La personne a donc un rôle et une part de responsabilité dans la construction du plan de soin. Selon E4, il est « strictement nécessaire » de prendre en considération la subjectivité du patient pour générer de la motivation et de l'engagement. Cette approche centrée sur le patient qui est acteur va apporter selon lui de la motivation et un engagement supérieur dans la thérapie : **« Ça permet de rester sur une approche patient centrée où le patient est acteur de sa prise en charge et donc par déduction on s'attend à ce qu'il y est un engagement, une motivation plus importante. »**. E1 et E4 se rejoignent par rapport au fait que la MCRO n'est pas l'unique cause de la motivation même si elle y contribue. E1 explique que la motivation est dépendante de nombreux facteurs : **« La motivation inclut les rôles, l'identité occupationnelle, les compétences... »**.

Certaines limites de la MCRO sont signalées par trois des quatre ergothérapeutes interrogés. E2 pense que l'ergothérapeute qui mène l'entretien doit avoir une certaine expérience : **« Il faut quelqu'un qui soit vraiment expérimenté pour la faire passer. »**. E2 précise que l'entretien doit être guidé pour amener le patient à exprimer ses problèmes occupationnels et ne rien rater : **« Si on laisse le questionnaire très ouvert, la personne va oublier plein de choses donc il faut réussir à orienter la discussion pour réussir à remplir les différents items et ne rien louper. »**. De plus, selon E4, la MCRO pointe seulement ce qui pose problème et non ce qui va bien chez la personne : **« Ce qui me semble important c'est aussi d'envisager ce qui va bien et elle évoquera les problèmes uniquement en terme de rendement occupationnel. Ce qui ne définit pas pourquoi ça pose problème donc il faut d'autres investigations après. »**. Les trois ergothérapeutes E2, E3 et E4 utilisent donc d'autres bilans et notamment la MHAVIE pour compléter les connaissances de la personne. E2 dit utiliser la MCRO uniquement pour prioriser les problèmes occupationnels cités au préalable dans le bilan de la MHAVIE : **« J'utilise d'abord la MHAVIE qui est vraiment plus exhaustive et après je vais utiliser la MCRO juste pour la priorisation. »**. E3 utilise également la MHAVIE quand il trouve le besoin d'être **« un peu plus exhaustif »**. E4 pense la même chose et notamment que la MCRO ne suffit pas à connaître parfaitement les attentes du

patient. Il préconise donc d'utiliser la MHAVIE en complément et n'importe quel autre bilan jugé nécessaire : « **On peut coupler avec la MHAVIE et puis toute autre évaluation qui tente à explorer et à expliciter pourquoi ça ne va pas, pourquoi il y a des activités problématiques.** ».

Après avoir analysé les données tirées des entretiens, nous allons maintenant procéder à la vérification de nos hypothèses afin de répondre à la problématique.

3. Vérification des hypothèses et de la problématique

3.1. Rappel de la problématique et des hypothèses

La problématique posée avant la partie exploratoire était :

« Comment les ergothérapeutes intègrent les activités significantes dans leur pratique professionnelle ? »

Pour répondre à cette problématique nous avons formulé les deux hypothèses suivantes :

- Hypothèse 1 : « **Les activités significantes ont un rôle positif dans la prise en charge des patients post-AVC adultes en centre de rééducation fonctionnel (CRF).** »

ET

- Hypothèse 2 : « **La MCRO est un outil qui permet aux ergothérapeutes d'intégrer des activités significantes dans la prise en soin du patient post-AVC adulte en rééducation.** »

3.2. Hypothèse 1

Tous les ergothérapeutes interviewés sont d'accord pour dire qu'une activité significative permet d'obtenir un meilleur engagement et des performances supérieures dans la rééducation. Cela pourrait suffire à valider notre première hypothèse. Néanmoins, un flou subsiste en ce qui concerne les définitions d'activité significative et d'occupation. D'après l'analyse de données, nous pouvons dire que l'utilisation d'occupations comme moyen thérapeutique est compliquée

dans le cadre de la rééducation dans une structure type SSR. De plus, cette méthode pourrait produire un effet négatif en cas de mise en échec du patient. C'est pourquoi les ergothérapeutes utilisent la notion d'occupation en tant que but final, d'objectif à atteindre. L'activité signifiante sera elle, utilisée en thérapie c'est-à-dire que les ergothérapeutes vont donner du sens à l'exercice de rééducation en se servant de la finalité qui est l'occupation. Nous pouvons dire qu'une occupation est toujours signifiante mais qu'une activité signifiante n'est pas toujours une occupation. En ce sens, les activités proposées en rééducation ont du sens et sont signifiantes pour le patient puisque celles-ci visent la finalité exposée au préalable, l'occupation. Elles auront donc un effet positif sur l'engagement et les performances du patient. Nous pouvons donc valider l'hypothèse 1.

3.3. Hypothèse 2

L'ensemble des ergothérapeutes interrogés confirment que la MCRO est une aide à la construction du plan de soin et à la connaissance du patient. Cette mesure permet à la personne de mettre en avant les activités dans lesquelles elle se trouve en difficulté et qui sont importantes pour elle. La MCRO permet donc une approche patient centrée puisqu'elle est une évaluation subjective. Le but même de cette méthode d'entretien est d'intégrer les activités signifiantes à la prise en soin. La MCRO n'est pas l'unique cause de la motivation mais elle y contribue. C'est grâce à cela que l'ergothérapeute va obtenir l'engagement du patient et par conséquent de meilleures performances dans la thérapie. Nous pouvons donc valider notre hypothèse 2.

3.4. Problématique

En réponse à notre problématique, nous pouvons dire que l'intégration d'activité signifiante dans la pratique professionnelle de l'ergothérapeute nécessite quelques prérequis. Tout d'abord, il est nécessaire d'avoir une connaissance précise du patient, c'est-à-dire d'avoir une image de ses habitudes de vie, de ses occupations, de son environnement, de ses ressources, de ses motivations, de ses besoins et attentes. Il s'agit donc d'aller plus loin que la dénomination de l'occupation mais de savoir ce qui pousse le patient à la faire. Cette connaissance exhaustive permettra de construire un plan de soin personnalisé afin d'intégrer des activités signifiantes.

La MCRO constitue donc un outil utile pour connaître les occupations que le patient souhaite travailler en partenariat avec l'ergothérapeute pour que ce dernier les utilise en tant qu'objectif à atteindre afin de donner du sens signifiant aux exercices de rééducation. La tâche à réaliser est donc séquencée en mouvements qui pourront aboutir à la finalité.

Discussion

1. Activité signifiante et occupation

Au cours de notre partie théorique, nous avons défini l'activité signifiante comme une activité qui revêt un sens particulier pour la personne, liée à son histoire et à son projet personnel. Les termes utilisés par Marie-Chantal Morel-Bracq⁴⁵ reviennent aussi chez les ergothérapeutes interrogés puisque ceux-ci définissent l'activité signifiante comme une activité qui a du sens pour la personne et qui lui est propre en fonction de sa trajectoire de vie, de son environnement matériel et humain ainsi que de sa culture. C'est également pour les intervenants interviewés une activité qui aura un but, une utilité et donc un impact sur la vie de la personne. On remarque que la définition tirée de l'analyse des entretiens va plus loin que la définition initialement donnée, d'où le flou qui peut survenir avec le terme d'occupation.

Nous avons vu en amont que l'association canadienne des ergothérapeutes définit l'occupation comme « l'ensemble des activités et tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus donnent une valeur et une signification »⁴⁶, elles sont divisées par le MCREO en trois catégories : Les activités de soin personnel, les activités de loisirs, et les activités de productivité. Cette définition, largement centrée sur le fonctionnement global de la personne est la finalité à atteindre pour le patient pris en soin par l'ergothérapeute. L'activité en tant que moyen thérapeutique fait référence au modèle bio médical.

Les ergothérapeutes interrogés utilisent le concept d'activité signifiante en donnant du sens à l'exercice de rééducation. Cela passe pour le patient par la compréhension de la tâche à proposer par le soignant et qui doit être en corrélation avec ses attentes et ses capacités au

⁴⁵ MOREL-BRACQ, Marie-Chantal. 2006. *Analyse d'activité et problématisation en ergothérapie*.

⁴⁶ ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHERAPEUTE. 1997. *Le modèle canadien du rendement occupationnel*.

moment donné. Le thérapeute fait donc un lien direct entre l'occupation et l'activité proposée en thérapie. Pour cela, l'occupation ciblée est séquencée en exercices analytiques pourvus de sens personnel qui visent à améliorer le fonctionnement de la personne. En fonction de l'évolution du patient, la performance de l'activité est évaluée par le biais de mise en situation écologique et par la réévaluation de la MCRO. Ainsi, l'intégration d'activité signifiante dans le parcours de soin du patient est régie par la connaissance de la personne et en particulier les valeurs qui la motivent pour définir les conditions nécessaires à la réussite de l'action et à l'engagement du patient.

2. Théorie du flow : Engagement et performance du patient

Certains éléments exposés en partie théorique coïncident avec les réponses apportées par les ergothérapeutes interrogés. En effet, selon Marie-Chantal Morel-Bracq, toute activité peut procurer une expérience de flow si elle a du sens pour la personne et qu'elle vise un objectif important. Dans ce sens, tous les intervenants affirment que l'intégration d'activités signifiantes à la thérapie apporte un niveau d'engagement supérieur et de meilleures performances. Un des ergothérapeutes interrogés explique tout comme madame Morel-Bracq qu'il faut maintenir les huit composantes⁴⁷ nécessaires à l'apparition d'un état optimal. Certaines de ces composantes présentées dans la partie théorique sont retrouvées à travers le discours des ergothérapeutes. Notamment, on peut relever que le défi doit être mesuré et aller dans le sens de la personne pour que les chances de réussite de l'action soient en lien avec les capacités de la personne. De plus, il est obtenu un meilleur engagement si les objectifs sont concrets et établis au préalable par la personne. L'expérience de flow apporte de la motivation intrinsèque et cette expérience est d'autant plus optimale si la personne établit ses objectifs en fonction de l'évolution subjective de ses capacités.⁴⁸ Il faut donc connaître la personne pour utiliser les activités qui seront les plus motivantes pour elle puisque l'engagement est supérieur en fonction de l'affectivité de la tâche. Aussi, la notion de feed-back est importante car la personne, pour vivre une expérience optimale a besoin d'avoir le sentiment de contrôler ses actions et de constater un retour immédiat concernant la réussite de l'activité. Aussi, le panel d'exercices proposés par l'ergothérapeute doit être assez large pour permettre le libre choix de l'activité au patient. Il faut donc être créatif dans sa pratique professionnelle pour amener de la nouveauté, faire varier et rendre ludique les exercices de rééducation.

⁴⁷ MOREL-BRACQ, Marie-Chantal. Décembre 2001. *Activité et qualité de vie, la théorie du Flow*.

⁴⁸ CSIKSZENTMIHALYI, Mihaly. Avril 1993. *Activity and happiness : towards a science of occupation. Occupational Science : Australia*.

3. Intérêts de la MCRO

Issue du MCREO, modèle conceptuel qui a pour but d'aider l'ergothérapeute à centrer sa prise en soin sur le patient, la MCRO présente des intérêts à la pratique des ergothérapeutes interrogés.

Elle est utile aux ergothérapeutes pour la construction d'un plan de soin qui tient compte des projets du patient et de ses attentes par rapport à la thérapie. Il s'agit donc de promouvoir les occupations de la personne à travers une approche centrée sur elle en considérant sa subjectivité, ses désirs, ses besoins et son environnement afin d'aboutir à une prise en charge globale.

Avec la MCRO, la personne est décrite dans sa vision subjective ce qui rend l'évaluation proche d'elle et de son projet. La collaboration avec l'ergothérapeute permet l'intégration d'activités significatives nécessaires à l'engagement et la participation du patient par la mise en avant des éléments motivants pour la personne. La mesure sert également à réduire l'écart de croyance entre le patient qui pourrait surévaluer ses capacités et l'ergothérapeute qui pourrait les sous-évaluer et inversement. On vise donc à évaluer les capacités réelles du patient⁴⁹.

La MCRO va permettre aux ergothérapeutes de rentrer en communication avec le patient ce qui évite de tomber dans le piège du soignant qui sait mieux que la personne ce qui est bon pour elle. La mesure participe également à la « transformation d'un patient passif en un acteur responsable »⁵⁰ de la prise en soin en introduisant la notion d'empowerment. Tout cela contribue à sortir de l'approche bio-médicale et d'aller vers une approche médico-sociale qui est plus humaine.

⁴⁹ MARCHALOT, Isabelle. Juillet 2016. *Stratégie d'intervention en ergothérapie et rendement occupationnel*.

⁵⁰ CAIRE, J-M, TAUNAIS, A, LESAGE DE LA HAYE, C, MOREL-BRACQ, M-C, CASTANO, D, CLAUDE, E, CRIQUILLON, J, COOK, A, DULAURENS, M, HERNANDEZ, A, LOUBIERE, B, BELIO, C. 2010. *L'entretien en ergothérapie : une approche centrée sur la personne malade et son entourage. Projet de recherche sur l'utilisation du MCRO-P en France*.

Limites

L'une des plus grandes difficultés rencontrées au cours de ce travail a été de définir et de différencier les expressions d'activité signifiante et d'occupation. Il existe de nombreuses interprétations dans la littérature, notamment due à la terminologie anglophone du mot occupation. Il semble également que dans certains écrits, l'activité signifiante soit assimilée directement à la traduction du terme d'occupation. Ces différences d'interprétation se ressentent également dans le discours des ergothérapeutes interrogés. Nous constatons que deux d'entre eux distinguent les deux termes.

Pour mieux comprendre ces deux expressions, il aurait été judicieux de demander directement aux ergothérapeutes leurs définitions de ces termes pendant les entretiens. Il serait intéressant également de savoir comment ces termes leur sont présentés dans leur formation sur la MCRO.

Il est important de souligner que la population étudiée est restreinte puisque seulement quatre ergothérapeutes ont été interrogés. De plus, l'analyse de nos données est pondérable dans la mesure où trois des intervenants interviewés exercent dans le même service. Néanmoins, la diversité des réponses apportées au cours des entretiens suffit à une analyse qualitative des informations.

Concernant la MCRO, nous avons pu remarquer que des ergothérapeutes interrogés n'utilisent pas tous la mesure dans les conditions strictes de validation. Ceux-ci, exploitent également une autre échelle, la MHAVIE, qui selon eux est plus exhaustive et permet de passer en revue toutes les occupations du patient. Les intervenants employant cette méthode s'appuient sur la MCRO pour prioriser les problèmes occupationnels de la personne.

Enfin, il ressort des entretiens que des limites au concept d'activité signifiante peuvent survenir. En effet, des patients atteints de troubles cognitifs sévères type aphasie ou anosognosie ne peuvent pas toujours donner du sens à la prise en soin proposée par les thérapeutes, soit parce que la personne ne comprend pas ce que propose l'ergothérapeute, soit parce qu'elle n'a pas conscience de ses troubles et refusera donc la thérapie.

Préconisations

Au cours de ce travail, nous avons tenté de montrer l'intérêt de l'utilisation de la MCRO pour l'ergothérapeute et le patient. Cette mesure s'inscrit dans un cadre conceptuel bien défini. Il s'agit du Cadre Conceptuel du Processus de Pratique Canadien (CCPPC). Ce cadre est composé de huit étapes majeures permettant de guider l'ergothérapeute dans sa pratique professionnelle.⁵¹

La première étape (Aborder, initier, démarche initiale) consiste à établir une relation thérapeutique entre la personne et l'ergothérapeute ce qui représente le premier pas vers l'engagement du patient. La deuxième étape (Préparer la voie) a pour but d'identifier les problèmes de rendement et/ou de participation dans les occupations de la personne ainsi que de cerner les attentes du patient. La troisième étape (Évaluer/faire l'examen) consiste à évaluer les raisons des problèmes occupationnels du patient de manière globale c'est-à-dire qu'elles soient d'ordre personnelle ou environnementale. La quatrième étape (Consentir aux objectifs et au plan) est celle durant laquelle l'ergothérapeute et le patient vont collaborer afin de définir les objectifs de la thérapie et élaborer le projet de soin. La mise en application de ce projet intervient durant la cinquième étape (Mises-en œuvre du plan). La sixième étape (Suivre et modifier), consiste à ajuster le plan si besoin. Il y a donc une adaptation constante du projet de soin pour atteindre les objectifs établis au préalable. A la septième étape (Evaluation du résultat), les performances du patient sont évaluées afin de constater de l'atteinte ou non des objectifs discutés. Enfin, lors de la huitième étape (Compléter/compte-rendu), l'ergothérapeute et le patient s'entendent sur l'élaboration de nouveaux objectifs ou sur l'arrêt de thérapie.⁵²

Ce cadre conceptuel constitue un guide méthodologique intéressant pour conduire l'ergothérapeute dans sa pratique et notamment vers une approche centrée sur le patient. L'avantage du modèle que nous préconisons de suivre est qu'il offre la possibilité d'une relation thérapeutique dans laquelle le patient est acteur de sa thérapie ce qui paraît nécessaire à l'engagement du patient dans sa thérapie.

⁵¹ MOREL-BRACQ, Marie-Chantal. 2009. *Le modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P)*. Dans : Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux.

⁵² FAZIO Ara, HICKS Emma, KUZMA Courtney, LEUNG Persis, SCHWARTZ Arlee, STERGIOU-KITA Mary. 2008. *Le Cadre conceptuel du processus de pratique canadien : utiliser une approche consciencieuse dans la pratique de l'ergothérapie*.

Conclusion

Ce travail de recherche est né de mon interrogation sur les conditions à mettre en place en tant qu'ergothérapeute pour aboutir à un engagement total du patient et à l'optimisation de ses performances dans les activités de rééducation.

Pour répondre à cela, nous nous sommes intéressés à la théorie du flow afin d'éclairer la notion d'activité signifiante et de présenter les conditions nécessaires à la motivation et l'engagement de la personne. Nous avons ensuite présenté la notion de potentiel thérapeutique de l'activité et le bénéfice que celle-ci apporte au fonctionnement humain mais également leur intérêt en thérapie.

Nous avons ensuite présenté le modèle conceptuel MCREO et ses fondements théoriques guidant l'ergothérapeute vers une approche centrée sur le patient cherchant à promouvoir l'occupation pour les personnes. Nous avons également présenté sa mesure intégrée, la MCRO, afin de comprendre comment collaborer avec le patient pour prendre en compte sa subjectivité afin qu'il devienne acteur de sa thérapie et pour construire un plan de soin en accord avec ses besoins.

Pour répondre à la problématique, nous avons recueilli des données sur le terrain en interrogeant des ergothérapeutes pour comprendre comment ils intègrent les activités signifiantes dans leur pratique et comment ils utilisent la MCRO.

Par la suite, la discussion a été l'occasion de clarifier les notions d'activité signifiante et d'occupation ainsi que de définir les conditions nécessaires à l'engagement et à la performance du patient dans les soins.

Nous avons pu, à travers cette discussion, montrer l'intérêt de la MCRO pour l'atteinte de ces conditions. Aussi, nous avons pu voir que cette mesure comporte certaines limites qui poussent certains ergothérapeutes à effectuer des investigations complémentaires par le biais d'autres mesures ou évaluations.

Enfin, nous avons présenté le cadre conceptuel de pratique canadien (CCPPC) afin de montrer l'avantage pour l'ergothérapeute de suivre un modèle conceptuel.

Au niveau personnel et en tant que futur ergothérapeute, ce travail de recherche m'a permis de comprendre l'importance des modèles conceptuels pour guider notre pratique à travers les fondements théoriques qu'ils apportent.

Bibliographie

ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHERAPEUTE. 1997. *Le modèle canadien du rendement occupationnel*. ACE. p.33 à 64

CAIRE. J-M, TAUNAIS. A, LESAGE DE LA HAYE.C, MOREL-BRACQ. M-C, CASTANO. D, CLAUDE. E, CRIQUILLON. J, COOK. A, DULAURENS. M, HERNANDEZ. A, LOUBIERE. B, BELIO. C. 2010. *L'entretien en ergothérapie : une approche centrée sur la personne malade et son entourage. Projet de recherche sur l'utilisation du MCRO –P en France*.

COFEMER. 2005. *Objectif 133 : Accidents vasculaires cérébraux* [en ligne]. Disponible à l'adresse : http://www.cofemer.fr/article.php?id_article=315/ [Consulté le 27 avril 2017]

COLLÈGE DES ENSEIGNANTS DE NEUROLOGIE. *Accidents vasculaires cérébraux* [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.cen-neurologie.fr/deuxieme-cycle%20accidents-vasculaires-cerebraux/> [Consulté le 27 avril 2017].

COOK, Amandine. 2010. *Quel rôle tenez-vous en tant qu'ergothérapeute dans la prise en charge du patient atteint d'AVC ?* [en ligne]. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_962738/fr/quel-role-tenez-vous-en-tant-qu-ergotherapeute-dans-la-prise-en-charge-du-patient-atteint-d-avc/ [Consulté le 27 avril 2017]

CSIKSZENTMIHALYI, Mihaly. 1993. *Activity and happiness: towards a science of occupation*. Occupational Science : Australia. Vol. 1, n° 1, p. 38 to 42

CSIKSZENTMIHALYI, Mihaly et D. PATTON, John. 1997, *Le Bonheur, l'Expérience Optimale et les Valeurs Spirituelles : Une Etude Empirique Auprès d'Adolescents*. Vol. 18, n° 2. Revue québécoise de psychologie

DEMONTROND, Pascale et GAUDREAU, Patrick. 2008. *Le concept de « flow » ou « état psychologique optimal » : état de la question appliquée au sport*. De Boeck Supérieur « steps », n° 79, p. 9 à 21

FAZIO Ara, HICKS Emma, KUZMA Courtney, LEUNG Persis, SCHWARTZ Arlee, STERGIOU-KITA Mary. 2008. *Le Cadre conceptuel du processus de pratique canadien : utiliser une approche consciencieuse dans la pratique de l'ergothérapie*. Vol. 10.4. Actualités ergothérapeutiques

FERLAND, Francine. 2015. *L'activité au cœur du développement de la personne*. Dans : L'activité humaine : un potentiel pour la santé ? De boeck solal. p. 35 à 41.

FERY-LEMONNIER, Elisabeth. 2009. *La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France : rapport à madame la ministre de la santé et des sports*. [en ligne]. Disponible à l'adresse : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/AVC_-_rapport_final_-_vf.pdf/ [Consulté le 27 avril 2017]

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Juin 2012. *Accident vasculaire cérébral : méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte*. [en ligne]. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-11/11irp01_reco_avc_methodes_de_reeducation.pdf [Consulté le 27 avril 2017]

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Octobre 2014. *Place de l'imagerie dans la prise en charge de l'AVC* [en ligne]. Disponible à l'adresse : https://www.hassante.fr/portail/jcms/c_1194327/fr/place-de-l-imagerie-dans-la-prise-en-charge-de-l-avc/ [Consulté le 27 avril 2017]

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Février 2015. *Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire*. [en ligne]. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/avc_synthese_des_recommandations.pdf [Consulté le 27 avril 2017]

LE BOSSÉ, Yann. 2003. *De « l'habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment*. *Nouvelles pratiques sociales*. Vol. 16, n° 2, p. 30-51

MARCHALOT, Isabelle. 2016. *Stratégie d'intervention en ergothérapie et rendement occupationnel*. *ERGOTHERAPIE* n° 62, p. 19 à 23.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALE ET DE LA SANTÉ. 2016. *Soins de suite et de réadaptation - SSR Une prise en charge globale de la personne après l'hospitalisation*. [en ligne]. Disponible à l'adresse : <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr/> [Consulté le 14 mai 2017]

MOREL-BRACQ, Marie-Chantal. 2001. *Activité et qualité de vie, la théorie du Flow*. *ERGOTHERAPIE* n° 4, p. 19 à 26.

MOREL-BRACQ, Marie-Chantal. 2006. *Analyse d'activité et problématisation en ergothérapie*. [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/mc-morel-bracq.pdf> [Consulté le 25 février 2017]

MOREL-BRACQ, Marie-Chantal. 2011. *Exploiter le potentiel thérapeutique de l'activité...* Dans : *Expériences en ergothérapie*. Vingt quatrième série. p. 22 à 30.

MOREL-BRACQ, Marie-Chantal. 2009. *Le modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P)*. Dans : *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. p. 79 à 88

ANNEXES

ANNEXE I : Guide d'entretien	52
ANNEXE II : Liste des questions posées aux ergothérapeutes	53
ANNEXE III : Exemple d'un entretien retranscrit.....	54
ANNEXE IV : Tableau d'analyse des données recueillies	59

ANNEXE I :

Guide d'entretien

Thème du guide d'entretien	Relances verbales prévues	Ce que je veux savoir ?
1. Activité significative	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comment définissez-vous le terme d'activité significative ? 2. De quelle manière intégrez-vous les activités significatives à votre prise en soin pour des patients post-AVC ? 	Je cherche à savoir comment les ergothérapeutes définissent et utilisent le concept d'activité significative.
2. Théorie du flow	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'utilisation d'une activité significative procure t-elle un meilleur engagement et une meilleure participation dans la thérapie pour un patient en post-AVC ? 2. Pensez-vous que le défi et la notion de performance sont des notions importantes dans la prise en soin de patient en post-AVC ? 	Je cherche à savoir quelles sont les conditions optimales de performance du patient et si les activités significatives aident à instaurer ces conditions.
3. Potentiel thérapeutique de l'activité	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pensez-vous qu'une activité significative est plus thérapeutique qu'une autre activité pour un patient en post-AVC ayant comme objectif le retour a domicile ? 	Je cherche à savoir si l'utilisation d'une activité significative donne de meilleurs résultats (autonomie, efficacité dans les exercices de rééducation) ou non dans la prise en soin du patient ayant subit un AVC.
4. MCRO	<ol style="list-style-type: none"> 1. La MCRO vous permet-elle de mieux connaître le projet de vie du patient ? 2. La MCRO vous permet-elle d'intégrer plus facilement des activités significatives dans la prise en soin ? 3. Utiliser une mesure (MCRO) qui prend en compte la subjectivité du patient permet-elle de générer de la motivation et un meilleur engagement dans les soins de rééducation ? 4. La MCRO permet-elle d'avoir un retour sur la satisfaction et le rendement du patient dans les activités qui sont importantes pour lui ? 5. Quelle-est votre définition du rendement occupationnel ? 	<p>Je cherche à savoir si la MCRO permet de mieux prendre en compte le projet de vie du patient et si elle permet d'intégrer les activités significatives dans la prise en soin.</p> <p>Je cherche à savoir si la MCRO permet aux patient de mieux adhérer à la prise en soins.</p> <p>Je cherche aussi à savoir si la MCRO permet d'évaluer le rendement et la satisfaction du patient dans les activités qu'il a choisies</p>

ANNEXE II :

Liste des questions posées aux ergothérapeutes

1. Comment définissez-vous le terme d'activité signifiante ?
2. De quelle manière intégrez-vous les activités signifiantes à votre prise en soin pour des patients en post-AVC dont la finalité est le retour à domicile ?
3. L'utilisation d'une activité signifiante procure t-elle un meilleur engagement et une meilleure participation dans la thérapie pour un patient en post-AVC ?
4. Pensez-vous que le défi et la notion de performance sont des notions importantes dans la prise en soin de patient en post-AVC ?
5. Pensez-vous qu'une activité signifiante est plus thérapeutique qu'une autre activité pour un patient en post-AVC ayant comme objectif le retour a domicile ?
6. La MCRO vous permet-elle de mieux connaître le projet de vie du patient ?
7. La MCRO vous permet-elle d'intégrer plus facilement des activités signifiantes dans la prise en soin ?
8. Utiliser une mesure (MCRO) qui prend en compte la subjectivité du patient permet-elle de générer de la motivation et un meilleur engagement dans les soins de rééducation ?
9. La MCRO permet-elle d'avoir un retour sur la satisfaction et le rendement du patient dans les activités qui sont importantes pour lui ?
10. Quelle-est votre définition du rendement occupationnel ?

ANNEXE III :

Exemple d'un entretien retranscrit

Comment définissez-vous le terme d'activité signifiante ?

Pour moi une activité signifiante c'est une activité qui fait partie des habitudes de vie du patient de son histoire, de ses expériences et c'est une activité qu'il a envie de réaliser et qui a un but pour lui, qui a vraiment du sens pour lui, cela est très spécifique à chaque personne car personne n'a les mêmes activités de vie quotidienne même si on retrouve certaines similitudes chacun a aussi sa façon de faire les différentes activités de vie. Il y a donc une part de subjectivité

De quelle manière intégrez-vous les activités signifiantes à votre prise en soin pour des patients en post-AVC dont la finalité est le retour à domicile ?

Grâce notamment au studio thérapeutique avec les activités qui peuvent être réalisées en chambre notamment je pense aux différents transferts puisqu'au début les activités de vie quotidienne elles sont quotidiennes dans le centre donc on ne peut pas forcément passer directement à ici au début le but c'est qu'il puisse venir en séance tout seul donc c'est à dire le transfert du lit au fauteuil etc. Donc je dirais en utilisant dans un premier temps l'environnement du centre et puis par la suite dans un environnement plus écologique grâce au studio thérapeutique pour ensuite passer sur des activités plus extérieures comme faire ses courses, la reprise de la conduite des choses comme ça. Comment les intégrer ? je dirais que ça dépend des moyens qu'on a à notre disposition pour le faire.

Utilisez-vous des activités signifiantes en terme d'occupation comme moyen thérapeutique dans la rééducation ?

Par exemple pour ouvrir une bouteille d'eau, sans être l'activité en elle-même : Au travers des activités de vissage/dévissage ou de coordination bimanuelle avec utilisation du membre d'appoint ou du membre qui est atteint pour déjà stabiliser un objet et faire l'action avec l'autre membre dans ce sens l'idée c'est de partir sur ce qui est nécessaire à mettre en place comme fonction cognitive ou comme fonction motrice pour arriver à la finalité de l'activité et peut être de trouver des activités qui utilisent justement ces mêmes mouvements et ces mêmes fonctions

cognitives pour justement arriver à la finalité qui est ouvrir la bouteille. Si la tâche en elle-même est trop compliquée en rééducation on va essayer de décomposer l'activité, de la séquencer et de voir qu'est-ce qui est mis en place et de le travailler sur plusieurs autres activités pour arriver à quelque chose de très global à la fin.

Comment fait-on pour donner du sens à une activité de rééducation analytique ?

Tout dépend de la personne et de ses atteintes, si c'est une personne qui a des troubles cognitifs assez importants, je pense que l'activité ne sera pas très signifiante et en plus elle ne va pas comprendre même si on lui explique pourquoi. Si c'est quelqu'un qui n'a pas de problèmes de cortication à ce moment là on peut dire que l'on travaille ça avec des pions avec des cônes des choses comme ça sur des choses très analytiques mais la finalité c'est que vous puissiez enfiler votre t-shirt, que vous puissiez attraper des choses dans des placards. Si on propose du lien à la personne je pense qu'elle peut trouver du sens à l'activité analytique. Mais cela est très en fonction de la personne, il y a des gens, même en leur expliquant ils ne vont pas comprendre que c'est le même geste que quand on ouvre une bouteille d'eau en fait et il va falloir passer par peut-être d'autres biais que ces exercices analytiques.

Comment fait-on ?

Déjà en mettant la personne en situation écologique et on peut être surpris en cas de réussite car parfois ils mettent en place des stratégies assez étonnantes et on se dit qu'on a peut-être réfléchi un peu trop à la place de la personne d'où l'intérêt de la MCRO de pouvoir un peu monter les objectifs ensemble et de pouvoir déterminer comment est faite l'activité et est-ce que c'est satisfaisant ou pas la façon dont c'est réalisé parce que si ça se trouve la personne elle arrive à ouvrir sa bouteille d'une manière qui est la sienne est-ce qui lui convient très bien. La perception que j'ai des choses c'est que j'y arrive très bien comme ça donc l'idée ça serait de mettre la personne en situation et de voir comment elle le fait est-ce que c'est possible ou pas et si elle ne peut pas on peut demander comment elle veut réaliser cette activité. Comment vous faisiez avant et comment vous voulez le faire à présent

L'utilisation d'une activité signifiante procure-t-elle un meilleur engagement et une meilleure participation dans la thérapie pour un patient en post-AVC ?

Oui clairement c'est la base, si on ne fait pas de lien et qu'on ne propose pas des activités significantes qui ont du lien avec une activité signifiante à mon sens la personne elle ne comprend pas ce qu'elle fait et donc s'investit moins alors que si elle comprend vraiment la finalité de l'activité signifiante elle sera plus motivée car il y aura un objectif très concret derrière.

Pensez-vous que le défi et la notion de performance sont des notions importantes dans la prise en soin de patient en post-AVC ?

Oui je pense mais cela est aussi dépendant de la personne avant comment elle percevait ce challenge mais oui je pense que le défi est intéressant cette idée de dire aujourd'hui vous avez réussi à atteindre telle performance demain on va essayer de faire encore plus, de dépasser tout ça. On retrouve cette notion de défi chez beaucoup de patients mais tout dépend de l'aspect cognitif. Mais globalement les patients veulent progresser et relever des défis pour être au plus proche de ce qu'ils étaient avant donc oui la notion de défi est importante.

Pensez-vous qu'une activité signifiante est plus thérapeutique qu'une autre activité pour un patient en post-AVC ayant comme objectif le retour a domicile ?

Oui je pense parce que si on est sur une activité signifiante, déjà au point de vue neuronal on engage beaucoup plus de neurones dans une activité qu'on a déjà eu l'habitude de faire puisqu'il y a déjà eu des potentiels mis en place. Si j'ai l'habitude de faire de la couture si on me propose une activité de couture ça va éveiller beaucoup de chose, des aires de la mémoire des aires de la coordination des mains donc plein de choses vont s'engager et à l'inverse si je n'ai jamais fait de couture et qu'on me donne une activité de couture là on est plutôt dans une phase d'apprentissage et du coup on va éveiller beaucoup moins de zones et pas des choses créées auparavant et c'est tout l'enjeu quand on cherche à réactiver des fonctions par la plasticité cérébrale il faut engager des neurones sur des activités qui ont déjà été réalisées parce qu'on éveille beaucoup plus de neurones que si on fait quelque chose de nouveau.

La MCRO vous permet-elle de mieux connaître le projet de vie du patient ?

C'est un très bon outil pour ça car on a tendance à penser qu'on peut savoir à la place du patient et on est plus dans un modèle un peu biomédical en se disant il faut qu'on rééduque cette fonction comme ça comme ci et que ça va évoluer comme ça et donc certes notre expérience

est intéressante mais il ne faut pas choisir à la place du patient et je pense que la MCRO elle est intéressante dans le sens où l'on peut poser des objectifs ensemble et du coup on est sensiblement beaucoup plus précis et pertinents parce que la personne sait où elle va et c'est elle qui a choisit ses objectifs avec peut être quelques ajustements pour que les objectifs soient réalisables mais c'est un très bon outil pour construire un plan de soin pertinent et qui réponde aux attentes de la personne parce que chacun à des attentes différentes et c'est un raccourci qu'on fait trop souvent de se dire que cette personne veut s'habiller, reprendre sa toilette, reprendre une vie professionnelle... on a envie de remettre les gens comme ils étaient avant sachant que c'est pas toujours possible et c'est même pas souvent le cas que ça colle exactement, il y a toujours des petites choses qui changent donc il faut qu'on puisse définir avec le patient quelles sont ses priorités. On se projette beaucoup par rapport au patient, on se dit bah moi j'aimerais bien pouvoir me laver seul et puis en fait si ça se trouve la personne c'est pas son projet, ce n'est pas dans sa culture ou ses habitudes de vie. Peut-être que simplement ce qui tient à cœur de la personne c'est mettre ces chaussettes. On peut être totalement dépendant mais satisfait de l'être. La MCRO permet de définir dans le cadre de la rééducation le plan de traitement et les objectifs à court, moyen et long terme et de les prioriser. Après quand on est dans une partie plus de réadaptation et qu'on pense qu'on a récupéré le maximum il faut plus passer dans une phase de réadaptation à ce moment-là c'est plus un projet de vie. Les deux sont toujours corrélés mais c'est vrai que dans un premier temps on est plus dans un aspect de rééducation donc ce n'est plus le plan de traitement mais le projet de vie est aussi très important et il faut le prendre en compte dès le début malgré tout.

La MCRO vous permet-elle d'intégrer plus facilement des activités significantes dans la prise en soin ?

Oui parce que la base de l'entretien ce sont les activités en fait et du coup c'est de déterminer quelles sont les activités qui sont significantes pour la personne donc c'est un super moyen d'écrémer toutes les activités et de dire : vous ce qui est important c'est de vous brosser les dents, mais ce n'est pas de vous laver les pieds. Vous ce qui est important c'est de mettre votre pull mais pas forcément de réussir à mettre vos bas de contention. Donc ça permet vraiment d'épurer tout et d'écrémer et de n'avoir à la fin que les activités qui sont importantes pour la personne.

Utiliser une mesure (MCRO) qui prend en compte la subjectivité du patient permet-elle de générer de la motivation et un meilleur engagement dans les soins de rééducation ?

Là encore une fois c'est comme tout à l'heure sur les activités significatives c'est pareil en fait, ça génère une motivation beaucoup plus importante que si nous on a dit, moi mon objectif c'est de récupérer vingt degrés d'extension de coude. Derrière tout ça, nous on a déjà fait notre chemin que si on veut récupérer cette amplitude là ou cette force là ou cette préhension là c'est pour ça mais ce n'est pas clair pour le patient. Donc c'est un bon moyen de faire le chemin dans l'autre sens donc de partir de l'activité et ensuite de dire au patient voilà on part de cette activité là mais pour faire ça il nous faut effectivement cette flexion cette amplitude, cette activité analytique que vous travaillez mais on part de la base. On ne fait pas le chemin dans l'autre sens. Nous on a un peu tendance parce qu'on a déjà fait ce chemin-là, on fait l'inverse il faut plutôt dire pour cette activité là il faut qu'on travaille ça.

La MCRO permet-elle d'avoir un retour sur la satisfaction et le rendement du patient dans les activités qui sont importantes pour lui ?

Oui, dans la cotation il y a l'item de la satisfaction. Donc oui.

Vous utilisez seulement la MCRO ?

La MHAVIE également, les deux sont intéressantes. En complément ou bien si je veux être un peu plus exhaustif je prendrais la MHAVIE.

Quelle-est votre définition du rendement occupationnel ?

C'est la capacité de la personne à réaliser l'ensemble des activités qui sont significatives pour elle. Et pas les activités que nous on pense justes et cohérentes avec la vie de tous les jours mais vraiment les activités qui ont du sens pour la personne.

ANNEXE IV :

Tableau d'analyse des données recueillies

Thèmes des questions	Entretien n°1	Entretien n°2	Entretien n°3	Entretien n°4
Activité signifiante (Questions 1 et 2)				
Théorie du flow (Questions 3 et 4)				
Potentiel thérapeutique de l'activité (Question 5)				
MCRO (Questions 6,7,8 ,9 et 10)				

PROMOTION : 2014-2017

NOM PRENOM : MARQUIGNY Hugo

TITRE DU MEMOIRE :

Engagement et activité signifiante : Intérêt de la Mesure Canadienne de Rendement Occupationnel dans la prise en soin de patients en post-AVC.

RESUME :

Dans le contexte ergothérapique français où les termes « activité signifiante » et « occupation » s'entrecroisent, ce travail cherche à les clarifier et à comprendre comment les professionnels intègrent ces notions dans la prise en soin afin d'obtenir les meilleures performances auprès des patients. Cette étude tend également à montrer que la Mesure Canadienne de Rendement Occupationnel (MCRO) permet de guider la pratique professionnelle de l'ergothérapeute vers un meilleur engagement du patient.

ABSTRACT :

In the French occupational context the terms "meaningful activity" and "occupation" intersect. This work seeks to clarify them and to understand how professionals integrate these notions into care in order to obtain the best performances from patients. This study also suggests that the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) helps guide the occupational therapist's practice toward better patient engagement.

KEY WORDS :

Meaningful Activity – Occupation – Flow theory – COPM - Engagement

MAITRE DE MEMOIRE : FAYS Cassandre