

INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

LORRAINE

CHAMPAGNE ARDENNE



**LA PRISE EN COMPTE DE LA SANTE MENTALE CHEZ LES  
PATIENTS EN REEDUCATION FONCTIONNELLE**

Mémoire d'initiation à la recherche

Clara WILZER

Juin 2023



## Remerciements

---

*Sous la direction de Stéphane Mathieu, cadre de santé en service de Médecine Physique et Réadaptation au Centre Hospitalier de Bar-le-Duc.*

Je tiens à remercier sincèrement,

Stéphane Mathieu, pour m'avoir accompagnée tout au long de ce travail. Son soutien, sa bienveillance et l'apport, constant, de son expertise m'ont permis de faire progresser ma réflexion.

L'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Lorraine Champagne-Ardenne, pour leur aide et leur encadrement durant toute ma formation.

Les ergothérapeutes qui ont participé à cette étude, qui m'ont accordé leur temps, et sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

Mes parents, pour le soutien et les encouragements dont ils ont fait preuve à mon égard. Ainsi que pour le regard extérieur qu'ils ont pu m'apporter.

Mes amis, que j'ai pu rencontrer lors de ma formation, et qui ont toujours été d'une aide précieuse.

Kéziah pour le soutien, l'optimisme et la patience dont il a fait preuve dans les moments de doute.

# Table des matières

I.	Introduction.....	1
II.	PARTIE THEORIQUE .....	3
A.	Corrélation entre santé mentale et rééducation fonctionnelle.....	3
1.	Origine de la rupture entre santé mentale et rééducation fonctionnelle .....	3
a)	Définition de physique .....	3
b)	Définition de psychique.....	3
c)	Dualité du corps et de l'esprit .....	4
d)	La dualité dans la pratique ergothérapique .....	5
2.	Manifestation de la santé mentale en rééducation fonctionnelle.....	5
a)	Influence d'une pathologie touchant le physique sur le psychique.....	5
b)	Le processus de deuil selon Kübler-Ross.....	6
B.	Prise en soin globale du patient .....	9
1.	Pluralité de la prise en soin en SSR.....	9
a)	Conditions techniques d'autorisation d'activité en SSR.....	9
b)	Collaboration de l'équipe pluridisciplinaire .....	10
2.	Construction du rôle de l'ergothérapeute .....	11
a)	L'ergothérapeute en SSR .....	11
b)	Modèles conceptuels .....	12
c)	Le MOH.....	13
3.	La volition selon le MOH .....	13
4.	Processus stimulant la volition du patient en ergothérapie .....	15
a)	Activités signifiantes pour le patient.....	15
b)	Empathie .....	15
c)	Ecoute active .....	16
d)	Entretiens motivationnels .....	17
III.	Elaboration de la question de recherche .....	19
IV.	Méthodologie de recherche.....	20
1.	Objectif de la recherche .....	20
2.	Recueil de données .....	20
3.	Construction de la grille d'entretien .....	21
4.	Population interrogée .....	23
V.	Analyse des données .....	24
1.	Analyse longitudinale .....	24
a)	Ergothérapeute n°1 .....	24
b)	Ergothérapeute n°2.....	26

c) Ergothérapeute n°3 .....	28
d) Ergothérapeute n°4 .....	30
e) Ergothérapeute n°5 .....	33
2. Analyse transversale.....	35
a) Prise en compte de la volition par l’ergothérapeute, dans la relation de soin .....	35
b) La place du patient dans sa prise en soin par l’ergothérapeute .....	36
c) Inclusion au sein de l’équipe pluridisciplinaire.....	37
d) Collaboration inter-patients .....	38
3. Vérification de l’hypothèse .....	39
VI. Discussion .....	40
1. Limites de l’étude .....	40
2. Confrontation des résultats avec le cadre théorique.....	41
3. Préconisations .....	45
a) Développer les compétences de l’ergothérapeute .....	45
b) Accroître les échanges inter-patients.....	46
c) Favoriser l’inclusion de la personne soignée au sein de la pluridisciplinarité.....	47
VII. Conclusion .....	49
VIII. Bibliographie.....	51
IX. Annexes .....	59

## I. Introduction

---

La rééducation fonctionnelle a pour but de rétablir les capacités fonctionnelles et les habitudes de vie des patients, lorsque cela est possible. Cette spécialité est majoritairement pratiquée en services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), étant progressivement en train de se transformer en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR). En 2021, 893 000 personnes ont été hospitalisées dans ces services. Cependant, d'après la « Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients » effectuée par la Haute Autorité de Santé (HAS), 42,5% de ces patients ont ressenti de l'anxiété au cours de leur hospitalisation et 23,8% d'entre eux ont qualifié le soutien apporté par les soignants de « mauvais ».

Lors de notre cursus en étude d'ergothérapie, certaines situations, rencontrées en stage, réalisé en SSR, nous ont posé question. En effet, nous avons pu remarquer que le thérapeute mettant, le plus, le patient face à ses incapacités et sa condition, est l'ergothérapeute. Du fait de l'aspect fonctionnel de sa pratique, il expose directement au patient ce dont il n'est plus capable de réaliser. Or, ceci peut avoir un impact sur la santé mentale du patient, étant définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un « état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel ». Si nous interprétons cette définition de manière rhétorique, une santé mentale non optimale pourrait engendrer des difficultés d'engagement dans la rééducation.

La santé mentale n'est pas le champ d'action principal d'un SSR, d'autant plus que les sciences liées au psychique et les sciences liées au physique ont souvent été en opposition. Cependant il semblerait bénéfique d'y prêter attention.

Cette réflexion nous a permis de formuler la question de départ suivante : Comment accompagner au mieux les patients en rééducation fonctionnelle, en prenant en compte le psychique ?

Dans une première partie théorique, nous allons étudier la corrélation entre santé mentale et rééducation fonctionnelle en se basant sur le dualisme du corps et

l'esprit, puis nous nous pencherons sur la prise en soin globale du patient autour du concept de volition.

Dans une deuxième partie exploratoire, la méthodologie de recherche sera détaillée, puis nous analyserons les données obtenues.

Dans une troisième et dernière partie, les limites de l'étude seront énoncées. Une discussion sera établie afin de transposer les éléments théoriques et exploratoires recueillis. Puis, les préconisations, quant à l'amélioration de la pratique de l'ergothérapie, seront exposées.

## II. PARTIE THEORIQUE

---

### A. Corrélation entre santé mentale et rééducation fonctionnelle

#### 1. Origine de la rupture entre santé mentale et rééducation fonctionnelle

Le sujet de la santé mentale reste tabou dans notre société en général mais également dans le secteur de la santé et des soins. Très souvent, elle n'est associée qu'à certaines pathologies psychiatriques et n'est que peu prise en compte dans les services de soins autres que la psychiatrie, comme les services de rééducation fonctionnelle. Ces derniers traitent du physique tandis que la santé mentale relève plus du psychique. Ce clivage entre science du physique et science du psychique a une origine épistémologique, que nous allons développer dans cette partie.

##### a) Définition de physique

D'après le dictionnaire Le Robert : « Qui concerne le corps humain (opposé à moral, psychique). Exemple : Troubles physiques. → organique, physiologique. »

##### b) Définition de psychique

D'après le dictionnaire Le Robert : « Qui concerne l'esprit, la pensée. → mental, psychologique. »

### c) Dualité du corps et de l'esprit

Historiquement le corps et l'esprit ont été considérés comme deux entités distinctes. Notamment, depuis l'Antiquité, avec l'apparition du concept de dualisme, pouvant aussi être appelé : philosophie de l'esprit. Au cours du XVIIème siècle, Descartes a beaucoup contribué à la mise en avant de ce concept et parle de dualisme ontologique, qui reprend le problème de dualité de l'âme et du corps et que nous pouvons appeler de façon plus moderne : la dualité du psychique et du physique. Descartes ne nie pas le fait que le corps et l'esprit interagissent ensemble, il met en cause le fait que l'esprit pourrait déterminer le corps à réaliser des actions volontaires. Ici, le physique (le corps) appartient au domaine de la science, c'est-à-dire qu'il occupe un espace défini, le corps, que l'on peut disséquer, analyser. Alors que le psychique (l'esprit) est considéré comme une substance subjective, que l'on ne peut pas toucher donc que l'on ne peut pas analyser et qui, de ce fait, ne rentre pas dans le champ scientifique. Dans son article, « Le corps et l'esprit : quelles relations ? » paru en 2012 dans les Presses Universitaires de France « Journal de la psychanalyse de l'enfant », l'auteur D.Houzel précise que le monde scientifique ne niait pas l'importance du psychique, cependant, ne correspondant pas aux critères scientifiques, il n'a pas été exploré. Bien que le psychique et sa subjectivité n'aient pas été source de recherches scientifiques, ils ont été source de questionnements philosophiques.

En effet, un siècle après Descartes, Kant rejoindra son point de vue, en 1786, dans « Premiers principes métaphysiques de la science de la nature » : « La théorie de l'âme ne pourra jamais devenir plus qu'une théorie historique de la nature portant sur le sens interne, de la manière la plus systématique possible, donc une description naturelle de l'âme mais non une science de l'âme ». C'est-à-dire que, le psychique et ses différents états pourront être définis mais ne seront pas apparentés à une science en tant que telle.

## **d) La dualité dans la pratique ergothérapeutique**

Si nous rapportons ce dualisme à notre pratique. Bien que les philosophes soient en accord pour dire que le psychique ne relève d'aucune science et qu'il n'a pas d'influence sur les actions volontaires de l'Homme. Il n'en reste pas moins que, les pionniers de l'ergothérapie au début du XXème siècle se sont appuyés sur un concept holistique pour fonder leur pratique. Où la prise en soin de la personne se réalise d'après son fonctionnement global. Ils partent d'un postulat : « la relation entre le corps et l'esprit est indissoluble » (L. Charret, 2017). Ainsi, il est intéressant de prendre en compte le psychique et le physique car ce sont deux fonctions de l'Homme qui interagissent et s'inter influencent.

Certains phénomènes rencontrés chez des patients peuvent attester de cela. Dans les prochains paragraphes, nous étudierons l'un d'entre eux, le processus de deuil.

## **2. Manifestation de la santé mentale en rééducation fonctionnelle**

### **a) Influence d'une pathologie touchant le physique sur le psychique**

L'annonce d'une pathologie peut avoir un impact majeur dans la vie d'une personne. En effet, une fonction ou un organe va être lésé ce qui va entraîner une perte de capacités pour la personne, un changement de ses habitudes de vie. En fonction de la pathologie, ce changement peut être temporaire ou définitif. Dans les deux cas, la personne va devoir traverser une période d'acceptation, de deuil de son état antérieur, ce qui peut impacter sa santé mentale. Cette dernière sera le plus souvent caractérisée par des angoisses, si la personne se questionne sur son devenir avec la pathologie, ou bien un état plus dépressif, si la personne reste figée sur ses capacités ou habitudes de vie passées.

## b) Le processus de deuil selon Kübler-Ross

Elisabeth Kübler-Ross, psychiatre du XXème siècle, a élaboré un modèle pour mieux comprendre le processus de deuil.

A l'origine, il avait été élaboré pour un deuil lié à la mort. Pour le construire, elle a suivi des personnes en soins palliatifs, devant faire face à l'idée de leur propre mort. Dans ce modèle, elle décrit 5 étapes que les patients traversaient lors de leur deuil :

- Dénier : Il y a un refus de l'annonce qui vient d'être faite.
- Colère : C'est une étape qui peut être assez agressive, liée à un sentiment d'injustice que ressent la personne envers elle-même et envers les autres.
- Marchandage : C'est une étape d'illusion, où l'espoir d'un retour en arrière peut émerger et où la personne aura tendance à adopter de fausses croyances.
- Dépression : L'illusion de l'étape précédente se dissipe, c'est le commencement de l'acceptation. Cependant, ce retour à la réalité va entraîner un sentiment de tristesse, une baisse de la motivation, les personnes auront tendance à s'isoler.
- Acceptation : La personne sort de son isolement et accepte sa situation.

Ensuite, Kübler-Ross a élaboré un autre modèle, qui découle du précédent. Cependant, il n'est pas lié à la mort mais prend forme lorsqu'un changement arrive dans la vie d'une personne et qu'il doit être accepté. Pour notre étude, le changement représente, ce dont nous parlions plus tôt : une pathologie, une diminution des capacités par rapport aux habitudes de vie antérieures. Ce modèle porte plusieurs noms : courbe de deuil, courbe d'apprentissage du changement ou encore courbe d'engagement. Il reprend les étapes décrites plutôt et les inclues dans 4 phases différentes.

La première phase est celle du choc qui comprend le déni, la colère et la peur. Ici, la personne éprouve le besoin d'exprimer, d'extérioriser ses ressentis. Elle pourrait faire preuve d'agressivité ou de scepticisme et ne serait pas prête à adhérer au changement, ni à la rééducation.

Ensuite, la deuxième phase est la remise en question, qui comprend le marchandage et le relâchement. Le marchandage fonctionne de la même manière que dans le processus de deuil lié à la mort, la personne s'attache aux fausses croyances et à l'illusion que tout va être « comme avant ». A cela s'ajoute, ce que Kübler-Ross appelle le relâchement, c'est une étape interne à la personne qui fluctue entre des périodes de questionnements sur l'évolution de la pathologie et le retour aux habitudes de vie possible, ainsi que des périodes de lâcher prise où la personne se concentre essentiellement sur le moment présent. Cependant, la fin de cette phase de remise en question, est la période la plus négative pour la personne. En effet, elle se rend compte et analyse ce que sa pathologie entraîne comme problématiques, comme incapacités chamboulant ses habitudes de vie. C'est pourquoi chez certaines personnes, l'étape de relâchement peut être assez compliquée, il est possible de voir des épisodes dépressifs s'y ajouter.

La troisième phase est celle de la remobilisation, on y retrouve l'étape de l'acceptation que l'on a vu plus tôt. Une fois l'acceptation du changement commencée, il va être possible d'accepter les moyens qui sont donnés pour apprendre à vivre avec ce changement, c'est ce que l'auteure appelle la découverte de sens.

Enfin, la dernière phase est l'engagement, il s'agit du moment où les personnes incluent le changement dans leur environnement social, familial, architectural. Des projets peuvent être énoncés. Elles se mettent en action pour retrouver leurs habitudes de vie antérieures ou trouver de nouvelles habitudes qui leur permettraient d'atteindre leurs buts ou objectifs qu'ils s'étaient fixés.

Ainsi, faire le deuil de son état passé influe sur la motivation, l'état d'esprit du patient mais également son engagement dans ses thérapies. Lorsque le deuil est acquis, par extension, l'engagement l'est aussi. Cependant si le deuil n'est pas terminé et que la personne reste dans une phase négative, l'engagement va être difficile à acquérir, ce qui aura un impact sur l'efficacité de notre prise en soin et ses résultats. Dans la partie suivante, nous allons développer la nécessité de la prise en soin globale du patient pour pallier cet impact.

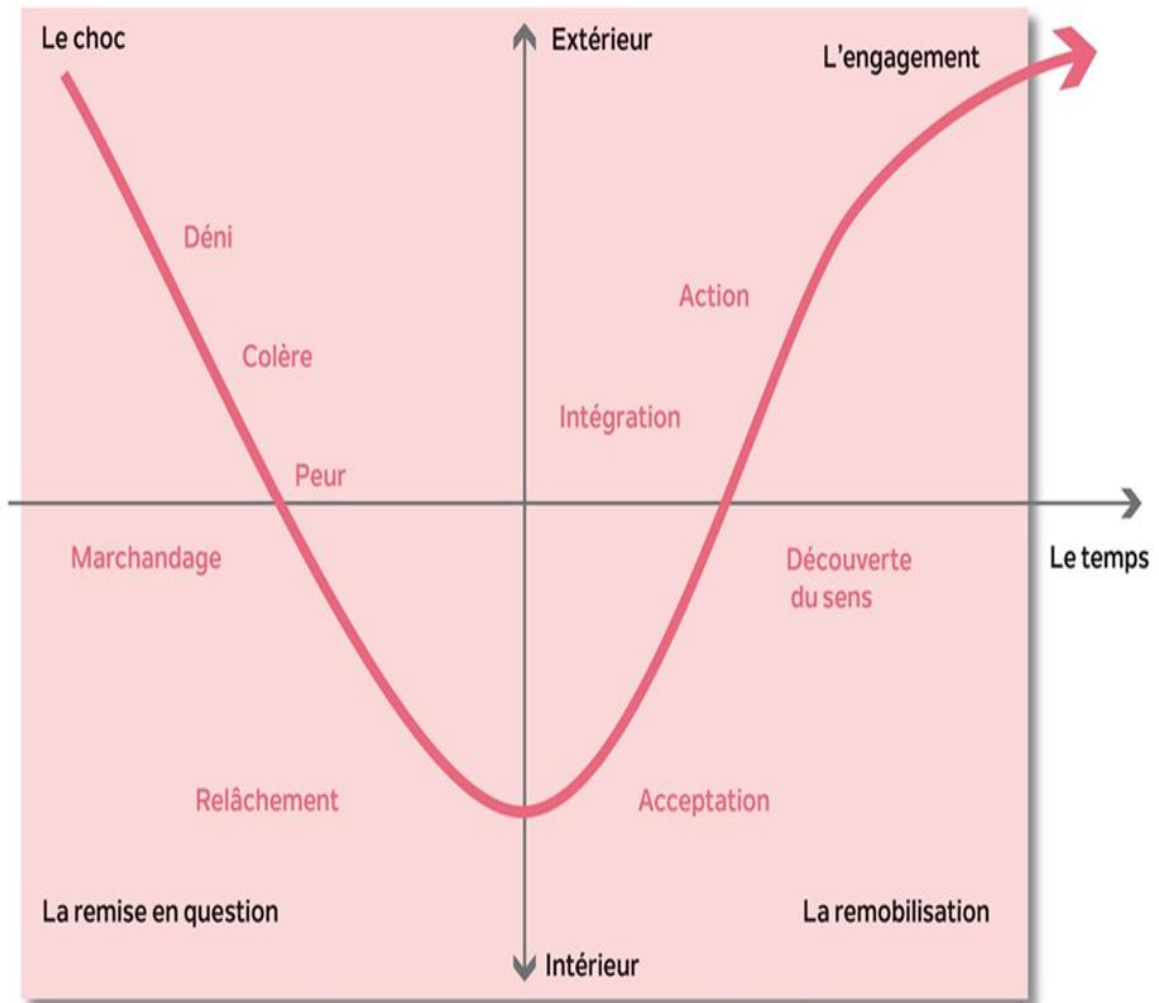


Figure 1 : Schéma se trouvant dans l'ouvrage : Outil 6. La courbe d'engagement de Kübler Ross - David Autissier, Jean-Michel Moutot, Kévin J. Johnson, Emily Metais-Wiersch - 2019

## **B. Prise en soin globale du patient**

D'après le dictionnaire Larousse, « global » signifie considérer quelque chose dans son ensemble. Nous entendons donc, par le terme « prise en soin globale du patient », une prise en soin menée par un ensemble de professionnels de santé et prenant en compte la personne dans sa totalité.

### **1. Pluralité de la prise en soin en SSR**

#### **a) Conditions techniques d'autorisation d'activité en SSR**

Les services de soins de suite de réadaptation (SSR) sont des services spécialisés en rééducation fonctionnelle. En fonction de leur mention d'activité, les conditions techniques, qu'ils doivent fournir pour obtenir le titre de SSR, diffèrent, la présence de certains professionnels de santé n'est pas obligatoire pour toutes les mentions.

Le 17 avril 2008, le décret n°2008-376 avait été publié afin de clarifier les conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation. Pour la première fois, la nécessité d'avoir un psychologue dans ces services a été formulée, ceci atteste de l'importance de la prise en compte du psychologique, du psychique, dans ce type de service. Cependant, pour les mentions SSR polyvalents et locomoteurs, la présence d'un psychologue était seulement recommandée mais pas obligatoire.

« Art. D. 6124-177-1. – I. – Le titulaire de l'autorisation de soins de suite et de réadaptation constitue une ou plusieurs équipes pluridisciplinaires qui prennent en charge les patients et dont les membres détiennent les compétences médicales, paramédicales, psychologiques, sociales et éducatives nécessaires à la mise en œuvre de l'activité de soins autorisée. » (Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, 2008)

Récemment, le 12 janvier 2022, deux décrets ont été publiés afin que l'appellation SSR soit, progressivement, changée en SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation. La loi prévoit que cette mise en œuvre ait lieu, au plus tard, le 1<sup>er</sup> novembre 2023, dans le cadre de la publication des projets régionaux de santé 2023-2028. Cette nouvelle appellation amène de nouvelles conditions d'autorisation d'activité pour ces établissements, cependant nous retrouvons encore une fois la nécessité de proposer des soins par des professionnels médicaux-paramédicaux et des psychologues. Cette fois-ci, les SMR ayant la mention locomoteur sont également dans l'obligation de proposer un temps psychologue, ce qui est une avancée majeure. Bien que les SSR polyvalents ne l'aient pas et que ce temps soit toujours sous forme de recommandation.

« Art. D. 6124-177-3.- I.- Tout site autorisé à l'activité de soins médicaux et de réadaptation comprend une ou plusieurs équipes pluridisciplinaires, chacune devant être conforme aux dispositions particulières à chaque mention définie à la présente sous-section et comprenant : « - Au moins, deux médecins dont le médecin coordonnateur ; « - Un ou plusieurs infirmiers ; « - Un ou plusieurs assistants de service social ; « - En tant que de besoin, des auxiliaires médicaux, des personnels des professions sociales et éducatives, des psychologues et des enseignants en activité physique adaptée. » (Ministère des solidarités et de la santé, 2020)

## **b) Collaboration de l'équipe pluridisciplinaire**

Une prise en soin globale implique que différents professionnels vont accompagner le patient dans son processus de soin. Ainsi, pour que ces derniers collaborent au mieux, une équipe pluridisciplinaire va se créer et développer des méthodes de communication. Les plus communes sont les réunions de synthèses et les transmissions écrites.

Les réunions de synthèse sont des temps où l'équipe pluridisciplinaire se réunit. Idéalement, chaque profession accompagnant le patient y est représentée afin d'avoir le point de vue de tous. Ces synthèses permettent aux soignants d'attester de

l'évolution des patients dans chaque discipline, puis d'adapter leur accompagnement en fonction de leurs besoins. Ce sont essentiellement des échanges ayant pour but de créer une coopération entre professionnels. Les créneaux consacrés à ces réunions sont propres à l'établissement, ce ne sont pas des temps obligatoires mais conseillés, le plus souvent ils sont organisés de manière hebdomadaire. Néanmoins, la rédaction d'une synthèse est obligatoire. En effet, il est impératif de tracer, dans le dossier patient, une synthèse pluridisciplinaire à minima tous les 15 jours. Cela fait partie des Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins (IQSS) imposés à tous les SSR et futurs SMR.

Tout comme les réunions de synthèse, les transmissions écrites permettent de transmettre des informations importantes à toute l'équipe pluridisciplinaire. Mais également de garder une trace écrite des événements qui ont eu lieu au cours de la prise en soin du patient, afin d'assurer une continuité dans les soins.

Au-delà de ces rencontres formelles entre professionnels, les échanges informels sont tout aussi essentiels. En effet, le fait qu'un thérapeute se déplace jusqu'à son collègue ou l'appelle, pour communiquer directement sur une situation particulière, concernant un patient, permet de fluidifier l'information.

## 2. Construction du rôle de l'ergothérapeute

### **a) L'ergothérapeute en SSR**

L'ergothérapeute est un professionnel de santé du paramédical. En SSR son but est la rééducation et la réadaptation fonctionnelle du patient. Pour cela, il va d'abord recueillir un maximum d'informations sur les capacités du patient mais également sur son environnement familial, architectural, social, professionnel, financier. Il va également s'intéresser aux objectifs du patient, ce qu'il attend de sa rééducation. Ceci permet d'avoir une vision globale de la personne, pour ensuite mieux cibler ses problèmes occupationnels, établir un diagnostic, puis définir quels seront les objectifs

de prise en soin. L'ergothérapeute est un thérapeute proche du patient, du fait de la connaissance des nombreux aspects de sa vie. Ainsi, c'est en ergothérapie que la personne sera le plus confrontée aux réalités de la vie quotidienne. De plus, l'ergothérapeute engage des activités significatives pour le patient, il peut donc être possible qu'il se sente davantage mis en échec dans notre thérapie, s'il n'a pas la capacité de les réaliser. C'est pourquoi cette proximité implique la construction d'une bonne relation thérapeutique, d'une collaboration soignant-soigné afin d'obtenir l'engagement du patient à notre pratique. D'autant qu'assurer l'engagement et la participation du patient est une fonction de l'ergothérapeute que l'on retrouve dans « les règles professionnelles des ergothérapeutes » (Association Nationale Française des Ergothérapeutes, 2019).

## **b) Modèles conceptuels**

Le rôle de l'ergothérapeute décrit, ci-dessus, est le fruit d'une remise en cause constante des concepts et modèles sur lesquels les ergothérapeutes ont pu se baser pour élaborer la façon dont ils mènent leur pratique. Il y a eu le modèle holistique en premier. Puis le biomédical jusqu'à la fin des années 1980, qui a fortement influencé la manière de procéder des ergothérapeutes, notamment car c'est celui qui a été enseigné à l'ouverture des premières écoles d'ergothérapie. Mais peu à peu, ce modèle a été sujet à « controverses car il ne prend pas suffisamment en compte les aspects subjectifs et environnementaux du handicap » (L. Charret, 2017). En effet, s'intéressant principalement à la fonction lésée, ce modèle ne prenait pas en compte la globalité du patient. Ainsi, un autre modèle, se concentrant sur l'Homme plutôt que sur sa maladie est apparu, c'est le modèle bio-psycho-social : « à une logique de la maladie, l'ergothérapeute doit substituer une logique systémique qui réunit tous les aspects biologiques, psychologique et sociaux » (Castelein et de Crits, 1990). Grâce à ce courant, des modèles conceptuels propres à l'ergothérapie ont vu le jour. Tels que le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) de G. Kielhofner (1987) ou encore le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) de l'association canadienne des ergothérapeutes (1997).

Ces derniers sont particulièrement intéressants car ils font ressortir certains concepts qui peuvent aider les ergothérapeutes à mieux comprendre le fonctionnement des personnes.

### c) Le MOH

Le MOH est un moyen de faciliter l'analyse des éléments concernant le patient. En effet, il permet d'abord de cerner qui est le patient, avec les notions de volition, d'habitation et de capacités de rendement. Puis de voir de quelles manières il réalise ses occupations au sein de son environnement à travers les notions de participation, rendement et habileté. Afin de comprendre le rapport qu'a la personne à ses activités et à son environnement.

Comme évoqué précédemment, ce modèle aborde le concept de volition. Il nous a paru intéressant de le détailler, au vu de la population que nous étudions.

### 3. La volition selon le MOH

La volition décrit ce qui motive la personne à entreprendre une activité. C'est un processus en quatre étapes : « la personne expérimente des activités, elle interprète ce qui a été expérimenté, ce qui va lui permettre d'anticiper puis de faire des choix pour l'amener à nouveau vers l'expérience », (Modèle de l'occupation humaine | 5e édition | CRMOH | ULaval). Ce cycle se définit essentiellement à travers trois catégories propres à la personne : ses valeurs, ses déterminants et ses intérêts.

D'abord, la première catégorie qui définit la volition correspond aux valeurs, qui sont influencées par la culture qui a été inculquée à la personne, ainsi que les courants de pensées auxquels elle s'est identifiée au cours de sa vie. Les choix occupationnels que pourra faire la personne vont être en cohérence avec son système de valeurs,

quelques fois, il sera si fort que leurs choix seront perçus comme des devoirs. Lorsqu'une personne se trouve avec une nouvelle pathologie, les incapacités qu'elle va rencontrer peuvent remettre en question les valeurs qu'elle avait construit. Dans ce cas, la personne va soit se dévaluer car ses valeurs correspondront à un idéal impossible à atteindre pour elle. Soit elle peut voir ses incapacités comme de nouvelles capacités qui lui donnent l'occasion de développer de nouvelles valeurs.

Ensuite, la deuxième catégorie qui définit la volition correspond aux déterminants personnels, qui permettent de percevoir ses propres capacités à réussir une tâche. Cette perception peut être due au sentiment de compétence, c'est une auto-évaluation de nos capacités physiques, intellectuelles et sociales. Elle peut être également due au sentiment d'efficacité, c'est le contrôle que l'on a sur une activité en fonction de nos capacités et du contexte. Si la personne sent qu'elle n'est pas aussi efficace qu'elle le souhaite, elle va avoir tendance à moins s'adapter pour continuer l'activité et ceci peut mener à l'abandon d'une activité. Lorsque les sentiments de compétence et d'efficacité sont pauvres, ceci peut être plus limitant que l'incapacité en elle-même.

Enfin, la troisième catégorie qui définit la volition correspond aux intérêts de la personne, ce qu'elle trouve agréable à réaliser. L'importance de l'intérêt porté ne dépend pas de la fréquence à laquelle l'activité est réalisée. L'incapacité peut mettre à mal le plaisir que l'on prend à faire une activité, la personne peut se sentir incompétente, et de ce fait va anticiper la perte de plaisir et va moins passer à l'action pour réaliser ses activités. La personne développe alors moins d'occupations car elle peut être freinée par une peur de l'échec, c'est un cercle vicieux qui commence, moins il y aura d'activités, moins la personne éprouvera du plaisir, moins elle aura envie de développer d'autres activités. Cet impact de la perte d'intérêt sur la réalisation des activités est assez clair pour certaines maladies mentales comme la dépression.

La volition est donc une notion qui se module en fonction du parcours de vie de la personne. Dans notre étude, nous nous sommes intéressés aux difficultés que peut engendrer le processus de deuil lié à l'acceptation de sa pathologie. Celui-ci, entraînant une baisse de motivation et questionnant les habitudes de vie, pourrait avoir un impact sur la volition. Il serait donc intéressant de chercher des méthodes pouvant pallier ce phénomène.

## 4. Processus stimulant la volition du patient en ergothérapie

### a) **Activités significantes pour le patient**

L'activité est l'outil principal de l'ergothérapeute. Seulement, il faut qu'elle soit thérapeutique et pour ce faire : « elle doit être acceptée par le patient, simple, valorisante ou utile et progressive » (Meyer, 1990). L'acceptation de l'activité par le patient est donc un point clé et pourrait être mieux acquise si elle était significative. En effet, ce terme, « significatif », relève de la sphère psycho-affective de la personne. Il y a un rapport individuel, ce qui est significatif pour elle, ne le sera pas forcément pour quelqu'un d'autre. Puisque ceci relève de ses valeurs, qui influenceront d'ailleurs sa volition. Une activité significative est donc une activité qui a du sens pour la personne. Il s'agit alors d'avoir une bonne connaissance de son patient et de ses valeurs. Pour l'ergothérapeute, ceci ne doit pas poser de problème car, comme développé dans un paragraphe précédent, il est le professionnel s'intéressant le plus aux occupations de la personne. Cependant, lorsque l'on est confronté à un patient présentant une baisse de volition, il peut être plus compliqué de déterminer ce qui est significatif pour lui. Ainsi une communication doit être mise en place pour mieux comprendre la situation. Celle-ci peut passer par l'activité en elle-même, car elle a un pouvoir de médiation qui permet de créer une relation thérapeutique avec son patient. Lors de ces temps d'échanges informels, le thérapeute peut alors utiliser certaines méthodes de communications pour fortifier la relation de confiance.

### b) **Empathie**

L'empathie représente la capacité qu'a l'Homme à se mettre à la place d'autrui et ressentir les émotions de l'autre. Cette notion est sensée prendre place dès qu'il existe une interaction entre deux individus. Elle peut alors être utilisée lors d'entretiens ou bilans avec le patient mais également lors des échanges informels qui ont lieu lors des séances. Pour autant, elle peut être chamboulée dans un contexte de relation de soin.

En effet, ce type de relation étant asymétrique, le soigné attend et reçoit l'aide du soignant. Ce dernier est donc dans une position délicate où il est nécessaire qu'il puisse comprendre et percevoir les émotions de son patient sans pour autant se laisser submerger par ses propres émotions. Selon Carl Rogers, l'empathie constitue l'une des trois attitudes fondamentales que doit adopter le thérapeute, avec l'écoute active et la non-directivité. Il la définit comme « sentir le monde privé du client comme s'il était le vôtre, mais sans jamais oublier la qualité de « comme si », telle est l'empathie, et elle apparaît essentielle à la thérapie ». Ainsi, elle semble nécessaire à la construction d'une relation thérapeutique. Cependant, pour se protéger, certains soignants tendent à minimiser les émotions négatives de leurs patients lors de leurs échanges. Bien qu'il ait été prouvé, par différentes études reprises dans un article de J. Lecomte sur « L'empathie et ses effets » publié en 2010, que l'usage d'une attitude empathique a un impact positif sur les patients, « que ce soit en termes de satisfaction vis-à-vis des soins reçus, de bien-être psychologique, d'observance des prescriptions, de santé physique ». Si la peur principale du soignant est de se retrouver submergé par ses émotions, il existe des moyens permettant de pallier cette peur. Un processus empathique en particulier repris par M. Vannotti dans « L'empathie dans la relation médecin – patient » publié en 2002. Il s'agit de reconnaître que l'émotion vécue par le patient est compréhensible, ainsi nous légitimons les sentiments qu'il perçoit et ne le culpabilisons pas sur les actions qu'il aurait menées pour faire face à ses émotions.

### **c) Ecoute active**

L'écoute active est complémentaire de l'utilisation de l'empathie. De plus, comme dit précédemment, elle fait partie des trois attitudes fondamentales développées par C. Rogers. Cette méthode de communication se base essentiellement sur le questionnement et la reformulation, repris dans un cycle en quatre phases. Tout d'abord, il s'agit d'écouter le patient sans interruption de notre part. Ensuite, nous pouvons revenir sur certains termes énoncés, qui nous ont posé question, afin de clarifier leurs significations avec le patient. Puis, une phase d'investigation se met en place afin de pousser le patient à approfondir sa réflexion. Ceci peut se faire avec, en

premier lieu, une question ouverte, puis au fur et à mesure des questions plus spécifiques pour identifier ce qui peut poser un problème. Enfin, vient la reformulation, il ne faut pas être interprétatif mais bien reprendre les termes de son interlocuteur, ou des équivalents pour éviter la répétition. Ceci va permettre au patient d'avoir un retour oral de ce qu'il vient de dire et donc de pouvoir prendre du recul. De la même manière, ceci va permettre au soignant d'intérioriser ce qu'on lui a dit et ainsi de mieux l'intégrer. Par ses processus, l'écoute active est un outil intéressant pour créer une relation de confiance avec son patient et également pour l'intégrer dans son parcours de soins en prenant en compte son ressenti.

#### **d) Entretiens motivationnels**

Lors des séances, si le patient n'adhère pas du tout aux activités proposées, qu'il montre des signes d'une perte conséquente de motivation ; Il pourrait être intéressant de prendre un temps avec lui pour communiquer plus en détails sur ses problématiques. Dans certains services de psychiatrie, notamment en addictologie, un style de conversation collaboratif a été développé dans les années 1980 par William R. Miller et Stephen Rollnick, deux psychologues, il s'agit de l'entretien motivationnel. Dans le cas de notre étude, le but ne serait pas de reproduire exactement ceci car la population à laquelle nous nous adressons est différente mais nous pourrions l'adapter en mettant en lumière certains points clés. Ce type de méthode a lieu lorsque le patient doute de sa capacité à pouvoir changer. Ainsi « le thérapeute va l'amener à travailler sur son sentiment d'efficacité personnelle » (Fond et al., 2012), notion que l'on retrouve d'ailleurs dans le concept de volition. Lors de ces entretiens, les psychologues ont déterminé qu'il fallait commencer par « mettre en lumière l'ambivalence du patient, sans attendre de lui une propension immédiate au changement » (Fond et al., 2012). L'ambivalence est, ici, un comportement que le patient met en place pour faire face au changement qu'apporte sa pathologie mais qui n'est pas forcément bénéfique pour sa santé. Pour ce faire, l'esprit de l'entretien motivationnel est basé sur les approches centrées sur la personne et empathiques de C. Rogers. Ils ont ensuite décrit quatre principes, se superposant, sur lesquels repose l'approche motivationnelle. Il s'agit de

l'engagement, de la focalisation, de l'évocation et de la planification. L'engagement est le processus permettant de mettre en place une alliance thérapeutique, il reprend notamment les notions d'empathie et d'écoute active. La focalisation doit permettre de « s'accorder avec la personne sur la direction visée par l'accompagnement » (AFDEM, 2014), pour des ergothérapeutes, elle peut s'apparenter à l'élaboration des objectifs de prise en soin en collaboration avec le patient. Ensuite, l'évocation peut avoir lieu, c'est un discours préparatoire, la personne va verbaliser ce qui l'a motivé à formuler ses objectifs et comment, selon elle, elle pourrait les atteindre. Enfin, la planification a lieu lorsque la personne souhaite se mobiliser et passer à l'action, alors différentes stratégies pourront être énoncées afin que les objectifs soient réalisés.

### III. Elaboration de la question de recherche

---

Lors de la partie théorique, nous avons pu mettre en lumière la corrélation entre santé mentale et rééducation fonctionnelle, en s'appuyant sur le concept de la dualité du corps et de l'esprit, à travers plusieurs points de vue. Mettant ainsi en avant, les personnes éprouvant des processus de deuil difficiles liés à la pathologie. Ensuite nous nous sommes penchés sur la notion de prise en soin globale pour ces patients, tout en développant le concept de volition.

Les questionnements soulevés à travers l'élaboration de nos différents concepts, nous amènent à la question de recherche suivante : **De quelle manière l'ergothérapeute peut-il avoir un rôle à jouer lorsque le psychique a un impact sur la volition des patients dans leur rééducation ?**

Afin de répondre à cette problématique, nous avons émis l'hypothèse suivante :

**La méthode de prise en soin de l'ergothérapeute influence la volition du patient dans sa rééducation.**

## IV. Méthodologie de recherche

---

### 1. Objectif de la recherche

La partie exploratoire vise à affirmer ou infirmer l'hypothèse que nous avons formulé à la suite des questionnements soulevés durant la partie théorique.

L'objectif de cette partie est donc d'interroger les ergothérapeutes sur leur pratique en SSR, sur la façon dont ils mènent leurs prises en soin. Il s'agit également de recueillir quels modes d'actions influencent, ou pourraient influencer, la volition du patient dans sa rééducation.

### 2. Recueil de données

Comme évoqué précédemment, le but de l'enquête est : d'identifier de quelles manières les ergothérapeutes mettent en place leurs interventions en ergothérapie au sein de leurs structures ; relever comment ils adaptent leurs interventions avec un patient ayant une baisse de volition ; se pencher sur l'importance de la collaboration de l'équipe pluridisciplinaire dans ce type de situation.

Ce sont donc des données qualitatives que nous devons recueillir. Pour ce faire, nous avons fait le choix de réaliser des entretiens semi-directifs. En effet, cette méthode semble la plus pertinente car elle permet d'orienter les personnes interrogées sur certains sujets, tout en leur laissant une liberté de parole. Il s'agit donc de créer un réel échange avec les ergothérapeutes, afin d'acquérir un maximum d'informations sur leur pratique au quotidien ainsi que leur point de vue concernant cette pratique.

### 3. Construction de la grille d'entretien

Afin de mener à bien nos entretiens, nous avons élaboré une grille d'entretien. Cette dernière est composée d'une question d'amorce permettant de connaître le parcours de l'ergothérapeute. Puis, les questions sont posées selon trois grands thèmes : la vision de l'ergothérapie qu'adopte l'ergothérapeute en question, l'interprofessionnalité dans sa pratique et la prise en soin de patients ayant une baisse de volition. Pour chacun de ces thèmes, nous avons conçu de grandes questions ouvertes, afin de laisser une liberté d'expression à la personne interrogée. Puis, nous avons également élaboré des questions de relance permettant de réorienter l'échange sur notre sujet ou d'apporter certaines précisions intéressantes.

**Concernant le premier thème, trois grandes questions ont été posées :**

Comment mettez-vous en place vos interventions en ergothérapie ?

Cette question a pour but de clarifier le déroulé d'une prise en soin par l'ergothérapeute, en fonction de l'établissement dans lequel il exerce également. Il s'agit d'identifier comment les objectifs de rééducations sont élaborés.

Selon vous, où se situe la place du patient dans son parcours de soins ?

Pourquoi ?

Les ergothérapeutes sont, ici, interrogés sur la place qu'a le patient lors de la prise de décision concernant sa prise en soin.

Basez-vous votre pratique ergothérapeutique sur un modèle conceptuel ou bien sur un outil particulier ?

Il s'agit d'identifier si l'utilisation d'un modèle conceptuel se fait et dans quels contextes.

**Concernant le deuxième thème, une question très générale a d'abord été posée :**

Dans la prise en charge rééducative du patient, qu'est-ce qui peut selon vous avoir un impact sur le patient et la manière dont il vit sa rééducation ?

Cette question permet de connaître directement les éléments prioritaires ayant un impact sur le patient. Si la notion de pluridisciplinarité n'a pas été abordée, nous posons alors la question de relance suivante :

Selon vous, en quoi la manière dont collabore l'équipe pluridisciplinaire peut avoir un impact sur le patient et la manière dont il vit sa rééducation ?

Ce qui nous permet ainsi de préciser comment les différents acteurs de l'équipe pluridisciplinaire communiquent entre eux, quelle place occupe l'ergothérapeute également.

**Concernant le troisième thème, les questions sont les suivantes :**

Durant votre pratique en SSR, quelles difficultés avez-vous pu rencontrer pour mener vos prises en soin ?

Par cette question, nous prenons en compte les difficultés à mettre en place des activités, ou encore à faire adhérer le patient à notre pratique. Nous creusons ensuite les raisons pour lesquelles ces difficultés peuvent apparaître.

Avez-vous déjà eu à prendre en soin un patient ayant été impacté moralement par sa rééducation ou sa pathologie ?

Cette question est posée dans l'éventualité où la notion qu'elle porte n'ait pas été abordée précédemment. Ceci permet également de recentrer l'entretien sur ce thème en particulier.

### Etes-vous souvent confronté à ce cas de figure ?

Il s'agit d'obtenir certaines estimations concernant la récurrence de patients éprouvant une baisse de volition lors des prises en soin. Concernant les types de pathologies qu'ont, généralement, ces patients.

### Comment réagissez-vous face à ce type de situation ?

Cette question s'intéresse à ce que le thérapeute ressent dans ces moments, afin de savoir si cela influe d'une certaine manière la suite de sa prise en soin ou non.

### Que mettez-vous en place pour améliorer ces situations afin de mener votre rééducation ?

Ici, la question amène à construire un échange sur ce que l'ergothérapeute a déjà mis en place et ce qu'il souhaiterait faire idéalement concernant la prise en soin de patients ayant une baisse de volition. Au fur et à mesure des entretiens, les solutions apportées par les différents ergothérapeutes seront reprises pour obtenir plusieurs avis sur celles-ci.

## 4. Population interrogée

Les personnes visées par ces entretiens semi-directifs sont des ergothérapeutes Diplômés d'Etat, exerçant en SSR ou SMR.

Nous avons contacté des ergothérapeutes pratiquant dans des structures différentes afin de recueillir, également, différents modes de fonctionnements.

Nous les avons tous contactés par mail, en leur indiquant l'intitulé du mémoire, ainsi que les modalités de l'entretien : la durée de 30 à 45 minutes et le maintien de l'anonymat.

## V. Analyse des données

---

### 1. Analyse longitudinale

#### a) Ergothérapeute n°1

Mme C est une ergothérapeute Diplômée d'Etat depuis 2006. Elle a exercé dans diverses structures avant de rejoindre un SSR. Nous l'avons donc interrogée sur sa pratique actuelle en SSR, en service de traumatologie ambulatoire du membre inférieur et du rachis.

La structure dans laquelle elle travaille impose le nombre et la fréquence des prises en soin. Le médecin élabore également les modalités de départ, c'est-à-dire, quelles thérapies le patient va avoir et quels sont les objectifs généraux. Cependant, Mme C dit être assez autonome sur la façon de mener les prises en soin de ses patients. Pour commencer, elle se laisse généralement une ou deux séances, à l'entrée, pour effectuer les bilans qu'elle trouve pertinents à la suite de sa rencontre avec le patient. En fonction de cela, et en cohérence avec le projet du patient, Mme C va élaborer un plan de traitement avec des objectifs de prise en soin.

Mme C ne base pas sa pratique professionnelle sur un modèle conceptuel en particulier pour le moment. Ceci, dû au fait, que le référentiel d'apprentissage de son école d'ergothérapie n'incluait pas encore ces modèles. Cependant, une formation au modèle de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) va être mise en place dans la structure où elle exerce. Selon elle, ce modèle pourrait avoir un aspect positif s'il permet d'améliorer les prises en soin, en faisant ressortir des problématiques auxquelles elle n'aurait pas pensé. Mme C affirme que la MCRO correspondrait à la vision holistique que doit avoir l'ergothérapeute.

Concernant la place du patient, selon Mme C, il devrait être au centre et acteur dans son parcours de soins. Cependant, il peut parfois y avoir une différence entre la théorie et la pratique. La place du patient n'est pas toujours déterminée dès le début. En effet, étant adressé au centre par un médecin ou un chirurgien, le patient arrive

dans un processus qui a déjà été engagé par quelqu'un d'autre. C'est pourquoi, il est important de prendre le temps de se mettre d'accord avec le patient, en entretien, sur la tournure que doit prendre la prise en soin.

Lorsque nous avons abordé les questions concernant les éléments qui pourraient avoir un impact sur la façon dont le patient vit sa rééducation. Le manque de communication entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire est ce qui est ressorti en premier lieu. En effet, dans sa structure, Mme C décrit des synthèses peu ponctuelles, ayant lieu sur le temps de séance des thérapeutes. Ce n'est pas spécifique aux ergothérapeutes, car leur rôle est bien compris par le reste de l'équipe, mais à tous les thérapeutes. En effet, la pluridisciplinarité est présente car il existe les transmissions pour se tenir au courant de ce que fait le patient dans ses autres thérapies mais cela reste indirect. Selon Mme C, l'idéal serait d'avoir une synthèse en début, en milieu et en fin de parcours, où un point serait fait avec les attentes de chacun, thérapeutes et patient. Les synthèses permettent de créer de bonnes relations pluridisciplinaires et d'avoir une vision plus globale de la personne. Le fait d'inclure le patient dans ces synthèses est une idée qu'elle soulève, cela permettrait d'avoir une meilleure alliance thérapeutique, il aurait également un moyen de voir comment les différents professionnels fonctionnent autour de lui. Mme C évoque également une solution hypothétique, une sorte de contrat entre l'équipe et le patient pour se mettre d'accord sur les objectifs. Le fait qu'il y ait une signature des deux parties serait un gage physique d'engagement à la thérapie.

Mme C exprime qu'il lui arrive d'éprouver des difficultés dans l'élaboration de ses prises en soin. Ces difficultés seraient liées à un déficit de volition de la part du patient, pouvant apparaître lors de certains cas de figure. Ceci peut se produire tout au long du parcours de soins si le patient a du mal à accepter sa pathologie et ses conséquences. Il est possible de trouver des baisses de motivation, également, lorsque les patients rencontrent une phase de « plateau », détonnant par rapport au début de prise en soin où l'évolution était plutôt positive et rapide. Selon, Mme C, cela affecte le patient, cependant, le rôle de l'ergothérapeute est de le redynamiser. Notamment en valorisant toute l'évolution qui a déjà été accomplie. En prenant un temps à part lorsque la situation devient trop compliquée pour la personne, afin d'écouter ce qu'elle a à dire, valider ses émotions et faire preuve d'empathie. De cette manière, la personne pourra se rendre compte que le thérapeute a la capacité de

comprendre ses problématiques. Mme C prend également contact avec les psychologues de l'établissement, selon les besoins du patient. Parfois ce type d'entrevue prend le temps d'une séance complète, cela ne semble alors pas productif sur le plan rééducatif traumatologique mais les bénéfices seront perçus lors des prochaines séances.

En conclusion de cet entretien, Mme C précise que, bien que les services de traumatologie en SSR accueillent des personnes ayant besoin de rééducation sur le plan physique. Il n'en reste pas moins que ces personnes peuvent être également impactées émotionnellement. Le meilleur moyen de les accompagner est donc de rester à l'écoute lors des périodes où la volition est moindre. De leur montrer qu'ils ont leur place au sein de l'équipe, notamment en les intégrant aux réunions de synthèse.

## **b) Ergothérapeute n°2**

Mme M est ergothérapeute Diplômée d'Etat depuis 2017. Elle exerce actuellement dans un SSR gériatrique, ne recevant uniquement des patients y étant hospitalisés.

Mme M suit un certain déroulé, lorsqu'elle prend en soin ses patients. Mais dit ne pas se référer à un modèle conceptuel en particulier. Elle justifie ses interventions en se servant de l'activité comme un moyen et non comme un objectif. Tout d'abord, elle les rencontre en chambre afin d'évaluer ce dont ils ont besoin pour pouvoir faire leurs transferts et assurer leur mobilité, au sein de l'établissement, en sécurité. Elle réalise ensuite une évaluation permettant de faire le point sur la dépendance de la personne dans son environnement, c'est l'indice de Barthel. Evaluation qu'elle réalise régulièrement au cours du séjour pour attester de l'évolution du patient. Durant le séjour, Mme M essaie, au maximum, de baser sa rééducation sur des mises en situation concernant les activités de vie quotidienne plutôt que sur des prises en soin en salle. Elle soulève le fait que les mises en situation sont un meilleur moyen de faire prendre conscience, au patient, de ses capacités, de son évolution et ainsi il comprend davantage le but de notre intervention.

Selon Mme M, la place du patient est centrale car c'est autour de ses objectifs, à l'entrée, qu'ils vont travailler.

Concernant la collaboration de l'équipe pluridisciplinaire, des réunions de synthèse sont organisées tous les matins. Selon elle, il est important d'avoir ces créneaux délimités où tout le monde se réunit et se pose pour échanger les informations nécessaires. Ainsi, chaque professionnel peut exposer les objectifs qu'il est en train de travailler et se coordonner avec les objectifs des autres. Afin qu'une thérapie n'en freine pas une autre. Dans cette équipe, l'ergothérapeute a sa place mais il est impératif qu'il explique l'intérêt de son intervention pour être compris, au mieux, par les autres professionnels. Généralement, le médecin prend en compte l'avis de toute l'équipe concernant les durées de séjour et leurs objectifs, pour que chacun ait le temps de mettre en place ce dont il a besoin.

Les difficultés que Mme M peut rencontrer lors de la mise en place de ses prises en soin sont, dans un premier temps, en lien avec l'incompréhension qu'ont les patients face à notre pratique. C'est pourquoi, l'une des premières choses à faire lorsque la personne arrive est de lui expliquer le but de notre intervention afin qu'elle en comprenne l'intérêt, sinon elle n'aura pas de volonté à travailler avec nous. Ensuite, il est possible, du fait de prendre en soin une population vieillissante, que les patients aient des périodes quelque peu dépressives en se rendant compte de leurs nouvelles incapacités. Il arrive alors que la séance d'ergothérapie ne soit pas réalisée car l'état psychologique du patient ne le permet pas. Ceci n'est pas pris comme un échec par Mme M car elle soutient que le refus appartient aussi au patient. Cependant, dans ces cas-là, elle reste avec lui afin d'échanger. Ce sont des moments où il éprouve le besoin d'exprimer ce qu'il vit, il est donc nécessaire d'être à l'écoute. Dans la discussion, Mme M essaie également de reformuler des objectifs et de négocier une activité précise ou une mise en situation pour les prochaines séances. Elle part du principe que stimuler la volition des personnes se fait en les mettant en action, car le résultat de l'activité aura des bénéfices, ce qui les motivera à continuer, c'est un cercle vertueux. Puis, afin d'ancrer la volition, Mme M valorise les progrès effectués par la personne en mettant l'accent sur ce qu'elle est capable de faire. En effet, lorsqu'ils sont en situation de souffrance, ils ne se rendent pas forcément compte des avancées qu'ils ont fait. Si les

problématiques du patient sont trop lourdes, elle le met en lien avec la psychologue du service.

Pour pallier les baisses de motivation, l'équipe pluridisciplinaire ne donne pas de durée de séjour fixe pour chaque patient mais fait en sorte que le temps d'hospitalisation ne soit pas trop long, sinon ils risquent de se déconditionner et de ne plus être engagé dans leur rééducation.

Pour conclure cet entretien, Mme M appuie sur le fait que, de manière générale, reformuler les objectifs, en collaboration avec le patient, est le moyen le plus efficace pour pallier la baisse de volition. Notamment, car ceci permet de faire régulièrement un point sur la prise en soin et d'être en accord avec l'évolution et le projet du patient.

### **c) Ergothérapeute n°3**

Mr D est un ergothérapeute Diplômé d'Etat depuis 2017. Il exerce dans un service ambulatoire d'orthopédie et traumatologie du membre inférieur et rachis, dans un SSR.

Concernant la mise en place de ses interventions en ergothérapie, Mr D suit un fil conducteur lors de l'entrée de ses patients. Il reprend, avec eux, leur anamnèse, puis passe les bilans qui lui semble pertinents. Pour la passation de ces bilans, il se base, notamment, sur le modèle de la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF). Selon Mr D, ce modèle est pluridisciplinaire et permet de couvrir des attentes plutôt génériques. Il essaie de suivre la CIF sur un versant fonctionnel et respectant la spécificité de l'ergothérapie, les activités occupationnelles.

Mr D envisage de s'orienter sur un second modèle conceptuel pour mener ses prises en soin. Il s'agit de la MCRO. Il l'utilise déjà afin d'acquérir plus de pratique avant de recevoir la formation. Mr D observe que ce modèle permet de s'orienter vers certaines prises en soin plus occupationnelles et fonctionnelles. Lorsqu'il y a des difficultés à mener une prise en soin, utiliser la MCRO permettrait d'être plus ancré dans les besoins de la personne. Elle permettrait de définir des problématiques quotidiennes, qui ont une importance pour la personne et qui influent sur sa satisfaction.

Concernant la place du patient dans son parcours de soins, Mr D évoque la nécessité qu'il soit au centre et acteur. Cependant, il n'occupe pas cette place, actuellement, dans la structure dans laquelle il exerce. C'est pourquoi, cette dernière a mis en place des groupes de travail entre ses professionnels de santé afin de réfléchir à l'élaboration de synthèses pluridisciplinaires et de plans de soins. Mr D évoque à nouveau la MCRO, qui d'après lui, pourrait placer le patient plus au centre, étant donné que l'on se base essentiellement sur l'avis de ce dernier.

Lorsque la question de ce qui pourrait impacter la façon dont les personnes vivent leur rééducation est abordée, la communication de l'équipe pluridisciplinaire est, à nouveau, discutée. Selon Mr D, le manque d'échanges implique que les informations concernant les patients ne sont pas connues de toute l'équipe, ainsi, cela peut freiner les prises en soin et les faire durer plus longtemps que nécessaire. C'est pourquoi, les synthèses pluridisciplinaires sont essentielles car elles permettent de poser un cadre commun à tous les thérapeutes prenant en soin le patient.

Lors d'un groupe de travail portant sur l'organisation des futures synthèses pluridisciplinaires, Mr D et ses collègues aimeraient se baser sur le Plan Interdisciplinaire d'Intervention Individualisé (PIII). Ce dernier est un outil de synthèse reprenant les objectifs et actions à mettre en place de la part de l'équipe et du patient. Il est établi, lors d'une synthèse au début de la prise en soin, en présence du patient, et réévalué lors d'autres synthèses au cours du séjour. Ce plan est retranscrit dans un contrat signé par un représentant de l'équipe pluridisciplinaire, le médecin et le patient. Selon Mr D, ceci pourrait être un bon moyen d'impliquer la personne dans son parcours de soins car elle a sa place au sein de l'équipe.

Concernant la place de l'ergothérapeute, elle est plutôt comprise par les autres professionnels.

Mr D peut rencontrer des difficultés lors de ses prises en soin. Pour pallier ces dernières, il précise, tout d'abord, qu'il est nécessaire de toujours expliquer aux patients le but de nos interventions, nos activités et leurs actions, sur leurs pathologies. Afin qu'ils comprennent davantage ce que nous proposons et qu'ils s'y engagent. Cependant, Mr D ajoute que, bien qu'il exerce en traumatologie, les personnes sont accueillies à la suite d'accidents de vie, de douleurs chroniques, qui peuvent avoir un

effet sur leur psychique. Ces patients présentant des pathologies chroniques sont généralement plus impactés psychologiquement et cet impact se répercute souvent sur leur volition. Ce qui peut donc se manifester en séances d'ergothérapie. Il arrive alors à Mr D de s'isoler avec le patient, s'il sent que le moral impacte trop sa volition et qu'il ne pourra pas continuer la séance dans de bonnes conditions. Le but est alors d'avoir un temps d'échange pour mesurer et comprendre ce qu'il ressent. Lorsque Mr D estime que la situation dépasse son champs de compétences, il n'hésite pas à diriger le patient vers les psychologues de l'établissement.

Pour conclure cet entretien, Mr D appuie sur le fait qu'inclure la personne soignée directement dans l'équipe et dans son parcours de soins permettrait de stimuler sa volition.

#### **d) Ergothérapeute n°4**

Mme G est une ergothérapeute Diplômée d'Etat depuis 2019 et exerce en SSR, dans un service de traumatologie de l'épaule et du rachis.

Avant de décrire la mise en place de ses interventions, Mme G nous a exposé la façon dont sa structure accueille les patients. Ces derniers sont tous hospitalisés sur de courtes durées, fixées au préalable. S'il y a besoin de plus de temps pour la rééducation, une pause de quelques semaines est déterminée. Puis, ils prennent à nouveau en soin le patient, pour le même type de séjour. Ces pauses sont généralement bénéfiques, c'est d'ailleurs la raison pour laquelle le centre les incite. Mme G réalise, ensuite, ses bilans d'entrées, qu'elle adapte en fonction de la pathologie de la personne et qu'elle réalise également à la sortie afin d'attester, ou non, de l'évolution. Des objectifs généraux sont d'abord énoncés par le médecin, puis Mme G va établir des objectifs en collaboration avec le patient, en employant la MCRO afin de trouver des objectifs occupationnels importants pour lui et ainsi avoir un fil conducteur lors des séances. Ce modèle permet de placer le patient au centre de son parcours de soins.

Mme G emploie donc ce modèle, car selon elle, la MCRO a un impact majeur sur l'adhésion du patient, afin qu'il soit acteur de sa prise en soin. Il va ainsi comprendre l'enjeu de l'ergothérapie et le mettre en application. D'autant plus que la structure met à disposition des appartements thérapeutiques afin de réaliser des mises en situation avec le patient. Ceci leur permet de se rendre compte de leurs difficultés et de leurs compensations. Ainsi, ils adhèrent mieux au programme de soin.

Concernant les éléments ayant un impact sur la manière dont le patient vit sa rééducation, la collaboration de l'équipe pluridisciplinaire en est un. Selon Mme G, il est nécessaire de communiquer ce qu'il peut se passer en séances, d'échanger sur la façon dont ils pourraient adapter leurs pratiques car il y a beaucoup de problématiques psycho-pathologiques. Les moments informels permettent d'échanger mais les moments plus formels, comme les synthèses, permettraient de collaborer plus concrètement. Pour les patients présentant des problématiques de rachis, il y a plusieurs synthèses au cours du séjour, ce qui permet d'ajuster la prise en soin au besoin. D'autre part, lors de certaines synthèses, notamment lorsque le patient a un objectif de réadaptation professionnelle, il participe au même titre que les thérapeutes. Il devient alors encore plus acteur de sa prise en soin et se sent valorisé.

Dans l'équipe tous les thérapeutes sont sur un pied d'égalité et le rôle de l'ergothérapeute est compris et occupe une place importante.

Les difficultés que Mme G peut rencontrer, quant à la mise en place de ses activités, concernent la recherche d'activités, de vie quotidienne, problématiques et les difficultés liées au psychologique de la personne. Lorsqu'elle ressent des difficultés à trouver des problématiques occupationnelles au cours de l'entretien avec le patient, c'est à ce moment que Mme G utilise la MCRO. Au cours de sa prise en soin, elle prend le temps de toujours expliquer à la personne ce pourquoi elle lui propose ces activités. Puis, Mme G réévalue régulièrement les objectifs, toujours en utilisant la MCRO. Ce qui motive le plus les patients, dans l'utilisation de cet outil, est généralement le système de cotation en rapport avec leur satisfaction à réaliser les activités. Ensuite, il arrive également que Mme G puisse ressentir des difficultés à la mise en place de ses prises en soin lorsque les patients sont psychologiquement fatigués par leurs pathologies et ce qu'elles entraînent. Il arrive alors qu'ils aient besoin d'arrêter la séance pour échanger autour de ce qu'ils ressentent. Selon Mme G, il faut

alors créer une relation de confiance basée sur l'écoute et l'empathie. Il est nécessaire d'écouter et montrer que l'on comprend leurs problématiques, car beaucoup d'entre eux ont des handicaps invisibles et ne sont pas forcément entendus par leurs familles. Dans certaines situations, les familles ont déjà été conviées aux synthèses avec le patient afin qu'ils puissent comprendre ce que leur proche vit et tout ce qui est mobilisé autour de lui. En revanche, si la situation commence à avoir un trop grand impact sur le psychologique de la personne, Mme G n'hésite pas à la diriger vers un psychologue. Mme G précise que les patients étant le plus impactés psychologiquement ont généralement des pathologies chroniques. La baisse de volition arrive généralement en début de prise en soin car ce sont des personnes qui ont connu beaucoup de passages à l'hôpital et en centre de rééducation avant de venir dans cette structure.

Mme G développe également un autre élément qui peut exercer une influence sur la volition du patient : les relations inter-patients. En effet, ces derniers échangent beaucoup entre eux au cours de leur séjour, notamment lorsqu'ils ont la même pathologie ou les mêmes problématiques. Des temps d'échanges un peu plus formels sont organisés, en fonction des pathologies des patients. Ces « collectifs » sont dirigés par des ergothérapeutes ou des kinésithérapeutes. Des photos de situations complexes, en rapport avec ce qu'ils peuvent vivre, sont exposées aux patients. Chacun choisit une photo qui lui parle, puis un échange a lieu autour de cela, pour comprendre les exigences de l'activité, savoir comment ils la réalisent actuellement et quelles stratégies d'adaptation ils pourraient mettre en place. En fin de séance, une mise en situation est faite par les patients afin de réfléchir ensemble aux potentielles adaptations ou solutions.

Pour conclure l'entretien, Mme G précise qu'il est possible et intéressant d'ajouter d'autres soins au parcours du patient, concernant la gestion du stress, des changements et de la douleur. En effet, certains ergothérapeutes ou kinésithérapeutes de cette structure ont été formés à la relaxation, l'hypnoalgésie ou encore la gym douce. Une heure par semaine est organisée dans leurs emplois du temps pour pouvoir proposer ces soins aux patients qui le souhaitent. Chaque patient du centre peut y avoir accès, à condition d'en avoir parlé au médecin au préalable et d'avoir une prescription.

## e) Ergothérapeute n°5

Mr B est un ergothérapeute Diplômé d'Etat depuis 2006, il exerce actuellement dans un SSR polyvalent, accueillant également des patients grands brûlés.

Concernant la mise en place de son intervention en ergothérapie, Mr B peut être contraint, dans un premier temps, par les prescriptions du médecin, concernant la passation des bilans. Puis, dans un second temps, il effectue un entretien avec le patient, afin de reprendre l'anamnèse, et réalise les bilans lui semblant nécessaires. A la suite de cela, Mr B élabore les objectifs de la prise en soin avec la participation du patient. Ces derniers peuvent être très généraux, puis, au fur et à mesure des séances, en fonction de son discours, la personne va rediriger ses objectifs sans trop s'en rendre compte. La place du patient est donc centrale pour Mr B car il se base sur les résultats des bilans pour déterminer les objectifs, cependant il est important qu'ils correspondent au patient et à ses attentes. C'est un échange à avoir.

Mr B ne se base pas sur un modèle conceptuel en particulier pour diriger sa pratique.

Concernant, les éléments pouvant avoir un impact sur la façon dont la personne vit sa rééducation, la collaboration de l'équipe pluridisciplinaire en est un. Dans sa structure, Mr B explique que l'équipe paramédicale communique beaucoup de manière informelle, ils se déplacent dans leurs salles respectives afin d'échanger sur une situation. Des staffs sont réalisés chaque matin en présence du médecin et des paramédicaux. L'intégration du patient aux réunions de synthèse se produit déjà dans certaines situations assez complexes, où le patient, sa famille, l'équipe médicale et paramédicale sont présents. Ils évoquent les objectifs mis en place précédemment, qui devront être modifiés pour de nouveaux, plus en accord avec le patient et la famille. Ces synthèses ne sont pas faites de manière systématique mais sur demandes spécifiques. Cependant, selon Mr B, il pourrait être intéressant de les rendre systématiques afin d'intégrer le patient au maximum dans son parcours de soins.

La place des ergothérapeutes dans l'équipe est bien définie, ils sont inclus dans le projet de soin et bien compris par le reste de l'équipe. Ceci est, notamment facilité par la prise en soin des grands brûlés qui est assez spécifique en ergothérapie. Concernant les autres pathologies, Mr B explique que les différentes rééducations

peuvent se chevaucher à certains moments, mais le rôle de chacun reste défini. Les décisions concernant les patients, leurs sorties, leurs objectifs ou autres changements sont d'ailleurs, généralement, prises collectivement lors des staffs.

Selon Mr B, les difficultés pour mener une prise en soin peuvent être diverses mais sont toutes liées à la volition. Dans un premier temps, le fait de passer par le biais de l'activité pour rééduquer est souvent mal compris. Le patient n'y voyant pas d'intérêt, il ne s'engagera pas particulièrement dans les séances. C'est pourquoi, Mr B insiste sur la nécessité d'expliquer nos intentions, nos actions afin de susciter l'intérêt, la motivation. Dans un second temps, la volition baisse généralement lorsque le patient traverse une période avec des éléments de vie personnelle compliqués, en rapport avec son environnement ou encore sa pathologie, si l'état s'aggrave ou stagne. D'autant plus qu'en ergothérapie, le patient peut se sentir mis en échec sur des activités de vie quotidienne, sans que nous ayons voulu les pointer du doigt particulièrement. Ainsi, il s'agit d'un « tout » impactant la personne sur un plan psychologique.

Les patients les plus touchés par ces baisses de volition sont, en majorité, des patients ayant des pathologies chroniques. Dans ces situations, notre rôle consiste à être présent pour le patient, le réassurer. Mais, selon Mr B, nous ne devons pas dévier des objectifs qui ont été fixés. Mais nous pouvons moduler les séances en proposant des activités plus appréciées par le patient, les jours où l'on sent que le patient est plus fragile. Il peut arriver d'arrêter une séance d'ergothérapie car la personne a beaucoup de mal à s'y impliquer psychologiquement. Mr B l'emmène, alors, dans une autre pièce afin de s'isoler, d'être dans un environnement plus calme. Ainsi, la personne peut s'ouvrir à nous et communiquer, les problématiques auxquelles elle pense, plus facilement. Il est également possible de lier l'aspect écoute active à la réalisation de l'activité, du fait que le thérapeute et le patient soient seuls dans une salle.

Selon Mr B, solliciter les échanges entre patients de manière plus formelle, par l'intermédiaire de groupes, pourrait être une bonne solution pour pallier l'impact de la pathologie sur le psychologique. Sous couvert de certaines conditions notamment en créant des groupes en fonction de pathologies spécifiques. Dans son service, une ergothérapeute et une psychologue réalisaient un atelier collage. Il s'agissait de se servir du collage pour avoir un thème de fond, pour qu'ensuite, les patients parlent de leurs problématiques entre eux. Le but était de faire un groupe de parole sous couvert

de l'activité. Cependant, n'ayant plus de psychologues en ce moment, cet atelier est mis à l'arrêt. En effet, l'ergothérapeute ne se sent pas en capacité d'intervenir seule sur le versant psychologique, sans avoir l'appui d'un professionnel spécialement qualifié pour cela.

Pour conclure, selon Mr B, le rôle que peut avoir l'ergothérapeute sur la volition du patient passe essentiellement par l'écoute et la réassurance. Il est également possible d'élaborer, en collaboration avec d'autres professionnels, des séances de partages d'expériences entre patients. Enfin, la manière dont fonctionne l'équipe pluridisciplinaire impacte fortement la façon de vivre son parcours de soins. C'est pourquoi, il est nécessaire d'impliquer, au maximum, le patient au sein de ce fonctionnement et de le rendre acteur.

## 2. Analyse transversale

### **a) Prise en compte de la volition par l'ergothérapeute, dans la relation de soin**

Lors des entretiens, les ergothérapeutes ont tous identifié que la volition du patient diminue lorsque son psychique est affecté. Pour Mme M et Mme G, des périodes dépressives peuvent apparaître essentiellement en début de prise en soin, lorsque les patients se rendent compte de leurs incapacités. Concernant Mme C et Mr B, tous deux pensent que l'état psychologique varie en fonction de l'état de la pathologie. En effet, si l'évolution de la rééducation est platonique ou se trouve sur une pente plus négative, le psychique se dégradera. Pour sa part, Mr D voit l'influence du psychologique sur la volition de ses patients, en rapport avec les accidents de vie qu'ils ont vécu. Les ergothérapeutes ne sont pas tous en accord sur la raison de l'impact du physique sur le psychique mais aucun ne le réfute. De plus, leurs discours tendent tous à désigner les personnes ayant des pathologies chroniques comme étant les plus susceptibles de développer une fragilité psychologique, qui influence généralement leur volition à suivre la rééducation. Dans ces situations, les ergothérapeutes

interrogés, ont plus ou moins eu les mêmes réactions lorsque le psychologique de leurs patients prenait beaucoup de place en séance. A l'exception de Mr B, ils trouvent le moyen de mettre en suspens leur séance, afin de s'isoler avec le patient et d'avoir un échange autour de ses problématiques. Dans ces moments, ils axent essentiellement leurs discours sur l'empathie et l'écoute active afin que le patient prenne conscience qu'il est compris par son thérapeute. Mme C et Mme M précisent également, qu'il est important de valoriser la personne sur ce qu'elle a déjà accompli. D'ailleurs, toutes deux s'accordent sur le fait qu'être à l'écoute, favorise l'ancrage de la volition du patient à la rééducation et permet de renforcer la relation de soin. Mr B, quant à lui, s'isole, quelques fois également, avec ses patients. Cependant, il ne suspend pas la séance de rééducation mais essaie de lier l'activité thérapeutique à l'écoute active. Pour lui, le fait de s'isoler est le plus bénéfique dans ces situations car instaurer un environnement calme favorise les échanges soignants-soignés.

En définitive, les cinq ergothérapeutes interrogés s'accordent sur la nécessité de faire preuve d'empathie, d'écoute active et de pédagogie, dans la mise en place d'activités, afin de créer une bonne relation de soin avec leurs patients. Ce qui permettra d'instaurer un environnement favorable aux échanges et réduire les périodes où la volition est diminuée.

## **b) La place du patient dans sa prise en soin par l'ergothérapeute**

Selon les cinq ergothérapeutes interrogés, les structures, dans lesquelles ils travaillent, imposent le nombre et la fréquence de patients à accueillir. Puis, le médecin prescrit des objectifs de prise en soin généraux. Une fois ces contraintes acceptées, ces ergothérapeutes disent tous être libres de mener leurs bilans d'entrées de la manière qu'ils trouvent la plus pertinente. Un second point commun, que l'on retrouve dans leurs pratiques, est la place centrale qu'ils accordent au patient dans le processus d'élaboration des objectifs de prises en soin. En effet, selon Mme M, le patient est acteur car elle se base sur les objectifs et projets qu'il énonce afin de mener sa prise en soin. Concernant Mr B, c'est au cours d'un entretien avec le patient, qu'il établit un juste milieu entre les objectifs qu'il a pu retirer des bilans réalisés et les attentes de la

personne concernée. Mme C et Mr D, quant à eux, considèrent également le patient comme acteur principal de son parcours de soins, en théorie, cependant, ils témoignent que ce n'est pas forcément le cas dans la pratique. En effet, les patients sont souvent adressés par les médecins, dans les différentes disciplines pratiquées au sein de la structure, et de ce fait, sont placés dans un parcours qui ne leur appartient pas encore. Selon eux, un certain modèle pourrait aider le patient à occuper une place centrale en ergothérapie, il s'agit de la Mesure Canadienne de l'Occupation Humaine (MCRO). En effet, ce modèle permettrait de cibler des objectifs occupationnels plus spécifiques et ayant une incidence directe sur la satisfaction du patient. D'ailleurs, Mme G emploie déjà ce modèle, qu'elle réévalue régulièrement lors de ses prises en soin afin d'être en accord avec l'évolution du patient. Elle témoigne également que lors de l'utilisation de la MCRO, les personnes tendent à se sentir valorisées car leur point de vue est pris en compte, ainsi elles s'impliquent davantage lors des séances.

Enfin, la notion commune, ressortant de ces différents points de vue, est l'importance de la collaboration entre l'ergothérapeute et la personne soignée. Afin de pouvoir mettre en place une prise en soin adaptée, personnalisée et signifiante pour elle.

### **c) Inclusion au sein de l'équipe pluridisciplinaire**

Les cinq ergothérapeutes interrogés sont en accord sur le fait que les temps d'échanges entre professionnels sont essentiels. Il arrive que ces temps aient lieu de manière informelle. Cependant, il est important que des moments plus formels comme des réunions de synthèse soient mis en place, afin de prendre des décisions plus concrètement. Mme C et Mr D, qui ont partagé ce point de vue, déplorent le manque de réunions de synthèse de leurs structures. Notamment Mr D, qui indique que la non-communication dans une équipe freine leur travail et le parcours de rééducation du patient. Ce qui peut avoir un effet néfaste sur la volition de ce dernier car il peut se déconditionner et ne plus percevoir l'intérêt de la rééducation, lors de trop longues prises en soin. Mme M et Mme G partagent cet avis. Cette dernière indique que, c'est précisément la raison pour laquelle, dans son centre, tous les séjours sont de courtes

durées. Au besoin, les patients sont à nouveau accueillis après une pause bénéfique pour leur moral. Ensuite, Mme C et Mr D ont, tous deux, imaginé une façon de conduire de futures synthèses plus inclusives du patient. En effet, l'idée serait d'intégrer la personne soignée au sein des synthèses de l'équipe pluridisciplinaire, afin qu'elle puisse s'exprimer, au même titre que les professionnels de santé, sur son parcours de soins et ses attentes. Ils ont également, l'idée d'élaborer un contrat, en fin de première réunion, reprenant les objectifs de chacun. Effectivement, le fait de signer ce contrat marquerait l'accord concret, passé entre tous les acteurs de la prise en soin, où chacun s'engage à respecter les objectifs développés en équipe. Concernant l'inclusion des patients dans les réunions de synthèse, Mme G et Mr B les ont déjà pratiqué avec leurs équipes pluridisciplinaires. Elle ne se fait pas de manière systématique, mais plutôt lors de situations spécifiques, comme lors de réadaptations professionnelles dans la structure de Mme G. Cette dernière appuie sur l'impact positif que cette inclusion a sur la volition du patient, car elle permet de le dynamiser et renforcer son rôle d'acteur dans sa prise en soin. Mme G et Mr B s'accordent donc à dire qu'inclure la personne soignée dans les réunions de synthèse, et de ce fait, dans l'équipe pluridisciplinaire devrait être systématique.

En définitive, bien que Mme M ne se soit pas exprimée sur la réalisation de réunions de synthèse en présence du patient, tous les autres ergothérapeutes interrogés mettent en lumière, le bénéfice que ceci pourrait avoir sur sa volition à suivre la prise en soin.

#### **d) Collaboration inter-patients**

Deux des cinq ergothérapeutes interrogés ont notifié l'aspect essentiel des échanges entre patients, sur l'impact positif qu'ils peuvent exercer sur leurs volitions. Selon eux, l'ergothérapeute peut avoir un rôle à jouer dans la formalisation de ces échanges, en créant un cadre leur permettant de réfléchir sur leurs problématiques de manière groupale. Ces groupes peuvent prendre différentes formes. Mme G utilise des images pour aborder certaines situations difficiles au quotidien, puis le groupe de patient réalise une mise en situation pour trouver des solutions collectivement. Mr B,

quant à lui, réalise ces groupes en collaboration avec une psychologue. Ils utilisent le collage, donc l'activité, comme un moyen visant à inciter la communication inter-patients. Ici, la présence de la psychologue permet de creuser, davantage, l'impact psychologique de leurs problématiques occupationnelles. D'autre part, le point commun que l'on retrouve dans ces deux façons de procéder est le choix des patients constituant le groupe. En effet, chaque groupe est créé en fonction de leurs pathologies communes afin que les thématiques abordées puissent être comprises par tous.

Ainsi, ces groupes organisés par les ergothérapeutes permettent de stimuler des échanges, davantage, sur leurs ressentis vis-à-vis de leurs pathologies et de ce qu'elles entraînent. Le fait de communiquer avec d'autres personnes vivant les mêmes difficultés, pourrait stimuler leur volition à poursuivre la rééducation.

### 3. Vérification de l'hypothèse

A la suite de notre partie théorique, nous avons émis l'hypothèse suivante : la méthode de prise en soin de l'ergothérapeute influence la volition du patient dans sa rééducation.

Lors de notre partie exploratoire, nous constatons que les ergothérapeutes modulent, leurs méthodes de prises en soin afin de stimuler la volition du patient. Ces méthodes concernent l'attitude thérapeutique à adopter et le rôle que joue l'ergothérapeute dans l'inclusion du patient dans sa prise en soin, au sein de l'équipe pluridisciplinaire, mais également parmi les autres personnes hospitalisées. L'hypothèse est donc validée, car la méthode de prise en soin influence la volition de la personne soignée. Cependant, un second facteur, influençant la volition, pourrait rester un obstacle pour l'ergothérapeute, il s'agit de l'état psychologique du patient.

## VI. Discussion

---

### 1. Limites de l'étude

Ce mémoire d'initiation à la recherche comporte plusieurs limites, notamment liées à la partie exploratoire.

Tout d'abord, le fait d'avoir mené des entretiens semi-dirigés peut être un biais. En effet, nous recueillons l'avis personnel de l'ergothérapeute interrogé, son point de vue lui est donc spécifique et ne s'applique pas à toute la population visée. De plus, en raison de la liberté de parole permise par ce type d'entretien, certaines notions, ne figurant pas dans la grille d'entretien, ont été abordées. Ces dernières sont intéressantes à traiter mais n'ont pas forcément pu être abordées avec tous les ergothérapeutes interrogés. Ainsi, il n'y a que très peu de points de vue à comparer concernant ces notions.

Ensuite, la taille de l'échantillon n'est représentative que d'une minorité d'ergothérapeutes et ne permet pas de généraliser le propos. Cependant, réaliser un plus grand nombre d'entretiens n'aurait pas été possible, en raison du temps de recherche limité.

Enfin, il aurait été intéressant d'intégrer les patients suivant les prises en soin des ergothérapeutes interrogés, afin de recueillir l'avis des deux parties principales concernées par cette étude. Ceci n'a pas été réalisé, en raison de la Loi Jardé n°2012-300 du 5 mars 2012, relative aux recherches impliquant la personne humaine. En effet, les conditions nécessaires, à l'obtention de l'autorisation d'entretien avec un patient, demandaient trop de contraintes, qui n'auraient pas pu être satisfaites.

## 2. Confrontation des résultats avec le cadre théorique

Lors de la partie théorique de ce mémoire d'initiation à la recherche, nous avons pu établir une corrélation entre l'état physique d'une personne et son état psychique. Après s'être entretenu avec différents ergothérapeutes exerçant en SSR, futurs SMR, nous avons pu confirmer cette corrélation. Le psychologique semble, d'autant plus, avoir un lien avec le processus de deuil de Kübler-Ross, évoqué au début de cette étude, dans la pratique. En effet, d'après les ergothérapeutes, lorsque la personne soignée souffre de son état psychologique, cela a généralement un rapport avec la pathologie de la personne et son acceptation, ainsi qu'avec l'acceptation du fait que l'évolution de la rééducation ne soit pas toujours positive et continue.

Une fois l'impact du physique sur le psychologique vérifié, j'ai pu constater, lors des entretiens réalisés avec les ergothérapeutes mais également lors de mes stages, que ces deux notions, état physique et psychologique, sont étroitement liées à la volition des patients à poursuivre leur rééducation. Notamment car elles exercent une influence sur les trois catégories définissant la volition, d'après le MOH. Tout d'abord, le système de valeurs, élaboré par la personne au cours de sa vie, peut être chamboulé par l'arrivée de la pathologie et des incapacités qu'elle entraîne. Ensuite, les incapacités de la personne, et ce qu'elles engendrent au niveau psychologique, peuvent modifier ses sentiments de compétence et d'efficacité, donc ses déterminants personnels. Enfin, la prise en soin en ergothérapie peut amener à un sentiment d'échec de la personne, du fait de la mise en lumière des incapacités liées aux activités de vie quotidienne, et de ce fait, lui faire perdre son intérêt à poursuivre sa rééducation.

La littérature ne précise pas si le phénomène de diminution de la volition peut être corrélé à une pathologie en particulier. Cependant, selon les ergothérapeutes interrogés, les personnes, étant les plus amenées à éprouver une baisse de volition, sont les personnes atteintes de pathologies chroniques. Cela fait sens, puisque le terme « chronique » évoque un événement qui dure dans le temps et qui, de ce fait, peut être plus difficile à accepter. D'autant plus que les prises en soin de ces pathologies ont tendance à durer plus longtemps. Certains ergothérapeutes mettent, alors, en lumière, les bénéfices d'établir des prises en soin toutes aussi longues mais entrecoupées de pauses. Pour ma part, il pourrait être bon de déterminer une période

sans rééducation avant de reprendre un nouveau parcours de soins, lorsque le patient ne trouve plus d'intérêt à sa rééducation, à condition que le retour à la maison soit déjà acquis, ou du moins, sécuritaire. Ceci lui permettrait de prendre du recul sur la situation afin de continuer, à l'avenir, un parcours de soins dans de meilleures conditions. Cependant, bien qu'il puisse y avoir un bénéfice psychologique à en tirer, il subsiste un risque de réduire les chances de récupération des capacités du patient. De plus, cette pratique ne dépendrait pas seulement de l'ergothérapeute, mais de toute l'organisation d'un établissement. D'autres méthodes de prise en soin influençant la volition de la personne peuvent être mises en place, avant d'arriver à la nécessité d'interruption de la rééducation.

Le rôle principal de l'ergothérapeute, dans le maintien de la volition du patient, passe par la qualité de la relation de soin qu'il crée avec ce dernier. Selon les ergothérapeutes interrogés, cette relation se renforce lorsque le thérapeute fait preuve d'empathie et d'écoute active envers son patient, tout au long de la prise en soin. En effet, ces attitudes, décrites par C. Rogers comme fondamentales, sont nécessaires à la construction d'une relation thérapeutique, car elles permettent au thérapeute de mieux comprendre la situation de la personne, de légitimer ses ressentis pour mieux l'accompagner dans son parcours. De ce fait, le patient se sentira, également, plus en confiance et aura plus de facilités à venir échanger sur ses problématiques. Par ailleurs, je pense qu'il est impératif que la relation de soin soit symétrique pour augmenter la volition du patient, qu'il n'y ait pas d'asymétrie entre un sachant et un soigné, mais plutôt une collaboration entre deux individus utilisant leurs connaissances respectives, pour résoudre certaines problématiques. Comme nous l'avons abordé, l'empathie et l'écoute active sont de bons points de départ pour créer ce type de relation. Ensuite, il s'agit d'inclure concrètement le patient dans sa prise en soin, ceci passe par la collaboration dans l'élaboration des objectifs occupationnels. Cette collaboration peut s'effectuer, dans un premier temps, en demandant à la personne ses objectifs, projets et attentes. Puis, dans un second temps, il est possible d'utiliser certains outils, comme la MCRO, permettant d'approfondir des objectifs occupationnels plus précis.

La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel avait été brièvement citée lors de la partie théorique. Cependant, elle a été abordée un bon nombre de fois, par les ergothérapeutes, lors de la partie exploratoire. Ils placent tous, en cet outil, un

intérêt pour améliorer leurs prises en soin et stimuler la volition de leurs patients. De plus, ayant eu l'occasion d'employer cet outil, lors de mon dernier stage, j'ai pu personnellement me rendre compte, des bénéfices qu'il pouvait avoir concernant la relation de soin et la collaboration ergothérapeute – personne soignée, ainsi que sur l'engagement du patient dans sa rééducation. En effet, la MCRO demande, dans un premier temps, d'échanger avec la personne sur ses activités occupationnelles, notamment celles étant problématiques. Le but est d'identifier, de manière exhaustive, la nature des difficultés. Ensuite, c'est à la personne de coter l'importance qu'elle attribue à chaque activité. Puis, elle cote le rendement, c'est-à-dire la façon dont elle accomplit l'activité actuellement, et enfin, la satisfaction qu'elle éprouve lorsqu'elle exécute cette même activité. La prise en compte de la notion de satisfaction est intéressante car elle permet de donner un ordre de priorité, aux objectifs, relatif au patient. Effectivement, un objectif qui paraît prioritaire à l'ergothérapeute ne l'est peut-être pas pour la personne soignée, car la manière dont elle réalise son activité la satisfait suffisamment pour se concentrer sur la rééducation d'un autre problème occupationnel avant. Cet outil doit être réalisé au moins deux fois dans une prise en soin afin de pouvoir évaluer si une évolution a eu lieu et s'il serait nécessaire d'énoncer de nouveaux objectifs. Ainsi, la MCRO permet au patient de retrouver sa place d'acteur de sa prise en soin, puisque les objectifs occupationnels sont élaborés en fonction des problématiques qui lui sont significatives, tout au long de son parcours de soins. Pour ma part, je pense que, pour les raisons qui ont été énoncées précédemment, la MCRO peut être une bonne façon d'introduire sa prise en soin car elle permet de stimuler la volition des personnes soignées, tout en renforçant l'alliance thérapeutique. De ce fait, il serait intéressant d'initier les ergothérapeutes à cette pratique et en particulier à la notion de satisfaction occupationnelle de la personne.

De plus, nous évoquions, précédemment, la collaboration de l'ergothérapeute et de la personne soignée. Certains ergothérapeutes interrogés ont évoqué l'accompagnement qu'ils pouvaient apporter, dans la collaboration inter-patients. En effet, bien que cet aspect n'ait pas été développé lors de la partie théorique, il n'en reste pas moins qu'il est intéressant et important à traiter. Cet accompagnement, qu'ils décrivent, passe par la création de groupes de parole ou d'entraide, avec des patients ayant des problématiques similaires. Le but est d'engager les échanges, afin qu'ils recherchent, ensemble, des solutions ou adaptations à leurs situations. Ceci permet

d'éviter l'isolement et de montrer que d'autres personnes peuvent vivre les mêmes problématiques. De cette manière, je pense qu'il est possible que les patients s'influencent positivement, et, qu'ainsi, leur volition, à poursuivre la prise en soin, se maintienne.

Enfin, nous avons pu observer, au cours des échanges avec les ergothérapeutes, que le fait d'attribuer une place centrale au patient, au sein de son parcours de soins, permettait, également, d'améliorer sa volition. En effet, inclure la personne, en écoutant et prenant en compte son avis, la valorise et renforce ses intérêts à suivre la rééducation. L'attribution de cette place passe, également, par son inclusion au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Pour ce faire, la majorité des ergothérapeutes interrogés évoquent le fait d'intégrer le patient lors de réunions de synthèse, le concernant. L'un d'entre eux évoque, notamment, le Plan d'Intervention Interdisciplinaire Individualisé (PIII), ayant été mis en œuvre par le professeur Yves Boulanger et son équipe de l'Institut de Réadaptation de Montréal, qui est un outil permettant d'organiser le devenir du parcours de soins. Effectivement, le PIII est rédigé et signé, par toutes les personnes présentes, en fin de synthèse, une fois que tous les professionnels et le patient aient exposé leurs points de vue et se soient mis en accord sur les objectifs. Certains ergothérapeutes préconisent de les mettre en place systématiquement lors des prises en soin, d'autres uniquement lorsque la situation est compliquée. Pour ma part, je pense que ces synthèses, incluant le patient, lui permettent réellement d'être acteur et d'avoir un contrôle sur sa rééducation, il est donc essentiel de commencer à les mettre en place. Cependant, elles sont très chronophages, du fait du temps qu'elles demandent, ainsi que de la mobilisation d'une équipe pluridisciplinaire au complet. Ces contraintes organisationnelles peuvent donc être un frein à leur mise en place. D'autant plus que, lors de la partie théorique, nous avons pu constater que les réunions de synthèse pluridisciplinaires n'étaient pas obligatoires, seule la rédaction d'une synthèse, apparaissant dans le dossier patient, l'était. Il serait donc judicieux de systématiser, dans un premier temps, les réunions de synthèse pluridisciplinaires, puis, dans un second temps, y inclure les personnes soignées. Ainsi, ceci serait une méthode améliorant la volition du patient, à l'échelle globale de la prise en soin.

### 3. Préconisations

#### a) **Développer les compétences de l'ergothérapeute**

L'ergothérapeute se doit d'assurer sa formation continue, tout au long de sa carrière, comme l'indique l'article 14 des règles professionnelles des ergothérapeutes :

« L'ergothérapeute actualise et perfectionne ses connaissances et ses compétences professionnelles et ses compétences pour l'exercice de son art, notamment par le développement professionnel continu tout au long de sa vie. » (Association Nationale Française des Ergothérapeutes, 2019)

C'est pourquoi, il semble pertinent de préconiser deux types de formations complémentaires, aux ergothérapeutes. L'une s'inscrivant dans une démarche de collaboration avec le patient, et la seconde, étant dans la continuité de l'apprentissage des attitudes fondamentales du thérapeute, intégré lors de la formation initiale.

Tout d'abord, concernant la collaboration avec le patient, une formation est proposée aux ergothérapeutes, par l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), et intitulée « Entretien en ergothérapie par l'utilisation de la MCRO » (ANFE, 2023). L'objectif principal de cette formation de quatre jours est d'avoir la capacité d'attribuer une place de décideur, au patient, afin de pouvoir formaliser, au mieux, le recueil de ses attentes. Le but est donc, d'apprendre à renforcer la reconnaissance mutuelle et la collaboration entre les différents acteurs d'une prise en soin.

Ensuite, une formation d'initiation aux outils pratiques de sophrologie pourrait être intéressante pour les ergothérapeutes. Notamment car, cette approche peut être complémentaire à l'apprentissage des attitudes, d'empathie et d'écoute active, de C. Rogers, que nous recevons lors de notre formation initiale. En effet, la sophrologie apporte des outils ayant prouvé leur efficacité dans les domaines de la gestion du stress et de la douleur, ainsi que du travail du deuil et de l'acceptation. L'ANFE propose une formation de ce type, intitulée « Impact d'une déficience sur le schéma corporel : apports de la sophrologie en ergothérapie » (ANFE, 2023). Les cinq jours de formation n'ont pas pour but de dispenser les participants d'un diplôme de sophrologue mais de leur permettre de « mettre en place des outils de pratiques de sophrologie en

complémentarité à l'approche ergothérapique » (ANFE, 2023). Pour le thérapeute, il s'agit, également, d'apprendre à gérer ses propres difficultés dans la relation d'aide aux patients.

## **b) Accroître les échanges inter-patients**

Dans les services de rééducation fonctionnelle, comme les SSR, futurs SMR, les patients communiquent beaucoup, entre eux, sur les motifs de leur venue, leurs histoires personnelles. Mais, ceci, de manière informelle, il serait donc intéressant pour l'ergothérapeute, de formaliser des temps d'échanges focalisés sur leurs problématiques, liées à leurs pathologies, afin de favoriser l'entraide et atténuer l'isolement de certains patients. Cela pourrait prendre la forme de groupes d'entraide et de conseil. La création de ce type de groupe est tout à fait dans le champ de compétence de l'ergothérapeute, comme le justifient les compétences 5, « Elaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique », et 6, « Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie », du référentiel de compétences relatif à l'obtention du Diplôme d'Etat d'ergothérapeute, déterminé par l'Arrêté du 5 juillet 2010.

Pour ce faire, l'ergothérapeute doit, tout d'abord, faire valider son projet de groupe par le médecin, afin de s'assurer qu'il rentre dans le cadre du projet de service. Ensuite, c'est à l'ergothérapeute de créer les groupes de patients en fonction de leurs pathologies ou problématiques similaires, tout en s'assurant d'obtenir l'accord du médecin pour chaque personne intégrée au groupe. Puis, l'ergothérapeute organise un temps d'une heure par semaine, sur son emploi du temps et celui des patients concernés.

En amont, le thérapeute peut préparer des cartes, illustrant des situations problématiques, que les patients ont pu évoquer lors de séances d'ergothérapie. Puis, lors de la séance de groupe, chacun des participants choisit une situation qui lui semble familière, s'en suit un échange où chacun parle de son expérience, de la manière qu'il a de gérer cette situation et ce qu'il pourrait mettre en place pour l'améliorer. Ici, le rôle

de l'ergothérapeute est d'animer le débat, de s'assurer que tout le monde ait un temps de parole équivalent, en cas de besoin, il peut apporter ses connaissances sur le sujet. En fin de séance, il serait intéressant de mettre en situation les patients sur la problématique qui a soulevé le plus de questionnements. Afin de rechercher, de manière concrète, des solutions ou adaptations venant d'eux, ainsi que de créer une cohésion de groupe.

Enfin, si le service emploie un psychologue, il serait intéressant, qu'il participe et coanime ce groupe avec l'ergothérapeute. En effet, les patients étant amenés à parler de leurs problématiques de vie quotidienne, en lien avec leurs pathologies, des questionnements, relevant du psychologique, pourront ressortir. Il est donc pertinent que le psychologue ait sa place, aux côtés de l'ergothérapeute, afin d'apporter son expertise dans ce domaine.

### **c) Favoriser l'inclusion de la personne soignée au sein de la pluridisciplinarité**

Premièrement, comme nous l'avons exposé au cours de cette étude, il n'y a pas d'obligation, pour les équipes pluridisciplinaires en SSR et futurs SMR, de réaliser des réunions de synthèse. Cependant, la rédaction d'une synthèse, tous les 15 jours, figurant dans le dossier patient, est obligatoire, selon les IQSS. Ayant constaté l'importance et l'influence qu'a la communication d'une équipe pluridisciplinaire sur la qualité de prise en soin d'un patient. Il semblerait pertinent de formuler une obligation de réunion de synthèse, en présence de tous les thérapeutes, tous les 15 jours, et non plus qu'une rédaction de synthèse. Ainsi, ceci permettrait de réunir les avis des différents professionnels, quant à l'évolution du parcours de soins des patients, et d'ajuster les objectifs de prise en soin, si cela est nécessaire. Il s'agit d'instaurer une coopération directe.

Secondement, nous avons beaucoup abordé le sujet de l'inclusion du patient dans le parcours de soins et la prise de décision. L'accord du patient au projet de soin constitue déjà une obligation à respecter, conformément aux IQSS, car il doit être tracé dans son dossier. Cependant, il pourrait être possible d'inclure davantage la personne

soignée. En référence à cela, nous évoquions, lors d'une partie précédente, la réalisation de réunions de synthèse en présence du patient, et notamment de la suggestion, faite par un ergothérapeute, d'employer le PIII. Ceci serait un idéal à atteindre en terme d'inclusion de la personne dans sa prise en soin. Néanmoins, cette méthode, si l'on souhaite l'appliquer à tous les patients, présente un aspect chronophage, que l'on ne peut nier. C'est pourquoi, elle ne pourrait être proposée qu'à certaines personnes, lorsque l'on sait que la situation est complexe.

## VII. Conclusion

---

Ce mémoire d'initiation à la recherche avait pour objectif initial de traiter de la prise en compte de la santé mentale du patient, lors de prises en soin en rééducation fonctionnelle. Tout d'abord, nous avons commencé par établir la corrélation entre l'état physique et l'état psychologique d'une personne, avant de déterminer de quelle manière le physique, c'est-à-dire, la pathologie et ses conséquences, pouvait impacter le psychologique. Une fois cela réalisé, les notions de processus de deuil, lié au changement, et de volition ont été introduites. Nous sommes alors partis du postulat, que la première notion influençait la seconde. Ceci a, d'ailleurs, été confirmé lors de notre partie exploratoire, par les ergothérapeutes interrogés, qui ont notifié une prévalence de l'impact du processus de deuil, et de l'acceptation de la maladie, sur la volition, chez les personnes atteintes de pathologies chroniques en SSR.

Au cours de notre recherche, nous avons pu démontrer que la façon dont l'ergothérapeute mène sa prise en soin, influence la volition des patients concernés. Cela passe par les compétences de l'ergothérapeute à construire une relation thérapeutique, basée sur la confiance et la collaboration avec la personne soignée. Conformément à leur référentiel de compétences, les ergothérapeutes sont dispensés d'un apprentissage des attitudes fondamentales à adopter, en tant que thérapeute, lors de leur formation initiale. Cet apprentissage permet de stabiliser une bonne relation pour, ensuite, introduire une véritable collaboration avec son patient, notion qui peut être, également, acquise lors de la formation continue, avec l'apprentissage de modèles ou d'outils tels que la MCRO. De plus, les compétences acquises par l'ergothérapeute, lui permettent de pouvoir stimuler les échanges inter-patients, dont nous avons pu constater les bénéfices sur l'augmentation de leur volition. Le rôle majeur de l'ergothérapeute se trouve donc dans sa capacité à mettre en action le patient, ainsi qu'à lui faire adopter une place centrale dans son parcours de soins.

Enfin, l'ergothérapeute n'étant pas le seul professionnel autour de la personne soignée, il est nécessaire, que la communication et la coopération de l'équipe pluridisciplinaire soient acquises et efficaces, pour pouvoir ensuite laisser une place au patient au sein de cette équipe.

En conclusion, l'ergothérapeute a un rôle à jouer dans la prise en soin des personnes présentant une diminution de volition, faisant suite à l'impact psychologique induit par leurs pathologies. Il semblerait pertinent, lors d'une prochaine étude, de voir si ce rôle diffère lors de la prise en soin de personnes ayant déjà des antécédents psychiatriques avérés, avant leurs entrées en SSR. Ainsi, il sera intéressant de développer la collaboration entre l'ergothérapeute et un membre de l'équipe pluridisciplinaire en particulier, comme le psychologue.

## VIII. Bibliographie

---

Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile-de-France. (2009). Cahier des charges pour la prise en charge en SSR. [http://www.fhp-ssr.fr/sites/default/files/cahier\\_charges\\_adulte\\_socle\\_commun\\_et\\_specialites\\_janvier\\_10.pdf](http://www.fhp-ssr.fr/sites/default/files/cahier_charges_adulte_socle_commun_et_specialites_janvier_10.pdf)

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. (2022). Chiffres clés Hospitalisation 2021. Dans [www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr).  
[https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4416/atih\\_chiffres\\_cles\\_h\\_2021.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4416/atih_chiffres_cles_h_2021.pdf)

Apostolidis, T., & Dany, L. (2012). Pensée sociale et risques dans le domaine de la santé : Le regard des représentations sociales. *Psychologie Française*, 57(2), 67-81. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2012.03.003>

Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. (2010). Dans [legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr). Ministère de la santé et des sports.  
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022447668/>

Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (2019). Règles professionnelles des ergothérapeutes. Dans [anfe.fr](http://www.anfe.fr).

Autissier, D., Moutot, J.-M., Johnson, K. J., & Metais-Wiersch, E. (2019). Outil 6. La courbe d'engagement de Kübler Ross. In *La boîte à outils de la conduite du changement et de la transformation: Vol. 2e éd.* (p. 24-25). Dunod.  
<https://www.cairn.info/la-boite-a-outils-de-la-conduite-du-changement--9782100776344-p-24.htm>

Autissier, D., & Vandangeon-Derumez, I. (2013). *Le changement organisationnel : 10 études de cas commentées*. Editions Eyrolles.

Avier, G. (2013). L'émotion. Folle du logis ou ancre de carrière, l'émotion vectrice de

- sens chez le manager public dans les organisations publiques territoriales. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, XIX(48), 43-71. <https://doi.org/10.3917/rips1.048.0043>
- Bacro, F. (2019). *La qualité de vie : Approches psychologiques*. Presses universitaires de Rennes.
- Beroud, J., Ferry, M., Henzen, A., & Sentissi, O. (s. d.). *Deuil, évolution conceptuelle et nouvelles définitions*. 4.
- Bigex, A. (2017). Le patient acteur de sa prise en charge en ergothérapie – de l’activité analytique à l’activité signifiante. *Hand Surgery and Rehabilitation*, 36(6), 502. <https://doi.org/10.1016/j.hansur.2017.10.226>
- Bourgeois-Guérin, V. (2014). Deuil ou dépression ? Réflexion critique sur la définition de la dépression du DSM 5. *Frontières*, 26(1-2).  
<https://doi.org/10.7202/1034388ar>
- Bulletin officiel Santé—Protection sociale—Solidarité n° 2021/8 du 17 mai 2021*. (2021). 132.
- Caire, D. J.-M., Schabaille, A., Rouault, L., Jamain, M., & Faure, H. (s. d.). *Pour en savoir plus, scannez-moi !*
- Chapireau, F. (2001). La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. *Gérontologie et société*, 24 / 99(4), 37-56.  
<https://doi.org/10.3917/gs.099.0037>
- Charret, L., & Thiébaud Samson, S. (2017). Histoire, fondements et enjeux actuels de l’ergothérapie. *Contraste*, 45(1), 17-36. <https://doi.org/10.3917/cont.045.0017>
- Décret n°2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l’activité de soins de suite et de réadaptation. (2008). Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie

associative. <https://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2008/05/decret-2008-376-du-17-avril-2008-ssr1.pdf>

Décret n°2020- XXX du XX/XX/2020 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation. (2020).

Dans *legifrance.gouv.fr*. Ministère des solidarités et de la santé.

[https://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2020/10/2.\\_De%CC%81cret\\_conditions\\_techniques\\_SSR\\_1.pdf](https://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2020/10/2._De%CC%81cret_conditions_techniques_SSR_1.pdf)

Delvosalle, C. (2002). La qualité : Des concepts à la pratique. *Pyramides. Revue du Centre d'études et de recherches en administration publique*, 5, Article 5.

DGOS\_Nathan.P, & DGOS\_Nathan.P. (2022, décembre 23). *Tout savoir sur les soins de suite et de réadaptation (SSR)*. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr/article/tout-savoir-sur-les-soins-de-suite-et-de-readaptation-ssr>

Eklund, M., Tjörnstrand, C., Sandlund, M., & Argentzell, E. (2017). Effectiveness of Balancing Everyday Life (BEL) versus standard occupational therapy for activity engagement and functioning among people with mental illness—A cluster RCT study. *BMC Psychiatry*, 17(1), 363.

<https://doi.org/10.1186/s12888-017-1524-7>

*Entretien en ergothérapie par l'utilisation de la MCRO*. (s. d.). Consulté 13 mai 2023, à l'adresse <https://www.anfemigal.fr/formation-entretien-en-ergotherapie-par-lutilisation-de-la-mcro>

*Ergopsy, processus thérapeutiques en ergothérapie, en psychiatrie et addictologie*.

(s. d.). Consulté 15 mai 2023, à l'adresse <http://www.ergopsy.com/index.html>

Fond, G., Ducasse, D., Attal, J., Larue, A., Macgregor, A., Brittner, M., & Capdevielle, D. (2012). Appliquer quelques concepts simples de l'entretien motivationnel dans la pratique psychiatrique au quotidien. *PSN*, 10(1), 51-62.

<https://doi.org/10.3917/psn.101.0051>

Formarier, M. (2012a). Qualité de vie. In *Les concepts en sciences infirmières* (p. 260-262). Association de Recherche en Soins Infirmiers.

<https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0260>

Gayet, S., Pauly, V., Gobin, N., Pellerey, M., Daumas, A., Micallef, J., & Villani, P. (s. d.). *PREVALENCE DE LA PRESCRIPTION D'ANTIDEPRESSEURS CHEZ LES PATIENTS AGES DE 80 ANS ET PLUS A L'ENTREE D'UNE HOSPITALISATION NON PROGRAMMEE.*

Gerber, M. H. (2014). *Approche thérapeutique neuro-environnementale après une lésion cérébrale.* De Boeck-Solal.

Guilhermet, Y., Valdelièvre, L., & Krolak-Salmon, P. (2010). L'AVC du sujet âgé : Vers une prise en charge spécialisée à la phase aiguë et en SSR ? *Les cahiers de l'année gériatrique*, 2(2), 97-103.

<https://doi.org/10.1007/s12612-010-0049-1>

Hamlaoui, L. (2005). Corps et esprit : L'identité humaine selon Spinoza. *Astériorion. Philosophie, histoire des idées, pensée politique*, 3, Article 3.

<https://doi.org/10.4000/asterion.325>

Haute Autorité de Santé. (2023). Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » en SMR.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-03/iqss\\_2023\\_dpa\\_smr\\_fiche\\_descriptive\\_qls\\_2023.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-03/iqss_2023_dpa_smr_fiche_descriptive_qls_2023.pdf)

IFE-LCA - *Les années d'études.* (s. d.). Consulté 13 mai 2023, à l'adresse

<https://www.ergo-nancy.com/annees-etudes.php>

*Impact d'une déficience sur le schéma corporel : Apports de la sophrologie en ergothérapie.* (s. d.). Consulté 17 mai 2023, à l'adresse

<https://www.anfemigal.fr/formation-impact-deficience-sur-schema-corporel-apports-de-la-sophrologie-en-ergotherapie>

*IQSS 2023 - SMR - Coordination des prises en charge et pratiques cliniques :*

*Campagne de recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.*

(s. d.). Haute Autorité de Santé. Consulté 11 mai 2023, à l'adresse

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_701657/fr/iqss-2023-smr-coordination-des-prises-en-charge-et-pratiques-cliniques-campagne-de-recueil-des-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins](https://www.has-sante.fr/jcms/c_701657/fr/iqss-2023-smr-coordination-des-prises-en-charge-et-pratiques-cliniques-campagne-de-recueil-des-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins)

Jamet, C., & Herniotte, C. (2005). Le PIII : Au service de la résilience ? *Recherche en soins infirmiers*, 82(3), 62-70. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0062>

Kant, E. (2017). *PRINCIPES MÉTAPHYSIQUES DE LA SCIENCE DE LA NATURE* (Vrin). Librairie Gallimard.

La définition de l'écoute active selon Carl Rogers. (2019, février 9). *HR4Free*.

<https://hr4free.com//fr/Techniques-de-communication/D%C3%A9finition-%C3%A9coute-active-Carl-Rogers>

La pratique de l'écoute active : Le questionnement et la reformulation. (2019, février 9). *HR4Free*. <https://hr4free.com//fr/Techniques-de-communication/Boucle-%C3%A9coute-active-questionnement-et-reformulation>

Lecomte, J. (2009). *Empathie et ses effets définitifs*. Elsevier Masson SAS.

[http://www.psychologie-positive.fr/IMG/pdf/Empathie\\_et\\_ses\\_effets\\_definitif.pdf](http://www.psychologie-positive.fr/IMG/pdf/Empathie_et_ses_effets_definitif.pdf)

*Le corps et l'esprit : Quelles relations ?* | *Cairn.info*. (s. d.). Consulté 6 novembre

2022, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-journal-de-la-psychanalyse-de-l-enfant-2012-1-page-23.htm>

*L'entretien motivationnel.* (s. d.). Consulté 24 mars 2023, à l'adresse

<https://www.hug.ch/elips/entretien-motivationnel>

*Les étapes Intervention en ergothérapie Engagement et alliance thérapeutique.*

(s. d.). Consulté 7 décembre 2022, à l'adresse

<http://www.ergopsy.com/engagement-et-alliance-therapeutique-a779.html>

*L'importance de l'attitude ludique en ergothérapie avec une clientèle adulte.* (s. d.).

<https://doi.org/10.2182/cjot.06S.002>

LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (1), 2012-300 (2012).

Louis, G., Pétré, B., Charlier, N., Voz, B., & Guillaume, M. (2021). [Quality of life in the medical field : A brief overview of its origin, semantics, measuring instruments and clinical use]. *Revue Medicale De Liege*, 76(9), 689-696.

Marie-Raphaëlle, G. (2021). *Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients.*

Micoulaud-Franchi, J.-A., & Lancon, C. (2015). L'inaccessible presque touché.

Connaissance minimale en psychologie de la santé à l'usage de l'étudiant en médecine. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173(4),

377-383. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.03.011>

Modèle de Kübler-Ross. (2022). In *Wikipédia*.

[https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Mod%C3%A8le\\_de\\_K%C3%BCbler-Ross&oldid=198634805](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Mod%C3%A8le_de_K%C3%BCbler-Ross&oldid=198634805)

Modèle de l'occupation humaine | 5e édition | CRM OH | ULaval. (s. d.-a). *Centre de référence du modèle de l'occupation humaine.* Consulté 17 octobre 2022, à

l'adresse <https://crmoh.ulaval.ca/modele-de-loccupation-humaine/>

*Modèles en ergothérapie Modèles en ergo Modèles en ergothérapie.* (s. d.). Consulté

23 janvier 2023, à l'adresse <http://www.ergopsy.com/modeles-en-ergotherapie-a358.html>

Petruseviciene, D., Surmaitiene, D., Baltaduoniene, D., & Lendraitiene, E. (2018).

Effect of Community-Based Occupational Therapy on Health-Related Quality of Life and Engagement in Meaningful Activities of Women with Breast Cancer. *Occupational Therapy International*, 2018, 6798697.

<https://doi.org/10.1155/2018/6798697>

Qu'est-ce que c'est ? (2014, décembre 23). *AFDEM*.

<https://afdem.org/entretienmotivationnel/qu-est-ce-que-c-est/>

*Qu'est-ce que l'écoute active ?* (s. d.). Consulté 13 mars 2023, à l'adresse

<https://www.cegos.fr/ressources/mag/efficacite-professionnelle-3/quest-ce-que-lecoute-active>

Réadaptation fonctionnelle. (s. d.). *Ergotherapeutes*. Consulté 12 janvier 2023, à

l'adresse <https://www.ergotherapeutes.net/readaptation-fonctionnelle/>

*Recevez notre lettre Dis-moi Robert!* (s. d.). Le Robert. Consulté 23 décembre 2022,

à l'adresse <https://www.lerobert.com/newsletter-dis-moi-robert>

*Réunion de synthèse.* (s. d.). Consulté 24 février 2023, à l'adresse

<https://metiers.action-sociale.org/pratiques/reunion-synthese-medico-social>

*Réunion de synthèse et P3I.* (s. d.). CRRF Saint-Gobain. Consulté 13 mai 2023, à

l'adresse <https://crrfstgobain.fr/reeducation-et-readaptation/reinsertion-familiale-et-socioprofessionnelle/reunion-de-synthese-et-p3i/>

Ruževičius, J. (2013). Qualité de vie : Notion globale et recherche en la matière.

*International Business*, 4(2), 14.

Santé mentale. (s. d.-a). Consulté 12 janvier 2023, à l'adresse

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>

Santé mentale : Renforcer notre action. (s. d.-b). Consulté 12 janvier 2023, à

l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Siproudhis, L., & Magnes, J.-P. (2011). Écoute !!! *Côlon & Rectum*, 5(1), 1-3.

<https://doi.org/10.1007/s11725-011-0273-x>

Titre II : Recherches impliquant la personne humaine (Articles L1121-1 à L1128-12)—*Légifrance*. (s. d.). Consulté 11 mai 2023, à l'adresse

<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000025457387>

Vannotti, M. (2002). L'empathie dans la relation médecin – patient. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 29(2), 213-237.

<https://doi.org/10.3917/ctf.029.0213>

Vidal, F. (1994). La place de la psychologie dans l'ordre des sciences. *Revue de synthèse*, 115, 327-353. <https://doi.org/10.1007/BF03181248>

VQ | outil d'évaluation | CRM OH | Uaval. (s. d.). *Centre de référence du modèle de l'occupation humaine*. Consulté 12 octobre 2022, à l'adresse

<https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/vq/>

Yoshida, I., Hirao, K., & Kobayashi, R. (2019). The effect on subjective quality of life of occupational therapy based on adjusting the challenge-skill balance : A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 33(11), 1732-1746.

<https://doi.org/10.1177/0269215519858713>

## IX. Annexes

---

Annexe I : Compétence 5 du référentiel de compétences de la formation en ergothérapie

Annexe II : Compétence 6 du référentiel de compétences de la formation en ergothérapie

Annexe III : La retranscription de l'entretien de Mr B, ergothérapeute n°5

Annexe IV : Déclaration sur l'honneur contre le plagiat

## **Annexe I: Compétence 5 du référentiel de compétences de la formation en ergothérapie**

### **Elaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique**

1. Identifier les besoins, notamment d'apprentissage, y compris les attentes non verbalisées et repérer les ressources et les potentialités d'une personne ou d'un groupe de personnes en vue de la mise en œuvre d'activités éducatives.
2. Adapter son comportement et sa pratique professionnelle à la fois à la personne ou au groupe de personnes et à l'entourage.
3. Déterminer pour des populations cibles, des actions de prévention, de conseil et d'éducation favorisant l'engagement dans l'activité pour promouvoir la santé.
4. Communiquer et développer des relations afin de soutenir la personne ou le groupe de personnes dans l'expression des besoins de santé.
5. Acquérir et développer une posture éducative notamment pour négocier des objectifs éducatifs partagés avec la personne ou le groupe de personnes
6. Concevoir et formaliser des démarches et des actions de conseil, d'éducation thérapeutique, de prévention et d'expertise répondant aux besoins d'activité et de participation de la population ciblée et gérer l'information et les documents nécessaires au suivi de l'état de santé.
7. Conduire une démarche de promotion de la santé et de prévention à travers des actions pédagogiques individuelles et collectives, en utilisant des techniques et des outils pédagogiques pertinents qui facilitent l'acquisition des compétences et en suscitant l'investissement des personnes et de leur entourage dans des activités signifiantes et significatives.

8. Accompagner une personne ou un groupe dans un processus d'apprentissage par une information et des conseils sur les troubles fonctionnels, l'éducation gestuelle, les gestes et postures non traumatisants, la prise de conscience d'un équilibre entre les différentes activités humaines.

9. Evaluer la démarche éducative et ses effets et apporter en conséquence des ajustements.

10. Adapter la démarche éducative aux situations interférant dans la gestion normale de l'état pathologique de la personne.

11. Conseiller les aidants et les partenaires en fonction de leurs connaissances et de leurs savoir-faire afin de faciliter l'activité et la participation sociale.

12. Collaborer avec différents groupes sociaux à la promotion de la santé et du bien-être de leurs membres par le biais de leur engagement dans des activités signifiantes et significatives.

## **Annexe II : Compétence 6 du référentiel de compétences de la formation en ergothérapie**

### **Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie**

1. Accueillir et écouter la personne ou un groupe de personnes en prenant en compte la demande, les histoires de vie et le contexte de la situation.
2. Identifier les indicateurs de communication, les niveaux de réceptivité, de compréhension et d'adhésion de la personne ou du groupe de personnes.
3. Instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication et de leur profil psychologique.
4. Créer des temps d'échanges et d'analyse des situations d'intervention avec la personne ou les groupes de personnes en favorisant l'expression de chacun.
5. Rechercher et développer un climat de confiance avec la personne, l'entourage ou le groupe de personnes, négocier le contenu du programme personnalisé d'intervention, en vue d'une alliance thérapeutique.

## **Annexe III : La retranscription de l'entretien de Mr B, ergothérapeute n°5**

Est-ce que vous pourriez me présenter votre parcours professionnel depuis l'obtention de votre diplôme ?

Je suis passé par la PACES, j'ai eu la chance de l'avoir du premier coup. Puis, je suis allé trois ans en école d'ergothérapie à Nancy, alors qu'elle était encore commune à l'école de kinésithérapie. Je suis diplômé d'Etat depuis l'année 2006. Puis, dans la foulée, directement, j'ai commencé mon poste où je suis actuellement, en SSR.

Comment est-ce que vous mettez en place vos interventions en ergothérapie, c'est-à-dire, comment se déroulent vos séances et vos prises en soin ?

Déjà, nous avons la prescription du médecin. Lorsque l'on voit le patient que l'on ne connaît pas, on va faire tous les bilans nécessaires, reprendre l'anamnèse, plus faire certains bilans imposés par le médecin dans sa prescription, si c'est le cas. Ceci concerne les premières séances, puis, en fonction des résultats de nos bilans, nous allons travailler, beaucoup, le fonctionnel à travers beaucoup d'activités manuelles, cognitives... En fonction des résultats des bilans que l'on a trouvés. Les séances font en moyenne 30 minutes. Les patients hospitalisés dans la structure sont pris le matin et l'après-midi. Et les patients venant en hôpital de jour viennent une fois par jour, de 2 fois par semaine à 5 fois par semaine. Au cours des différentes séances, on fait passer d'autres évaluations pour voir l'évolution des patients.

Les bilans réalisés ont-ils été choisis par tous les ergothérapeutes d'un commun accord ?

On a aucun impératifs, vis-à-vis des bilans à faire. Etant donné que nos bilans sont à retrouver dans nos dossiers informatisés, nous nous retrouvons souvent avec les mêmes. Ce qui n'empêche pas de faire d'autres bilans qui ne sont pas dans l'ordinateur. Par exemple, récemment nous avons fait le bilan 400 points qui n'est pas inscrit dans nos logiciels. Depuis, qu'on l'a, les collègues ne l'ont pas forcément fait.

Nous sommes libres de nos choix mais quel que soit les ergothérapeutes, nos bilans sont à peu près les mêmes.

Est-ce que vous basez votre pratique professionnelle sur un modèle conceptuel en particulier ?

C'est très abstrait pour moi les concepts. Pour éviter de dire des bêtises, je vais te dire que non, je n'en utilise pas car je ne sais pas à quoi cela correspond. C'est une notion totalement abstraite pour moi. Même s'il est possible que j'en utilise un sans le savoir mais je ne saurais pas te dire lequel.

A l'époque, à l'école, les modèles conceptuels, les professeurs en parlaient à peine. C'était quelque chose d'assez nouveau, dans mes souvenirs, il y avait la MCRO.

Selon vous, où se situe la place du patient, dans sa prise en soin ?

Elle est centrale. Le patient doit être au cœur de notre prise en soin, on doit forcément se baser sur ce qu'on a vu au cours des bilans. Il faut que nos bilans correspondent aux attentes du patient et à ses objectifs. Si ça ne correspond pas forcément aux objectifs du patient, qui pourraient être disproportionnés, alors c'est à nous de lui expliquer que les objectifs sont trop compliqués, peut-être pour le moment. Tout se discute en fonction des projets du patient tout de même, il est au milieu de sa rééducation, il est acteur. C'est une notion de base.

Comment sont élaborés les objectifs avec le patient ?

Nous lui posons la question, premièrement, quels sont ses objectifs à lui. Souvent, nous retrouvons les mêmes objectifs, très généraux, ça peut être « rentrer chez moi », « retrouver mon bras », « reprendre ma vie d'avant ». Nous avons rarement des objectifs très précis. Donc lorsque l'on a des objectifs très généraux, nous allons commencer par des activités de soins qui sont aussi très globales. Puis, au fur et à mesure des séances avec le patient, en discutant avec lui, il va s'ouvrir et sans s'en rendre compte, par la discussion, il va un peu diriger ses objectifs. Et nous, nous allons réaxer. Après, si l'on a des objectifs très précis dès le début, c'est plus

facile pour nous de mettre en place les activités, mais cela reste rare. Les objectifs sont plus généralement très généraux puis se ciblent au cours des séances en discutant avec le patient.

Dans la prise en soin du patient, quels sont les éléments qui pourraient impacter la manière dont le patient vit sa rééducation ?

Oui forcément, il y en a. Déjà, lorsqu'il y a des éléments de leur vie personnelle qui peuvent être durs, ils ont un impact. Ça peut-être aussi par rapport à la prise en soin à l'intérieur du service, où le fonctionnement du service ne convient pas, à ce moment il faut pouvoir proposer autre chose. Après, c'est rare que le fonctionnement de la structure pose un problème, s'il y a des éléments qui posent problèmes dans les prises en charge, cela reste généralement les problèmes personnels. Ou, également les éléments en rapport avec la pathologie, si l'état s'aggrave.

Nous parlons à l'instant du service ; Est-ce que la manière dont collabore l'équipe pluridisciplinaire pourrait avoir un impact sur la manière dont le patient vit sa rééducation ?

Oui, ça a un impact. Nous, au sein du service ou plutôt de l'équipe paramédicale, nous avons la chance d'être très liés donc nous n'avons que très rarement des retours négatifs concernant la collaboration entre professionnels. Car nous sommes dans les mêmes structures, nous nous déplaçons beaucoup, nous communiquons beaucoup, notamment entre kinésithérapeutes et ergothérapeutes. Après, par rapport à l'équipe de soin, infirmières et aides-soignantes, nous sommes éloignés géographiquement dans la structure, ce qui n'empêche pas, par le biais des staffs et autres échanges, que nous collaborions tout de même. S'il n'y a pas cette communication, il est arrivé qu'il y ait une mésentente par rapport à un élément en particulier. Pour donner un exemple concret, nous avons un patient grand brûlé avec un vêtement compressif, un gilet précisément, avec des manches longues. L'équipe soignante n'a jamais compris pourquoi il avait des manches longues parce qu'ils estimaient qu'il n'était pas brûlé aux bras alors qu'à son arrivée, il l'était. Ce sont ces types d'incompréhensions qui peuvent un peu déstabiliser le patient, qui alors entend

deux sons de cloches différents. Donc le défaut de communication peut effectivement poser un problème. Mais, encore une fois, c'est assez rare.

Quelles sont les modalités des staffs dont vous avez parlé et faites-vous des réunions de synthèse ?

Lors des staffs, tous les matins, tous les patients ne sont pas vus. C'est le médecin qui décide à l'avance, quels patients il souhaite voir ou plutôt de quel patient il souhaite parler. Puis, c'est un roulement qui se fait pour que tous les patients soient vus en staffs. Ensuite, toutes les semaines, le médecin fait le tour de toutes les chambres. Une synthèse médicale est également faite tous les jours en présence de la cadre infirmière et aide-soignante. Puis cette synthèse est retranscrite dans le dossier informatique, auquel le reste de l'équipe a accès.

Quand sont prises les décisions concernant les prises en soin des patients ? Pendant ces synthèses ?

Elles sont majoritairement prises pendant les staffs, lorsque l'on est tous réunis. Lorsqu'il y a vraiment des décisions qui doivent être prises, par rapport à la sortie du patient, l'adaptation de son traitement, ou des objectifs particuliers qui ont été repérés par l'équipe, par exemple. Ces décisions sont donc prises collectivement pendant les staffs mais si certaines décisions sont prises pendant la synthèse ou après une visite médicale, un passage du médecin dans une chambre, souvent le médecin ou l'équipe de soin nous appelle et nous précise ce qui a été décidé. Les informations sont toujours échangées en tout cas.

Est-ce que l'ergothérapeute a sa place dans l'équipe pluridisciplinaire, dans votre structure ?

Oui, chez nous il n'y a pas de soucis par rapport à ça. Notre place est assez clairement définie. Il n'y a en plus aucune animosité entre les rééducateurs, nous savons tous notre rôle. Les médecins sont globalement bien au point de ce que l'on fait aussi. Il y a quelques fois, quelques ratés comme ça peut arriver partout mais en

tout cas nous avons une place bien définie. Nous sommes inclus dans le projet de soin et bien compris par le reste de l'équipe.

Après, nous, par la spécificité que l'on a des patients grands-brûlés, ça aide aussi car nous avons un rôle assez spécifique pour ce type de patient. Pour les autres pathologies, ça peut être parfois un peu plus compliqué d'avoir un rôle aussi clairement défini car les rééducations peuvent se chevaucher. Mais pour nous globalement c'est assez cadré.

Durant votre pratique en SSR, avez-vous déjà eu des difficultés pour mettre en place vos prises en soin ? Par exemple, pour mettre en place certaines activités ou faire adhérer le patient à la pratique ?

Oui, cela arrive. Il y a plusieurs cas de figures, notamment celui du patient qui ne comprend pas pourquoi il est là. Généralement le rôle du kinésithérapeute est bien identifié car il passe par la mobilisation des structures, ce qui est plus facile à comprendre. C'est vrai que, puisque nous passons par le biais de l'activité, parfois c'est un peu mal compris par le patient ou alors, il va considérer qu'on l'infantilise car nous allons utiliser des objets très colorés ou autres. Après, c'est à nous d'expliquer pourquoi nous lui faisons faire cela, c'est faire comprendre au patient le principe de ce qu'on lui donne, de qu'est-ce qu'on veut faire travailler à ce moment-là. C'est recentrer sur l'aspect purement technique de l'activité et souvent, cela passe mieux. Après c'est arrivé, qu'il y ait des personnes plus catégoriques et plus agressives, ça arrive mais pas forcément que dans notre profession et à ce moment-là c'est discuté avec le médecin et le restant de l'équipe, pour savoir si nous gardons le patient ou non. Encore une fois, ce cas-là est extrêmement rare. Et lorsque le patient ne comprend pas ou se sent infantilisé ou des choses comme ça, on réexplique bien les choses et souvent ça se passe très bien.

Est-ce que, pour certains patients ayant du mal à s'impliquer dans la rééducation, la raison peut être liée à l'impact moral qu'a leur pathologie ?

Oui, ces cas-là arrivent, avec des patients qui sont très bas moralement. D'autant plus que nous allons surement les mettre en échec, par notre activité nous

allons cibler des points qui sont un peu compliqués pour lui. Le patient n'est peut-être pas au top psychologiquement et en plus nous venons, pas forcément pointer du doigt, mais dans les activités le patient se rend compte de ses difficultés. Donc ça peut faire en sorte que le patient soit encore moins bien dans son état moral, psychologique. Donc forcément, cela joue, et d'autant plus lorsque le patient avait adhéré au projet et à la rééducation mais que certains événements peuvent arriver et interférer, puis le moral va descendre. Il aura alors plus de mal à accrocher, il va être moins présent, moins participatif. Ces types de cas sont déjà arrivés et ils arrivent encore.

Est-ce que vous êtes souvent confronté à ce cas de figure ?

Alors à ce degré-là, autant que cela, non. Mais après, sur la durée de prise en soin d'un patient, il y a forcément des moments, où ils sont un petit peu moins bien psychologiquement, ou moralement un peu moins bien, ou fatigués, ou ronchons. C'est la vie finalement, nous sommes tous comme cela. On le voit et on le vit tout le temps, après de là, à ce que ça ait un impact réellement négatif sur la rééducation du patient, cela reste rare ici. Mais c'est évident que le moral du patient va avoir un impact sur la rééducation du patient et sa participation active au projet de soin.

Est-ce qu'il y a des pathologies où ce cas de figure arrive plus que d'autres ?

Alors, je dirais de manière très subjective, ça arrive peut-être plus sur les pathologies neurologiques centrales, du genre AVC, sclérose en plaque, des tableaux un peu dégénératifs finalement. Et, je trouve aussi que ça joue pas mal, chez nous, chez les grands brûlés. Surtout quand ce sont des patients qui se sont immolés, quand c'est une agression. Quand c'est accidentel, cela joue aussi mais il y a peut-être moins de répercussions psychologiques.

Donc ce sont finalement, les pathologies chroniques qui ressortent ?

Oui tout à fait.

Est-ce que, selon vous, vous avez plus de difficultés à mener vos prises en soin lorsqu'ils ont ces baisses de motivation ?

Encore une fois, ce que je vais dire est purement personnel. Moi ça ne change rien à ma façon de faire et de manière générale, ça ne change rien à la façon de faire de l'équipe. On va être peut-être plus présents pour le patient, physiquement et moralement. Si ce n'est notre présence pour réassurer le patient, le reconforter même parfois, autrement dans les objectifs qui ont été fixés, dans les activités que l'on va proposer, ça ne va pas forcément changer. Après, nous savons que le patient a certaines activités auxquelles il adhère déjà un petit peu moins lorsqu'il est en forme. Donc, les jours où il est un peu moins bien, nous allons faire un peu moins certains types d'exercices que d'autres, on ne va pas mettre de l'huile sur le feu à proposer des choses que le patient n'aime pas alors qu'il n'est déjà pas bien. Nous pouvons varier nos activités s'il y a plus besoin de notre présence ou de notre écoute mais ça ne doit pas dévier de nos objectifs.

Est-ce que, parfois, lorsque ça ne va vraiment pas, ça vous est déjà arrivé de stopper une séance afin de parler sur la raison du mal-être ?

Ça arrive, effectivement, lorsque l'on voit que certains patients sont moralement ou psychologiquement au plus bas. Il arrive alors d'arrêter la séance, de s'isoler un peu avec le patient. De se mettre dans une pièce à part et de faire un travail alors plus analytique, ce qui fait que l'on peut quand même continuer à travailler car il est là pour cela, mais de manière plus calme, entre nous, où il y a moins d'interférences entre les patients. De manière que, si le patient souhaite plus s'ouvrir et raconter des choses, il puisse le faire plus facilement. Puis, c'est déjà arrivé de se mettre dans une pièce, que la séance, entre guillemets, saute, car le patient a besoin de parler, de nous raconter ce qui se passe, et alors on n'a pas fait d'ergothérapie. Donc ça arrive quelques fois. Après, souvent, on arrive à faire quelque chose, c'est-à-dire qu'on arrive à allier ce pourquoi il est là, à la partie écoute active. On arrive toujours à cumuler les deux.

Comment est-ce que vous, en tant qu'ergothérapeute, vous vous sentez dans ces situations ?

Je pense que c'est vraiment une question de caractère du thérapeute. Il y a des thérapeutes qui vont être très mal à l'aise lorsqu'il y a des situations, comme cela, qui arrivent. Avec une sensation de ne pas savoir quoi faire, avec une impression d'être plus spectateur, qu'une aide pour le patient. Je pense qu'à partir du moment où tu as réussi à créer un lien avec le patient, où le patient a confiance en toi et qu'il s'ouvre à toi. Je pense que tu n'as pas forcément besoin de changer énormément ta manière d'être. Il faut être dans l'écoute mais, j'aurais tendance à pas forcément changer mon comportement. Sauf si c'est le patient qui me le demande clairement et qui a des demandes particulières. Autrement, je ne vais pas changer ma manière d'être. Par contre, ça m'est déjà arrivé de me retrouver complètement démuni face à un patient où je ne savais plus quoi faire car il pleurait énormément. A ce moment, je l'ai pris avec moi dans une autre pièce, le mettre au calme et j'ai appelé le médecin.

C'est donc plus sur de l'écoute que vous pouvez apporter une aide ?

Oui totalement.

En parlant à d'autres ergothérapeutes, ils m'ont fait réfléchir à d'autres solutions pour mieux prendre en soin des patients présentant des baisses de moral.

Dans certaines structures, ils sollicitent les échanges entre patients afin qu'ils échangent sur leurs pathologies. Pensez-vous que ce soit possible, qu'une heure par semaine, des groupes de patients soient fait afin de parler de leurs problématiques, ensemble ?

Ceci s'est fait à un moment. Il faut savoir qu'ici nous n'avons plus de psychologue depuis un bout de temps déjà. Mais à l'époque où elle était là, ma collègue ergothérapeute faisait, avec elle, un atelier environ une fois par mois, un atelier collage. L'activité collage leur permettait d'avoir un thème de fond pour ensuite parler de leurs problématiques entre eux et donc de faire un groupe de parole sous couvert de l'activité. Il y a donc des groupes comme ceux-là qui ont été fait à une époque et qui ne se font plus car nous voulions que la psychologue soit présente. Or

nous n'avons plus de psychologue. Mais je pense que ça peut être une bonne idée sous certaines conditions et en ciblant bien les personnes à inclure dans le groupe.

Souvent avec les personnes hospitalisées, on se rend compte qu'il y a des personnes très solitaires, en tous cas au départ, et d'autres très volubiles qui vont facilement parler aux gens. Et donc, souvent on se rend compte que les patients connaissent l'histoire et la vie des autres personnes, surtout lorsqu'ils ont la même pathologie qu'eux. Je trouve qu'une pathologie commune a tendance à rassembler les gens. Chez les brûlés, ils connaissent tous leurs vies, même ceux qui ont du mal à s'ouvrir, même avec nous. On se rend compte qu'ils discutent avec les autres, qu'il y a des échanges informels qui se font entre eux, notamment quand ils ont la même pathologie. Ils se retrouvent entre eux et échangent. Mais même si ces moments informels se produisent, je trouve que formaliser cela dans un cadre bien particulier, peut effectivement être une bonne idée.

Une des idées, qui avait également été soulevée, était d'intégrer les patients dans certaines synthèses. Au milieu de la prise en soin par exemple, pour leur demander à nouveau leurs objectifs et s'il y a besoin de les réajuster, et donner au patient une place encore plus centrale. Qu'en pensez-vous ?

Alors, pareil ici, ça n'est pas fait de façon systématique. Mais ça arrive dans certains cas un peu complexes. Alors complexes, soit par rapport à la pathologie du patient et son contexte social, soit en rapport avec des contextes plus extérieurs, les rapports avec la famille, l'environnement du patient. Nous allons alors faire ce qu'on appelle des réunions de famille, c'est une synthèse avec toute l'équipe médicale et paramédicale, donc la rééducation et le soin, l'équipe élargie. Le patient et sa famille, ceux qui viennent régulièrement et qui s'occupent de lui. On parle alors du patient, des objectifs qui avaient été mis en place, on fixe à nouveau des objectifs en accord avec le patient et la famille. Que ce soient des objectifs que le patient doit avoir ou l'équipe. Donc, encore une fois, ceci n'est pas fait de manière systématique, elles sont faites sur demandes particulières où l'on a des points particuliers à travailler, ou lors de situations plus complexes. Mais il est possible de le faire. Ça n'est pas systématique mais ça pourrait être une bonne chose de le rendre systématique.

Cela étant, ce qu'il faut savoir, c'est que lorsque le médecin passe voir le patient en chambre, cela dépend des patients et du médecin évidemment, mais il y a quand même un échange qui est fait entre eux. Où le patient va pouvoir, lui aussi, dire au corps médical ce qui va et ne va pas, ce qui permet aussi d'ajuster les objectifs avec le patient, sans forcément passer par un staff mais simplement au cours de la visite. Et encore une fois, ça peut être bien de formaliser cela de façon systématique.

Pour ma part, je vous ai posé toutes les questions qui m'intéressaient. Par rapport à ce que l'on a dit, avez-vous des remarques à ajouter ?

Pour moi, le rôle que peut avoir l'ergothérapeute sur la volition du patient passe essentiellement par l'écoute. Et je trouve que la meilleure solution, souvent, c'est d'être au maximum soi-même. Donc d'être dans l'écoute, la réassurance mais de ne pas modifier notre façon d'être, surtout lorsque tu as réussi à créer un lien avec ton patient. Car tu risques de changer ce lien auquel le patient adhère donc ça ne serait pas une bonne chose. Notamment si l'état du patient est un état transitoire. Si le patient a adhéré au thérapeute, au projet de soin, à l'équipe, il faut rester dans de l'écoute sans changer la façon d'être qu'il a connu de notre part.

## Annexe IV : Déclaration sur l'honneur contre le plagiat



**Institut de Formation en Ergothérapie de  
Lorraine Champagne-Ardenne**  
4, rue des Sables  
54000 NANCY

### **DECLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE PLAGIAT**

Je soussignée Clara WILZER,

Certifie qu'il s'agit d'un travail original. Toutes les sources ont été indiquées dans leur totalité.

Je certifie n'avoir ni recopié, ni utilisé des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine. Les citations intégrales sont signalées entre guillemets.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites disciplinaires ainsi que devant les tribunaux de la République Française.

Fait à Nancy, le : 19/05/2023

Signature

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Clara Wilzer', written in a cursive style.



Promotion : 2020-2023

Nom et Prénom : WILZER Clara

**Titre : La prise en compte de la santé mentale chez les patients en rééducation fonctionnelle**

Résumé : En 2021, 893 000 personnes ont été hospitalisées en services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Cette étude concerne les patients n'ayant pas de troubles psychologiques notables avant leur entrée dans ces services, mais ayant développé un manque de volition à la suite d'un processus de deuil compliqué vis-à-vis de leur pathologie. Nous nous sommes alors demandé le rôle que peut adopter l'ergothérapeute dans ces situations. Il s'agira de rechercher si la méthode de prise en soin de l'ergothérapeute influence la volition du patient dans sa rééducation. Pour vérifier cette hypothèse, cinq entretiens ont été réalisés afin d'obtenir des données qualitatives venant d'ergothérapeutes exerçant en SSR. Les résultats démontrent que l'attitude empathique du thérapeute a un impact majeur sur la relation de soin. Cette attitude empathique permet de favoriser l'adhésion du patient à la prise en soin. Puis, le fait de placer le patient au centre de son parcours de soins influence positivement sa volition. Ceci peut se manifester par la collaboration entre l'ergothérapeute et le patient lors de l'élaboration d'objectifs occupationnels, mais également, par la collaboration entre l'équipe pluridisciplinaire et le patient lors de la prise de décision en réunions de synthèses.

**Mots clés** : Ergothérapeute, Processus de deuil, Volition, Adhésion, Prise en soin, Collaboration

**Title: Mental health consideration of patients in functional rehabilitation**

Abstract: In 2021, 893,000 people were hospitalized in follow-up care and rehabilitation units. This study concerns patients who did not show significant psychological issues before entering these units, but who developed a lack of volition after a complicated grieving process regarding their pathology. In this sense, the role of the occupational therapist in these situations, appears on the scene. It then seems necessary to investigate whether the occupational therapist's care method influences the patient's volition during his rehabilitation. To address this issue, five interviews were conducted in order to obtain qualitative data from occupational therapists practicing in follow-up care and rehabilitation units. The results show that the therapist's empathetic attitude towards his patient has a major impact on their care relationship, which helps promote compliance to care. Furthermore, placing patients at the center of their care process positively influences their volition. It manifests by the collaboration between the occupational therapist and the patient in the development of occupational objectives, but also by the collaboration between the multidisciplinary team and the patient in the decision-making process in summary meetings.

**Key words**: Occupational Therapist, Grieving process, Volition, Compliance, Care process, Collaboration

Maitre de mémoire : Mr MATHIEU Stéphane