

Université de Montréal

Exploration des raisonnements produits par des ergothérapeutes intervenant auprès de personnes atteintes d'une hémiplégié consécutive à un accident vasculaire cérébral

Par
Sylvie Meyer

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc.)
en sciences infirmières

Décembre 2002

© Sylvie Meyer, 2002

WY
5
158
2003
nr. 014

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Exploration des raisonnements produits par des ergothérapeutes intervenant auprès de personnes atteintes d'une hémiplégié consécutive à un accident vasculaire cérébral

Présenté par :

Sylvie Meyer

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Louise Gagnon
présidente-rapporteur

Michèle Deschamps
directrice de recherche

Lise Talbot
codirectrice de recherche

Élisabeth Dutil
membre du jury

Jacinthe Pepin
observatrice



RÉSUMÉ

Cette étude s'intéresse au raisonnement des ergothérapeutes travaillant en réadaptation auprès de personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral. Elle explore les composantes des situations considérées par les ergothérapeutes pour définir leurs actions et le rôle de leur expérience sur leur raisonnement. Une approche qualitative de type phénoménologique a été retenue. Les données ont été obtenues en recueillant les récits de 12 interventions menées par six ergothérapeutes d'un même hôpital. Les résultats montrent que les ergothérapeutes sont centrés sur la rééducation des incapacités et considèrent peu les habitudes de vie et les facteurs environnementaux. Ils mènent une démarche centrée sur la maladie en recourant à des raisonnements procéduraux et pragmatiques. Ils conduisent simultanément une démarche relationnelle centrée sur l'usager en réfléchissant sur un mode narratif. Les thérapeutes expérimentés ont une vision plus globale des situations que les débutants, mais l'expérience n'influence pas les recours aux formes de raisonnement.

Mots-clés : raisonnement clinique, démarche clinique, ergothérapie, accident vasculaire cérébral, incapacités, habitudes de vie

ABSTRACT

This study investigates the clinical reasoning of occupational therapists working in rehabilitation with persons who have had a stroke. It explores the components of the situations considered by occupational therapists as they define their actions and the role of the experience on their reasoning. A qualitative method using a phenomenological approach has been chosen. Data have been obtained by collecting clinical stories from 12 treatments implemented by six occupational therapists. Results show that occupational therapists are focused on the rehabilitation of incapacities and don't consider life habits and environmental factors. They use a clinical process centred on disease using procedural and pragmatic reasoning. They simultaneously implement a relational approach focused on the client using a narrative mode of reasoning. The expert therapists have a more global view of the situations than the beginners but the experience doesn't influence their way of using different forms of clinical reasoning.

Key Words: Clinical reasoning, clinical process, occupational therapy, cerebro vascular accident, incapacities, life habits

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	i
ABSTRACT	ii
TABLE DES MATIÈRES	iii
LISTES DES FIGURES	v
REMERCIEMENTS	vi
CHAPITRE I	1
LA PROBLÉMATIQUE.....	1
BUT ET QUESTIONS DE L'ÉTUDE.....	7
CHAPITRE II	8
LA RECENSION DES ÉCRITS.....	8
1. L'ERGOTHÉRAPIE : LA PROFESSION.....	8
1.1 Définition et buts de l'ergothérapie.....	8
1.2 Les bases philosophiques de l'ergothérapie.....	9
1.3 La méthodologie professionnelle.....	9
1.4 Deux concepts fondamentaux : l'activité et la participation.....	11
2. LE RAISONNEMENT CLINIQUE.....	13
2.1 Définition et caractéristiques du raisonnement clinique en ergothérapie.....	13
2.2 Raisonner scientifiquement.....	15
2.3 Raisonner en collaboration avec l'utilisateur.....	17
2.4 Raisonner en tenant compte des valeurs.....	20
2.5 Raisonner en racontant des histoires.....	22
2.6 Raisonner en tenant compte du contexte.....	23
2.7 L'expertise professionnelle : le modèle de Benner.....	23
3. LA PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ CIBLÉE DANS LE MÉMOIRE : L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL ..	25
3.1 Fréquence, causes, sémiologie et traitements médicaux.....	25
3.2 Les conséquences des accidents vasculaires cérébraux.....	27
3.3 La réadaptation des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral.....	28
3.4 L'intervention ergothérapeutique auprès des personnes atteintes d'hémiplégie.....	30
3.5 Le contexte de la thérapie.....	32
4. LE CADRE THÉORIQUE DU PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP.....	33
4.1 Schéma conceptuel de la classification québécoise du Processus de production du handicap.....	34
4.2 Les définitions du modèle du Processus de production du handicap.....	34
4.3 Synthèse.....	35
CHAPITRE III.....	38
LA MÉTHODE.....	38
1. L'APPROCHE.....	38
1.1 Le devis : Recherche qualitative de type phénoménologique.....	38
1.2 Stratégie d'échantillonnage.....	39
1.3 Milieu et participants.....	40
1.4 Démarche.....	41
1.5 Devis de recherche et instruments.....	42
1.6 Codification et analyse des données.....	46
1.7 Les critères de rigueur.....	50
1.8 Éthique.....	53
CHAPITRE IV.....	57
LES RÉSULTATS.....	57
1. LES COMPOSANTES DES SITUATIONS.....	59
1.1 L'évaluation des aptitudes.....	59
1.2 L'intervention sur les aptitudes.....	64
1.3 La perspective des habitudes de vie.....	66
1.4 L'environnement.....	70

1.5	<i>L'engagement relationnel et l'adaptation aux incapacités</i>	72
1.6	<i>La collaboration</i>	77
1.7	<i>Les obstacles institutionnels</i>	81
2.	LES RAISONNEMENTS CLINIQUES	83
2.1	<i>Le mode procédural</i>	84
2.2	<i>Le mode narratif</i>	89
2.3	<i>Le mode pragmatique</i>	95
3.	L'INFLUENCE DE L'EXPÉRIENCE	97
3.1	<i>La démarche clinique</i>	98
3.2	<i>La reconnaissance des situations</i>	101
3.3	<i>La maîtrise des moyens de traitement</i>	103
3.4	<i>Les raisonnements cliniques</i>	104
	CHAPITRE V	106
	L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS.....	106
1.	LES COMPOSANTES DES SITUATIONS	106
1.1	<i>Une démarche centrée sur les aptitudes</i>	106
1.2	<i>L'engagement relationnel</i>	108
1.3	<i>Une double démarche</i>	109
2.	LES ÉLÉMENTS QUI INFLUENCENT LA DÉFINITION DES SITUATIONS	110
2.1	<i>La division du travail</i>	111
2.2	<i>Les contraintes temporelles</i>	112
2.3	<i>L'opposition au modèle biomédical</i>	114
3.	LES FORMES DES RAISONNEMENTS CLINIQUES	115
3.1	<i>Le mode procédural et le mode pragmatique</i>	116
3.2	<i>Le mode narratif</i>	117
3.3	<i>La modélisation de l'intervention des ergothérapeutes</i>	118
4.	L'INFLUENCE DE L'EXPÉRIENCE	118
4.1	<i>La démarche clinique</i>	119
4.2	<i>L'expertise technique et l'expertise relationnelle</i>	120
4.3	<i>Les raisonnements cliniques</i>	120
5.	DISCUSSION THÉORIQUE	121
6.	DISCUSSION MÉTHODOLOGIQUE.....	123
6.1	<i>Les forces</i>	123
6.2	<i>Les limites</i>	125
7.	LES RECOMMANDATIONS	127
7.1	<i>Recommandations sur le plan de la recherche</i>	127
7.2	<i>Recommandations sur le plan de la clinique</i>	128
8.	CONCLUSION	131
	RÉFÉRENCES	135

LISTES DES FIGURES

Figure 1 - Modèle explicatif du Processus de production du handicap.....	45
Figure 2 - La double démarche des ergothérapeutes	127
Figure 3 – La contrainte du modèle biomédical sur les aptitudes	128
Figure 4 – Les raisonnements cliniques et la double démarche	137

REMERCIEMENTS

En premier lieu, j'aimerais remercier mes directrices de mémoire, Madame Michèle Deschamps, chercheur à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre et Madame Lise Talbot, Directrice du Département de sciences infirmières à l'Université de Sherbrooke. Sans leurs critiques et sans leur support, ce travail n'aurait jamais abouti.

Merci également à Élisabeth Dutil pour ses encouragements à développer un sujet professionnellement intéressant.

Mes plus vifs remerciements vont cependant aux ergothérapeutes de l'Hôpital cantonal universitaire de Genève, qui par leur participation ont permis la réalisation de cette étude. Sans leur profond engagement dans les entretiens, ce travail n'aurait pas vu le jour. Merci, aussi aux usagers de l'Hôpital qui ont accepté que leur thérapeute parle de leur traitement.

Enfin, merci à Madame, Béatrice Leeman, chef de clinique pour sa collaboration à la gestion du travail de terrain, à Marie-Irène Polivka et Hélène Diallo pour leur travail de secrétariat à Montréal et à Lausanne.

CHAPITRE I

LA PROBLÉMATIQUE

La problématique à laquelle ce travail s'intéresse est le raisonnement clinique des ergothérapeutes. Plus particulièrement, il s'agit de saisir les formes et les objets du raisonnement produit par des ergothérapeutes travaillant en réadaptation auprès d'usagers atteints d'une hémiplégie.

Les ergothérapeutes sont des professionnels de la santé qui fournissent des prestations à des personnes souffrant des conséquences de diverses maladies ou de divers accidents afin de les aider à retrouver progressivement leur indépendance dans la réalisation de leurs habitudes de vie. Les traitements sont principalement effectués au moyen d'activités de la vie quotidienne que l'utilisateur réalise en collaboration avec l'ergothérapeute ou au moyen d'exercices qui permettent d'entraîner des habiletés. L'intervention est individualisée; elle considère l'environnement physique dans lequel l'utilisateur vit, ou vivra, et son entourage familial et social (Association canadienne des ergothérapeutes, 1997; Association Suisse des ergothérapeutes, 1982; Christiansen & Baum, 1997; Hagedorn, 1997; Kielhofner, 1997).

Généralement, les traitements en ergothérapie suivent une démarche clinique qui comprend une évaluation des difficultés de l'utilisateur, puis la définition des objectifs et des moyens de traitement, puis la réalisation du traitement, et enfin, l'évaluation des résultats de l'intervention (Meyer, 1990; Pelland, 1987; Rogers, 1983). Cette démarche suppose de nombreuses réflexions portant sur des éléments scientifiques, techniques, motivationnels, procéduraux et éthiques. Cet ensemble de réflexions, qui permettent aux ergothérapeutes de conduire et d'ajuster leur démarche clinique, est nommé « raisonnement clinique » (Higgs & Jones, 2000; Mattingly & Fleming, 1994). D'après Mattingly et Fleming, le raisonnement clinique est un ensemble d'opérations mentales qui s'appliquent aux situations de traitement auxquelles les ergothérapeutes font face. Celui-ci ne peut pas être saisi en dehors de l'analyse des contenus sur lesquels il s'exerce (Higgs & Jones, 2000; Schell, 1998).

Le raisonnement clinique a fait l'objet en ergothérapie de développements théoriques et de plusieurs recherches. En particulier, Rogers (1983), puis Rogers et Holm (1991) mettent en évidence, dans l'étape d'évaluation des capacités de l'utilisateur,

des raisonnements hypothético-déductifs qui permettent à l'ergothérapeute de diriger son évaluation des effets de la maladie sur les aptitudes de l'utilisateur. Cette forme de raisonnement, proche du raisonnement des médecins intervient très fréquemment en réadaptation (Alnervik & Sviden, 1996; Fleming, 1991). Mattingly et Fleming (1994) se sont intéressés non seulement aux aspects d'évaluation, mais également aux réflexions qui guident l'ergothérapeute dans l'ajustement de son action et de son discours au ressenti de l'utilisateur. Ces auteurs ont établi l'existence de plusieurs formes de raisonnement, souvent simultanément présentes, chez les ergothérapeutes.

Le raisonnement procédural permet aux ergothérapeutes de réfléchir aux effets la maladie sur les capacités de l'utilisateur et d'adapter le traitement en conséquence. Il s'appuie souvent explicitement sur des modèles d'intervention (Chapparo & Ranka, 2000). Le raisonnement interactif favorise la motivation de l'utilisateur dans les séances de thérapie et intervient dans l'ajustement relationnel entre les protagonistes. Le raisonnement conditionnel permet d'imaginer les conditions de vie passées, présentes et futures de la personne et d'aménager le traitement en conséquence. Selon Mattingly et Fleming (1994), les thérapeutes ont peu conscience de ces deux dernières formes de raisonnement car leurs réflexions sont souvent implicites. Leur pensée se développe sur un mode narratif qui permet de considérer la personne sous un angle phénoménologique.

D'autres chercheurs se sont intéressés aux éléments qui affectent ou qui conditionnent les réflexions des ergothérapeutes. Ainsi, selon Shell et Cervero (1993), le contexte de travail de l'ergothérapeute influence sa pensée. Cette forme de raisonnement est nommée pragmatique car elle tient compte des contingences dans lesquelles chaque ergothérapeute exerce. De leur côté, Fondiller, Rosage et Neuhaus (1990) remarquent que les ergothérapeutes réfléchissent en s'appuyant sur des valeurs personnelles ou professionnelles. Rogers (1983) nomme cette forme de raisonnement fondée sur des valeurs « raisonnement éthique » parce que les ergothérapeutes cherchent à déterminer ce qui est « bon » pour leurs usagers compte tenu des incapacités dont ils souffrent.

La plupart des études du raisonnement clinique des ergothérapeutes ont été réalisées dans le domaine de la médecine physique (Alnervik, & Sviden, 1996; Crabtree & Lyons, 1997; Crepeau, 1991; Fondiller, et al., 1990; Mattingly & Fleming,

1994; Polkinghorne, 1996; Rogers & Holm, 1991). Ces travaux mettent en évidence le rôle central du diagnostic médical dans la réflexion des thérapeutes. En effet, le diagnostic suggère des hypothèses à propos de l'effet de la maladie sur les aptitudes de la personne ou sur ses habitudes de vie. De plus, il existe des modèles de pratique correspondant à certaines catégories diagnostiques qui guident la réflexion du thérapeute dans le choix des moyens d'évaluation et de traitement (Kielhofner, 1997; Pedretti, 1996; Trombly, 1995a; Turner, Foster & Johnson 1996). Ces études, bien qu'elles soulignent l'importance du diagnostic médical et des modèles de pratique, ne donnent que peu d'information sur les variations plus fines du raisonnement qui pourraient exister en relation avec une population d'utilisateurs, circonscrite par un même diagnostic. Le milieu de travail et ses règles paraissent également importants dans le recours privilégié à certaines formes de raisonnement. Ainsi, Alnervik et Sviden (1996) qui étudient le raisonnement des ergothérapeutes dans un service de rééducation physique constatent que la forme procédurale est dominante.

Le raisonnement clinique est sensible à l'expertise professionnelle. En ergothérapie, les différences entre les experts et les novices ont été étudiées à partir du cadre conceptuel construit par P. Benner (1984/1995), une infirmière qui a exploré l'expertise chez les infirmières (Crabtree & Lyons, 1997; Robertson, 1996b). Les novices suivent les règles offertes par les modèles de pratiques et recourent à des raisonnements procéduraux ou scientifiques à cause de leur aspect méthodique. Ils peinent à organiser les informations et ils décrivent l'individu de manière trop générale et non spécifique à son cadre de vie (Benamy, 1996; Robertson, 1996b). Avec l'expérience, les thérapeutes acquièrent une meilleure organisation de leurs connaissances qui sont hiérarchisées, ce qui leur permet d'intégrer facilement des nouvelles données (Robertson, 1996b). Les ergothérapeutes expérimentés reconnaissent intuitivement les situations en fonction de leurs similitudes (Robertson, 1996b). Ils peuvent prédire l'incapacité ou la capacité d'un usager à être indépendant et ils comprennent la maladie telle qu'elle est vécue par l'utilisateur ou par ses proches (Benamy, 1996). Les travaux sur l'effet de l'expérience sur le raisonnement clinique des ergothérapeutes sont relativement nombreux (Alsoop & Ryan, 1996). Ils n'ont cependant pas épuisé le sujet parce que les contextes dans lesquels ils ont été menés sont variables. Ainsi, l'exploration des variations des formes des raisonnements

cliniques produits par des experts et par des novices, demeure un objet d'étude propre à augmenter les connaissances dans le domaine de l'ergothérapie.

Le raisonnement parce qu'il est un ensemble d'opérations mentales n'est pas observable. Il peut seulement être inféré à partir de l'observation puis de l'analyse des éléments sur lesquels il porte (Higgs & Jones, 2000; Schell, 1998). Les chercheurs qui s'y intéressent doivent donc déterminer des situations d'intervention clinique permettant l'obtention de données à partir desquelles les raisonnements puissent être abstraits. Dans la présente étude, l'investigatrice désire explorer la variation de la pensée des ergothérapeutes lorsque le même diagnostic médical est posé. Il est donc nécessaire de considérer un diagnostic auquel les ergothérapeutes sont fréquemment confrontés. De plus, celui-ci doit provoquer la réflexion des thérapeutes. Il doit donc comporter une symptomatologie complexe et des conséquences variables qui obligent les thérapeutes à effectuer toute une série d'opération mentales comme analyser, mesurer, décider, juger, ajuster, imaginer ou supposer. L'accident vasculaire cérébral satisfait ces critères.

Les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral représentent une catégorie d'utilisateurs très fréquente en ergothérapie (Chang & Hasselkus, 1998; Gibson & Schkade, 1997). En outre, les services de réadaptation dans lesquels les ergothérapeutes travaillent, accueillent de nombreux usagers qui en sont atteints, il est ainsi possible de limiter l'étude à un seul milieu de travail. Les accidents vasculaires cérébraux provoquent des lésions neurologiques centrales dont la principale conséquence est la paralysie partielle ou complète d'un hémicorps due à une lésion atteignant un hémisphère (Cambier, 1995; Chantraine, 1999). Aux déficiences des systèmes moteurs, sensoriels s'ajoute très fréquemment des incapacités perceptives, cognitives et émotionnelles (Chantraine, 1999; George, Wilcock & Stanley, 2001; Hochstenbach & Mulder, 1999; Jackson, 1996; Pedretti, 1996; Woodson, 1995). Ces déficiences en partie transitoires engendrent des incapacités dans la réalisation des activités de la vie de tous les jours. Près de la moitié des cérébrolésés conservent des incapacités plus ou moins importantes conduisant à des situations de handicap (Clark & Smith, 1998 et 1999; Hochstenbach & Mulder, 1999; Rice-Oxley & Turner-Stokes, 1999; Smout et al., 2001).

L'ergothérapie auprès d'une population atteinte d'accident vasculaire cérébral vise la rééducation des aptitudes et des activités quotidiennes entravées. Elle s'accompagne généralement de mesures visant la réorganisation de la vie quotidienne et l'aménagement de l'environnement pour les personnes qui gardent des incapacités résiduelles (Cambier, 1995; Jackson, 1996; Lewinter & Mikkelson, 1995; Pedretti, 1996; Woodson, 1995). Divers modèles de pratiques offrent aux ergothérapeutes spécialisés dans le traitement des usagers atteints d'accident vasculaire cérébral de nombreuses ressources leur permettant de définir des exercices et des activités de thérapie appropriés (Affolter & Bischofberger, 1993; Eggers, 1990; Fotti, Pedretti & Lillie, 1996; Jackson, 1996; Pedretti, Smith & Pendleton, 1996; Perfetti, 1995; Ryerson & Levit, 1997; Trombly, 1995a; Turner, et al., 1996; Woodson, 1995). Certains de ces modèles sont très orientés sur le fonctionnement corporel de la personne et d'autres visent davantage la vie quotidienne. Le terme activité est ainsi utilisé dans un sens différent, si bien que lorsqu'un ergothérapeute énonce ce terme, il est nécessaire de pouvoir préciser à quel concept cela fait référence.

Dès lors, l'investigatrice doit disposer d'un modèle conceptuel pour identifier les concepts utilisés par les thérapeutes. Le modèle du Processus de production des handicaps offre cette possibilité (Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Dion & St-Michel, 1998). Il distingue en particulier, les aptitudes des habitudes de vie. Les aptitudes sont inhérentes à la personne et indépendantes de l'environnement. Elles correspondent à des activités comme marcher, considérées hors de leur contexte. Lors d'un accident vasculaire cérébral, elles sont très directement atteintes. Les modèles d'intervention orientés vers la rééducation des systèmes moteurs et sensoriels atteints par la maladie s'attachent aux aptitudes. Au contraire, les habitudes de vie sont ce que la personne réalise dans sa vie de tous les jours. Elles ne sont généralement pas observables à l'hôpital bien que la maladie les affecte. Les traitements visant la réadaptation de la personne à son mode de vie touchent aux habitudes. De plus, la littérature montre que le raisonnement procédural et le raisonnement diagnostique sont liés à la compréhension de la maladie alors que les raisonnements interactifs, conditionnels et pragmatiques sont liés, aux émotions, à la personne dans sa vie de tous les jours, et à l'environnement (Mattingly & Fleming, 1994; Rogers & Holm, 1991; Schell & Cervero, 1993). Ainsi, les aptitudes pourraient être des éléments considérés lorsque les thérapeutes raisonnent sur le mode procédural ou diagnostique alors que les

habitudes de vie seraient des éléments en rapport avec d'autres formes de raisonnement.

A notre connaissance, aucune étude ne s'est centrée sur les caractéristiques du raisonnement clinique des ergothérapeutes en relation à une population souffrant des conséquences d'un accident vasculaire cérébral et pour laquelle il existe de nombreux modèles d'intervention. Un tel travail pourrait déboucher sur une meilleure connaissance des éléments des situations d'intervention qui influencent le raisonnement. De plus, aucune étude n'a été menée en Suisse sur le raisonnement clinique des ergothérapeutes. Les travaux américains, australiens ou anglais ne sont pas traduits en français et ainsi faiblement accessibles aux ergothérapeutes suisses ou françaises qui sont rarement bilingues. Ainsi, produire, dans le contexte suisse d'exercice de l'ergothérapie, une étude sur les raisonnements cliniques tenus par des ergothérapeutes travaillant dans un service de réadaptation auprès d'une population souffrant des conséquences d'un accident vasculaire cérébral contribue autant sur le plan général que local au développement des connaissances professionnelles dans cette discipline.

BUT ET QUESTIONS DE L'ÉTUDE

Le but de cette étude est d'explorer les contenus des raisonnements cliniques produits par les ergothérapeutes lors de leurs interventions auprès de personnes soignées dans un service de réadaptation à la suite d'un accident vasculaire cérébral.

Spécifiquement, les questions de recherche qui sous-tendent cette étude sont les suivantes :

- Quelles sont les composantes des situations considérées par les ergothérapeutes pour définir leurs actions ?
- Quels sont les éléments influençant la définition des situations par les ergothérapeutes ?
- Quelles sont les formes de raisonnements cliniques présentes dans les interventions auprès de personnes hémiplegiques ?
- Quel est le rôle de l'expérience professionnelle sur les raisonnements des ergothérapeutes ?

CHAPITRE II

LA RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre définit d'abord l'ergothérapie et ses principaux éléments. Puis, les différentes formes de raisonnement cliniques qui ont été mises en évidence dans le domaine de l'ergothérapie sont développées. Les caractéristiques des accidents vasculaires cérébraux sont ensuite exposées. Enfin, le modèle du Processus de production des handicaps est présenté afin de clarifier les concepts d'aptitudes et d'habitudes de vie.

1. L'ERGOTHÉRAPIE : LA PROFESSION

1.1 *Définition et buts de l'ergothérapie*

L'ergothérapie est une profession de la santé. Elle s'intéresse aux personnes de tous âges qui, à la suite d'une maladie physique ou mentale, d'un accident ou de troubles du développement, souffrent de difficultés dans la réalisation de leurs activités de la vie de tous les jours. L'ergothérapie concourt à la restauration des capacités d'action des usagers dans leur vie personnelle, sociale ou professionnelle. Elle permet aux personnes qui souffrent d'incapacités définitives de réorganiser leurs occupations, d'aménager leur environnement et d'apprendre de nouvelles manières de réaliser des tâches courantes. Les traitements comprennent l'entraînement d'activités quotidiennes, domestiques, sociales, récréatives ou de type professionnel à des fins de réadaptation, de maintien ou de prévention. Ils incluent également la réalisation de jeux ou d'activités créatrices manuelles, ou encore des exercices qui visent la rééducation des fonctions mentales ou physiques. En principe, l'utilisateur réalise les activités en collaboration avec l'ergothérapeute, mais des mesures passives comme la fabrication d'orthèses sont également possibles. L'aménagement de l'environnement de l'établissement dans lequel l'utilisateur séjourne, l'aménagement de son domicile et éventuellement celui de son lieu de travail, sont des prestations fréquentes. L'ergothérapeute fournit des moyens auxiliaires et aide la personne ou ses proches à apprendre à les utiliser. Les traitements impliquent fréquemment les membres de la famille de l'utilisateur. (Association canadienne des ergothérapeutes, 1997; Association suisse des ergothérapeutes, 1982; Chantraine & Choux, 1999; Christiansen, 1997; Hagedorn 1997).

1.2 Les bases philosophiques de l'ergothérapie

Les bases philosophiques de l'ergothérapie sont les valeurs, les principes ou les croyances qui servent de fondement aux pratiques professionnelles et au développement des connaissances (Christiansen, 1997). Elles sont historiquement construites et concernent l'être humain, la santé, l'environnement, l'activité et l'intervention ergothérapeutique (Association canadienne des ergothérapeutes, 1997).

Pour les ergothérapeutes, l'être humain est un tout biopsychosocial, dont la santé n'est pas limitée à l'absence de maladie. L'individu dispose d'un potentiel biologiquement déterminé et est influencé par l'environnement. Il a des besoins spécifiques et des responsabilités. Il dispose d'un potentiel de changement et de développement. Toute personne possède des capacités d'agir sur son environnement et de faire des choix. (ACE, 1997; Kielhofner, 1997; Reed, 1984; Turner et al., 1996). Ces idées fondent l'ergothérapie comme pratique centrée sur l'utilisateur qui requiert une attitude empathique et un engagement du thérapeute. Cette conception de l'être humain n'est en rien spécifique à l'ergothérapie, elle existe très largement en soins infirmiers et dans d'autres disciplines (Abdelmaleck & Girard, 1995).

Les ergothérapeutes pensent que l'activité est une composante essentielle de l'être humain. Les activités dans lesquelles les individus s'engagent ont du sens pour eux. Elles se transforment au cours de la vie. Ainsi l'équilibre entre les diverses activités varie selon l'âge, les rôles, les intérêts et le contexte de vie des personnes. Par son activité, l'individu acquiert des compétences qui lui permettent de faire face aux demandes de l'environnement ou à des incapacités. L'activité est un déterminant de la santé, ainsi lorsqu'un individu éprouve un dysfonctionnement dans ses activités, sa santé est altérée. Ces idées légitiment l'activité comme but des thérapies et le recours à des activités significatives comme moyen thérapeutique. (Association canadienne des ergothérapeutes, 1997; Christiansen, 1997; Hagedorn, 1997; Kielhofner, 1997; Reed, 1984).

1.3 La méthodologie professionnelle

Pour guider leurs thérapies, les ergothérapeutes disposent d'une démarche méthodologique. Les interventions sont en outre organisées autour de deux finalités complémentaires : la rééducation et la réadaptation.

La démarche clinique de l'ergothérapie. La méthodologie professionnelle de l'ergothérapie repose sur un processus d'intervention permettant à l'ergothérapeute d'organiser son action depuis l'arrivée de l'utilisateur jusqu'à la fin du traitement. La plupart des auteurs préconisent dans les traitements une approche par résolution de problèmes nommée processus de l'ergothérapie (Meyer, 1990; Pelland, 1987; Rogers, 1983). Ce processus comprend une phase d'évaluation des capacités, des ressources et des problèmes de l'utilisateur, une phase de définition des objectifs et des moyens de traitement, une phase d'exécution de l'intervention, et, une phase d'évaluation des résultats de l'intervention et de détermination du suivi. Cette démarche est fort similaire au processus des soins infirmiers et les mêmes critiques peuvent lui être formulées, en particulier ses aspects trop séquentiels et le fait qu'il n'est de loin pas la seule manière de penser à l'organisation des interventions professionnelles (Fonteyn & Ritter, 2000). Fleming (1991), par exemple, souligne que l'évaluation des difficultés de l'utilisateur et l'adaptation des moyens d'intervention par les ergothérapeutes sont des phénomènes plus continus que séquentiels. Robertson (1996b) remarque que la définition du problème à traiter évolue conjointement à l'action thérapeutique. Mattingly & Fleming (1994) constatent que les thérapeutes expérimentés s'en démarquent beaucoup.

Les finalités rééducatives et réadaptatives. Les usagers de l'ergothérapie présentent fréquemment des déficiences importantes qui provoquent des incapacités durables. La thérapie vise en premier lieu à réduire ces incapacités, c'est-à-dire à faire en sorte qu'elles disparaissent. Divers modèles d'intervention permettent de viser ces objectifs. Avec ceux-ci, il s'agit, par des exercices appropriés, de réduire des aptitudes, par exemple la dextérité manuelle ou des activités comme les déplacements et la prise des repas (Chantraine & Choux, 1999; Pedretti, 1996; Trombly, 1995; Turner et al., 1996). La rééducation peut ainsi concerner autant des aptitudes que des habitudes de vie.

Lorsque la rééducation n'est pas, ou plus possible, les ergothérapeutes développent une approche réadaptative ou compensatoire (Trombly, 1995a; Pedretti, 1996; Turner et al., 1996). La réadaptation propose des moyens de suppléance, notamment des aides techniques comme le fauteuil roulant, dont le but est de permettre de compenser des capacités déficientes. La réadaptation permet aux personnes d'apprendre de nouvelles procédures pour agir malgré une incapacité persistante. Par exemple, l'utilisateur qui n'a pas récupéré suffisamment ses fonctions du

bras à la suite d'un accident vasculaire cérébral est entraîné à s'habiller avec un seul bras. Remarquons que la plupart des interventions en ergothérapie combinent rééducation et réadaptation (Chantraine & Choux, 1999; Pedretti, 1996).

1.4 Deux concepts fondamentaux : l'activité et la participation

Les activités. L'activité est un concept très vaste en ergothérapie. Les activités considérées par les ergothérapeutes dans leurs interventions sont en nombre infini et il n'y a pas de manière standardisée de les effectuer. Par exemple, il n'y a pas une manière normale de prendre sa douche ni de faire une sauce à salade. Le concept d'activité inclut les diverses procédures de réalisation de l'activité, les valeurs que l'acteur accorde à l'action, et, les caractéristiques sociales, culturelles et physiques du contexte dans lequel l'action est effectuée (Colledge, 1998; Kielhofner, 1997). Les ergothérapeutes subdivisent, généralement et traditionnellement, les activités humaines en trois domaines : les activités de soins personnels (se laver, se vêtir manger, se déplacer, ...), les activités productives (travail scolaire, éducatif, professionnel, etc.) et les loisirs (jeux, sports, divertissements, repos, etc.) (American Occupational Therapy Association, 1994; Association canadienne des ergothérapeutes, 1997).

Les pratiques de l'ergothérapie ne correspondent cependant pas toujours à ce que la littérature professionnelle préconise. Ainsi, Neistadt (1995) constate que les ergothérapeutes ont souvent tendance à réduire les activités de traitement à une liste finie de routines des soins personnels et à la mobilité (e.g. se laver, se vêtir, manger, se déplacer, se transférer) et y intègrent trop peu d'activités sociales ou orientées vers la communauté. Les activités de la vie quotidienne sont considérées comme identiques pour tous, dans une vision utilitaire et elles sont peu nombreuses et peu différenciées d'un usager à l'autre (Brousseau & Gilbert, 1995). Le contexte de vie de l'individu et le contexte de la thérapie ne sont pas approfondis de sorte que le sens que peuvent prendre pour les usagers les activités effectuées n'est pas considéré. Kautzman (1993) ajoute qu'à des catégories de clients identifiés par un diagnostic médical correspondent des traitements et des activités typiques. Cela est peu propice à l'atteinte de buts centrés sur des activités spécifiques au contexte de vie de la personne. Le terme d'activité est ainsi souvent ambigu ; il peut autant être lié à des habitudes de vie qu'à des aptitudes.

Les ergothérapeutes recourent aux activités tout au long de la démarche clinique. Dans la phase d'évaluation, elles permettent d'observer et d'analyser les difficultés (Kielhofner, 1997). Il existe à cette fin, des procédures standardisées (Christiansen, 1997). Durant la réalisation du traitement, l'ergothérapeute propose à l'utilisateur la réalisation d'un ensemble d'activités de complexité différente. Celles-ci sont aménagées et organisées de façon à ce qu'il puisse, en les réalisant successivement, retrouver ses capacités ou en développer de nouvelles (Kielhofner, 1997; Trombly, 1995). Reed (1984) ajoute que la thérapie est un processus expérientiel permettant d'atteindre un fonctionnement occupationnel optimal. L'ergothérapeute ne prescrit pas les activités, il offre des opportunités d'agir (Kielhofner, 1997).

La participation de l'utilisateur. La pratique de l'ergothérapie requiert la participation active des utilisateurs. D'une part, ceux-ci réalisent eux-mêmes les activités proposées; ils ne sont pas ou peu l'objet de mesures passives. D'autre part, ils participent ou devraient participer aux décisions concernant les buts et les moyens de traitements (Association canadienne des ergothérapeutes, 1997; Neistadt & Seymour, 1995; Trombly, 1995b). Ainsi, les ergothérapeutes doivent chercher à intégrer les priorités des clients dans les interventions, soit dans les buts de l'intervention, soit en exerçant les activités considérées par les utilisateurs comme nécessaires à leur vie quotidienne. Rust, Northen, Nelson et Watts (1995) montrent que presque tous les ergothérapeutes du domaine de la médecine physique affirment faire l'effort de mettre en évidence les priorités des utilisateurs ou celles de leur famille et d'en tenir compte dans la définition des buts et des moyens de traitement. Ponte-Allan et Giles (1998) remarquent que cet effort est utile car la prise en compte des buts de l'utilisateur et la qualité de ceux-ci augmentent l'efficacité des interventions.

Les méthodes pour saisir les priorités des utilisateurs sont cependant souvent insuffisantes. Neistadt et Seymour (1995), à partir d'une enquête par questionnaire, portant sur 269 services d'ergothérapie en médecine physique, montrent que la plupart des ergothérapeutes recourent à des entretiens informels pour évaluer des priorités. Plus les ergothérapeutes prennent la peine de recourir à des instruments formalisés, plus spécifiques sont les renseignements qu'ils obtiennent. Ces ergothérapeutes proposent ensuite plus fréquemment à leurs utilisateurs des activités de la vie quotidienne : s'habiller, se baigner, se laver, manger, effectuer des transferts, se déplacer au lit et en fauteuil roulant, marcher, planifier et préparer le repas, nettoyer,

faire les courses, ou encore faire la lessive. Ils emploient moins fréquemment des exercices centrés sur des fonctions corporelles (exercice de la mobilité des membres supérieurs, manipulations passives) que les ergothérapeutes qui se satisfont d'entretiens informels pour évaluer les priorités (Larsson & Brandholm, 1996; Neisdadt & Seymour, 1995). L'étude ne précise malheureusement pas si le contexte de réalisation des activités change lorsque les thérapeutes sont attentifs aux priorités des usagers.

Burke (1996) ajoute qu'un thérapeute dont le but est de rééduquer la personne à des activités de la vie quotidienne et non d'exercer des aptitudes, doit disposer d'un service équipé à cette fin. L'aménagement de l'environnement doit être proche de celui de la vie de tous les jours et les locaux doivent contenir du matériel courant. Cet aménagement offre alors des opportunités de choix aux usagers. Par exemple, si une personne a comme objectif de relever sa boîte aux lettres, l'ergothérapeute s'efforce de rendre cet objectif accessible en lui donnant l'occasion d'exercer des déplacements et des manipulations qui ressemblent à ce qu'il faut faire pour relever sa boîte. Le thérapeute se rapproche ainsi des conditions naturelles d'exécution de cette tâche et ne s'en tient pas à exercer la marche entre des barres parallèles et à exercer la préhension avec des balles de tennis.

2. LE RAISONNEMENT CLINIQUE

2.1 Définition et caractéristiques du raisonnement clinique en ergothérapie

Le raisonnement clinique est le processus complexe de réflexion et de décision, associé à l'action clinique. Il permet au thérapeute dans un contexte spécifique, de saisir les données nécessaires, de définir les problèmes sur lesquels il va intervenir, de planifier des actions, de les mener et de les ajuster de la manière la plus adéquate (Fonteyn & Ritter, 2000; Higgs & Jones, 2000; Mattingly & Fleming, 1994; Schell, 1998).

Il existe une interdépendance entre les contenus du raisonnement clinique et les formes de celui-ci. Les contenus sont les éléments sur lesquels les réflexions du thérapeute portent, alors que les formes du raisonnement clinique sont les opérations mentales qui constituent cette réflexion (Higgs & Jones, 2000). Les formes du raisonnement clinique disent comment le thérapeute pense et les contenus énoncent à

quoi il pense. Les contenus sont en partie déterminés par les modèles d'intervention mobilisés par le thérapeute, lesquels prescrivent justement à quoi il convient de s'intéresser (Kielhofner, 1997; Schell, 1998). Dans une situation clinique, la manière de raisonner des ergothérapeutes est influencée par les connaissances disciplinaires, le contexte de la thérapie, l'usager et l'ergothérapeute comme personnes (Chapparo & Ranka, 2000; Robertson, 1996a). Le recours aux différentes formes de raisonnement clinique comme aux objets sur lesquels ils portent, varie en relation à l'expérience professionnelle (Benner, 1995; Higgs & Jones, 2000; Mattingly & Fleming, 1994; Robertson, 1996b). Ainsi les formes du raisonnement clinique ne peuvent pas être comprises pour elles-mêmes en dehors des contenus déterminés par les modèles qui s'appliquent à la population en traitement, de l'expérience de l'ergothérapeute et du contexte général dans lequel l'intervention existe.

Le raisonnement clinique en ergothérapie est partiellement de nature scientifique, notamment en ce qui concerne la compréhension de la condition médicale dans laquelle se trouve l'usager (Schell, 1998). Par scientifique, il faut comprendre que le thérapeute est guidé par la théorie, qu'il réfléchit de manière hypothético-déductive et systématique et qu'il peut légitimer rationnellement ses décisions cliniques (Crabtree, 1997; Rogers, 1983; Rogers & Holm, 1991). Cela correspond assurément à une vision restrictive de la science telle qu'elle est définie dans les sciences naturelles. Cependant, selon Higgs et Jones (2000), le raisonnement clinique dans les professions de la santé existe dans un contexte scientifique « mou » car les problèmes de santé des usagers auxquels il faut faire face sont souvent mal définis, indéterminés. Les buts des interventions sont incertains et les résultats peu prévisibles. Ainsi, des formes de raisonnement beaucoup plus élusives que le raisonnement scientifique existent. Elles permettent de faire face aux incertitudes et de s'intéresser à l'usager comme personne (Schell, 1998). Pour saisir la pensée des professionnels, une compréhension large du concept de raisonnement est nécessaire :

There is no one sentence-definition that captures the subtlety of how therapists think in the midst of practice. Clinical reasoning involves not one, but several forms of thinking. Clinical reasoning is not reducible to a method of thinking; it is also a method of perceiving. To talk about how therapists think is necessarily to consider what therapists think about, what they perceive in the way they view their clients, what they focus as the central problem, what they

ignore, how they describe what is physiologically problematic for the client, and their view of who the client is as a person. (Mattingly & Fleming 1994, p 9).

Dans le domaine de l'ergothérapie, Mattingly et Fleming (1994) ont mené une vaste étude sur le raisonnement clinique dans divers services d'ergothérapie américains. Leur approche qualitative emploie les méthodes de l'ethnographie et de la recherche-action. L'essentiel des données a été obtenu par Mattingly, une anthropologue qui a passé plus d'un an dans le service d'ergothérapie d'un grand hôpital public employant 14 ergothérapeutes. Les résultats de l'étude décrivent la complexité de la pensée des professionnels et différentes formes de raisonnement. Ces auteurs ont mis en évidence la présence d'un raisonnement rationnel et explicite nommé procédural et centré sur les incapacités. Rogers et Masagatani (1982), ainsi que Rogers et Holm (1991) identifient un autre type de raisonnement qu'ils caractérisent de scientifique et qu'ils nomment raisonnement diagnostique. Mattingly et Fleming ont aussi découvert d'autres formes de raisonnements beaucoup plus élusifs, largement présents dans la phase d'exécution des traitements : le raisonnement interactif, le raisonnement conditionnel et le raisonnement narratif. Fondillier et al. (1990), de même que Rogers et Holm (1991) identifient un raisonnement éthique. Enfin, Schell et Cervero (1993) considèrent un raisonnement pragmatique.

Il faut souligner que la mise en évidence de formes intuitives de raisonnement chez les ergothérapeutes suit de près, l'étude de celles-ci chez les infirmières (Mattingly & Fleming, 1994). En effet, Benner (1984/1995) dans les années 80 s'est intéressée à l'expérience des infirmières dans la perspective de la formalisation des savoirs intuitifs inclus dans la pratique. Ses travaux montrent que l'acquisition de l'expertise professionnelle comprend le recours à des formes tacites de raisonnement qui existent également en ergothérapie (Benamy, 1996; Benner, 1995). La plupart des études menées en ergothérapie sur le raisonnement clinique empruntent des concepts et des méthodes d'obtention de données à Benner.

2.2 *Raisonnement scientifiquement*

Le raisonnement diagnostique et ses contenus. Le raisonnement diagnostique est mis en évidence par Rogers et Masagatany (1982) dans le cadre d'une recherche qualitative menée auprès d'une dizaine d'ergothérapeutes travaillant en médecine physique. Ces chercheurs emploient l'observation participante et l'entretien comme

méthodes d'obtention de données. Leur étude est limitée à l'étape d'évaluation de l'usager. Le raisonnement diagnostique permet à l'ergothérapeute de construire une définition des problèmes de l'usager. Tout d'abord, l'ergothérapeute a une intuition des difficultés de l'usager, établie à partir des données qu'il détient sur l'usager, notamment son diagnostic médical. Cette intuition donne une image très générale de l'usager que l'ergothérapeute va chercher à préciser par une procédure systématique qui aboutira à la définition du statut occupationnel particulier de l'individu (Rogers & Masagatany, 1982; Rogers, 1983; Rogers & Holm, 1991). Selon Holm et Rogers, quatre processus mentaux interviennent : l'acquisition d'informations, la génération d'hypothèses, l'interprétation des informations, l'évaluation des hypothèses. L'acquisition d'information est souvent facilitée par l'existence de protocoles standards d'évaluation (e.g. un bilan des préhensions) (Schell, 1998). Les hypothèses sont rapidement construites et concernent les relations entre des catégories de données obtenues et la condition médicale de la personne. L'ergothérapeute cherche ensuite de nouvelles données dont l'analyse vient confirmer ou infirmer les hypothèses posées. A la fin du processus, l'ergothérapeute dispose d'un ensemble d'énoncés qui décrivent spécifiquement les difficultés de l'usager, et qui sont associées à sa maladie ou à son traumatisme (Rogers & Holm, 1991).

Le raisonnement procédural. Le raisonnement procédural est un processus cognitif systématique et rationnel (Fleming, 1991). Ses buts sont d'identifier des problèmes et de leur trouver des solutions. Le raisonnement procédural implique la sélection d'un modèle de d'intervention ou d'un cadre de référence, le recueil systématique de données à l'aide de protocoles standards et la génération d'hypothèses. Ces hypothèses seront systématiquement testées durant l'intervention. Dans le raisonnement procédural, le diagnostic médical occupe une position dominante. A partir de celui-ci, des hypothèses de compréhension du comportement de l'usager sont posées, le thérapeute pense aux effets de la pathologie sur les activités de l'individu et vérifie la présence ou l'absence de ces effets. Ce raisonnement intervient très largement dans la phase d'évaluation du client (Mattingly & Fleming, 1994).

Le raisonnement procédural est dominant dans les interventions qui recourent à des modèles centrés sur les déficiences de l'usager. Il permet de réfléchir aux effets des déficiences sur les aptitudes dans une perspective de causalité linéaire comme

dans la classification des handicaps de l'OMS (1980). Lorsque les raisonnements procéduraux intègrent des éléments environnementaux, ceux-ci sont plutôt limités aux aspects physiques de l'environnement (Mattingly & Fleming, 1994; Meyer, 1990; Rogers, 1983). Ainsi, les modèles d'Affolter et Bischofberger, (1993), d'Eggers, (1990), de Jackson (1996), de Pedretti et al., 1996, de Ryerson et Levit, (1997) et de Woodson (1995) aident essentiellement les ergothérapeutes à raisonner procéduralement dans leurs thérapies auprès des usagers souffrant d'hémiplégie. Les raisonnements procéduraux sont réducteurs dans la mesure où ils ne permettent pas d'appréhender les habitudes de vie, ni de saisir la complexité des interactions entre les facteurs environnementaux et personnels.

Alnervik et Sviden (1996), qui ont filmé les séances de traitement de cinq ergothérapeutes travaillant en réadaptation, et qui les ont ensuite interviewés, montrent que le raisonnement procédural intervient très largement dans les séances de traitement. Ce raisonnement permet aux ergothérapeutes de choisir des exercices ou des activités appropriées aux difficultés des usagers, de définir des objectifs de séances (e.g. améliorer l'équilibre assis), de donner des informations sur le traitement (e.g. il faut une position symétrique pour éviter la spasticité), d'évaluer leur séance. Il permet aussi aux thérapeutes de se questionner sur la pertinence d'une procédure de traitement (e.g. faut-il mettre une attelle ?). Dans son ensemble, le raisonnement procédural s'intéresse à la maladie telle qu'elle est conçue par la médecine, c'est-à-dire à un phénomène organique et non à la maladie telle qu'elle est vécue par l'individu. Il est fortement présent lorsque l'ergothérapeute exerce dans le milieu hospitalier (Alnervik & Sviden, 1996; Mattingly & Fleming, 1994). Les raisonnements procéduraux et scientifiques décrits par Mattingly (1994) et Rogers (1991) sont ceux qu'il est légitime de tenir dans un environnement hospitalier fortement médicalisé. Selon Mattingly et Fleming, (1994) les dossiers d'ergothérapie des usagers contiennent essentiellement des données objectives et descriptives obtenues en recourant au raisonnement procédural.

2.3 Raisonner en collaboration avec l'utilisateur

Mattingly et Fleming (1994) montrent que dans de nombreuses séances de traitement, les ergothérapeutes s'engagent dans des interactions avec l'utilisateur non seulement dans la perspective de la rééducation ou de la réadaptation de ses fonctions

physiques ou mentales et de ses activités de soins personnels, mais qu'ils s'intéressent également à son expérience de la maladie ou du handicap, à ses émotions. Une compréhension intersubjective qui facilite l'ajustement des buts de l'intervention se développe ainsi au fil des séances (Crepeau, 1991). Cet aspect des interventions demeure cependant souvent faiblement reconnu dans l'institution hospitalière. Les dossiers de patients n'en font, par exemple, pas mention (Mattingly, 1994). Les pratiques centrées sur l'utilisateur, parce qu'elles incluent les besoins exprimés par les usagers et leur expérience de la maladie dans la définition des problèmes à gérer et dans les plans de traitement, impliquent le recours à des types de raisonnements favorisant la collaboration (Ersser & Atkins, 2000). Le respect des bases philosophiques de l'ergothérapie et le recours au cadre de référence humaniste augmentent et valorisent des types de raisonnements participatifs comme les raisonnements interactifs ou conditionnels (Ersser & Atkins, 2000; Hagedorn, 1997; Mattingly & Fleming, 1994).

Le raisonnement interactif. Un raisonnement interactif est produit lorsque les thérapeutes interagissent avec leurs usagers. Dans ces interactions, les thérapeutes s'utilisent consciemment comme agent thérapeutique. Le but de cette forme de raisonnement est de comprendre l'utilisateur comme un tout ou encore une personne. Il aide à l'engager dans les séances, à adapter finement les objectifs et les stratégies thérapeutiques. Il sert à donner à la personne un sentiment de confiance en soi et envers le thérapeute. Il permet de créer et de partager un langage commun (Mattingly & Fleming, 1994).

Ce raisonnement nécessite de l'habileté pour deviner ce que le client pense et interpréter ce qu'il dit (Mattingly & Fleming, 1994; Kautzmann 1993). Il correspond autant à des paroles qu'à des actions d'adaptation de l'activité en cours. Crepeau (1991), ainsi que Mattingly et Fleming, mettent en évidence que dans les séances de traitement visant l'exercice de fonctions motrices à l'aide de jeux de société (e.g. le backgammon, les charrets) ou l'entraînement des soins personnels (e.g. se coiffer), les ergothérapeutes interviennent tantôt verbalement, tantôt physiquement (e.g. pour assister un geste). Ces interventions portent soit sur les aptitudes exercées, soit sur l'activité, soit sur les ressentis ou encore sur l'avenir de l'utilisateur. En outre, une activité gratuite ou futile par rapport aux difficultés de l'utilisateur peut servir de refuge autant à l'utilisateur qu'au thérapeute lorsqu'ils sont débordés par leurs émotions (Crepeau, 1991).

Par exemple, le thérapeute et l'utilisateur en jouant aux dames pour exercer la préhension, peuvent discuter des dames plutôt que d'incapacités de préhension et de leurs implications dans la vie quotidienne.

Le raisonnement conditionnel. Le raisonnement conditionnel est un moyen d'individualiser l'intervention. Le thérapeute qui réfléchit dans cette perspective, appréhende l'utilisateur dans son contexte social et familial. Le raisonnement conditionnel permet, au sens de Fougeryollas, Cloutier et al. (1998) de se représenter les habitudes de vie et la situation de handicap d'une personne, sans pour autant que celles-ci fassent l'objet d'une évaluation. Le thérapeute imagine la situation de handicap dans les activités de la vie quotidienne ou dans l'exercice des rôles sociaux à partir de l'évaluation des déficiences et des capacités de la personne. Le raisonnement conditionnel consiste à imaginer ce que la personne actuellement en thérapie et hospitalisée sera, idéalement, dans sa vie future compte tenu de ses capacités et incapacités ou d'autres facteurs personnels (e.g. son âge, ses attentes), ou de facteurs environnementaux (e.g. l'aménagement de son domicile, la présence d'un conjoint, l'accès à des mesures de réinsertion professionnelles). Il s'agit ensuite de faire en sorte que cette image devienne réalité grâce au traitement. La succession des séances de traitement, en l'occurrence des activités de thérapie, est alors organisée rétroactivement en fonction de cette image projetée dans l'avenir (Mattingly & Fleming, 1994). Le raisonnement conditionnel vise à instaurer l'espoir en une amélioration possible, alors que l'individu se trouve dans une situation incertaine et dramatique (Spencer, Davidson & White 1997).

Les techniques des ergothérapeutes pour collaborer avec les usagers. Les raisonnements interactifs et conditionnels sont importants dans le processus de collaboration entre les usagers et les thérapeutes. Les ergothérapeutes qui coopèrent beaucoup avec leurs usagers cherchent de nombreuses informations sur leurs préoccupations et les buts qu'ils souhaitent atteindre. Ils font un effort pour s'assurer que ceux-ci comprennent leur situation et comment leurs aptitudes sont affectées. Ils donnent des informations intelligibles, des conseils, des explications aux usagers ou à leur famille tout au long de l'intervention à propos de la maladie ou du traitement (Northen, Rust, Nelson & Watts, 1995). Pour ces thérapeutes, la définition des priorités d'intervention n'est pas limitée au début du traitement. Il s'agit plutôt d'un travail constant d'élaboration dans l'ensemble de l'intervention. L'utilisateur est ainsi engagé

dans un processus lent de transformation dont les étapes ne sont pas prédéterminées (Spencer et al., 1997). Les objectifs de traitement, lorsqu'ils correspondent aux priorités des usagers et lorsqu'ils concernent la vie quotidienne, augmentent l'adhésion à la thérapie et améliorent les résultats de traitement (Ersser & Atkins, 2000; Neisdtadt & Seymour, 1995; Ponte-Allan & Giles, 1998). Cependant, Larsson et Brändholm (1996), qui évaluent auprès de 55 usagers, l'efficacité d'un programme favorisant leur participation à la définition de buts, déclarent qu'il existe un important décalage entre les possibilités d'agir des usagers, compte tenu de leurs incapacités dues à la maladie, et leur idéal en matière de reprise d'activités et de rôles sociaux. Ainsi, le travail des thérapeutes consiste également à aider les usagers à poser des objectifs réalistes aux yeux des thérapeutes, c'est-à-dire qui tiennent compte des séquelles de leur affection.

2.4 Raisonner en tenant compte des valeurs

Raisonner en ergothérapie, comme en soins infirmiers, intervient dans un univers de valeurs (Ersser & Atkins, 2000; Mattingly & Felming, 1994). Fondiller et al. (1990) ont mené une étude de type qualitative auprès de 9 ergothérapeutes expertes sur les valeurs qui influencent les décisions de thérapie. Ces auteurs constatent que les ergothérapeutes valorisent notamment, la centration sur l'utilisateur, l'approche globale, l'engagement personnel du thérapeute et le recours à des activités thérapeutiques qui ont du sens. Les valeurs auxquelles l'ergothérapeute adhère lui permettent de faire des choix en matière de buts et de moyens d'interventions. Rogers (1983) nomme ce raisonnement à partir des valeurs, raisonnement éthique.

Le raisonnement éthique. Le raisonnement éthique s'intéresse à ce qu'il est « bon » de faire dans l'intervention (Schell, 1998). Selon Rogers (1983), la décision finale concernant un traitement n'est pas scientifique mais éthique. En effet, le raisonnement diagnostique, en aboutissant à l'énoncé des problèmes de l'utilisateur, permet de construire différentes options thérapeutiques dont la valeur thérapeutique est équivalente par rapport à ces problèmes. Parmi celles-ci, l'ergothérapeute doit choisir celle qui lui paraît la meilleure pour l'utilisateur, compte tenu des risques encourus, du temps à disposition ou des buts de l'utilisateur. Le raisonnement éthique est un jugement que l'ergothérapeute porte sur la situation à laquelle il fait face. Sous cet angle, ce ne sont les valeurs et non les modèles d'intervention qui orientent les interventions.

Le raisonnement éthique est tenu à partir des valeurs professionnelles, parfois personnelles, de l'ergothérapeute. Les valeurs professionnelles prescrivent de s'intéresser aux intérêts de l'utilisateur, à ses objectifs, à ses besoins et à ses problèmes (Chapparo & Ranka, 2000). Elles préconisent de s'engager dans une relation de confiance avec l'utilisateur. Dans le raisonnement, ces valeurs fonctionnent comme des normes et l'ergothérapeute peut se trouver dans une situation de conflit entre ses propres valeurs et celles de l'utilisateur ou celles d'autres professionnels. Cela constitue un dilemme éthique que l'ergothérapeute doit résoudre en pesant les différentes options possibles (Chapparo & Ranka, 2000). Cependant, pour que l'ergothérapeute considère un dilemme éthique, il doit être capable d'identifier un conflit de valeur. Plusieurs chercheurs montrent que la qualité de la collaboration entre les utilisateurs et les ergothérapeutes est limitée par les valeurs des ergothérapeutes (Chang & Hasselkus, 1998; Kielhofner & Barret, 1998).

Des valeurs contre-productives. Les ergothérapeutes ont souvent des attentes normatives portant à la fois sur les buts des interventions et sur les comportements à développer en thérapie. Lewinter et Mikkelsen (1995), ainsi que Chang et Hasselkus (1998) montrent que les ergothérapeutes souhaitent que de leurs utilisateurs cérébro-lésés aient des objectifs comme l'amélioration de la fonction du membre plégé, le retour à domicile, la reprise de la vie sociale, la reprise des activités de la vie quotidienne ou l'autosuffisance. Les ergothérapeutes attendent de l'utilisateur le désir de parvenir à réaliser des activités de la manière la plus normale possible, afin d'éviter d'être stigmatisé comme handicapé dans diverses situations d'interactions sociales. Ils espèrent que l'utilisateur collabore et qu'il décide de travailler durement en thérapie. Chang et Hasselkus soulignent combien les ergothérapeutes reflètent dans leurs attentes, les valeurs américaines que sont la persévérance, l'autonomie, la victoire sur la maladie. Cette attitude nuit aux utilisateurs qui sont peu motivés comme à ceux dont les progrès stagnent. Lorsque les utilisateurs ne satisfont pas aux espoirs des ergothérapeutes, soit en termes d'atteinte des buts, soit dans leur manière de collaborer, ils sont déçus. Ainsi le placement de la personne, l'arrêt de la récupération, l'impossibilité de redimensionner les désirs de l'utilisateur aux possibilités laissées par la maladie sont vécus comme un échec de l'intervention (Chang & Hasselkuss, 1998).

2.5 *Raisonnement en racontant des histoires*

Le raisonnement narratif est un mode de pensée que le thérapeute utilise lorsqu'il est concerné par l'expérience de la maladie et non par la maladie elle-même; cela renvoie à l'adoption d'une perspective humaniste (Mattingly & Fleming, 1994). Le thérapeute donne sens à l'intervention en se racontant, et en racontant à d'autres, des histoires à propos de ce qui arrive ou est arrivé. Ces histoires existent tout au long des thérapies et elles sont au moins partiellement partagées entre le thérapeute et l'utilisateur (Clark, Larson & Richardson 19996). Elles ne s'attachent pas seulement aux faits passés et présents mais aussi aux motivations des différents acteurs, y compris l'ergothérapeute. Ces récits, souvent brefs et informels, parfois aussi en action plutôt que verbaux, fonctionnent comme support à l'élaboration de la thérapie (Mattingly & Fleming, 1994). Le raisonnement narratif par la création d'histoires apparaît comme une manière de produire du sens dans la thérapie, de l'organiser et de la guider. (Mattingly, 1991, 1998; Polkinghorne, 1995).

Une histoire créée en thérapie contient une intrigue qui inclut la situation, les acteurs et les buts vers lesquels les actions et les événements tendent. Elle est multidimensionnelle, incertaine et elle comprend des événements dramatiques, présents, passés et futurs qui sont interprétés (Mattingly, 1998). Le rôle de l'ergothérapeute est d'aider l'utilisateur à créer une histoire dans laquelle il passe d'un statut de victime d'événements qui le dépassent à celui d'agent qui peut reconquérir une identité personnelle satisfaisante (Polkinghorne, 1995). Le raisonnement narratif aide les usagers à retrouver un état de croyance positive à propos du futur et des résultats de la thérapie (Spencer et al., 1997). Ces histoires sont interprétatives; elles ne sont pas des vérités objectives comme celles sur lesquelles repose le raisonnement procédural. Fondées sur l'interprétation et la subjectivité des acteurs, les histoires partagées entre le thérapeute et l'utilisateur ne se laissent pas capturer par les moyens habituels de documentation des interventions en milieux hospitaliers (e.g. les dossiers de patient). Mattingly et Fleming (1994) les décrivent comme des pratiques souterraines, non reconnues et dévalorisées, qui coexistent avec des pratiques davantage conformes à l'intervention centrée sur la maladie.

2.6 *Raisonnement en tenant compte du contexte*

Le raisonnement pragmatique. Schell et Cervero (1993) définissent un raisonnement pragmatique. Celui-ci ressemble au raisonnement conditionnel mais au lieu de s'intéresser à la condition de l'utilisateur, il s'occupe de celle de l'ergothérapeute. Celui-ci existe en effet dans un univers institutionnel doté de règles implicites et explicites qu'il convient de ne pas transgresser sous peine de sanctions. Ces règles limitent généralement le choix des activités et le temps qui peut être consacré à chaque usager. Par exemple, il peut être interdit de prendre un usager en voiture privée pour aller dans un grand magasin. Il peut être illégitime de proposer des loisirs ou de travailler avec des groupes d'utilisateurs, même dans une perspective de réadaptation. L'ergothérapeute peut être contraint par la hiérarchie hospitalière ou par la grande valeur que l'hôpital attribue aux raisonnements diagnostiques ou procéduraux de privilégier des modèles d'intervention conformes au modèle biomédical. Le raisonnement pragmatique est aussi lié aux limites des connaissances de chaque ergothérapeute. Ceux-ci ne peuvent pas recourir à des modèles ou à des activités qu'ils ne connaissent pas.

2.7 *L'expertise professionnelle : le modèle de Benner*

Le raisonnement clinique est un processus complexe de réflexion associé à l'action professionnelle. Il est sensible à l'expérience professionnelle. En effet, de nombreuses études dans le domaine de la santé, mais aussi dans d'autres disciplines ont montré que dans des situations complexes, faiblement déterminées ou avec des objectifs incertains, les personnes qui disposent d'expérience sont plus efficaces (Benamy, 1996; Higgs & Jones, 2000). L'expérience s'acquiert en pratique, en particulier lorsque le praticien confronte ses propositions, ses hypothèses et ses attentes fondées sur ses connaissances théoriques à l'épreuve de la réalité. Les savoirs sont ainsi remis en cause, modifiés, affinés grâce à l'expérience (Benner, 1995). Avec l'expérience, le professionnel acquiert de l'expertise, laquelle recouvre un ensemble de compétences qui permettent au professionnel d'être plus efficace, rapide, sûr et habile dans ses actions tout en étant davantage centré sur l'utilisateur (Fonteyn & Ritter, 2000; Higgs & Jones, 2000; Mattingly & Fleming, 1994; Schell, 1998). La représentation des situations des experts et leur manière de résoudre des problèmes diffèrent de la représentation des situations et de la manière de résoudre les problèmes

des individus qui ne disposent pas d'expérience (Benner, 1995; Higgs & Jones, 2000; Robertson, 1996a). Les différences entre des experts et des novices ont été étudiées en ergothérapie à partir du cadre conceptuel construit par une infirmière, P. Benner (Crabtree & Lyons, 1997; Robertson, 1996b).

Les stades d'expertise selon Benner. Benner (1984/1995) a étudié l'expertise professionnelle des infirmières en recourant au modèle de Dreyfus selon lequel, l'étudiant passe par cinq stades successifs dans l'acquisition de ses compétences ; novice, débutant, compétent, performant et expert. Les données obtenues par des entretiens et des observations portant sur des situations cliniques ont été analysées avec une approche phénoménologique.

Selon Benner (1984/1995), les novices n'ont pas d'expérience des situations. Ils appliquent des règles apprises théoriquement, ce qui les amène à avoir un nombre restreint de comportements plutôt rigides qu'ils ne parviennent pas à transférer à d'autres circonstances. Les débutants savent reconnaître les aspects signifiants d'une situation et ainsi identifier les situations similaires et y faire face. Les compétents perçoivent leurs actions en relation avec des objectifs ou des plans, ce qui leur permet de déterminer les aspects prioritaires ou au contraire secondaires de la situation. Ils s'organisent consciemment et ont le sentiment de maîtriser les tâches. Les performants perçoivent chaque situation comme un tout et non comme un ensemble d'éléments. Ils savent quels événements typiques peuvent advenir et entrevoient leurs actions en termes d'éventualités. Ils sont guidés par leur perception globale et n'ont pas l'impression de réfléchir. D'après Benner, les infirmières performantes recourent à des maximes pour guider et définir leurs actions. Les experts ne s'appuient plus sur des règles ou des raisonnements analytiques pour agir. Ils accèdent d'emblée et intuitivement à une compréhension du problème et à sa solution. Par contre, ils peinent à expliquer ce qu'ils savent parce que leur savoir va de soi.

Les chercheurs en ergothérapie qui font référence au modèle de Benner ne mettent pas en évidence cinq degré d'expertise, mais ils opposent les caractéristiques des novices à celles des experts (Benamy, 1996; Mattingly & Fleming, 1994; Robertson, 1996b). Les novices suivent les règles offertes par les modèles de pratiques et recourent à des raisonnements procéduraux ou scientifiques à cause de leur aspect méthodique. Ils procèdent par essais et erreurs ou par approximations

successives (Benamy, 1996). Les novices saisissent beaucoup d'informations sur les aptitudes, l'environnement et la personne, mais ils peinent à les organiser dans des schémas permettant de définir une action efficace (Robertson, 1996b). Dans leur représentation des problèmes à traiter, ils sont centrés sur les aptitudes et ils donnent des situations des descriptions non spécifiques à l'individu dans son cadre de vie (Robertson, 1996b). Avec l'expérience, les thérapeutes acquièrent une meilleure organisation de leurs connaissances qui sont hiérarchisées, ce qui leur permet plus facilement d'intégrer de nouvelles données et de réorganiser leur pensée (Robertson, 1996b). Les experts savent identifier les éléments importants d'une situation et mettre de côté les éléments anodins (Benamy, 1996). Les ergothérapeutes expérimentés reconnaissent les situations en fonction de leurs similitudes, elles ne se présentent alors pas comme des problèmes à résoudre (Robertson, 1996b). Les ergothérapeutes expérimentés reconnaissent intuitivement les situations comme des tous et discernent des changements fins dans les aptitudes des usagers que d'autres ne voient pas. Ils peuvent prédire l'incapacité ou la capacité d'un usager à être indépendant avant de faire passer des procédures d'évaluation. Ils réalisent des tâches sans avoir l'impression d'y réfléchir et sans effort apparent. Ils comprennent la maladie telle qu'elle est vécue par l'utilisateur ou par ses proches. Ils savent imaginer une alternative à leurs interprétations ou à leurs actions (Benamy, 1996).

3. LA PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ CIBLÉE DANS LE MÉMOIRE : L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

3.1 Fréquence, causes, sémiologie et traitements médicaux

L'accident vasculaire cérébral est un phénomène fréquent et grave. Son incidence est estimée à 1.5 %. Il n'existe cependant que des approximations s'agissant de ses conséquences : environ 30 % des personnes décèdent des suites immédiates de l'accident, 25 % à 30 % des personnes récupèrent largement leurs capacités dans la vie quotidienne et 30 % à 50 % conservent des séquelles plus ou moins importantes conduisant à des situations de handicap (Hochstenbach & Mulder, 1999; Rice-Oxley & Turner-Stokes, 1999; Smout, Koudstaal, Ribbers, Janssen & Passchier, 2001). Les personnes âgées sont plus fréquemment atteintes. Selon Niklaus et Jamour (2000), qui analysent des données allemandes, 75 % des personnes atteintes ont plus de 63 ans. Smout, Koudstaal, Ribbers, Janssen & Passchier (2001) estiment que seuls 3 ou 4 %

des personnes atteintes ont moins de 55 ans. Les accidents vasculaires cérébraux atteignent autant les hommes que les femmes (Smout et al., 2001). Smout et al., ainsi que Freeman (2000) estiment qu'il s'agit de la première cause de handicap dans les pays développés.

Les accidents vasculaires cérébraux provoquent des lésions neurologiques centrales dont la principale conséquence est la paralysie partielle ou complète d'un hémicorps due à une lésion atteignant un hémisphère (Cambier, 1995). Il n'existe pas de traitement médical curatif, mais les soins médicaux et infirmiers sont déterminants pour la vie de la personne durant les jours qui suivent la survenue d'un accident vasculaire cérébral (Chantraine, 1999). D'un point de vue biomédical, les effets sont moteurs, sensoriels, souvent perceptifs, cognitifs et émotionnels (Chantraine, 1999; George, Wilcock & Stanley, 2001; Hochstenbach & Mulder, 1999; Jackson, 1996; Pedretti, 1996; Woodson, 1995).

La paralysie ou la diminution de la commande volontaire est la déficience la plus fréquente. Il y a une hypertonie spastique qui varie selon la position de la personne et le moment de la journée. Les altérations sensitives sont superficielles et profondes et elles majorent les incapacités motrices. La diminution de la sensibilité profonde gêne l'équilibre et la coordination des mouvements (Jackson, 1996; Pedretti, 1996). Ces diverses incapacités entraînent généralement une dépendance dans la réalisation d'activités de la vie quotidienne comme se vêtir, de laver ou se déplacer (Walker & Walker, 2001). Il y a parfois apparition d'un syndrome douloureux qui se manifeste surtout à la mobilisation de l'épaule et qui limite la réalisation des activités (Mémin & Hommel, 1993; Rice-Oxley & Turner-Stokes, 1999). Des incapacités perceptives se manifestant par une hémianopsie ou une négligence visuelle controlatérale à la lésion sont fréquentes, essentiellement chez les personnes ayant une lésion cérébrale droite (Freeman, 2000; Jackson, 1996). Cela entraîne des difficultés dans les activités quotidiennes comme s'habiller ou lire ou s'orienter. Les personnes ont souvent peu conscience de leur héminégligence, ce qui peut compromettre leur sécurité (Freeman, 2000; Tham, Ginsburg, Fisher & Tegnér, 1999). Elles peuvent aussi éprouver des problèmes de communication qui résultent de l'atteinte de la musculature ou des centres du langage (Jackson, 1996). Certaines lésions produisent aussi des inaptitudes pratiques et gnosiques (Jackson, 1996). Enfin, les accidents vasculaires cérébraux occasionnent des changements comportementaux et émotionnels comme la labilité

d'humeur que la personne contrôle difficilement, l'apathie ou l'irritabilité (Gorges, Wilcock & Stanley, 2001; Hochstenbach & Mulder, 1999). De nombreuses personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral éprouvent de l'anxiété, de la détresse et un sentiment de déshumanisation (Smout et al., 2001).

3.2 *Les conséquences des accidents vasculaires cérébraux*

La récupération et les séquelles. Généralement, entre les trois et six mois qui suivent l'accident, la personne récupère partiellement de sa paralysie. Cette amélioration peut être caractérisée par une récupération neurologique qui rend compte de la réorganisation physiologique du système nerveux et par une récupération adaptative laquelle concerne les techniques développées par l'individu pour compenser l'effet des atteintes neurologiques (Chang & Hasselkus, 1998; Lavelle & Tomlin, 2001; Pedretti, 1996). En principe, la récupération des aptitudes motrices va des mouvements proximaux aux mouvements distaux et des mouvements globaux aux mouvements fins. La réalisation de mouvements fins, dissociés, alternatifs et l'endurance sont les derniers éléments à récupérer. Les séquelles sont plus importantes sur les muscles les plus volitionnels (Amarenco, 1993; Cambier, 1995). L'optimisation de la fonction de la main nécessite la récupération des fonctions sensibles (Amarenco, 1993).

L'impact sur l'usager et sa famille. La situation de handicap des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral dépend largement de la gravité des lésions et des conséquences qu'elles entraînent sur les habiletés. Les personnes sévèrement atteintes sont handicapées dans des situations aussi courantes que la prise de nourriture, les déplacements dans l'appartement, la toilette ou l'habillement. Celles qui, compte tenu de leur âge, avaient des activités professionnelles, sont souvent conduites à les suspendre (Smout et al., 2001). Les activités de loisir sont très largement altérées, surtout celles qui nécessitent un engagement physique important (Mansson, Fredriksson & Bränholm, 1995). Les contacts sociaux diminuent, notamment en relation avec des problèmes de transports. Les personnes moins atteintes sont fréquemment incapables de conduire (Unsworth & Cunningham, 2002). Une diminution de la qualité de la vie, comparativement à ce qu'elle était avant l'accident vasculaire, est souvent présente (Smout et al., 2001). Plus les déficits sont importants et plus il y a de troubles associés aux troubles sensitivo-moteurs, moins bonne est la satisfaction.

Les personnes plus âgées sont davantage satisfaites que les personnes plus jeunes et les femmes sont généralement plus satisfaites que les hommes (Rice-Oxley & Turner-Stokes, 1999).

Les conséquences d'un accident vasculaire cérébral représentent un stress psychosocial majeur sur la famille avec des incidences sur les rôles sociaux, les responsabilités et les revenus (Woodson, 1995). Les familles sont davantage affectées lorsqu'il y a des difficultés de communication ou des troubles comportementaux et émotionnels. Lorsqu'elles parviennent à soutenir psychologiquement l'usager dans sa maladie, elles sont souvent un atout pour la rééducation et elles collaborent plus aisément avec le système de soins (Clark & Smith, 1999). Cependant, le stress est très important au moment de la sortie de l'hôpital car les habitudes de vie des personnes souffrant des séquelles d'un accident vasculaire et celles de leurs proches sont durablement modifiées. La perte de l'indépendance dans les activités de soins personnels nécessite une aide importante généralement fournie par la famille (Clark & Smith, 1999). Les personnes seules ou celles dont les conjoints sont eux-mêmes fragiles sont plus fréquemment placées dans des institutions d'hébergement (Clark & Smith, 1998).

3.3 La réadaptation des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral

Selon Chantraine, (1999), la réadaptation des personnes souffrant des séquelles d'un accident vasculaires cérébral comprend trois phases. La phase initiale est courte et dominée par des interventions médicales, infirmières et physiothérapeutiques orientées vers le contrôle de la continence, la prévention des escarres, la mobilisation au lit et l'aménagement des abords du lit. La phase de rééducation et de réadaptation lui succède, elle est orientée vers le ré-apprentissage des aptitudes et des habitudes de vie perturbées. Elle fait intervenir différents spécialistes de la rééducation, notamment des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des logopédistes¹ et des neuropsychologues. A cette phase succède une phase de réinsertion si possible dans le milieu antérieur de vie de la personne.

¹ spécialistes de la rééducation du langage

La rééducation et la réadaptation s'effectuent fréquemment dans des services spécialisés dans lesquels les usagers bénéficient de thérapie à des rythmes très soutenus. L'efficacité des prestations qu'ils fournissent dépend d'une part des compétences des divers spécialistes qui y travaillent et de l'intensité des traitements, et d'autre part de la capacité des équipes à travailler de manière concertée et cohérente (Langhorne & Duncan, 2001; Rice-Oxley & Turner-Stokes, 1999). Les physiothérapeutes interviennent essentiellement sur l'amélioration des aptitudes motrices grâce à des exercices, des positionnements et des mobilisations passives. Ils réduisent les postures et la marche. Les logopédistes s'intéressent à la rééducation du langage écrit et oral en soumettant l'utilisateur à divers exercices d'expression ou de compréhension. Ils cherchent de stratégies cognitives permettant de surmonter les incapacités. Les neuropsychologues évaluent les aptitudes cognitives et participent à la rééducation des incapacités perceptives, pratiques ou gnosiques (Chantraine, 1999).

L'équipe de soins infirmiers a une place particulière dans la réadaptation parce que contrairement aux autres professionnels, les infirmières côtoient les usagers en permanence. Thorn (2000) rapporte que la rééducation avec les divers spécialistes n'occupe qu'environ 10 % du temps des usagers. Ainsi, c'est sous la responsabilité du personnel infirmier que les usagers se trouvent la plupart du temps. Ce personnel est bien placé pour occuper dans l'équipe de réadaptation une fonction de pivot dans la transmission des informations, et pour assumer des tâches de référent de l'utilisateur lorsque ce système est en place (Hesbeen, 2001). La constance de la présence du personnel infirmier se traduit par une proximité avec l'utilisateur et sa parenté permettant d'être à l'écoute de leurs problèmes, et, selon Thorn, par une capacité, du moins chez les experts, à percevoir des signes qui marquent l'intolérance des usagers à une réadaptation trop intensive. Plus spécifiquement, les infirmières agissent dans l'entraînement à la prise des repas, notamment quant aux aptitudes à mâcher ou à déglutir. Elles interviennent dans la mobilité et le positionnement au lit. Elles sont très actives dans la gestion de la continence et du contrôle sphinctérien. Thorn (2000) regrette toutefois que les infirmières ne soient pas davantage présentes dans la réadaptation des aptitudes nécessaires à l'exercice des habitudes de vie que les usagers réalisent à l'hôpital et qu'elles peinent à organiser des environnements propices à la réadaptation.

Il existe de nombreuses controverses quant à savoir si les services de réadaptation sont réellement utiles. Langhorne et Duncan (2001) montrent que ces services évitent des décès et que les placements sont moins fréquents lorsque la personne a bénéficié de suffisamment de traitements. Nikolaus et Jamour (2000) estiment qu'il faut au moins un mois pour que des progrès suffisants soient obtenus. Le suivi à domicile peut être une alternative à la réadaptation dans une unité spécialisée. Les personnes les plus âgées en bénéficient, alors que les personnes plus jeunes profitent davantage des unités spécialisées (Sonde & Viitanen, 2001). Le plus efficace semble toutefois de proposer une réadaptation pendant un à trois mois en unité spécialisée, de sorte que la personne ne perde pas le contact avec son milieu et d'offrir ensuite un suivi à domicile. La comparaison entre les capacités fonctionnelles dans les activités de la vie quotidienne, mesurées à la sortie des services, puis trois mois, six mois ou 12 mois après cette sortie, montrent généralement une conservation des acquis (Sonde & Viitanen, 2001).

3.4 L'intervention ergothérapeutique auprès des personnes atteintes d'hémiplégie

L'ergothérapie est prescrite aux personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral surtout si le pronostic laisse supposer des incapacités persistantes et une perturbation des habitudes de vie. Aux États-Unis, qui est le seul pays pour lequel l'association professionnelle a produit des données, ces personnes représentent la population la plus fréquente en ergothérapie (Chang & Hasselkus, 1998; Gibson & Schkade, 1997). Les traitements ergothérapeutiques varient en fonction de la symptomatologie présentée par l'utilisateur et non de la cause de l'accident vasculaire. Ils sont fortement influencés par les caractéristiques et la gravité des incapacités dont elles souffrent (Chang & Hasselkuss, 1998; Chantraine & Choux, 1999; Lewinter & Mikkelsen, 1995). Les traitements visent l'amélioration des aptitudes de l'utilisateur ou son indépendance dans la réalisation de ses habitudes de vie. (Jackson, 1996; Pedretti, Smith & Pendleton, 1996; Ryerson & Levit, 1997 Unsworth & Cunningham, 2002; Woodson, 1995). Généralement, les interventions ergothérapeutiques suivent la progression de la récupération; elles cherchent à l'optimiser (Woodson, 1995).

La rééducation. Une large part des interventions rééducatives en ergothérapie avec des usagers souffrant d'un accident vasculaire cérébral est fondée sur l'idée que la maladie produit des déficiences organiques ou des altérations du fonctionnement du

corps. Celles-ci provoquent ensuite des difficultés dans la réalisation des activités de la vie quotidienne (Affolter & Bischofberger, 1993; Chantraine & Choux, 1999; Eggers, 1990; Jackson, 1996; Pedretti, 1996; Perfetti, 1995; Ryerson & Levit, 1997; Woodson, 1995). Dans cette perspective, le rétablissement du fonctionnement de l'individu dans la vie quotidienne et finalement le recouvrement de la santé résultent de la normalisation des éléments déficients (e.g. le tonus musculaire, la sensibilité périphérique, les réactions d'équilibre, la perception d'un hémicorps). Ainsi, lorsque les incapacités sont rééduquées, alors la personne retrouve naturellement ses compétences dans la vie de tous les jours (Kielhofner, 1997). Ces modèles d'intervention postulent, généralement, que la récupération des aptitudes atteintes se fait séquentiellement par analogie au développement de celles-ci chez l'enfant. La progression temporelle du traitement suit alors ces séquences (Hagedorn, 1997; Kielhofner, 1997). Ces modèles visent aussi à récupérer des mouvements les plus normaux possibles et à lutter contre des schèmes de mouvements ou des schèmes posturaux anormaux (Pedretti, 1996; Walker et al., 2000). Les physiothérapeutes utilisent également ces modèles.

Les activités de traitement proposées dans ces modèles d'intervention sont, d'une part des exercices de diverses habiletés motrices ou sensori-motrices, et d'autre part des mesures passives (Neistadt & Seymour, 1995; Pedretti, 1996; Unsworth & Cunningham, 2002; Walker et al., 2000; Woodson, 1995). Ces dernières concernent le positionnement de l'utilisateur qui, couché, assis ou debout, est placé dans des positions qui favorisent le mouvement normal ou inhibent les effets de la pathologie. Le thérapeute dispose également de diverses techniques manuelles lui permettant de stimuler ou d'inhiber divers groupes musculaires, de faciliter certains mouvements, de fournir des sensations tactiles ou proprioceptives. Ces techniques ont un effet sur les fonctions corporelles, indépendamment de la volonté de l'utilisateur (Affolter & Bischofberger, 1993; Eggers, 1990; Jackson, 1996; Pedretti, 1996; Perfetti, 1995; Ryerson & Levit, 1997; Woodson, 1995). Les exercices proposés n'ont pas de rapport direct avec les habitudes de vie de l'individu, mais ils concernent ses aptitudes. Selon Walker, Drummond & Sackley (2000), il n'y a pas d'évidence scientifique justifiant de privilégier ce type d'intervention. Les études n'ont pas montré que les usagers tiraient des bénéfices particuliers au plan du maintien de l'indépendance après leur retour à domicile, d'une rééducation des schèmes de mouvements ou de la perception.

La réadaptation. La réadaptation met l'accent sur la promotion de l'indépendance, de l'endurance et de la sécurité de l'utilisateur par un entraînement aux activités de la vie quotidienne que l'individu ne peut plus réaliser dans les mêmes conditions qu'auparavant en raison d'incapacités résiduelles (Hagedorn, 1997; Turner & al., 1996). Souvent, elle suit des mesures de rééducation. Elle s'adresse très largement aux personnes qui souffrent des conséquences des troubles associés parce que ceux-ci altèrent de façon souvent importante leur possibilité de réaliser leurs tâches habituelles dans toute leur complexité (Woodson, 1995). En réadaptation, l'utilisateur apprend par exemple, à maintenir des objets avec son bras parétique ou à lacer des chaussures avec une main. L'entraînement à l'utilisation de moyens auxiliaires comme le fauteuil roulant fait également partie de la réadaptation (Chantraine & Choux, 1999). Les mesures de réaménagement de l'environnement domiciliaire et les conseils aux proches qui superviseront ou qui aideront l'utilisateur dans sa vie quotidienne appartiennent également à la réadaptation

3.5 *Le contexte de la thérapie*

Le contexte de thérapie varie d'un pays à l'autre. En Suisse, les services spécialisés en rééducation et réadaptation disposent d'équipes de rééducation qui comprennent plusieurs ergothérapeutes, de nombreux physiothérapeutes et souvent des logopédistes (Comte, 2000, non publié). Les interventions des ergothérapeutes s'effectuent en grande partie dans des locaux spécifiques et équipés de matériel spécialisé destiné aux traitements (e.g. tables « Bobath », plans inclinés, standings, sièges divers, cubes, anneaux, couverts spéciaux). Des objets courants sont également présents (e.g. balles, vaisselle, puzzles, crayons). Des locaux peuvent aussi être aménagés avec des équipements usuels, par exemple une baignoire ou du mobilier de cuisine (Mattingly & Fleming, 1994). Les ergothérapeutes recourent aussi pour leurs interventions aux autres locaux des établissements (e.g. les couloirs, les salles de bains) ou à leurs abords (e.g. le jardin, les magasins environnants) (Comte, 2000, non publié).

Les traitements rééducatifs sont en principe des traitements individuels dispensés sous forme de séances d'environ une heure (Affolter & Bischofberger, 1993; Eggert, 1990; Jackson, 1996; Pedretti, 1996; Perfetti, 1995; Ryerson & Levit, 1997; Turner et al., 1996; Woodson, 1995). Les séances sont souvent quotidiennes ou

biquotidiennes; leur fréquence est rarement inférieure à trois fois par semaine. En Suisse, les interventions durent plusieurs semaines, voire plusieurs mois. En fin de traitement, elles débouchent fréquemment sur une visite à domicile permettant de préparer le retour de la personne chez elle et souvent d'y organiser un suivi par un service de soins à domicile (Comte, 2000, non publié). Il faut ajouter qu'en Suisse toutes les interventions en milieu hospitalier sont prises en charge par les caisses maladie et ne posent ainsi pas de problème financier pour la personne (Loi fédérale sur l'assurance maladie, 1994). Par contre, une personne qui rentre à domicile avec dans une situation de handicap peut subir une diminution importante de ses revenus (Wunderle-Landgraf, 2000).

L'intervention en ergothérapie auprès de personnes atteintes des conséquences d'un accident vasculaire cérébral est caractérisée par le recours à un ensemble de connaissances générales en ergothérapie mais également en des modèles plus spécifiques à cette clientèle. De grandes différences terminologiques existent dans la littérature et sans doute aussi dans le discours des ergothérapeutes. C'est pourquoi, il a fallu considérer dans la présente étude un cadre théorique proposant un vocabulaire stable qui soutienne l'identification des concepts. Le cadre conceptuel du Processus de production du handicap a été choisi pour clarifier les termes utilisés par les ergothérapeutes et préciser les relations entre ceux-ci (Fougeyrollas, Cloutier, et al., 1998). De nombreux ergothérapeutes au Canada, en Belgique, en France ou en Finlande recourent à ce modèle.

4. LE CADRE THÉORIQUE DU PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP

Le modèle du Processus de production du handicap explique les causes et les conséquences des maladies, des traumatismes et d'autres atteintes à l'intégrité et au développement de la personne. Il permet d'exprimer la dynamique des processus interactifs entre des facteurs intrinsèques à la personne et des facteurs environnementaux déterminant, dans une situation particulière, la performance de la personne dans la réalisation de ses habitudes de vie (Fougeyrollas, Cloutier, et al., 1998). Ce modèle trouve son origine dans une remise en cause de la classification internationale des handicaps produite par l'OMS (1980), laquelle proposait des relations linéaires entre les déficiences, les incapacités et le handicap (Fougeyrollas, Noreau, Bergeron, Cloutier, Dion & St-Michel, 1998). Les auteurs soulignent que dans

le modèle du processus de production des handicaps, l'interaction entre les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les habitudes de vie ne peuvent pas faire l'objet d'une description de contenu.

4.1 Schéma conceptuel de la classification québécoise du Processus de production du handicap

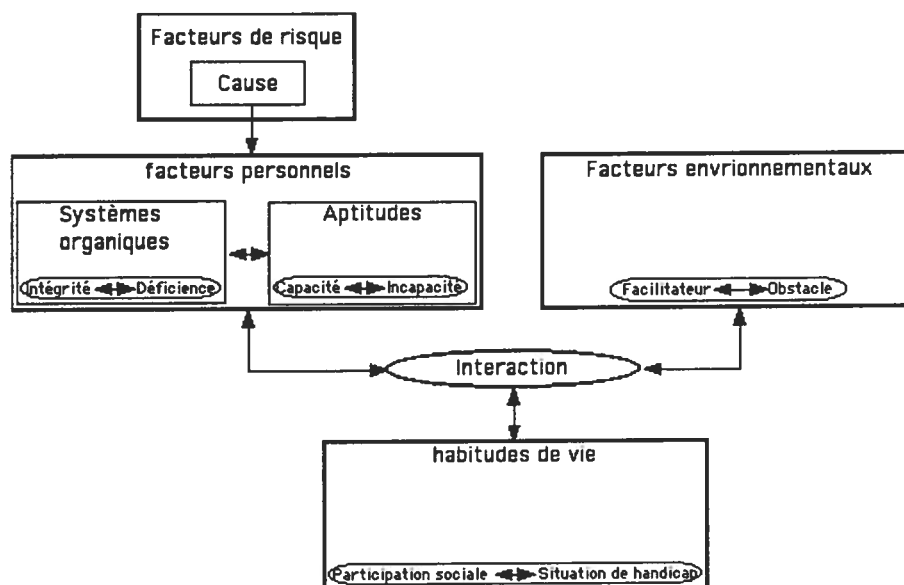


Figure 1. Modèle explicatif du Processus de production du handicap de la société canadienne sur la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (Fougeyrollas, Cloutier, et al., 1998, p. 10). Reproduit avec la permission de P. Fougeyrollas.

4.2 Les définitions du modèle du Processus de production du handicap

Le modèle distingue les systèmes organiques et les aptitudes personnelles comme deux dimensions conceptuelles inhérentes à tout être humain. « *Un système organique est un ensemble de composantes corporelles visant une fonction commune* » (Fougeyrollas, Cloutier et al., 1998, p. 55). Un élément appartenant à l'individu ou à l'environnement peut causer une atteinte aux systèmes organiques. Dans ce cas, il y a déficience. « *Une déficience correspond au degré d'atteinte anatomique, histologique ou physiologique d'un système organique, par exemple une déficience musculaire* » (Fougeyrollas, Cloutier et al., 1998, p. 61). « *Une aptitude est la possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale.*

L'aptitude est dimension intrinsèque d'un individu en regard de l'exécution d'une activité physique ou mentale sans tenir compte de l'environnement » (Fougeyrollas, Cloutier et al., 1998, p. 69). Les aptitudes vont de la capacité optimale à l'incapacité complète. Dans ce modèle, l'aptitude est définie par rapport à la réalisation d'activités physiques ou mentales comme marcher, déglutir, avoir des réactions d'équilibre ou prendre, sans tenir compte de l'environnement de vie de la personne, mais en considérant des contextes standardisés, par exemple définis dans les échelles d'indépendance utilisées en réadaptation (Fougeyrollas, Cloutier et al., 1998).

Les habitudes de vie sont ce que fait la personne dans sa vie courante, c'est-à-dire hors d'un contexte de réadaptation. Elles correspondent aux activités de la vie quotidienne et aux rôles sociaux. Ainsi le modèle permet de considérer des activités de la vie quotidienne par exemple se nourrir, communiquer, se déplacer, et, des rôles sociaux notamment les rôles familiaux ou professionnels (Fougeyrollas, Noreau et al., 1998). La qualité des performances dans les habitudes de vie dépend des situations réelles dans lesquelles elles sont effectuées. Elles sont ainsi influencées autant par des facteurs personnels que par des facteurs environnementaux. Lorsque la qualité de la réalisation d'une habitude de vie est bonne, il y a « participation sociale ». Lorsque cette qualité est mauvaise, il y a une « situation de handicap » (Fougeyrollas, Cloutier et al., 1998).

« Un facteur environnemental est une dimension physique ou sociale qui détermine le contexte et l'organisation d'une société ». (Fougeyrollas, Cloutier et al. 1998, p. 111). Ces facteurs comprennent, par exemple, les barrières architecturales, le climat, l'attitude des tiers, l'accès aux assurances sociales et le marché du travail. L'environnement est un facilitateur ou un obstacle à la réalisation des habitudes de vie. L'impact de l'environnement sur les habitudes de vie n'a cependant du sens que dans la perspective de son interaction dynamique avec les facteurs personnels.

4.3 Synthèse

Les études menées sur le raisonnement clinique montrent que les ergothérapeutes recourent à plusieurs formes de raisonnement dans la réalisation de la démarche professionnelle. L'emploi de l'une ou de l'autre de ces formes de raisonnement dépend de ce qui intéresse le thérapeute. Ainsi, lorsque ce dernier, s'attache à comprendre les incapacités dont souffre l'utilisateur, il utilise un raisonnement

décrit comme diagnostique ou procédural (Rogers & Holm, 1991; Mattingly & Fleming, 1994). Ces deux types de raisonnement sont largement présents lorsque le thérapeute recourt aux divers modèles d'intervention visant la rééducation des aptitudes (Gerber, 1997; Pedretti, Smith & Pendleton, 1996; Ryerson & Levit, 1997; Woodson, 1995). Ils sont adaptés aux attentes des institutions hospitalières et au modèle biomédical.

Lorsque le thérapeute s'intéresse à la maladie telle qu'elle est vécue par l'utilisateur et à son contexte d'existence dans la perspective d'ajuster son intervention aux intérêts de la personne et à ses habitudes pour l'engager dans l'intervention, il produit des raisonnements conditionnels et interactifs, qui sont en partie implicites (Mattingly & Fleming, 1994). Ces raisonnements sont souvent soutenus par des récits montrant ainsi qu'il existe une manière narrative de réfléchir à ses actions professionnelles (Clark et al., 1996). En outre, les thérapeutes réfléchissent aussi d'une manière pragmatique, en fonction de ce qui est possible compte tenu du contexte d'exercice de leur travail et de leurs savoirs professionnels (Shell & Cervero, 1993). Le recours privilégié à certaines formes de raisonnement plutôt qu'à d'autres est influencé par les valeurs de chaque ergothérapeute qui décide de ce qu'il convient de proposer en fonction de ce qu'il juge « bon » pour l'utilisateur (Fondiller et al., 1990; Rogers, 1983).

Les raisonnements diagnostiques et procéduraux parce qu'ils sont guidés par des règles sont davantage présents chez les novices que chez les ergothérapeutes expérimentés (Higgs & Jones, 2000). Par contre, l'engagement du thérapeute dans la compréhension de la condition humaine dans laquelle se trouve l'utilisateur est meilleur chez les experts (Benner, 1995; Mattingly & Fleming, 1994).

L'ensemble des études menées sur le raisonnement clinique en ergothérapie n'ont de loin pas épuisé le sujet. Elles sont peu nombreuses et de plus de nombreux textes ne sont pas des recherches proprement dites, mais des réflexions. Même dans le milieu de la médecine physique où les études sont les plus abondantes, les contextes dans lesquels elles sont réalisées et les devis de recherches sont tellement variables qu'il n'est pas possible de dire si toutes les formes de raisonnements exposés sont véritablement différentes (Chapparo & Ranka, 2000). Les études rapportées montrent que les raisonnements s'attachent à des contenus distincts, tels que les effets de la maladie que l'ergothérapeute peut traiter, les activités ou les priorités des usagers, les émotions ou les soucis communiqués par les usagers, ou encore leur

contexte de vie. Ces contenus paraissent influencé par divers caractéristiques des situations comme le diagnostic médical, l'environnement de travail, les valeurs. L'ensemble de ces éléments ne semble pourtant pas clairement identifié ni même suffisamment exploré. De plus, si les études font bien état de l'influence du diagnostic médical sur le raisonnement des ergothérapeutes, elles ne montrent pas la manière spécifique de réfléchir des ergothérapeutes confrontés à des personnes diverses mais atteintes d'une même affection. Le but de cette étude est précisément d'explorer les contenus et les formes des raisonnements cliniques produits par les ergothérapeutes lors de leurs interventions auprès de personnes soignées dans un service de réadaptation à la suite d'un accident vasculaire cérébral qui a entraîné une hémiplégié.

Plus spécifiquement, l'investigatrice se demande quelles sont les composantes des situations considérées par les ergothérapeutes pour définir leurs actions. Elle aimerait savoir quels sont les éléments influençant la définition de ces situations. Elle désire identifier les formes des raisonnements cliniques, présentes dans les interventions auprès de personnes atteintes d'hémiplégié. Enfin, elle souhaite explorer le rôle de l'expérience des thérapeutes sur les raisonnements.

CHAPITRE III

LA MÉTHODE

Ce chapitre expose les éléments méthodologiques permettant de répondre aux questions de recherche. Une approche qualitative est retenue car il s'agit de répondre à des questions complexes et peu délimitées (Mucchielli, 1996). En effet, les études consultées n'offrent pas une présentation univoque des formes et des contenus des raisonnements des ergothérapeutes. Elles ne montrent pas de façon claire des relations existant entre différentes composantes des situations cliniques ou des contextes de travail et les formes de raisonnement. Elles ne mettent pas précisément en relation l'expérience professionnelle avec le recours à certaines formes de raisonnement. Une approche descriptive et exploratoire est ainsi appropriée (Fortin, 1996). Plus spécifiquement, l'approche phénoménologique est retenue pour les fins de cette étude. L'exposé des critères de rigueur et les considérations éthiques terminent ce chapitre.

1. L'APPROCHE

1.1 *Le devis : Recherche qualitative de type phénoménologique*

L'approche phénoménologique est une méthode qualitative de recherche qui s'inspire d'un courant philosophique remontant à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle. Husserl, Heidegger, Ricoeur et Merleau-Ponty en sont les principaux penseurs (Mucchielli, 1996). Au centre de la pensée phénoménologique, il y a l'idée que les acteurs vivent des expériences et conduisent des actions intentionnelles. Ces expériences sont accessibles par la conscience qui leur confère des significations. L'intention est une dimension essentielle de la conscience. La phénoménologie permet ainsi de s'intéresser aux objets, non pas dans leur réalité objective, mais en tant que phénomènes saisis par la conscience.

Sur le plan scientifique, l'analyse phénoménologique cherche à accéder à l'expérience et aux intentions des acteurs pour mettre en évidence la signification des phénomènes. Cette signification, construite par le chercheur, nécessite de recueillir des données descriptives et détaillées, généralement narratives, portant sur l'expérience singulière de différentes personnes. Deschamps (1993, p.17) précise : « C'est la

qualité descriptive des données recueillies sur l'expérience d'un phénomène vécu qui autorise l'accès aux unités de signification de l'expérience et qui, en définitive, rend possible l'analyse phénoménologique proprement dite (...) ». À partir des descriptions obtenues, le chercheur effectue une « réduction », c'est-à-dire qu'il énonce en relation avec sa perspective disciplinaire comment les phénomènes décrits se présentent à la conscience des individus, mais cela sans recourir à une interprétation ou à une explication (Giorgi, 1997). Enfin, le travail de synthèse permet l'extraction de « l'essence » des phénomènes à l'étude, soit la construction dans la perspective disciplinaire du chercheur des sens les plus constants dans un contexte donné (Giorgi, 1997).

Le raisonnement clinique est un processus mental qui doit être saisi indirectement. Il peut être étudié à partir du discours produit par des ergothérapeutes ou de l'observation des thérapeutes (Benamy, 1996). Les traitements en ergothérapie sont des expériences vécues par les ergothérapeutes dans lesquelles ils développent des actions intentionnelles qui ont pour eux du sens. De plus, les raisonnements cliniques et en particulier ceux des experts sont intuitifs et n'apparaissent pas en tant que raisonnement à la conscience des thérapeutes (Benner, 1995). L'approche phénoménologique semble ainsi particulièrement indiquée pour identifier et explorer les raisonnements.

1.2 Stratégie d'échantillonnage

En recherche qualitative, l'échantillonnage n'a pas de visée représentative ni généraliste au sens probabiliste du terme, mais plutôt illustrative (Mathier, 1995; Pires, 1997). Ainsi, pour réaliser cette étude, il était nécessaire de disposer d'un échantillon de type théorique qui permette de rassembler parmi les participants recrutés les propriétés ou les caractéristiques du phénomène à l'étude (Huberman & Miles, 1990; Mucchielli, 1997). Le choix des participants devait donc répondre à un principe de diversification de sorte que ceux-ci présentent des caractéristiques qui, par hypothèse, sont source de différences quant aux éléments rattachés à l'étude du raisonnement clinique. (Pires, 1997).

La taille de l'échantillon, dans la mesure où il s'agissait d'une recherche qualitative de type phénoménologique, pouvait être limitée. Huberman et Miles (1991) proposent aux chercheurs de restreindre leur terrain d'analyse et leur échantillon afin

de pouvoir mener une analyse approfondie des données dans un temps raisonnable. De plus, selon Pires (1997), le chercheur peut se limiter à un seul univers naturel donné, s'il est accessible et qu'il permet d'obtenir des données pertinentes par rapport aux objectifs de la recherche. C'est pourquoi la présente étude a été limitée à un seul milieu professionnel et à 12 interventions rapportées par six ergothérapeutes. Ces 12 interventions étaient a priori susceptibles d'illustrer des configurations possibles des formes des raisonnements des ergothérapeutes. Les participants étaient susceptibles d'avoir une formation, des expériences professionnelles et des valeurs différentes. Ils devaient également être en mesure de décrire leurs démarches professionnelles auprès d'usagers ayant des caractéristiques personnelles, notamment socio-démographiques variées et qui avaient subi un accident vasculaire cérébral entraînant des déficiences et des incapacités plus ou moins graves.

1.3 Milieu et participants

Le milieu. Cette étude exploratoire s'est déroulée en Suisse, auprès d'une équipe de rééducation travaillant dans un service hospitalier et dans un service de rééducation des Hôpitaux Universitaires de Genève. Cette équipe compte 11 ergothérapeutes correspondant à 8.85 postes de travail. Elle dessert des services de soins aigus et un service de rééducation comptant 85 lits. Elle fournit également des prestations ambulatoires à des usagers ayant quitté l'hôpital. Huit ergothérapeutes sont intégrés au service de rééducation et trois travaillent auprès d'usagers hospitalisés en soins aigus. Ces deux groupes d'ergothérapeutes ne partagent pas les mêmes locaux.

Les participants. Les participants à recruter étaient six ergothérapeutes du service qui fournissaient, au moment où l'étude a été menée, des prestations à plusieurs personnes souffrant des suites d'un accident vasculaire cérébral.

Les critères d'inclusion des participants étaient les suivants :

1. Être volontaire pour l'étude.
2. Suivre au moment de l'étude des personnes atteintes d'un accident vasculaire cérébral.
3. Deux, au moins des ergothérapeutes disposent d'une formation continue pour ce type d'usager.

4. Deux, au moins des participants disposent d'une expérience professionnelle inférieure à deux ans et au moins deux des participants disposent d'une expérience supérieure à cinq ans dans le service.

Le premier critère correspond au respect des codes de déontologie de l'ergothérapie, des principes éthiques de la recherche et de la législation en matière de recherche. Le deuxième critère correspond à la volonté du chercheur de mener des entretiens à propos de thérapies en cours afin d'éviter au mieux des rationalisations a posteriori des décisions prises. Le troisième critère permet d'explorer l'effet de l'acquisition de compétences spécifiques au traitement de ce type d'utilisateur sur les raisonnements car les connaissances sont l'un des éléments attachés au raisonnement pragmatique. Le quatrième critère permet d'identifier les différences de raisonnement en relation à l'expérience professionnelle des thérapeutes.

1.4 Démarche

Les ergothérapeutes du service ont été contactés par le biais de l'ergothérapeute responsable du service à laquelle il a été demandé de pouvoir venir présenter les objectifs de la recherche et les méthodes de collecte des données envisagées, lors d'une réunion de l'équipe. Il a ainsi été possible en discutant avec les ergothérapeutes de sélectionner les professionnels répondant aux critères d'inclusion. Tous les ergothérapeutes du service étaient volontaires. Seulement, sept des ergothérapeutes de cette équipe travaillent régulièrement avec des personnes atteintes d'un accident vasculaire cérébral. Cinq sont intégrés dans le service de rééducation et deux autres travaillent auprès d'utilisateurs en phase initiale. Parmi ces sept ergothérapeutes éligibles, quatre ont suivi des cours de perfectionnement pour le traitement d'utilisateurs ayant eu un accident vasculaire cérébral. Deux des ergothérapeutes éligibles ont moins de deux ans de pratique avec ce type d'utilisateurs. Quatre d'entre eux ont plus de cinq ans d'expérience avec cette population. Parmi les sept ergothérapeutes éligibles, l'investigatrice a choisi les cinq personnes travaillant en rééducation et l'une des deux personnes qui suivent des utilisateurs en phase initiale. Cela pour éviter d'avoir quatre descriptions d'utilisateurs en tout début de traitement.

Préalablement aux entretiens, les ergothérapeutes participant à l'étude ont reçu une information écrite (annexe A1) et ont signé un formulaire de consentement (annexe A2). Ils ont également reçu les informations destinées aux utilisateurs

(annexe B1). Les ergothérapeutes ont présenté la démarche aux usagers puis le chercheur leur a donné quelques explications complémentaires et a demandé leur autorisation. Ils ont alors également signé un formulaire de consentement (annexe B2).

La collecte des données a été organisée sur le lieu de travail des ergothérapeutes, c'est-à-dire sur le lieu de production des thérapies et selon un horaire à la convenance des interviewés. Les données ont été obtenues par le biais d'une revue du dossier d'ergothérapie du patient et par des entretiens semi-structurés qui ont été intégralement enregistrés. Chaque ergothérapeute a exposé deux cas, ce qui a nécessité deux entretiens par ergothérapeute. Les entrevues ont porté sur la présentation de cas en cours de traitement. Lors des premiers entretiens, les participants ont présenté des cas choisis par eux sans sélection particulière sinon qu'il s'agissait de personnes souffrant des conséquences d'un accident vasculaire cérébral, et en cours de traitement. Ensuite, et dans la mesure du possible, les cas à présenter ont été discutés entre le chercheur et les participants avant l'entretien de façon à avoir des variations quant aux caractéristiques des usagers (sexe, âge) et de la maladie (gravité des incapacités, latéralisation de la parésie, incapacités associées). Sur l'ensemble des usagers présentés, l'investigatrice a veillé à ce que les ergothérapeutes fassent état de traitements en phase initiale, en cours de traitement et en phase finale. En effet, les études consultées montrent que les objets sur lesquels les décisions portent se modifient au cours des thérapies et que les raisonnements procéduraux sont davantage présents au début des thérapies (Mattingly & Fleming, 1994; Rogers & Holm, 1991).

1.5 Devis de recherche et instruments

L'analyse des dossiers. Les dossiers de patients sont des documents écrits, internes à l'hôpital et contenant des données sur les patients et sur les prestations reçues (Association suisse des ergothérapeutes, 1996). Ces dossiers mentionnent les décisions prises et l'évolution de l'intervention (Association canadienne des ergothérapeutes, 1997). Mattingly et Fleming (1994), dans leur étude menée aux États-Unis, ont montré que ces dossiers font essentiellement mention dans les milieux hospitaliers des données concernant la maladie de l'usager. Ils rendent ainsi surtout compte des raisonnements procéduraux de l'ergothérapeute (Alnervik & Sviden, 1996).

Les dossiers ne peuvent pas documenter l'intuition des thérapeutes pour laquelle les intervenants disposent de très peu de mots (Benner, 1995; Mattingly & Fleming, 1994).

Dans la présente étude, ces dossiers ont été considérés comme des sources de moindre importance que les entretiens. Néanmoins leur étude a permis, d'une part, d'orienter les entretiens qui ont été menés et, d'autre part, d'obtenir des données factuelles sur ce qui avait été fait et retenu dans l'intervention. Grawitz (2001) souligne que les documents écrits sont moins contingents aux questions du chercheur ou au moment de l'entretien. Ils ont permis dans la présente étude de comparer ce qui a été rédigé avec les discours. Cependant, ces documents doivent être considérés comme incomplets et construits dans une idéologie particulière (Cellard, 1997).

Les contenus des dossiers ont été rapportés à l'aide d'une grille (annexe C), élaborée pour permettre de restituer les modèles de pratique et les cadres de référence mobilisés, les méthodes d'évaluation appliquées, la perspective rééducative ou réadaptative choisie, le type d'objectifs définis, la nature des moyens de traitement envisagés, la nature des données recueillies et retenues ainsi que la participation de l'utilisateur aux diverses décisions. Les éléments se rapportant à la maladie et aux incapacités sont alors des indices de raisonnements procéduraux ou scientifiques définis par Rogers et Holm (1991) et Mattingly et Fleming (1994), alors que les éléments se rapportant à la participation de l'utilisateur, à ses habitudes de vie, à son environnement physique et social renvoient aux raisonnements interactifs, conditionnels et narratifs (Lewinter & Mikkelsen, 1995; Mattingly & Fleming, 1994; Northen et al., 1995; Spencer et al., 1997).

Les entretiens. L'approche phénoménologique, à l'instar des autres approches qualitatives permet plusieurs méthodes de collecte des données pour autant que l'obtention de données descriptives soit possible (Deschamps, 1993; Giorgi 1997). Les études sur le raisonnement clinique consultées recourent tantôt à de l'observation-participante, tantôt à des entretiens ou encore à une combinaison des deux (Alnervik & Sviden, 1996; Clark, et al., 1996; Crepeau, 1991; Crabtree & Lyons, 1997; Fondiller et al., 1990; Kautzmann, 1993; Kielhofner & Barrett, 1998; Mattingly & Fleming, 1994; Polkinghorne, 1996; Rogers & Holm, 1991). Dans la présente étude, le guide d'entretien visait l'obtention de l'ensemble des contenus permettant de répondre aux

questions de recherche. Les entretiens ont été intégralement enregistrés sur minidisques sonores.

« L'entretien de recherche est un dispositif monté à l'initiative du chercheur pour les besoins de la recherche. Il ne s'agit pas d'une conversation ordinaire mais d'une technique de production d'information au bénéfice principal de l'un des deux interlocuteurs. » (Freyssinet-Dominjon, 1997, p 145).

Un entretien de recherche n'est pas un simple prélèvement d'informations, mais un processus interlocutoire comportant des risques qu'il faut maîtriser. La qualité des réponses est influencée par l'habileté du chercheur à faire dire et à coopérer avec le répondant à la coproduction des données (Bertier, 1998; Blanchet, 1991; Strauss et Corbin, 1998). Le chercheur pour produire des données de qualité dispose d'un guide d'entretien et maîtrise des techniques d'entretien.

Le guide d'entretien. Dans les entretiens semi-directifs, le chercheur dispose d'un guide d'entretien composé d'un nombre réduit de thèmes qu'il veut aborder avec les participants. Ces thèmes sont construits en tenant compte de la question de recherche et des écrits sur le phénomène étudié. Le chercheur peut également avoir une liste de questions et de sous-thèmes se rapportant aux thèmes (Bertier, 1998). L'ordre des thèmes est le plus logique possible, mais il n'est pas imposé. Dans la perspective d'une analyse phénoménologique, Giorgi (1997) préconise d'engager l'interviewé à donner une description se rattachant à une situation spécifique et courante. Cela contribue à l'empêcher d'être trop général ou trop abstrait dans ses descriptions. Afin de rendre l'entretien le plus fluide, le chercheur doit bien connaître le contenu de son guide afin de s'y référer le moins possible durant l'entretien. Le guide tient en peu de place et met en évidence des mots-clefs. Il recourt à un vocabulaire intelligible par les participants.

Le guide d'entretien a permis d'obtenir des données sur l'ensemble des contenus permettant d'inférer les formes de raisonnement clinique, soit sur les objets des réflexions des ergothérapeutes, sur leurs actions et sur leurs intentions. Ce guide a permis l'obtention de données à propos des éléments pouvant influencer le recours aux diverses formes de raisonnement. Ceux-ci sont les facteurs personnels des personnes présentées, mais aussi les facteurs environnementaux et les habitudes de vie considérés (Fougeyrollas, Cloutier et al., 1998). Le contexte environnemental et

organisationnel dans lequel les interventions se sont déroulées a été abordé. Les méthodes d'obtention de données cliniques et la participation de l'utilisateur aux décisions concernant l'intervention ont également été présentées. Les plans des traitements ainsi que les activités de thérapie ont été expliqués au chercheur.

Dans la mesure où les raisonnements cliniques visent la construction progressive de l'intervention, la logique de l'entretien choisie était celle de la thérapie en cours. L'entretien devait permettre de décrire ce qui avait été fait avec l'utilisateur autant que de préciser les intentions du thérapeute dans ses actions. Il s'agissait aussi de permettre au thérapeute interviewé d'exprimer les raisons de ses choix et ce qu'il pensait à propos de l'intervention en cours. Ainsi le chercheur espérait obtenir des données permettant d'inférer les interactions entre les différents éléments du phénomène étudié et finalement de comprendre dans la perspective des thérapeutes « comment ça marche ».

L'entretien a consisté à explorer différentes facettes du phénomène « organiser le déroulement d'une intervention en ergothérapie » que la consigne initiale avait lancée. Le guide (annexe D) prévoyait une question de départ pour permettre au sujet de décrire aussi fidèlement que possible les actes effectués et ce qui était arrivé de la manière dont il l'avait vécu (Giorgi, 1997). Freysinnet-Dominjon (1997) souligne que si cette question est bonne, le répondant devrait de lui-même aborder presque tous les thèmes qui suivent. Ainsi, la question de départ consistait simplement à demander à l'ergothérapeute de décrire cette personne. Ce choix permettait à l'ergothérapeute de décrire l'utilisateur sous l'angle de ses capacités ou de ses déficiences ou de ses habitudes de vie ou de tout autre facteur personnel. Si l'ergothérapeute n'abordait pas de lui-même ces différents thèmes, il fallait y revenir durant l'entretien. Ensuite, le répondant était engagé à parler de sa perception de la personne en traitement et de leur relation. Après quoi, il était possible d'obtenir des informations sur la représentation que l'ergothérapeute avait de l'avenir et du contexte d'existence de l'utilisateur. Puis l'entretien pouvait aborder les contraintes dues au contexte de pratique et, finalement, le travail en équipe. Lorsque le traitement était dans la première ou dans la seconde étape de la démarche clinique de l'ergothérapie, l'interviewé était encouragé à parler de la manière dont il imaginait le déroulement de l'intervention. Les questions de l'interviewer étaient ajustées en fonction des données obtenues à la lecture du dossier de l'utilisateur. Au terme du premier entretien avec chaque participant,

des données sociodémographiques et portant sur son expérience clinique ont été recueillies.

Durant toute la phase de terrain, le chercheur a noté sur un cahier de bord les difficultés rencontrées, les interprétations qui lui venaient en tête et les éléments supplémentaires sur lesquels il aurait aimé obtenir des informations lors des entretiens suivants. En particulier, cette méthode a permis dans les seconds entretiens d'explorer quelques hypothèses sur l'effet de l'expérience sur la préparation des séances de traitement. Ce cahier a ensuite aidé à l'analyse des données.

La réalisation des entretiens. La durée des entretiens était d'environ 40 minutes. Durant l'entretien, le chercheur a eu une attitude non directive et intervenait le moins possible, l'objectif étant d'amener l'interviewé à prendre l'initiative du récit (Pires, 1997). Néanmoins, le chercheur a dû faciliter l'élaboration du discours du répondant par diverses techniques, dites de relance (Bertier, 1998; Blanchet 1991). L'interviewer a parfois reformulé ou résumé le contenu d'un message du répondant afin que ce dernier puisse l'affiner ou passer à une autre idée. Il a repris en écho les propos du répondant pour l'engager à continuer un développement sur ce thème. Le chercheur a aussi reflété les émotions du répondant pour l'encourager. L'interviewer a parfois communiqué au répondant une interprétation de son discours pour en obtenir la validation ou une autre interprétation. Il pouvait recentrer sur un des thèmes du guide si le répondant sortait du sujet. Il a parfois demandé des explications ou des informations complémentaires. Enfin, dans les moments de silence, il a attendu pour que le répondant dispose du temps de réflexion qui lui permette d'organiser son discours (Bertier, 1998; Freyssinet-Dominjon, 1997). L'entretien était terminé lorsque tous les thèmes avaient été abordés, quel que soit l'ordre des développements. Les réponses devenaient alors redondantes (Bertier, 1998).

1.6 Codification et analyse des données

La première étape a consisté à faire transcrire intégralement le verbatim de chaque participant, afin de pouvoir lire et écouter les enregistrements. Le passage à la forme écrite a été réalisé au fur et à mesure de sorte que la lecture des retranscriptions puisse influencer la collecte des données suivantes (Glaser & Strauss, 1998; Huberman & Miles, 1991). La reproduction de la totalité des énoncés repris mot à mot dans l'ordre de leur énonciation a été faite. Cette transcription respectait les répétitions,

les incorrections et des marques plus relâchées du langage oral. Des signes de ponctuation ont cependant été ajoutés et des corrections de grammaire ont été effectuées. Les silences, les hésitations ou les rires ont été précisés entre des parenthèses (Freyssinet-Dominjon, 1997). L'investigatrice a soigneusement vérifié toutes les transcriptions à partir des disques afin d'éviter quelques interprétations erronées de la secrétaire.

Traitement informatique des données. Un traitement informatisé a été choisi pour analyser le verbatim des entretiens. Seale (2000) remarque que le traitement informatisé des données qualitatives augmente la rapidité et la rigueur du travail d'analyse. L'ensemble du corpus de données peut en effet être soumis aux mêmes procédures de recherche d'unités de sens à partir d'un mot ou d'un groupe de mots. Les codes sont déterminés par le chercheur, ils peuvent être factuels ou heuristiques. L'ensemble de ce qui se rapporte à un code ou à plusieurs codes peut être regroupé pour être soumis à une lecture attentive permettant, par exemple, d'approfondir des unités de sens. Des relations entre des éléments, basées sur la recherche de co-occurrences de mots, peuvent être établies, ce qui dans l'étude envisagée facilite la recherche des facteurs qui influencent le recours aux différentes formes de raisonnement. Le logiciel choisi est « *Non-numerical unstructured data indexing searching and theorizing (NUD·IST)* ». Il facilite la gestion des transcriptions des entretiens. Il permet de créer des catégories et de coder des textes. La recherche de thèmes et le recodage peuvent être informatisés. Le programme permet de créer des arbres qui facilitent la mise en relation de catégories et des sous-catégories. Le programme permet de générer ou de tester des propositions théoriques (Gahan & Hannibal, 1998).

La méthode d'analyse. La méthode d'analyse des données offerte par Deschamps (1993) propose quatre étapes dont l'analyse s'est inspirée : 1) l'extraction d'un sens général de la description du phénomène; 2) l'identification d'unités de signification; 3) l'approfondissement des unités de signification et 4) la synthèse de l'ensemble du développement des unités de signification.

L'extraction d'un sens général de la description du phénomène. L'objectif de cette étape est de donner un sens global aux données sans effectuer une thématization (Giorgi, 1997). Le chercheur procède en lisant les transcriptions des

entretiens et en écoutant les enregistrements. Il peut réduire le texte en supprimant les passages qui n'ont rien à voir avec l'objet, mais il conserve la qualité descriptive du matériel recueilli et la totalité de l'expérience (Deschamps, 1993). Les termes utilisés sont ceux des interviewés et non le vocabulaire spécialisé découlant des connaissances théoriques du chercheur (Giorgi, 1997). Dans cette étude, les thèmes retenus étaient les contenus principaux du discours des ergothérapeutes et les facteurs d'influence essentiels tels qu'ils apparaissaient à l'interviewé. Les connaissances sur le raisonnement clinique de l'investigatrice n'étaient, à ce stade, pas considérées. Ce sens général pouvait ainsi s'éloigner des éléments présents dans le cadre conceptuel et faire apparaître des thèmes ou des relations non envisagés.

L'identification d'unités de signification. Pour chaque entretien, le chercheur dégage des unités de significations. Ces unités n'existent pas en soi dans le texte, elles sont construites par le chercheur qui établit un rapport entre sa discipline, son objet de recherche et la transcription de l'entretien (Deschamps, 1993; Giorgi, 1997). Ces unités de signification sont descriptives, elles sont exprimées dans le langage de l'interviewé. Du point de vue opératoire, ces unités sont définies en relisant attentivement le document de sorte qu'à chaque fois que le chercheur perçoit un changement de sens, il l'indique dans le texte (Giorgi, 1997). Le chercheur ne se préoccupe pas de savoir si ces significations sont redondantes dans le matériel recueilli.

Le document a ainsi été divisé en une série d'unités textuelles qui avaient chacune du sens dans la perspective de la recherche. La totalité du matériel retenu dans la première étape a été considérée. La division des transcriptions des entretiens en unités de signification s'est effectuée en parallèle à la collecte des données qui a duré cinq semaines. Dans cette première étape, les unités de signification correspondaient à des unités textuelles saisies par le programme NUD·IST et auxquelles des codes ont été attribués. À ce niveau d'analyse, les codes étaient descriptifs et exprimés dans le langage de l'interviewé et ne proposaient aucune inférence. Ils permettaient d'identifier les passages qui se rapportaient aux mêmes composantes et de leur attribuer le même code et ainsi de recouvrir les données semblables (Huberman & Miles, 1991). Ils concernaient, par exemple, la démarche clinique de l'ergothérapeute, les ressentis de l'utilisateur et de l'ergothérapeute, les priorités exprimées par l'utilisateur, la famille et les autres professionnels.

L'approfondissement des unités de signification. Dans cette étape, les unités de signification dégagées précédemment sont analysées de manière à en tirer la logique interne (Deschamps, 1993). Giorgi (1997) souligne que l'examen de ces unités permet de les explorer en explicitant la valeur de chaque unité de signification au regard de la discipline du chercheur. Il propose au chercheur de recourir à son imagination pour approfondir ces unités et en extraire des « intuitions essentielles ». Ces analyses permettent de regrouper ce qui va effectivement ensemble dans la perspective du cadre conceptuel de l'étude et de recoder les thèmes dans le langage du chercheur (Huberman & Miles, 1991).

Dans la présente étude, cet approfondissement a consisté à regrouper et à recoder les unités codées dans le langage des participants en utilisant la terminologie de Fougeyrollas et al. (1998) et à en explorer le sens. Les catégories concernant la démarche clinique ont pu être développées et articulées entre elles. Les formes des raisonnements cliniques ont pu être inférées à partir des unités textuelles se rapportant à diverses composantes des situations, elles-mêmes codées à l'aide du cadre conceptuel de Fougeyrollas. Les unités textuelles faisant explicitement référence à l'expérience ou identifiées comme telles par le chercheur en référence au cadre conceptuel de Benner (1995) ont également été explorées. Enfin diverses catégories portant notamment sur la collaboration avec d'autres professionnels et la famille ont été approfondies.

La synthèse de l'ensemble du développement des unités de signification. Cette dernière étape vise l'élaboration de la « structure essentielle » du phénomène étudié. Cette structure essentielle peut être constituée de plusieurs structures types, lesquelles correspondent à la mise évidence des essences et de leurs relations. Selon Giorgi (1997), les structures construites indiquent les points de convergence des phénomènes étudiés et permettent d'expliquer les variations des phénomènes dont elles rendent compte. Les données transcrites sont ainsi réduites à un ensemble plus restreint de catégories et de processus fondamentaux (Glaser & Strauss, 1998). Au plan pratique, le chercheur procède à une synthèse pour chaque entretien puis pour l'ensemble des entretiens (Deschamps, 1993). Il cherche à identifier les unités essentielles et à imaginer les relations qu'elles entretiennent (Giorgi, 1997).

Dans la présente étude, cette structure correspond à l'énoncé d'un modèle conceptuel de la démarche et des raisonnements des ergothérapeutes travaillant en réadaptation avec des personnes souffrant d'un accident vasculaire cérébral.

1.7 *Les critères de rigueur*

Il existe beaucoup de controverses à propos des critères de rigueur en recherche qualitative, tant du point de vue conceptuel que du point de vue de la terminologie (Huberman & Miles, 1991; Mucchielli, 1996). La rigueur doit en effet être assurée en rapport avec l'obtention de données dans des contextes naturels, dans le cadre d'événements singuliers non reproductibles et en relation avec la subjectivité des participants comme du chercheur (Laperrière, 1997).

La validité. La validité est la capacité d'une étude à représenter le phénomène social auquel elle se réfère c'est-à-dire la capacité de l'étude à dire la « vérité ». Ce sont donc les conclusions de l'étude qui doivent être valides (Sliverman, 2000). Selon Mucchielli (1996), la force des études qualitatives est leur validité parce qu'elles produisent des résultats en contexte. Les chercheurs doivent cependant s'astreindre à démontrer la validité des interprétations avancées, ce qui tient essentiellement à assurer la fiabilité des procédures dans la collecte des données et les interprétations : « *Une recherche menée consciencieusement, consciemment et adroitement est réputée fiable* » (Mucchielli, 1996, p. 82). Pour Laperrière (1997), la validité interne d'une étude qualitative est liée à la pertinence du lien qui est établi par le chercheur, grâce à un travail minutieux, entre les données et leur interprétation. La validité externe concerne le degré de généralisation des résultats de la recherche à une autre population et à un autre milieu (Laperrière, 1997). Dans ce cas, le chercheur doit montrer que les caractéristiques du milieu et des participants à l'étude sont suffisamment semblables à d'autres pour que les résultats soient transférables. Par exemple, les résultats de l'étude envisagée sont potentiellement transférables à tous les milieux de la réadaptation dans lesquels des usagers souffrant des suites d'un accident vasculaire cérébral sont pris en charge, pour autant que les ergothérapeutes interviewés, le service d'ergothérapie considéré et ses usagers soient typiques. Pour Deschamps (1993), la validité des conclusions est fortement liée à la qualité descriptive des données que le chercheur parvient à obtenir de ses informateurs. Le guide d'entretien doit donc permettre la production de données de ce type en facilitant aux

ergothérapeutes la description d'une intervention en ergothérapie, telle qu'elle s'est déroulée. Finalement les conclusions d'une étude qualitative seront considérées comme d'autant plus valides si les participants peuvent se reconnaître dans les résultats, voire être associés à la production des résultats (Deschamps, 1993; Glaser & Strauss 1998). Les participants, en lisant le récit du chercheur, doivent être capables de le percevoir comme une explication raisonnable de ce qui se passe dans leur cas (Strauss & Corbin, 1998). Benner (1995) comme Mattingly et Fleming (1994) ont largement recouru à ce moyen pour valider leurs interprétations. Les infirmières et les ergothérapeutes qui se reconnaissent dans les exposés de ces chercheurs éprouvent un sentiment d'évidence ou de déjà-vu qui est un signe de la validité de l'étude.

La fiabilité. La fiabilité concerne la consistance avec laquelle des éléments sont référés aux mêmes catégories par différents chercheurs ou par le même chercheur en diverses occasions (Silverman, 2000). Elle concerne la qualité de l'obtention des données et de leur analyse. La fiabilité en recherche qualitative ne peut pas tenir à la reproductibilité des données dans le temps ou par des investigateurs différents, elle s'attache plutôt à la capacité du chercheur à faire émerger l'ensemble des éléments essentiels (Laperrière, 1997). Le chercheur qualitatif, s'il désire produire des conclusions crédibles et transférables, doit considérer l'ensemble des circonstances dans lesquelles le phénomène qu'il décrit existe ce qui l'oblige à s'impliquer à long terme et à disposer de descriptions en profondeur. Mucchielli (1996) remarque que la réalisation des entretiens dans le milieu de travail est également de nature à augmenter le degré d'exactitude des propos des participants. Dans la perspective de la fiabilité des données et de la validité des théorisations qui en découlent, Glaser & Strauss (1998) proposent de chercher systématiquement les cas négatifs, c'est-à-dire les événements discordants, qui viendraient contredire la théorie en cours d'élaboration.

La triangulation. Une technique essentielle pour assurer la rigueur en recherche qualitative est la triangulation (Fortin, 1996; Huberman & Miles, 1991; Mucchielli, 1996). Celle-ci cherche à diminuer les risques d'interprétation erronée du matériel recueilli. La triangulation peut porter sur les données comme sur les analyses. La triangulation des données concerne la concordance des données obtenues à l'aide de différents moyens de collecte de données. La triangulation théorique concerne les moyens mis en oeuvre pour contrôler le processus de théorisation (Laperrière, 1997). En particulier, la fiabilité

des codages thématiques comme de l'approfondissement des unités de signification peut être assurée si un autre chercheur fournit la même interprétation du matériel recueilli. Laperrière souligne que le travail en équipe autour de l'interprétation de données pousse les chercheurs à clarifier et à justifier leurs positions plutôt que d'évacuer la subjectivité. La prise de conscience et la documentation systématiques de cette subjectivité est essentielle à la rigueur des analyses. Huberman et Miles (1991) de même que Glaser et Strauss (1998) estiment que le chercheur ne doit pas se précipiter sur des interprétations qui lui paraissent séduisantes ou même plausibles. Il doit chercher des explications concurrentes. Dans la présente étude, la triangulation des analyses a été assurée par l'investigatrice et les directrices du travail. Les premiers codages et les unités textuelles s'y rapportant ont été communiqués aux directrices, puis les interprétations faites séparément ont été comparées.

L'application de la rigueur dans l'étude. Les consignes données aux participants par le chercheur à propos du choix des interventions à présenter ont conduit à l'obtention de données aussi variées que possible permettant une large exploration du phénomène à étudier. Cette procédure n'implique cependant pas forcément une saturation des données car elle ne garantit pas que tout l'éventail des possibilités d'intervention soit décrit par les participants. Cinq semaines ont été accordées à la réalisation de l'ensemble des entretiens, ce qui a eu l'avantage de permettre une première analyse des données avant la fin des entretiens. Le chercheur a ainsi pu émettre durant la phase de collecte des données quelques hypothèses sur le rôle de l'expérience dans la réalisation des traitements en ergothérapie. Ces hypothèses ont été testées dans les derniers entretiens. L'éventail des participants était le plus large possible puisque tous les ergothérapeutes du service de réadaptation s'occupant de la clientèle visée ont participé. Le sixième participant était l'un des deux ergothérapeutes travaillant dans le service d'hospitalisation en soins aigus; ces deux ergothérapeutes présentant d'ailleurs sur le plan de la formation de base, de l'expérience et de la formation continue, le même profil.

L'emploi de NUD-IST a grandement facilité le traitement des données. Ses possibilités de vérification des codages et de va-et-vient entre les transcriptions des entretiens et les unités textuelles catégorisées et codées ont permis d'assurer la stabilité des codages sur l'ensemble des entretiens. Les possibilités de tri, de recodage, de déplacement des catégories ou des arbres ont favorisé

l'approfondissement des unités, leur mise en relation et la construction d'une structure cohérente du phénomène étudié. Enfin, les possibilités informatisées d'interroger les codages pour tester des hypothèses concernant les relations entre différentes catégories permettent d'être rigoureux dans le processus d'interprétation.

Les participants ont été, par deux fois, conduits à valider les interprétations de l'investigatrice. Dans un premier temps, des résumés des interventions, rédigés à partir des transcriptions des entretiens, ont été soumis aux participants. Les 12 résumés ont été validés par les ergothérapeutes qui ont reconnu dans ces comptes-rendus, les récits de leurs interventions. Au terme de l'analyse, l'ensemble des résultats a été soumis par écrit aux ergothérapeutes. Une réunion, comprenant l'ensemble des participants, le chercheur, et avec l'autorisation des participants, les autres ergothérapeutes du service, a été organisée pour discuter de ces résultats et de leurs interprétations. Durant cette séance, les participants ont validé l'ensemble des résultats et permis au chercheur de vérifier ses interprétations, notamment quant aux composantes des situations des usagers ou du contexte qui influencent la démarche des ergothérapeutes.

Les résultats comme les interprétations ont été l'objet d'une analyse par les directrices du mémoire mettant ainsi en oeuvre un processus de triangulation. Celles-ci ont reçu copie des transcriptions des entretiens et des résumés. Elles ont reçu durant la phase d'analyse du corpus de données, les arbres créés sur NUD·IST et les fichiers contenant les unités textuelles catégorisées et codées. Deux rencontres ont ensuite été organisées afin de discuter des résultats et de leurs interprétations.

1.8 Éthique

Conformément à la législation suisse et au code de déontologie des ergothérapeutes, les activités de recherche dans le milieu médical doivent d'une part éviter de porter atteinte à la santé des personnes et d'autre part respecter les droits de la personne (Loi fédérale sur la protection des données, 1992; Association suisse des ergothérapeutes, 1997). Ainsi, les répondants doivent être dûment informés des buts de la recherche et des méthodes d'obtention de données. L'accord de toute personne participant à une recherche est requis et les données doivent être traitées de manière confidentielle et anonyme. Les données doivent être détruites au terme de la

recherche. Les protocoles de recherche doivent être approuvés par les comités ad hoc d'éthique.

Approbation. Avant de réaliser la collecte des données, le protocole de recherche a été soumis au Comité d'éthique du département de neurologie clinique des Hôpitaux Universitaires de Genève et a obtenu son accord, le 20 février 2002. Il a également été soumis au Comité d'éthique de la recherche de sciences de la santé de l'Université de Montréal et a obtenu son approbation le 27 mai 2002. Un document présentant la problématique étudiée, la revue de la littérature et la méthode de recherche a été soumis au Comité d'approbation de la Faculté des sciences infirmière de l'Université de Montréal, le 7 février 2002.

Consentement des participants. Le projet de recherche a été expliqué aux ergothérapeutes du service susceptibles de participer à l'étude, lors d'une rencontre organisée dans le service d'ergothérapie. Les ergothérapeutes ont reçu une lettre d'information leur précisant les conditions dans lesquelles l'étude se déroule (annexe A1) et un formulaire de consentement (annexe A2).

Consentement des usagers. L'un des enjeux de cette étude était d'obtenir des données de la part des ergothérapeutes portant sur des traitements effectués auprès d'usagers atteints de troubles de fonctions mentales supérieures à la suite d'un accident vasculaire cérébral. Il était nécessaire d'obtenir, conformément à la demande du Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé de l'Université de Montréal, l'accord des usagers pour la lecture du dossier d'ergothérapie qui devait permettre au chercheur d'orienter ses questions dans les entretiens. Il était également nécessaire d'obtenir conformément à la demande du Comité d'éthique du département de neurologie clinique des hôpitaux universitaires de Genève, l'accord des usagers quant au fait que les ergothérapeutes exposeraient les traitements effectués avec eux à un chercheur extérieur à l'hôpital. Il a donc, avec les concours des ergothérapeutes, été indispensable de mettre en place une procédure permettant de s'assurer que les personnes donnent bien leur consentement éclairé au chercheur. Ce sont les ergothérapeutes qui ont proposé les situations qu'ils désiraient décrire en fonction des usagers qu'ils avaient en traitement au moment de l'étude et des consignes du chercheur. Lorsqu'une personne était choisie par un ergothérapeute, ce dernier avait la tâche d'expliquer à la personne, le cas échéant en présence de sa famille, les

intentions très générales de la recherche et le genre d'informations qui seraient communiquées. Les ergothérapeutes remettaient à l'usager une lettre d'explication (annexe B1) et leur demandaient s'ils acceptaient de rencontrer le chercheur qui sollicitait leur accord. Après quoi seulement le chercheur était en mesure de les rencontrer, de leur expliquer les mesures prises pour assurer la confidentialité des données et de leur soumettre un formulaire de consentement (annexe B2).

Confidentialité. Le chercheur s'est engagé à ne divulguer sous aucune forme des éléments de contenu des entretiens et des dossiers permettant d'identifier des participants, des usagers ou tout autre personne mentionnée dans les entretiens. La secrétaire qui a effectué le travail de transcription s'est engagée à respecter le devoir de discrétion quant au contenu de son travail. Les références nominatives concernant les participants, les usagers ou d'autres personnes ont été supprimées des transcriptions et remplacées par des codes anonymes. Six mois après le dépôt du travail à l'Université de Montréal, les enregistrements et les transcriptions seront détruits. Dans le rapport final et dans les publications, les citations reproduites ne permettront pas l'identification de leurs auteurs ni de toutes les autres personnes et en particulier des usagers dont il aura été question.

S'agissant des ergothérapeutes, il a toutefois été précisé qu'au vu du petit nombre de participants et de la taille du service d'ergothérapie concerné, il n'est pas exclu que les participants entre eux ou leurs collègues reconnaissent dans les résultats de l'étude des propos tenus par des ergothérapeutes interviewés. Dans cette éventualité, tous les propos tenus par les participants, même rendus anonymes, figurant dans le document final, ont soumis à leur approbation. Dans la mesure où il s'agit dans la présente étude de propos professionnels, cette limite à l'anonymat a semblé tolérable au chercheur. Elle est présente dans toutes les approches ethnographiques et notamment dans l'étude de Mattingly et Fleming (1994).

Les risques et les bénéfices. Le chercheur a garanti que la participation à l'étude n'a aucune incidence sur les conditions de travail des ergothérapeutes ni sur les conditions d'octroi des prestations de soins aux usagers de la clinique. Dans la mesure où les usagers sont une population captive, la garantie que le traitement d'ergothérapie ne serait pas affecté par un refus de participer a été précisée dans l'information destinée aux usagers. Au plan des bénéfices, on peut espérer que les ergothérapeutes

participant à l'étude disposeront d'une analyse des formes de raisonnement auxquels ils recourent et de ce qui les détermine. Cela leur permettra de développer leurs propres réflexions sur leur travail et par là d'en améliorer la portée (Mattingly & Fleming, 1994). Les usagers n'auront pas de bénéfice immédiat dans cette étude, sauf s'il est postulé que les entrevues parce qu'elles provoquent une réflexion supplémentaire du thérapeute ont ensuite un effet positif sur le traitement lui-même. Si l'effet d'une telle étude est bénéfique aux thérapies, ce sont probablement les futurs usagers qui en profiteront et pas ceux qui y ont été enrôlés.

CHAPITRE IV

LES RÉSULTATS

Le but de cette étude est d'explorer les contenus et les formes des raisonnements cliniques tenus par les ergothérapeutes auprès des personnes souffrant d'hémiplégie à la suite d'un accident vasculaire cérébral. Les questions de recherche sont : 1) de déterminer quelles sont les composantes des situations considérées par les ergothérapeutes pour définir leurs actions, 2) de découvrir quels sont les éléments influençant la définition des situations par les ergothérapeutes oeuvrant auprès de cette clientèle, 3) de définir quelles sont les formes des raisonnements cliniques présentes dans leurs interventions et 4) d'identifier quel est le rôle de l'expérience professionnelle sur les raisonnements des ergothérapeutes.

Pour répondre à ces questions, l'auteur a analysé les composantes de douze démarches cliniques rapportées par six ergothérapeutes lors de deux entretiens. Il a examiné les descriptions des caractéristiques de leur travail faites par les ergothérapeutes et il a considéré les caractéristiques professionnelles des ergothérapeutes communiquées lors des entretiens. L'analyse approfondie des entretiens à l'aide du cadre conceptuel du processus de production des handicaps développé par Fougeyrollas, Cloutier et al. (1998) a permis de mettre en évidence la configuration de divers éléments concernant les aptitudes, les habitudes de vie et les facteurs environnementaux présents dans chaque entretien et pour chacun des participants. Le cadre conceptuel du raisonnement clinique de Mattingly et Fleming (1994) a permis de chercher dans le corpus de données les éléments de la démarche clinique sur lesquels les raisonnements s'appuient et d'inférer les diverses formes des raisonnements cliniques à partir de l'exploration de ces éléments. Tant pour les éléments dégagés à l'aide du cadre conceptuel de production des handicaps que pour ceux qui sont établis à l'aide du cadre conceptuel du raisonnement clinique, un travail de synthèse a permis d'explorer la variation de chaque thème pour l'ensemble des entretiens. Puis, en relation avec les configurations des divers éléments rapportés, des inférences ont été construites afin d'explorer l'influence que divers éléments ont sur d'autres. En particulier, le cadre conceptuel de l'expertise en soins infirmiers, développé par Benner (1995), a permis d'explorer l'effet de l'expérience professionnelle sur la démarche des ergothérapeutes.

Les résultats présentés décrivent les composantes des situations retenues par les ergothérapeutes qui ont été regroupées dans les catégories suivantes : l'évaluation des aptitudes, l'intervention sur les aptitudes, la perspective des habitudes de vie, l'environnement, l'engagement relationnel et l'adaptation aux incapacités, la collaboration et les obstacles institutionnels. Les raisonnements cliniques sont rassemblés en trois catégories : un mode procédural centré sur la maladie; un mode narratif centré sur l'utilisateur comprenant des raisonnements éthiques, interactifs et conditionnels et un mode pragmatique centré sur les conditions de travail. L'influence de l'expérience sur la démarche et sur les raisonnements des ergothérapeutes termine ce chapitre. L'effet de l'expérience est décrit en rapport à la démarche clinique, à la reconnaissance des situations, à la maîtrise des moyens de traitement ainsi qu'aux formes de raisonnement clinique. La mise en évidence des éléments qui influencent la définition des situations chez les ergothérapeutes est reprise et modélisée dans l'interprétation des résultats. Elle nécessite en effet un travail inférentiel qui relève davantage de l'interprétation que de la présentation des résultats.

Cinq des six ergothérapeutes rencontrés travaillent dans le même service et auprès d'utilisateurs en rééducation. Les séjours des utilisateurs en rééducation peuvent durer jusqu'à quatre mois. Le sixième ergothérapeute travaille dans un service d'hospitalisation auprès d'utilisateurs en phase aiguë après l'accident vasculaire cérébral. La durée des séjours est alors de deux ou trois semaines. Les utilisateurs qui sont en rééducation ont généralement été auparavant suivis par les ergothérapeutes du service d'hospitalisation. Ces six ergothérapeutes appartiennent à la même équipe et coopèrent dans leur travail courant. Parmi les utilisateurs décrits, il y a 6 femmes et 6 hommes. Cinq personnes souffrent d'un accident vasculaire cérébral gauche, six d'un accident vasculaire cérébral droit et la dernière d'un accident vasculaire cérébral cérébelleux. Les femmes sont respectivement âgées de 84, 82, 81, 78, 76 et 71 ans. Les hommes sont plus jeunes : 79, 75, 70, 68, 63, et 47 ans. Quatre femmes et un homme présentent des troubles associés importants. La durée des séjours des utilisateurs en rééducation au moment de l'entretien varie entre un mois et demi et quatre mois. Au moment des entretiens, deux utilisatrices viennent d'être transférées dans un autre hôpital alors qu'un autre a regagné l'institution d'hébergement dans laquelle il vit.

Les extraits des entretiens qui illustrent la présentation des résultats comportent des modifications de syntaxe facilitant leur lecture sans pour autant modifier le sens des passages choisis.

1. LES COMPOSANTES DES SITUATIONS

1.1 *L'évaluation des aptitudes*

L'évaluation puis le traitement des incapacités consécutives à l'accident vasculaire cérébral sont une composante essentielle des interventions effectuées par les ergothérapeutes rencontrés. Cela occupe une grande partie du temps que chaque ergothérapeute consacre à chaque usager. L'évaluation, puis le traitement des aptitudes considèrent les incapacités consécutives à l'accident vasculaire cérébral pour les aspects moteurs, sensitifs et perceptuels, pour les aptitudes reliées aux activités intellectuelles et pour les aptitudes reliées au langage. Finalement, l'évaluation des aptitudes par l'observation d'activités quotidiennes est considérée.

L'évaluation des aptitudes reliées aux activités motrices. Elle concerne la position statique posturale, les mouvements volontaires des parties du corps, la mobilité, les activités manuelles et les praxies. Plus spécifiquement les participants évoquent la mobilité du membre supérieur, les fonctions de la main dont la préhension et la dextérité manuelle, les transferts, la marche, l'équilibre, la posture, le tonus, la motricité de la face, les praxies. Les données sont surtout obtenues par l'observation clinique. Le service dispose pour les fonctions du membre supérieur de quelques épreuves formalisées propres aux ergothérapeutes du service et permettant de consigner les résultats obtenus. Elles ne sont pas systématiquement utilisées ni toujours jugées utiles, bien que certains des participants disent y recourir plus fréquemment que d'autres. Si de telles épreuves ont été passées, les protocoles sont consignés dans le dossier des usagers. Ces épreuves ne sont profitables que lorsque l'usager dispose de quelques capacités motrices, sans quoi il n'y a rien à mesurer et le simple constat de l'absence de mouvement suffit.

« On a un bilan fonctionnel main-ventre, main-poitrine, mais vu que c'était très limité, au début. Et puis je ne l'ai pas mis au départ, et du coup je ne l'ai pas refait après. J'ai plus noté, mais c'est vrai que je n'ai pas fait beaucoup de bilans avec cette dame, pas fonctionnels en tout cas. » (W1 35)

L'observation des aptitudes reliées aux activités motrices, qui ne concernent pas les fonctions du membre supérieur, n'est pas formalisée et peu systématique, mais elle peut être relativement précise.

« Il y a aussi tout ce qui est par rapport à l'équilibre assis. Donc ce n'est pas vraiment, il n'y a pas un bilan standardisé, mais on aide la personne à faire le transfert et puis après, on regarde combien de temps, elle tient au niveau du tronc. Donc si elle s'affaisse tout de suite, on voit que la motricité est aussi diminuée au niveau du tronc. » (V1 15)

L'évaluation des aptitudes reliées aux sens et à la perception. Elle concerne essentiellement l'évaluation du sens du toucher, parfois les fonctions proprioceptives. Les participants recourent à des épreuves standardisées de sensibilité si l'utilisateur peut y être soumis car il doit comprendre ce qu'on attend de lui et pouvoir fournir une réponse verbale; c'est le cas pour les usagers pour cinq des usagers.

« Tout ce qui était bilans où j'ai besoin de vraiment sa compréhension et sa collaboration, je n'ai pas pu les faire. Tout ce qui est sensibilité et savoir qu'elle sent et pas, je n'ai pas pu le faire, parce qu'elle ne comprend pas et ça ne sert à rien que je perde du temps là-dessus, pour l'instant en tout cas. » (R1 9)

Si elle est possible, l'évaluation du toucher est systématique durant la phase d'hospitalisation aiguë et les ergothérapeutes en rééducation peuvent s'appuyer sur les résultats car les protocoles leur sont transmis avec le dossier d'ergothérapie de l'utilisateur. En outre, plusieurs participants évoquent la douleur à la mobilisation, mais sans qu'une mesure particulière ne soit faite.

L'évaluation des aptitudes reliées aux activités intellectuelles. L'évaluation des aptitudes reliées aux activités intellectuelles concerne essentiellement la conscience. Les ergothérapeutes évoquent plus particulièrement le schéma corporel, la perception de l'espace, l'orientation et les praxies. Tous les participants, lorsqu'ils décident d'évaluer ces aptitudes, recourent à une partie des épreuves de Sève-Ferrieu (2001). Ces dernières permettent d'évaluer des processus neuropsychologiques comme l'appréhension visuelle, la somatognosie ou l'apraxie gestuelle qui, selon Sève-Ferrieu, sous-tendent les activités. Huit des douze usagers passent de telles épreuves. Leur nombre est en relation avec le diagnostic médical qui précise l'existence de troubles

des fonctions mentales supérieures. Les ergothérapeutes choisissent également de faire passer ces épreuves si les comportements de l'utilisateur dans ses activités courantes les conduisent à suspecter des troubles du geste, des troubles du schéma corporel ou des troubles de la perception de l'espace. La passation de ces épreuves nécessite toutefois de la part de l'utilisateur des capacités de communication et d'attention. Elles peuvent être limitées ou repoussées à plus tard lorsque les incapacités sont très importantes et multiples.

« Pour ce qui concerne les problèmes pratiques, j'ai un énorme problème, c'est qu'elle ne comprend pas toutes les consignes. (...) L'imitation ne marche pas. C'est difficile de vraiment faire un bilan, parce qu'on doit passer par l'imitation ou le verbal et les deux sont diminués. » (S2 25).

L'évaluation des aptitudes reliées au langage. Elle est globale et effectuée en relation avec la capacité de comprendre le langage oral et de s'exprimer oralement en raison de la nécessité d'établir autant que possible un mode de communication performant avec l'utilisateur.

« Mme J., est arrivée chez nous dans un état assez confus, avec de grosses, grosses difficultés de langage, à la fois pour comprendre ce qu'on lui disait et elle-même, avec une stéréotypie du « oui ». Donc c'est une dame qui parfois chantait, parfois répondait : « Oui, oui, oui, oui, oui » à tout. Alors, on a mis un certain temps à s'approprier, parce que les difficultés de langage, ça posait un problème particulier pour pouvoir notamment d'abord installer la patiente, s'assurer qu'il n'y a pas de douleur, puisqu'elle ne comprend pas les questions, les réponses sont aléatoires. » (U2 3)

L'évaluation des aptitudes par l'observation d'activités quotidiennes. L'évaluation des aptitudes reliées à la motricité et aux activités intellectuelles n'est pas seulement effectuée avec des épreuves ou par l'observation clinique d'aptitudes comme les réactions d'équilibre ou la mobilité du bras. Elle est également effectuée en observant les performances des usagers dans des activités de la vie quotidienne, habituellement menées dans un service de rééducation. Ainsi les ergothérapeutes évaluent la motricité en observant comment l'utilisateur se déplace ou encore comment il mange. Ils évaluent des aptitudes reliées aux activités intellectuelles en observant comment l'utilisateur s'oriente, comment il s'habille et se lave. Les observations sont menées dans le

service de soins ou dans les couloirs de l'hôpital. Elles peuvent précéder ou suivre le recours à des épreuves évaluant les aptitudes motrices, sensibles ou intellectuelles. Elles sont le plus souvent rapides, incomplètes, fort spécifiques aux aptitudes qui intéressent l'ergothérapeute dans la situation.

« Alors, dans sa chambre, systématiquement, il va descendre à droite du lit. Ensuite, il va contourner, il va frôler, de son corps droit, de son hémicorps droit... Il reste bien à droite en se disant que comme ça il évite ce qui est à gauche, il sort de sa chambre, il ne trouve pas sa canne parce qu'évidemment elle est à gauche. Ensuite il sort de sa chambre, il est attiré, comme aimanté par la droite, alors que tout, la loggia où il mange, les ascenseurs, tout ce qui est susceptible disons d'être attirant est à sa gauche. » (S1 7)

Il n'y a pas de recours à des méthodes standardisées d'observation des activités quotidiennes. Aucun des participants n'établit un protocole d'observation avant de réaliser une telle observation. Les ergothérapeutes notent a posteriori ce qu'ils observent et le transcrivent succinctement dans les dossiers.

« Bon, ce que j'appelle moi le bilan toilette-habillage, on regarde ce qui se passe au niveau du visage, du brossage des dents, du haut du corps, bas du corps, etc. Je note ce qui ne va pas. Je prends les choses systématiquement. » (S2 23)

Ces activités sont plus proches des habitudes de vie des usagers et peuvent ainsi donner des informations intéressantes sur les capacités des usagers dans leur propre environnement. Les ergothérapeutes sont cependant fort conscients de l'écart important qui existe entre l'hôpital et le domicile comme contexte de réalisation des activités.

« Ensuite, j'ai fait une toilette-habillage avec elle pour voir directement en situation... Une situation dont elle est sensée avoir l'habitude. Je me suis renseignée pour savoir si elle faisait sa toilette au lavabo, parce que ça fausse pas mal, parce qu'à l'hôpital ici les patients font une toilette au lavabo. » (R1 14)

Les ergothérapeutes élaborent également des situations d'observation en proposant aux usagers la réalisation de tâches inhabituelles à l'hôpital, mais qu'ils pratiqueront après leur sortie. La plus courante de ces activités est la confection de

repas qui est citée dans huit des douze entretiens enregistrés. Cette activité est rendue possible par l'existence d'une cuisine dans le service d'ergothérapie. L'évaluation des performances dans la cuisine ne survient pas en début d'intervention, mais en cours de traitement lorsque la question des conditions du retour à domicile ou de la sortie de l'hôpital se pose. Il n'y a pas de méthodes standardisées pour l'évaluation des performances dans la cuisine. Les éléments de l'action de l'utilisateur à observer sont implicites et dépendent des incapacités que l'ergothérapeute estime gênantes dans la réalisation d'un repas. Ainsi l'un des participants observe lors de la confection d'un petit-déjeuner, l'endurance, l'équilibre debout, la douleur. Un autre ergothérapeute veut observer comment l'utilisateur coordonne ses deux mains dans la réalisation d'une tarte aux pommes. L'intérêt de l'observation dans une activité plutôt que dans des épreuves mesurant des capacités est qu'il donne une meilleure indication de l'efficacité des acquisitions dans la vie courante.

« (La cuisine) c'est aussi pour observer l'intégration de son bras gauche, pour voir s'il va l'utiliser ou s'il le laisse complètement de côté, si le peu qu'il arrive à faire dans les séances, donc tout ce qui est flexion du coude, il va pouvoir l'utiliser, l'intégrer. » (R2 27)

La plupart des activités de la vie quotidienne qui sont observées sont limitées à la toilette, à l'habillage, aux déplacements, aux repas, à la cuisine et aux divers transferts effectués dans le contexte hospitalier. Un des participants se rend cependant à domicile pour évaluer en cours de traitement les caractéristiques environnementales du domicile dans la perspective des activités courantes de l'utilisateur. Un autre sort du contexte hospitalier pour observer les performances de l'utilisateur dans une situation plus naturelle.

« Je trouve que le bilan écologique où on met vraiment les gens en situation de vie quotidienne est très valable parce que, c'est souvent là qu'on va voir les petits déficits qui restent. Quand il faut traverser la rue, est-ce qu'il a bien regardé à gauche lorsqu'on le distrait en lui parlant ? Je fais les trajets en bus ou le repérage dans la ville. Je vais beaucoup sur l'extérieur. » (S1 88)

Les activités de la vie quotidienne sont rarement proposées seulement pour évaluer. Généralement, elles servent à la fois d'indicateur de performance et de moyen

de traitement. Elles offrent en outre des opportunités de discuter de problèmes que l'utilisateur peut rencontrer en dehors de l'hôpital.

1.2 *L'intervention sur les aptitudes*

La rééducation des aptitudes occupe la majeure partie du temps des thérapies. Elle concerne les aptitudes reliées aux activités motrices, aux sens et à la perception, et les aptitudes reliées aux activités intellectuelles lorsque les usagers ont de telles incapacités.

Les objectifs de la rééducation des aptitudes. Les objectifs de cette rééducation sont posés par l'ergothérapeute dans le cadre général de la mission de l'ergothérapie qui concerne la rééducation motrice et sensitive du membre supérieur plégé. Sur l'ensemble des entretiens, les objectifs sont répétitifs. Ils sont souvent confondus avec les moyens de traitement. Ils ne sont pas toujours posés en fonction d'une action de l'utilisateur, mais en fonction des actions de l'ergothérapeute : conserver les amplitudes articulaires, récupérer la motricité, améliorer les prises, améliorer la dextérité, améliorer la sensibilité, effectuer la rééducation bucco-linguo-faciale, faire la rééducation sensitive et motrice du bras, lutter contre la douleur, résorber l'œdème, réintégrer le bras dans le corps, rendre l'exploration de l'hémichamp plus automatique et améliorer le schéma corporel. Ce type d'objectifs figure dans les dossiers des usagers et dans les procès-verbaux des rencontres multidisciplinaires. Ces objectifs ne font pas l'objet d'une négociation avec les usagers.

Le traitement des aptitudes. Il consiste en des exercices réalisés avec du matériel spécifique aux thérapies. Ces exercices visent d'abord la restauration des incapacités consécutives à l'accident vasculaire cérébral. Ils sont réalisés dans des conditions très précises qui sont directement définies à partir des observations cliniques faites. L'objectif et l'exercice sont souvent très proches, parfois même confondus.

« Le travail c'est essayer de récupérer au niveau de la motricité du membre supérieur, vu qu'il y a très peu de récupération. Il y a une récupération au niveau de l'omoplate et de l'épaule, il y a des ébauches de mouvement. Mais il n'y a rien dans l'avant-bras ou dans la main. Donc, pour l'instant, l'objectif c'est d'utiliser ce bras comme segment d'appui en travaillant sur l'appui antérieur, de

côté et postérieur, pour qu'elle puisse libérer sa main gauche et puis l'utiliser au mieux. Parce qu'avant, vraiment cette main, elle ne l'utilisait pas, alors qu'elle peut l'utiliser pour tenir une feuille et puis écrire avec la main gauche. » (V1 24)

Les exercices de thérapie sont des exercices de changements de positions, d'équilibre et d'appui. Ce sont des mouvements du membre supérieur, des préhensions, des mouvements de la face et de la bouche, des mouvements du tronc et des activités manuelles. Il y a également des exercices de perception des mouvements et de la position, de perception du toucher, de conscience du corps et d'orientation spatiale.

« Je lui fais une série de pions de couleur, à gauche, près du point d'ancrage et puis je lui demande de refaire la même chose devant lui. Donc il est obligé de balayer, d'aller chercher l'information, de revenir devant lui, de prendre un pion. C'est ce qu'il y a de plus difficile, chaque fois, il saute des couleurs. » (S1 52)

Le traitement des aptitudes ou la prévention de déficiences secondaires comme l'algoneurodystrophie, lorsqu'il n'y a pas ou très peu de fonctions motrices, s'effectue aussi à l'aide de la confection d'attelles et d'activités passives pour l'usager comme des mouvements ou des massages effectués par le thérapeute. Si des séquelles au membre supérieur dominant sont anticipées, les exercices peuvent aussi concerner le bras et la main non atteints de sorte que l'usager puisse effectuer avec son membre supérieur valide des activités précises auparavant faites avec la main dominante.

La mesure de la récupération des aptitudes est effectuée en repassant les épreuves évaluant les aptitudes reliées à la motricité ou à la perception. L'évaluation de l'amélioration de ces aptitudes est également réalisée en observant les progrès de l'usager dans divers exercices de thérapie.

« On a gagné au niveau de l'extension, elle arrive à une extension complète des doigts, mais qui reste encore très fatigable. C'est-à-dire que plus on va être dans la thérapie, moins elle va arriver.(...) Donc ça, c'est un progrès, mais c'est par paliers. Donc, j'essaie au mieux de solliciter cette main. » (W1 42)

1.3 *La perspective des habitudes de vie*

L'évaluation des habitudes de vie. Les habitudes de vie ne s'observent pas dans le contexte hospitalier à moins d'en organiser le milieu, mais les ergothérapeutes peuvent s'enquérir de celles-ci en discutant avec l'utilisateur. Cette connaissance fait l'objet d'une démarche de recherche systématique chez l'un des participants.

« Assez tôt, je demande à la personne de me décrire une journée, pour avoir un petit peu d'informations sur les habitudes de vie. Qui voit-il ? Y a-t-il des enfants ? Y a-t-il d'autres membres de la famille auxquels on ne pense pas ? Est-ce un monsieur sportif ? Un monsieur intellectuel ? Alors, ils me racontent leur journée. On prend une journée de semaine, une journée de week-end, et puis c'est comme ça que souvent, j'ai des informations sur les habitudes de vie. Si c'est nécessaire, j'ai un entretien plus structuré. » (U1 18)

Pour les autres participants, la démarche de connaissance des habitudes de vie n'est pas soutenue par un instrument d'évaluation spécifique. Les données s'obtiennent au fil des séances dans la perspective de l'ajustement du traitement aux intérêts de l'utilisateur ou dans la perspective de la sortie de l'hôpital. Malgré l'absence d'instruments, les données peuvent être précises et relativement développées.

« Moi, avant de commencer un traitement, j'ai besoin de savoir quelles sont les habitudes de vie de la personne. Si le monsieur, ça fait cinq ans qu'il se fait mettre ses chaussettes et ses chaussures par sa femme et qu'il va retourner à la maison chez sa femme, je ne vais pas dépenser de l'énergie, ni la sienne ni la mienne, pendant trois semaines, à faire une rééducation pour enfiler les chaussettes et mettre les souliers, sous prétexte que je veux absolument que ce monsieur soit indépendant. Par contre, je vais dispatcher cette énergie dans des choses qui, d'abord l'intéressent, et puis vont lui apporter quelque chose. » (S1 74)

« M. H. vivait seul dans un EMS avec ascenseur. Il marchait avant son accident vasculaire cérébral avec une canne. Il avait une aide pour le ménage, la lessive, le repas de midi, qui était pris au restaurant de l'EMS avec les autres pensionnaires. Pour le repas du soir, il se débrouillait seul, il était totalement

autonome pour la toilette, l'habillement et la réalisation des courses. Il utilisait les transports en commun de manière tout à fait correcte. » (T2 3)

Les habitudes de vie considérées recouvrent la nutrition, les soins personnels, l'habitation, les déplacements, les responsabilités, les relations interpersonnelles, la vie communautaire, le travail et les loisirs. Cependant dans la moitié des entretiens, les données sont lacunaires et il est impossible d'avoir une représentation des activités de la personne avant la survenue de l'accident vasculaire cérébral. Les descriptions données sont néanmoins plus précises lorsque l'usager est plus jeune, lorsqu'il cohabite avec des membres de sa famille et lorsque ses perspectives de retour à domicile sont bonnes. Pour les usagers présentés, les descriptions des habitudes de vie sont meilleures pour les hommes que pour les femmes. Elles sont également meilleures lorsque l'usager peut communiquer. Si la communication est altérée et que des proches sont présents, l'ergothérapeute peut leur demander des renseignements. Souvent, les ergothérapeutes imaginent à partir de peu d'éléments la vie quotidienne de leurs usagers davantage qu'ils ne l'explorent.

« Il m'a dit qu'elle (sa femme) aurait chuté. C'est pour ça qu'elle aurait été ré hospitalisée. Alors, est-ce qu'elle a été seule ? Je n'ai pas pu lui demander. Il n'était pas très chaud pour en discuter (...). Cela paraît logique du fait, paraît-il, qu'elle est totalement dépendante. » (W2 12)

« La petite fenêtre qu'on a pu construire dans cette boîte à chaussure, qui était quand même assez hermétique, c'est le piano. C'est une dame qui est très musicienne par ailleurs, et quand la famille nous a donné le feedback de cette sortie, ils nous ont dit que leur maman s'était mise au piano et qu'elle avait pu rejouer, certes avec une main, puisque la main droite n'était plus du tout fonctionnelle. Elle a pu rejouer du piano. Alors ça, ça m'a donné la puce à l'oreille, et puis par chance, on a un piano dans la clinique, et puisqu'elle ne pouvait plus s'exprimer verbalement, que gestuellement elle était très limitée, il restait le piano. Et alors là, on a fait une entente pour qu'elle puisse, quotidiennement, avoir un moment à elle sans performance demandée, sans thérapeute, où elle est seule avec ce piano. » (U2 13)

Le discours sur les habitudes est fréquemment un discours qui porte sur leur perturbation et leur nécessaire modification en raison des séquelles de l'accident vasculaire cérébral.

« Je crois même qu'il les (les voitures) démontait. Il faisait de la mécanique pour que la voiture soit encore plus performante. Et puis il y a tous les trajets. Il prenait la voiture ici, il la faisait envoyer jusqu'au C. Ce n'est quand même pas des petits trajets. Non, je pense que le rythme, il n'arrivera pas à le récupérer, à le tenir. » (R2 68)

L'intervention centrée sur les habitudes de vie. Une intervention centrée sur les habitudes de vie nécessite non seulement de pouvoir accéder au contexte de vie des personnes, mais aussi de saisir quels sont leurs buts ou leurs projets. Les ergothérapeutes rencontrés ne font pas état d'investigations systématiques de ces buts, néanmoins ils expriment quelques éléments sur les projets, les intérêts ou les désirs d'une partie des usagers. Ces buts sont tantôt très clairs et tantôt relativement vagues et peu opérationnels. Ainsi, l'un des messieurs désire retrouver les fonctions de son corps et mieux contrôler son régime alimentaire; un autre veut récupérer, rentrer à la maison le week-end et a envie de retravailler. Une des usagères aimerait communiquer alors qu'une autre désire récupérer son bras et progresser à la marche, mais elle aimerait aussi tour à tour rentrer chez elle, rester dans cet hôpital et ne pas être hospitalisée dans le service où se trouve son mari. Un homme veut rentrer chez lui.

L'absence d'investigation systématique peut, selon les ergothérapeutes, tenir au fait que l'utilisateur ne peut pas anticiper l'impact de sa maladie dans sa vie quotidienne dans une situation hospitalière. Il n'est donc pas en mesure d'emblée de formuler des projets sur lesquels l'ergothérapeute puisse développer son intervention.

« Les gens qui ont un AVC, je trouve que c'est souvent nous qui proposons les objectifs et eux vont adhérer ou ne pas adhérer, ou les ranger différemment. Mais quand on leur demande ce qu'ils désirent, ce n'est pas systématique, mais il n'il y a pas forcément de répondant, comme pour ce monsieur, il dort, il somnole, il faut vraiment le stimuler pour qu'il rentre en contact avec nous, etc., et je pense effectivement que lui n'arrive même pas à se projeter. Enfin, pour

l'instant, son souci c'est de dormir et de se reposer parce qu'il est épuisé. » (T1 96)

En cours de traitement pourtant, et pour autant que les usagers parviennent à exprimer leurs besoins et leurs intérêts, les ergothérapeutes s'y ajustent. Cela permet de formuler quelques objectifs de traitement plus opérationnels par rapport à la vie quotidienne que les objectifs centrés sur les aptitudes et plus spécifiques aux usagers. Ces objectifs sont centrés sur des activités ou des portions d'activités courantes : manger avec les deux mains, effectuer la toilette et l'habillage avec moins de compensation, sortir de sa chambre et trouver les toilettes, acquérir des automatismes comme manger ou se laver les dents, aller au jardin, effectuer les transferts voiture avec aide, appeler du secours avec le téléphone, être installé au fauteuil sans risque de chute, faire les courses avec son sac à dos, ouvrir ses pots de crème, marcher sans moyen auxiliaire.

« On a évoqué l'absence, on a évoqué le fait de peut-être être différent par rapport aux membres de la famille et au chien aussi, le fait qu'il ne pouvait plus, pour le moment, se promener avec ce chien parce qu'il était en fauteuil roulant, mais que l'objectif, puisque c'était un objectif qui m'avait été confirmé par le physio, c'est que ce monsieur pourrait remarquer. Donc on a retravaillé sur ces aspects-là pour dire : c'est un objectif pour vous-même, mais puisque vous avez un animal à la maison, vous pourrez remarquer avec votre chien. » (U1 17)

Ces buts centrés sur les habitudes de vie ou l'expression de leurs besoins par les usagers apparaissent dans les entretiens souvent dans le contexte de la description d'activités de traitement. Ils sont davantage présents lorsque les ergothérapeutes envisagent le retour à domicile. Ils sont parfois implicites. Ils figurent rarement dans les dossiers.

Dans la plupart des situations, les ergothérapeutes estiment qu'il y a des activités de base auxquelles les usagers doivent être réadaptés parce qu'elles conditionnent l'accès à la reprise des habitudes de vie. Ils concentrent souvent leurs rééducations sur ces activités-là : l'habillage, la toilette, la cuisine, les déplacements. Sauf pour l'un des participants, ces activités occupent peu de séances comparativement à celles qui sont orientées vers l'exercice des aptitudes. En termes d'intervention, le discours des ergothérapeutes sur les habitudes de vie est associé au

discours sur le handicap et à l'engagement relationnel mis en oeuvre par les ergothérapeutes pour aider l'utilisateur à faire face à cette situation.

1.4 L'environnement

L'évaluation de l'environnement de l'utilisateur. Les participants s'enquèrent essentiellement de l'environnement domiciliaire de la personne sous l'angle des obstacles architecturaux ou de l'aménagement du mobilier. Les informations peuvent être obtenues en discutant avec la personne ou avec sa famille. Elles sont souvent succinctes et servent à déterminer si le retour à domicile est possible ou les conditions dans lesquelles, il le sera. Souvent cette évaluation est faite dans la perspective des habitudes de vie et considère le réseau familial, mais sans que l'évaluation soit approfondie.

« Elle habite dans une maison avec deux étages avec escaliers, sans ascenseur. Donc, il y avait beaucoup de choses dont on savait dès le départ qu'elles seraient défavorables au retour à domicile. L'âge de la dame et c'est sûr qu'au début, on ne savait pas comment elle allait récupérer. Si elle avait récupéré la marche et tout, la question aurait été différente. Il y avait déjà beaucoup de contraintes par rapport à cette dame, par rapport à son environnement, son mari, son âge. On pouvait déjà se dire qu'un retour à domicile n'était pas le but d'office. » (V2 31)

Les données obtenues sont souvent peu détaillées et ne sont que rarement approfondies avec les utilisateurs qui, sauf exception, ne sont pas en mesure de fournir des informations pertinentes car ils ne connaissent pas les caractéristiques de leur habitation qui pourraient se révéler être des obstacles en cas d'incapacité ou de recours à des aides techniques pour les déplacements. Lorsque l'ergothérapeute s'intéresse davantage à la vie quotidienne de la personne parce qu'un retour à domicile aura lieu et pour autant que les informations puissent être obtenues de l'utilisateur ou de ses proches, la maison, mais aussi ses abords peuvent faire l'objet d'une évaluation plus systématique. Chaque pièce et chaque aménagement sont passés en revue dans la perspective de leur modification ou de la fourniture de moyens auxiliaires. Cette évaluation n'est pas soutenue par un guide rédigé, mais elle est systématique.

En fin de traitement, et pour autant que l'utilisateur habite en Suisse, une visite au domicile de l'utilisateur peut être faite. En principe, l'utilisateur et souvent un membre de sa famille sont présents. L'évaluation est méthodique et elle est faite en référence aux activités de la personne. Dans cette visite, l'ergothérapeute cherche à avoir une représentation de l'appartement qui l'aide à imaginer les conditions dans lesquelles l'utilisateur effectuera ses activités et les aptitudes à réadapter en conséquence. Le cas échéant, les aménagements auxquels il faudrait procéder sont envisagés de sorte qu'ils puissent être négociés avec l'utilisateur qui ne se rend pas toujours compte de sa condition physique.

« Je vais voir aussi par rapport au domicile, comment c'est organisé. Lui donner des conseils. Si vraiment il y a des choses à déplacer enfin pour lui éviter de transporter d'un point A à un point B le plus loin possible, quand il fait la cuisine. » (T2 95)

« Le problème de cette dame, c'est l'acceptation de son handicap. C'est-à-dire que, par rapport à la visite à domicile qu'on avait faite, cette dame n'imaginait rien changer, rien bouleverser, donc ça a été très difficile, on est resté longtemps sur des tout petits détails, elle était très maniaque, entre guillemets. » (T1 3)

D'autres éléments de l'environnement peuvent être rapidement abordé par les participants : le système socio-sanitaire, la sécurité du revenu en relation avec les assurances ou le travail, l'infrastructure du transport, le réseau social, les règles sociales, l'aménagement du territoire, les équipements de télécommunication, les véhicules. Il n'y a pas de systématique dans la collecte de ces informations qui apparaissent en fonction des particularités des divers usagers.

L'intervention sur l'environnement. L'intervention sur l'environnement existe tout au début du traitement et concerne la fourniture des aides techniques nécessaires à l'obtention d'un peu d'indépendance à l'hôpital. Les ergothérapeutes prennent du temps pour que l'utilisateur soit confortablement installé sur un fauteuil roulant. Ils interviennent sur le choix et la modification des vêtements ou du matériel de l'utilisateur.

*« J'ai trouvé un système en mettant des lanières, enfin différentes choses, qui fait que la personne, avec une seule main, peut mettre un soutien-gorge »
(R 35)*

En fin de traitement dans la phase de réinsertion, les ergothérapeutes réfléchissent à l'aménagement de l'appartement, mais ils n'effectuent pas eux-mêmes ces modifications. Ils les proposent à l'utilisateur ou à sa famille. Si nécessaire, ils demandent l'intervention des services d'aides et de soins à domicile.

1.5 L'engagement relationnel et l'adaptation aux incapacités

Le développement d'une relation de confiance. Les ergothérapeutes ont un fort engagement relationnel envers leurs usagers qui vise à leur permettre de composer avec une situation de handicap et de s'investir dans le processus de la thérapie. Cet engagement est présent dans les 12 interventions rapportées; il est volontaire et expliqué par les six participants.

« Si on fait un bilan de sensibilité, on ne va pas discuter, parce qu'il faut que la personne se concentre, mais entre les activités, on discute et puis ça fait partie de la globalité de la personne. C'est aussi avec ça que la personne prend confiance dans son thérapeute et puis qu'elle a envie, entre guillemets, de revenir. Ça fait partie de la relation. Le relationnel est super important aussi pour motiver les gens et leur permettre de garder un bon moral. Moi je trouve que c'est très, très important. » (V2 100)

La relation qui s'établit entre le thérapeute et l'utilisateur ne prend cependant pas toujours la même importance. Certaines relations sont plus distantes que d'autres, ainsi l'un des messieurs choisit de se confier plutôt à un autre thérapeute. Au contraire l'ergothérapeute d'un autre usager se risque à discuter d'éléments très intimes avec lui en raison de son incapacité à contrôler ses pulsions. Dans deux situations, les ergothérapeutes nouent également des relations importantes avec, respectivement, une fille et la conjointe des usagers. Dans un cas, l'ergothérapeute ne parvient pas à trouver un terrain d'entente qui lui permette de comprendre l'utilisatrice ni d'être compris par elle et il en résulte une certaine insatisfaction de l'ergothérapeute à l'égard de cette intervention qui le conduit à craindre une dépression après le retour à domicile.

Si la relation est un élément si important de la situation, c'est que l'intervention requiert beaucoup de collaboration entre le thérapeute et l'utilisateur parce que l'utilisateur doit exécuter ce que demande la thérapeute pour que la rééducation puisse opérer. Obtenir l'adhésion de l'utilisateur est donc un enjeu pour la réussite de l'intervention.

« Donc c'est quelqu'un qui arrive tout à fait à se laisser aller, c'est quelqu'un qui arrive à garder les yeux fermés, c'est quelqu'un qui reste concentré dans ce qu'on est en train de faire et on perçoit que, quand je lui fais le mouvement pour lui, on sent qu'il investit et qu'il perçoit le mouvement au micro mouvement, donc c'est vraiment intéressant. Et puis sinon, quand je lui demande que lui fasse le geste, on sent que, quand c'est possible, ça joue, et que si jamais il y a une compensation, il sait qu'il doit arrêter et puis on redémarre un petit peu en arrière. Donc, il y a vraiment une collaboration intéressante. » (R2 11)

La confiance mutuelle entre le thérapeute et l'utilisateur est obtenue par différents actes techniques et par des actes de communication. Les ergothérapeutes s'enquêtent de ce qui gêne les personnes. Ils répondent à leurs besoins en matière d'adaptations techniques notamment en veillant à ce qu'ils soient confortablement installés dans leur fauteuil roulant ou qu'ils disposent de chaussures adaptées. Ils expliquent l'intervention et sa progression. Ils envisagent l'avenir avec les utilisateurs sur le plan des habitudes de vie liées aux déplacements, au travail ou aux activités ménagères. Ils prennent souvent beaucoup de temps pour parler avec les personnes et les comprendre y compris en modifiant l'organisation prévue des séances de thérapie. Plus la personne éprouve de difficultés à s'adapter plus l'ergothérapeute passe de temps à s'entretenir avec elle, tout au moins s'il n'y a pas d'incapacité du langage.

« Elle me demandait quand même souvent si son bras n'allait pas récupérer et si elle allait pouvoir un jour le bouger. Alors, il fallait chaque fois revenir sur le fait que les progrès se font les premiers mois et puis que, dans son cas, c'était sûr qu'il pouvait y avoir des petits progrès, mais que je prenais toujours l'exemple que, par rapport à tout ce qui est utilisation du bras comme appui, ça elle pourrait bien améliorer et qu'elle avait bien amélioré et que ça rendait sa main droite beaucoup plus précise. Donc ça, elle le savait, mais quand même souvent, elle revenait : Est-ce que pas par hasard je n'arriverai à bouger... mais

il ne faut pas non plus fermer la porte, parce qu'on ne peut pas donner un pronostic clair, mais il faut montrer les choses qui sont déjà acquises. » (V2 60)

Lorsque l'usager souffre de troubles de la communication, l'ergothérapeute ne parvient pas à obtenir des informations précises sur les intérêts et les besoins de la personne, mais la relation de confiance et l'établissement d'une communication qui permet aux deux personnes de s'ajuster, demeure. Elle est basée sur des aspects non verbaux qui peuvent concerner les gestes, la mimique ou le ton de la voix. Les personnes sont ainsi au moins partiellement comprises.

« Ils ont une attitude, quand ils ne peuvent pas s'exprimer, ils ont une attitude ou un clin d'œil simplement, c'est vrai que je l'interprète comme... Ah oui, vous l'avez compris... Mais c'est de la pure interprétation et peut-être que je me goure complètement, mais, quand je me goure complètement, s'il y a des moments où je me goure complètement, on sent quand même... le corps est quand même très parlant, ce qui fait que les gens se retirent physiquement, ils ont un regard qui n'est pas chaleureux, qui n'invite pas à la discussion. » (R1 23)

Les aptitudes reliées au comportement. La relation s'établit à partir de la perception que les ergothérapeutes ont des aptitudes reliées aux comportements dans les domaines de la volition, de l'affectivité ou des conduites. Ces caractéristiques comportementales ne sont pas l'objet d'une évaluation formelle par les ergothérapeutes, soutenue par un instrument d'obtention de données, ce sont des qualités intrinsèques de la personne non reliées à la maladie, mais qu'il convient d'observer aussitôt que possible dans l'intervention. Elles sont rapportées à plusieurs reprises dans chaque entretien et elles figurent en partie dans les dossiers.

« Je vais peut-être décrire M. E comme je l'ai rencontré la première fois. C'est un monsieur très réservé, de grande stature, un monsieur qui en impose physiquement, avec une grande, grande timidité, qui se lit notamment sur le fait qu'il regarde peu ses interlocuteurs, qu'il a peu d'expression; a priori, sans le connaître évidemment. En même temps, c'est un monsieur où l'on sent à la fois beaucoup de tristesse, expliquée par le fait que, dans son histoire médicale, ce monsieur a fait un double AVC. » (U1 5)

Ainsi, une personne est décrite comme extrêmement « volontaire » dans l'intervention. L'état « angoissé » d'une usagère, « la phobie des ascenseurs » d'une autre usagère sont soulignés. Les capacités « d'initiative » et le caractère « introverti et rationnel » d'un des hommes sont précisés. Une femme est décrite comme étant d'un caractère « indépendant et battant » et un monsieur est vu avec « un côté extravagant ». Ce sont sur ces traits de personnalité que les ergothérapeutes s'appuient dans leurs interactions avec les usagers pour leur permettre de s'ajuster affectivement à leur situation de handicap.

« (Elle s'angoissait) un peu sur tout, sur sa situation future, sur ce qu'elle allait devenir, où elle allait vivre, sur la marche, oui, elle était très anxieuse. Mais, elle avait beaucoup de circonstances pour être anxieuse. » (V2)

Les ergothérapeutes ne posent pas des buts d'intervention centrés sur la modification des comportements des usagers dans le domaine de la volition, de l'affectivité ou des conduites. Mais, il arrive qu'il soit difficile de composer avec ces comportements et qu'ils viennent gêner la progression de l'intervention désirée par le thérapeute.

« J'essaie souvent de la canaliser, de lui dire de prendre des séances de repos. En thérapie, il y a beaucoup besoin de lui dire stop, là on essaie de se reposer un petit peu parce qu'elle continue, elle continue. Donc plus elle continue, plus elle commence à compenser (imite la compensation progressive). C'est un bien, c'est cet aspect bien, elle est volontaire, très volontaire, mais l'aspect négatif, c'est qu'elle en fait peut-être un peu trop. » (W1 87)

Il y a toutefois une tentative de modifier les incapacités comportementales qui sont en rapport avec l'accident vasculaire cérébral car de bons résultats dans la rééducation ou un ajustement adéquat à la situation de handicap en dépendent. Ainsi, un des ergothérapeutes cherche à améliorer la motivation et à forcer le respect des règles de l'usager dont il a la charge ou encore à augmenter l'adaptation aux situations chez une autre personne.

L'adaptation aux incapacités. L'adaptation aux incapacités est un but explicite ou implicite dans les diverses interventions qui s'appuie sur l'engagement relationnel

des ergothérapeutes. Elle correspond à un rôle professionnel que s'attribuent les ergothérapeutes.

« Et donc globalement, je dirais, mon travail avec M. E, c'est de lui dire : "il y a des situations de handicap, on va essayer d'en gommer un maximum, soit parce qu'on va vous restaurer les fonctions par la rééducation, soit parce qu'on va trouver des compensations, que vous puissiez continuer à refaire, et puis que ces confrontations entre vos habitudes de vie, je dirais, auxquelles se sont ajoutées des incapacités, et puis votre environnement, qu'on efface le plus possible des situations de handicap". Peu importe ce qu'elles sont. Donc, c'est ça mon travail avec lui. » (U1 67)

Selon les ergothérapeutes, la capacité de faire face au handicap s'acquiert au fil des séances et l'utilisateur doit petit à petit accéder à toutes les informations qui le concernent et notamment au pronostic de récupération fonctionnelle. Cela nécessite du doigté pour différer certaines informations ou pour donner des réponses adéquates aux questions que la personne ou son entourage pose.

« Je pense que ces gens-là aussi par rapport à la période, je dirais, de deuil qu'ils traversent, parce que c'est quand même une période de deuil. Ils veulent des informations pour l'instant, mais je ne sais pas s'ils sont prêts à entendre toutes les informations. On répond à la question : "Comment ça va aujourd'hui ?". J'ai répondu à cette question : "Aujourd'hui, on a travaillé ça, ça, ça et ça et puis j'ai trouvé que la tenue de tête, c'était mieux que la semaine dernière". Je pense que si elle (son amie) arrête de poser la question là, c'est que pour elle, elle a suffisamment d'informations pour l'instant. Si elle m'avait demandé : "Vous pensez qu'il va tout récupérer ? ", j'aurais aussi répondu à sa question, mais elle ne me l'a pas posée. Et je pense que, peut-être parce qu'elle n'est pas prête non plus à entendre la réponse pour l'instant. » (T1 51)

L'ergothérapeute dans son approche relationnelle orientée vers l'ajustement à une situation de handicap partage des émotions avec l'utilisateur.

« Et puis sinon c'est quelqu'un qui vient à l'heure à ses séances, qui me remercie toujours en fin de séance, un remerciement ou à la limite, peut-être des fois, c'est presque un peu trop, dans le sens où je sens qu'il est en attente

et puis moi, je ne sais pas ce que je vais pouvoir lui garantir. Pour l'instant, c'est vrai qu'on est dans une phase d'évolution, donc j'accepte et je reçois ses remerciements, mais (...) c'est aussi moi qui vais devoir lui annoncer qu'il n'y a pas de possibilité d'amélioration, si je constate ça. Donc pour l'instant, tous les deux, on est un peu dans une phase euphorique, peut-être parce qu'on est dans une phase d'évolution. » (R2 45)

1.6 *La collaboration*

Les ergothérapeutes collaborent avec d'autres professionnels travaillant dans l'hôpital et avec des partenaires extérieurs. Ils travaillent également avec la famille de l'utilisateur. Ces interactions sont non seulement influencées par l'organisation et la division du travail dans l'hôpital, mais aussi par l'organisation médico-sociale du Canton de Genève.

Les collaborations interprofessionnelles. Les ergothérapeutes collaborent dans l'hôpital avec les infirmières, les physiothérapeutes, les assistantes sociales, les psychologues, les neuropsychologues, les logopédistes et les médecins. Ces collaborations varient en fréquence selon les ergothérapeutes et les interventions. Les interactions entre les participants et les autres professionnels peuvent être des échanges d'informations orales, écrites ou téléphoniques. Ce peut aussi être, dans le cas du travail avec les assistantes sociales, les physiothérapeutes et les infirmières, des interventions conjointes sous forme d'entretiens ou d'activités de rééducation. Ces collaborations lorsqu'elles sont importantes, sont en rapport avec la division du travail qui, dans le service de rééducation, confie aux infirmières l'entraînement aux activités de toilette et d'habillement, aux physiothérapeutes la rééducation de la marche et aux ergothérapeutes la rééducation du membre supérieur et son intégration dans les activités de la vie quotidienne.

« C'est un travail qui a été beaucoup fait avec les infirmières, on a regardé ensemble pour la toilette et l'habillement dans l'idée de trouver un protocole, de manière à ce que les différentes personnes qui l'aident, puisqu'il y a un roulement, puissent suivre toujours les mêmes séquences. Pour la toilette, c'était sous une forme graphique. Et pour l'habillement, on avait un repère sur le vêtement, qu'on avait mis avec un trombone, pour qu'elle puisse voir comment orienter le vêtement. » (U2 24)

La collaboration avec le service infirmier est jugée excellente par tous les ergothérapeutes du service de rééducation parce que le personnel soignant de ce service a une perspective de rééducation de telle sorte que les infirmières suivent les indications données par les ergothérapeutes pour l'installation des usagers et intègrent des principes de traitement communiqués par les ergothérapeutes dans la vie quotidienne dans le service de soins. Il est aussi possible pour les ergothérapeutes d'obtenir de la part des infirmières des informations pertinentes sur les capacités des usagers qu'elles ont pu observer ou sur les moyens de faciliter la vie quotidienne qu'elles ont mis au point. Un seul participant fait état d'une surcharge ponctuelle des infirmières qui pourrait entraîner des conséquences négatives pour les usagers.

« Il y a une surcharge de travail au niveau infirmières, et puis surtout à la période où elle a développé cette algoneurodystrophie, une autre patiente l'a développée en même temps et c'est vrai que, des fois quand on passait dans les chambres, on voyait les bras qui étaient mis n'importe comment. On les voyait taper quand ils faisaient les transferts, en ne mettant pas l'écharpe pour soutenir le bras lors des transferts. » (V2 76)

La collaboration instaurée entre les équipes de soins et les ergothérapeutes du service de rééducation contraste avec les difficultés éprouvées par l'ergothérapeute qui suit les usagers en phase aiguë, encore hospitalisés dans le service de médecine. Dans ce service, le personnel applique plus rarement des principes de positionnement ou de mobilisation qui vont favoriser la rééducation des incapacités. Cette différence est, selon l'ergothérapeute, due à la mission des infirmières qui s'attachent d'abord à assurer la survie des usagers les jours qui suivent l'accident vasculaire cérébral et qui n'accordent pas beaucoup de temps et d'intérêt à la préparation de la rééducation.

L'entente importante et le support mutuel que s'offrent les ergothérapeutes, les infirmières et les physiothérapeutes tranchent avec les difficultés éprouvées par les ergothérapeutes dans leur collaboration avec les psychologues, les neuropsychologues et les logopédistes. Plusieurs participants estiment que les interventions de soutien menées par les psychologues pour aider l'utilisateur et sa famille à faire face à la situation sont quantitativement insuffisantes.

« Je pense que le travail psychologique a une aussi grande importance (...) Il n'y a pas de suivi psychologique ici, en neuro-rééducation. Il n'y a pas un

psychothérapeute. Il y a un psychiatre dans des cas extrêmes, il y a un psychologue qui est assez fluctuant dans les interventions. » (U1 71)

Les participants ont également un conflit de division du travail avec les neuropsychologues dont l'importance est diversement perçue par les ergothérapeutes. Celui-ci est en relation avec les épreuves de Sève-Ferrieu utilisées pour évaluer les incapacités reliées aux activités intellectuelles. Or les bilans des fonctions mentales supérieures sont du ressort des neuropsychologues. Les ergothérapeutes reprochent à ces professionnels de tarder à évaluer et de pratiquer des évaluations dont les ergothérapeutes ne parviennent pas à mettre les résultats en relation avec la vie quotidienne. Cela conduit les ergothérapeutes à faire des évaluations pour pouvoir effectuer un traitement mais à renoncer à les communiquer ou à en noter les résultats.

« Normalement, on n'a pas à faire les bilans pour tout ce qui est héminégligence. Il nous reste, je crois, le barrage des H. Mais ce n'est pas le plus utile. Mais bon, pour ne pas rentrer en conflit, on évite de faire les bilans. On va juste mettre à l'écrit ce qu'on a observé dans tel exercice de Nicole Sève-Ferrieu. C'est dommage d'ailleurs. » (W1 149)

La collaboration interprofessionnelle est institutionnellement organisée par le biais de rencontres multidisciplinaires. Les décisions quant aux objectifs de traitement ou à la sortie de l'hôpital se prennent lors des réunions d'équipe qui interviennent chaque mois pour chaque usager. Les discussions sont dirigées par le médecin et font l'objet d'un procès-verbal figurant dans les dossiers d'ergothérapie des usagers. Les entrevues formelles ne sont pas suffisantes pour gérer les ajustements auxquels les différents professionnels procèdent durant les mois de présence de l'usager dans le service de rééducation, il y a donc beaucoup d'échanges moins formels entre les professionnels.

« Je suis quand même secondée puisqu'il y a les neuropsychologues qui font aussi des bilans dans leur domaine, il y a les infirmières qui nous donnent des informations importantes par rapport aux AVQ et puis le ou la physiothérapeute qui va faire ses bilans. Et puis, c'est pour ça qu'on a ces colloques d'entrée et d'évolution. Pour nous permettre d'échanger. Ces colloques ne sont pas suffisamment nombreux pour suivre l'évolution de semaine en semaine. Donc, il nous arrive assez souvent au travers d'un couloir, de se dire : "Ah ben tiens, M.

B., où est-ce que tu en es ?" Et on se réajuste par rapport à ça. Donc, le bilan est important, c'est une partie importante. » (U1 28)

La collaboration avec la famille. Les participants collaborent de façon diverse avec la famille des usagers. Tous désirent une collaboration la plus grande possible sachant que la famille proche, c'est-à-dire les conjoints et les enfants sont souvent déterminants pour qu'un retour à domicile soit possible lorsqu'il y a des séquelles. Lorsque la famille existe, ils cherchent à l'informer, à saisir ses besoins et à répondre à ses attentes. Si possible, le contact est direct, mais il peut aussi être téléphonique ou être médiatisé par les infirmières qui rencontrent plus facilement les familles lorsqu'elles viennent rendre visite à leurs parents. Certains des participants ont une démarche active envers les familles et cherchent à l'impliquer et s'engagent dans une relation avec la famille. Le contexte familial est souvent un facteur de complexité dans l'intervention. Ainsi, l'un des participants en collaborant avec la femme de l'utilisateur ajoute à son intervention la prise en compte de la honte ressentie par la famille en raison des troubles du comportement de l'utilisateur. Un autre thérapeute engage la fille de l'utilisatrice à intervenir dans le traitement.

« Sa fille était toute contente de pouvoir assister à la séance. Mais elle a eu une attitude qui était quand même particulière car elle était très à dire : "ah bravo maman! C'est bien, c'est super maman" Donc au niveau du comportement, c'est une attitude qui m'a dérangée. Mais, en même temps, je me disais : mets-toi à sa place! Elle voit sa mère, elle veut l'encourager, elle sait que c'est une femme dynamique et elle la retrouve là. Je lui ai dit : "Ecoutez! Il ne faudrait pas trop dire que c'est bien parce que, dans ce que je lui demande, s'il y a un résultat qui est faux, vous n'allez pas pouvoir lui dire que c'est bien et ça va être plus blessant de ne pas entendre que c'est bien, finalement. » (R1 41)

La collaboration avec la famille est plus rare pour les usagers hospitalisés en soins aigus que pour les usagers en rééducation car les horaires de visite et les horaires de travail des ergothérapeutes ne coïncident pas.

Pour les 12 traitements décrits, et malgré la volonté des ergothérapeutes, un contact important avec la famille n'a pu, au moment de l'entretien, être développé qu'avec deux des conjoints et avec deux des filles des usagers. Les ergothérapeutes sont peu ou pas en contact avec les époux de deux autres usagers. Les conjoints de

deux autres personnes sont hospitalisés, tous deux dépendaient de l'aide de leur proche, désormais lui aussi handicapé. Enfin, trois des femmes et un homme n'ont pas une famille qui leur soit très proche.

La collaboration avec la famille est institutionnellement organisée par le biais de réunions de famille qui servent à discuter avec les familles et à communiquer des décisions d'équipe.

« D'abord, on se voit un quart d'heure en équipe pour discuter, faire le point. On dit de quoi on va parler, dans quel sens on va, et puis ensuite la famille arrive et on présente où on en est et puis c'est aussi au fur et à mesure des questions de la famille qu'on avance. » (V2 35)

1.7 *Les obstacles institutionnels*

Les participants ont fait état de diverses contraintes limitant la qualité de leurs interventions. Ils ont souligné le fait que l'hôpital n'est pas un lieu de vie et que les usagers ne peuvent pas y réaliser leurs habitudes de vie. Ils ont relevé le manque de suivi psychologique des usagers et de leur famille. Ils ont critiqué la division du travail qui les empêche d'intervenir correctement dans les incapacités reliées aux activités intellectuelles. Les participants se sentent également limités par le temps à disposition, par l'organisation médico-sociale et par le modèle biomédical.

Les contraintes organisationnelles. L'hospitalisation dans le service de rééducation peut durer de trois à quatre mois. Ce temps est considéré comme trop court car il ne permet pas d'avoir une réadaptation suffisante. De plus, les suivis ambulatoires comme les suivis à domicile sont, sauf dans de rares cas, jugés quantitativement insuffisants.

« C'est de nouveau une contrainte institutionnelle, c'est-à-dire que le patient, à partir du moment où il peut marcher cela signifie un retour à domicile. Alors qu'en fait, sur le plan du membre supérieur, il aurait encore besoin d'une rééducation et le problème qu'on rencontre, c'est que, une fois qu'ils sont en dehors, nous on n'arrive plus à les voir en ambulatoire. Et puis que même s'ils sont vus en ambulatoire. S'ils sont vus par des ergos de la FSASD², ils peuvent

² Fédération des services d'aide et de soins à domicile

être vus deux fois maximum et c'est rare que ce soit une rééducation motrice et sensitive. C'est éventuellement pour la toilette-habillage, pour des adaptations. » (R1 98)

Pour les usagers qui résident en France et en raison de problèmes liés au financement des prestations, il n'y a pas de suivi à domicile possible et les ergothérapeutes ne peuvent pas effectuer des visites à domicile. Ces usagers disposent donc de moins de supports que les personnes résidant en Suisse. La contrainte temporelle s'applique aussi aux usagers qui ne peuvent pas rentrer chez eux. Les listes d'attente dans les établissements d'hébergement les obligent à quitter le service de rééducation pour un hôpital de transition qui est perçu dans la population genevoise et par certains ergothérapeutes comme un lieu peu propice au maintien des résultats de la rééducation.

« Non, pour la prochaine étape, je crois qu'elle aura une vie correcte. Il n'y a pas de raison. Mais si les concours de circonstances avaient fait qu'on avait pu trouver un EMS³ pour elle. Elle serait partie en EMS, je pense que je n'aurais pas le même sentiment. C'est l'hôpital X qui me pose un problème. » (U2 109)

La limitation temporelle ressentie par les participants concerne également la durée des séances. Celle-ci est de 30 ou 45 minutes par jour et par usager, y compris les trajets s'il faut aller chercher la personne. Or, une partie des usagers est en mesure de se concentrer et de faire des efforts physiques plus longtemps. De plus, multiplier les séances plutôt que la durée de celles-ci limite les choix des activités car l'organisation d'une séance qui demande une préparation matérielle et du rangement devient plus délicate. De même, les rééducations aux activités de la vie quotidienne et les séances à l'extérieur de l'hôpital dépassent les 30 minutes réglementaires.

« Moi j'aime beaucoup aller sur l'extérieur pour faire des repérages dans le quartier, voir si une personne est capable de prendre un ticket de bus, de monter dans le bus, de demander l'arrêt, de descendre à temps et pas au moment où les portes se referment. On ne peut pas le faire en une demi-heure. Donc on prend les patients trois, voire quatre fois par semaine, au lieu de les prendre cinq fois et puis on essaie de donner à chacun la possibilité d'avoir une

³ établissement médicosocial

thérapie un peu plus longue, spécialement s'il y a une visite à domicile, ou un trajet à l'extérieur ou une activité cuisine. » (S2 140)

La plupart de ces critiques sont en rapport avec une organisation de l'hôpital fondée sur le modèle biomédical.

Le modèle biomédical. Deux des participants rapportent les problèmes rencontrés dans la division du travail ou l'absence de considération pour les habitudes de vie ou encore les aspects psychologiques des situations vécues par les usagers au modèle biomédical.

« Ce qui me frustre énormément, c'est ce personnage qu'est le malade, qu'on découpe en tranches, où finalement les neuropsyches s'occupent de la tête, les physios s'occupent des jambes, nous, on est censé s'occuper des bras et puis, chaque fois qu'on a des colloques qui sont censés être pluridisciplinaires, on a l'impression qu'on nous découpe le patient en tranches comme ça, on fait le puzzle.(...) Ce qui me frustre énormément, c'est qu'on ne prend pas la personne en entier, dans son environnement, en connaissant un peu peut-être ses habitudes de vie. Qu'on rééduque sans savoir. » (S1 73)

« Il suffit de faire une visite formelle, pour comprendre qu'il y a un énorme problème de communication. Une visite où il y a 15 blouses blanches qui rentrent dans une chambre et puis qui se mettent autour d'un patient et puis qu'il y en a un qui dit : "Monsieur, montrez-nous comment vous savez lire, vous savez marcher, vous savez parler!" Pour moi, ça, c'est une grosse limite. C'est presque une limite éthique. Je ne souhaiterais pas être ce patient. » (U1 120)

Les autres ergothérapeutes interviewés constatent les limites temporelles et les problèmes de la division du travail, mais ils ne les mettent pas en rapport avec un modèle institutionnel centré sur la maladie auquel ils n'adhéreraient pas.

2. LES RAISONNEMENTS CLINIQUES

Dans le corpus de données, les réflexions portant sur l'évaluation des incapacités reliées à l'accident vasculaire cérébral et sur les effets de ces incapacités dans la vie quotidienne sont très nombreuses. Les descriptions montrant des relations entre des objectifs centrés sur les aptitudes et la réalisation d'exercices sont largement

présentes. Les données comprennent aussi diverses théories personnelles ou appartenant à des modèles de pratique de l'ergothérapie qui mettent en relation l'action du thérapeute avec le fonctionnement corporel. L'ensemble de ces descriptions ou réflexions concernent le raisonnement procédural. Dans les entretiens, cela représente entre un quart et plus de la moitié des passages retenus.

2.1 *Le mode procédural*

La démarche clinique centrée sur la maladie. Les participants lorsqu'ils reçoivent l'usager en traitement savent qu'il souffre des conséquences d'un accident vasculaire cérébral. Leur rôle dans la clinique est d'effectuer une rééducation sensitive et motrice du membre supérieur. Sachant cela, les participants s'engagent dans un processus de collecte de données nommé « bilan », plus ou moins important selon les participants et selon les usagers. Ce processus est toujours conditionné par des connaissances sur les aptitudes potentiellement altérées en cas d'accident vasculaire cérébral. Ainsi, les bilans portent sur les aptitudes reliées aux activités motrices, aux sens et à la perception, et, aux activités intellectuelles parce que la symptomatologie de l'hémiplégie est telle.

« La première période, c'est toujours un bilan, donc au niveau moteur, sensitif, et puis elle avait une paralysie aussi faciale, donc on a fait, dans les exercices déjà, un bilan bucco-linguo-facial et puis au niveau moteur, il y a encore très peu de motricité. Il y a un peu de tonus maintenant qui arrive dans le bras, mais c'est peu. Et puis, au niveau sensibilité, donc on a fait, j'ai fait les bilans standard de sensibilité, piquer, toucher pour un peu évaluer la sensibilité et la motricité. » (V1 13)

Il y a réduction de la complexité de la personne à une problématique centrée sur la maladie. À la suite des bilans ou parallèlement à ceux-ci, l'ergothérapeute définit une procédure de rééducation. Celle-ci est souvent implicite chez les participants mais néanmoins dominante. Elle permet, à l'aide d'une succession d'exercices, d'obtenir une rééducation des incapacités auparavant évaluées. Lorsque cette rééducation ne permet pas de récupérer les aptitudes altérées, les ergothérapeutes cherchent à compenser l'effet des incapacités en proposant des moyens auxiliaires ou des adaptations qui faciliteront la réalisation d'activités telles que manger, se laver ou s'habiller.

« Le moyen auxiliaire que j'ai introduit auprès de Madame, c'est un savon avec une cordelette parce que je trouve que quand on n'a qu'un seul bras valide, c'est le truc idéal pour faire sa toilette sans que le savon se sauve. » (R1 59)

« Par contre, il a une spasticité très, très importante, sur rotateurs internes, adducteurs d'épaule, les pronateurs, fléchisseurs coudes, poignets et doigts. Alors l'intensité, moi je la cote à 2, c'est-à-dire que l'on a un ressaut et qu'on arrive à dépasser effectivement, mais à vitesse très lente V1, donc c'est quand même une spasticité importante qu'on arrive à inhiber sans grande difficulté, mais qui est vraiment bien présente, et qui le gêne pas mal. » (T1 11)

La démarche clinique offerte par l'approche procédurale est linéaire. Elle permet de concevoir l'intervention de manière simple, rigoureuse et logique. Les dossiers des usagers font essentiellement référence à cette démarche. Par contre, dans les récits des participants, cette démarche est toujours associée à une démarche intéressant la personne.

Les progrès comme les résultats s'envisagent largement dans la perspective des aptitudes. Les problématiques de retour à domicile sont grandement considérées en fonction d'incapacités résiduelles dans les activités de toilette, habillage, déplacements et consommation de repas. Les facteurs physiques sont les obstacles les plus fréquemment évoqués pour les retours à domicile.

La reconnaissance d'une configuration. Les ergothérapeutes dans leurs évaluations des aptitudes motrices et sensibles des usagers sont très fréquemment dans des situations de reconnaissance d'une configuration connue. L'interprétation des comportements observés en termes d'incapacités est immédiate et le raisonnement est tacite, le participant ne perçoit pas sa réflexion. L'interprétation est donnée comme une observation. Ainsi, dans l'exemple qui suit, la spasticité paraît observée alors qu'elle est inférée.

C'est dans ces situations extrêmement connues et maîtrisées que l'observation d'une incapacité, son entraînement et la mesure des progrès peuvent se confondre dans le discours des ergothérapeutes.

« Alors, ces temps, je travaille beaucoup au niveau de l'appui du membre supérieur sur une table, au niveau antérieur, parce qu'avant on a beaucoup

travaillé l'appui latéral. Maintenant on travaille au niveau antérieur pour toutes les activités qu'elle pourra faire à une table, et ça maintenant, elle arrive vraiment bien à mettre du poids, et comme elle a un peu de tonus qui arrive dans le bras, elle a les doigts qui ont tendance à se fléchir et qu'elle est très inquiète avec ça. Si elle vient bien charger sur son bras droit, elle voit aussi que ses doigts se détendent et se remettent plat, donc aussi, ça lui redonne confiance en elle. Donc, ça travaille et la régulation du tonus, et la mise en charge. » (V1 31)

La génération d'hypothèses. Lors de l'évaluation des aptitudes reliées aux activités intellectuelles, les ergothérapeutes font fréquemment état des réflexions qu'ils ont menées pour comprendre la situation. Ces réflexions montrent la génération d'hypothèses qui peuvent avoir différentes fonctions. Une des fonctions est de réfléchir aux impacts des incapacités dans les activités pour définir l'importance des altérations des performances (annexe E).

« Il fallait voir à quel point l'héminégligence le handicapait dans sa vie de tous les jours. Bon, c'était vite vu quant aux déplacements, mais maintenant il y avait toute la notion justement des repas où finalement il ne mange vraiment que la moitié du plateau. Il ne peut plus lire, parce que, bien sûr, il n'a que la moitié des phrases. Évidemment ça a une implication de danger. Il se cogne beaucoup ou il rentre dans les gens en fauteuil roulant dans les couloirs. » (S1 9)

La génération d'hypothèses peut aussi permettre d'interpréter un constat pour définir des incapacités (annexe E). Elle peut permettre d'éliminer une hypothèse et de construire une interprétation alternative.

« Il y avait une légère apraxie d'habillage. Elle ne comprenait pas toujours bien les techniques pour enfiler surtout les habits du haut. Ça ne se répercutait pas dans les activités. Donc, c'était plutôt une difficulté d'apprentissage des techniques, plutôt qu'une apraxie d'habillage. Mais ça donnait un petit peu l'impression, parce qu'elle tournait ses habits dans tous les sens. » (V2 12)

Le thérapeute peut aussi s'appuyer sur la collaboration interprofessionnelle pour répondre à ces questions et repousser une hypothèse.

« Son problème visuel le gêne. Au début, moi je croyais qu'il avait quand même un problème plus gênant par rapport à un modèle. Il s'est avéré que c'est plus un problème de profondeur. Il ne voit pas. Donc c'est pour ça au début que j'ai eu un doute et puis j'avais demandé au médecin. Parce que, du coup, il n'arrivait pas du tout à suivre un modèle. Alors j'avais des doutes par rapport à l'apraxie. Et puis j'ai tout de suite téléphoné au médecin, juste pour savoir en fait. Et il me disait que c'était un manque de profondeur. » (W2 42)

Les propositions thérapeutiques. Le raisonnement procédural permet d'émettre diverses propositions qui mettent en relation des incapacités et des activités thérapeutiques. Ainsi, des constats effectués dans le cadre d'observations cliniques mènent à la définition d'activités thérapeutiques particulières (annexe F).

« Mais c'est vrai qu'au niveau du membre supérieur, pour l'instant il n'y a rien qui bouge. Là, j'ai fait une attelle d'alignement pour en tout cas éviter qu'il y ait des déformations et éviter qu'il y ait une algo. Par rapport à cette main, je fais toute une mobilisation passive et une rééducation sensitive : donner des informations. Et là, de nouveau, je confirme entre ce que je lui demande et ce qu'elle me répond, là il y a une modification par rapport à la semaine passée. Là, aujourd'hui c'était une bonne séance. Je trouvais qu'il y avait de l'avant au niveau sensitif en tout cas. » (R1 39)

Ces propositions permettent d'ajuster les exercices centrés sur les incapacités à des besoins spécifiques. Elles établissent ainsi un lien entre un exercice centré sur une incapacité et un élément de la vie quotidienne qui est intelligible par l'utilisateur (annexe F).

« On travaille la préhension globale ou les préhensions plus fines en fonction de ce qu'elle essaie d'utiliser dans la vie de tous les jours : tenir ses pots de crème, des petites choses comme ça. J'essaie toujours de prendre des objets environnants car ce n'est pas évident d'aller récupérer les pots. Elle essaie de me décrire l'objet à peu près, et moi j'essaie d'adapter, de prendre un objet ressemblant. Ça peut être des cylindres de bois, des choses comme ça. Cela fait intervenir la même préhension. Donc juste des pots vides qu'on peut juste prendre, c'est les pots de pâtes de rééducation. On peut les lui faire ouvrir, les tenir. » (W1 69)

Le raisonnement procédural permet d'émettre des propositions portant sur le pronostic pour la vie quotidienne future compte tenu des incapacités (annexe F).

« Je ne vois pas un membre supérieur fonctionnel parce que je pense que c'est un monsieur très spastique. Au niveau de la marche, je me dis que si tout va bien, c'est quelqu'un qui pourra accéder à..., peut-être quelques pas en intérieur, mais je pense... Enfin moi je le vois en fauteuil roulant, au moins pour les longues distances. Je l'imagine un petit peu comme ça avec un encadrement à domicile au retour. » (T1 69)

Les théories du fonctionnement corporel. Le raisonnement procédural conduit les participants à produire de nombreuses théories du fonctionnement corporel. Elles concernent les relations entre les aptitudes motrices, les aptitudes reliées aux sens et les aptitudes reliées aux activités intellectuelles. Elles concernent les principes à mettre en oeuvre dans la thérapie en relation avec diverses aptitudes. Les conceptions émises par les participants s'appuient parfois explicitement sur des modèles de pratiques en ergothérapie acquis dans des cours. Elles peuvent aussi être issues de l'expérience du participant. Par contre, les participants ne se réfèrent jamais à la littérature professionnelle.

L'action de la sensibilité sur la motricité

« Autrement, au niveau de la sensibilité, là, elle récupère très bien. Donc c'est aussi un but, d'améliorer encore ça, parce que, si elle récupère vraiment bien la sensibilité, elle a des risques que, au niveau moteur, ça déclenche quelque chose mais c'est plus facile, si la sensibilité est bonne, pour après aller au niveau moteur. Si en plus la sensibilité n'est pas bonne, au niveau fonctionnel, si elle arrive à récupérer quelque chose, si la sensibilité n'est pas bonne au niveau fonctionnel, ça n'ira pas. Donc on travaille sur ces deux tableaux. » (V1 25)

L'action de la verbalisation sur la prise de conscience

« Je pense que chez un hémiplégique qui a des troubles sensitifs ou dieu sait quoi, je pense que la verbalisation du thérapeute du problème est terriblement importante, parce qu'elle doit venir compléter le vécu de la personne. Je pense qu'on peut le sensibiliser au fait qu'il a des troubles de sensibilité, qu'il peut se

blessé, lui donner des situations précises ou bien verbaliser tout ce qui peut se passer, je crois que c'est très important pour la prise de conscience. Et puis c'est partie de son corps. Je veux dire qu'une fois de plus, quand on touche un bras qui n'a pas de sensibilité, on doit forcer le patient à regarder ce bras, à lui-même venir le toucher. Je pense qu'il y a toute une démarche qu'on doit faire. Je pense qu'on ne peut pas laisser le patient tirer des déductions par lui-même. Le vécu corporel n'est pas suffisant, il est important, mais il n'est pas suffisant. » (S2 94)

Le raisonnement procédural est impliqué dans le discours des participants chaque fois qu'il est question d'une démarche centrée sur la maladie dans laquelle les participants réfléchissent aux relations qui unissent les conséquences de l'accident vasculaire cérébral à des activités rééducatives et à leurs effets. Ces récits comportent aussi des réflexions permettant de comprendre ce que vivent les usagers.

2.2 *Le mode narratif*

Le raisonnement narratif permet, par le recours à des histoires de saisir en termes phénoménologiques l'expérience de la maladie. Il permet, par la création d'une représentation imagée de l'usager dans le futur, de trouver des activités de traitement qui aient du sens pour lui. Les discours des ergothérapeutes recueillis dans les douze entretiens menés ressemblent à douze récits de thérapie qui, au-delà de l'affection neurologique centrale et de ses effets sur les aptitudes, montrent comment chaque ergothérapeute s'est engagé dans une relation humaine avec deux personnes atteintes dans leurs habitudes de vie, dans leur ressenti, dans ce qu'elles sont en tant que personnes. Les participants racontent sur un mode narratif leurs interventions autant qu'ils exposent des cas. Les récits montrent les incertitudes des thérapeutes quant à l'avenir des usagers. Ils montrent comment les thérapeutes saisissent les opportunités offertes par les usagers pour agir et donner sens à l'intervention. Ils montrent la combinaison des éléments portant sur la rééducation et sur l'accompagnement psychologique.

« Mon travail, c'est un tissage en fait. Je travaille en rééducation fonctionnelle, mais je suis thérapeute. Et je crois que mon travail commence quand les deux aspects se croisent puisque M. E, par rapport au premier incident vasculaire, on peut déjà pressentir qu'il aura des séquelles assez importantes, notamment au

niveau de son bras. Donc, il ne s'agit pas de pousser Monsieur très fort, parce que c'est un monsieur qui est motivé, mais tranquillement rentrer l'aspect psychologique parce que, tranquillement, il va falloir travailler l'accompagnement face à l'acceptation de ce handicap. Donc, les choses évoluent au fur et à mesure des séances. Je n'ai obtenu de sa part de rire, que la semaine dernière. » (U1 11)

Les réflexions discursives qui témoignent de la manière qu'ont les ergothérapeutes d'interagir avec les usagers sur un plan humain et de réfléchir à leurs conditions d'existence s'enchevêtrent fréquemment. De plus, elles sont également souvent en rapport avec les valeurs des ergothérapeutes. Ainsi, les raisonnements interactifs, conditionnels et éthiques sont envisagés comme relevant d'un même mode narratif parce que leur fonction est toujours de comprendre ce que vit la personne autant que de donner sens à ce qui se passe en thérapie. Les unités textuelles codées sous « mode narratif » sont aussi nombreuses dans le corpus de données que les unités textuelles codées sous « raisonnements procéduraux ».

Les raisonnements interactifs. Les participants font souvent état des interactions qu'ils ont eu avec les usagers. Ces interactions visent à créer et maintenir une relation de confiance, à engager l'utilisateur dans une action, à s'ajuster dans les séances aux demandes de l'utilisateur, à expliquer la maladie ou l'intervention et à montrer des progrès. Ces interactions peuvent être verbales.

« Si on passe à travers un jeu par exemple, il y a des gens qui me disent : Vos histoires de solitaire et tout, moi je n'aime pas les jeux. Je dis : OK. Vous faites bien de me le dire. Moi je ne vais pas vous faire jouer, si vous n'aimez pas jouer. » (S2 123)

Les interactions peuvent aussi être des gestes, des attitudes, des mimiques, des intonations particulières. Lorsque l'utilisateur éprouve de grandes difficultés de langage, ces interactions non verbales sont le seul moyen de communication.

« Alors elle et sa façon de dire... Quand elle appréciait la séance, elle me serrait la main ou elle me souriait, ou quand elle n'était pas contente, elle le disait avec un « oui, oui » avec un ton différent. Et puis quand elle avait mal aussi, elle plissait les yeux. J'arrivais quand même à lire des choses. Et puis quand elle

*était très fatiguée, on le voyait aussi : les paupières lourdes, la tête qui est... »
(U2 57)*

Très fréquemment l'interaction procède de l'ajustement de l'action du thérapeute. Les séances ou les exercices sont adaptés à la fois aux désirs exprimés par l'usager et à la perception que l'ergothérapeute a de son état momentané.

« La dernière fois, elles l'avaient installé couché sur le dos. Et pour lui, c'est extrêmement difficile. Par rapport à la vidange intestinale, c'est plus facile quand il est sur le côté. C'est clair qu'un des exercices d'ergo, c'était tout simplement de faire un retournement sur le côté. Ça a donné l'occasion d'un exercice, et en même temps d'une installation pour que lui soit plus confortable. » (T1 58)

La démarche interactive de l'ergothérapeute n'est jamais irréfléchie bien qu'elle semble parfaitement naturelle aux participants. Ils en parlent comme de quelque chose d'intuitif. Cette démarche met toujours en relation des éléments perçus par l'ergothérapeute dans la situation qui peuvent être l'attitude ou le discours ou la demande de la personne, ou encore des informations rapportées par les infirmières ou la famille. À ces aspects très explicites s'ajoute souvent un processus d'attribution de difficultés ou d'émotions à l'usager. L'ergothérapeute se met à la place de la personne pour la comprendre et agit en fonction de ce qu'il imagine être bon pour l'usager. Certains des participants sont très conscients des limites de cette démarche d'attribution.

« Je suis beaucoup à l'intuition et au feeling. c'est quelque chose que je ne peux pas expliquer. (...) Je n'ai pas l'impression que c'est quelque chose qui peut être reconnu, qui peut être homologué, mais pourtant c'est ma manière de fonctionner et je vois du bénéfice, je n'ai pas l'impression de me planter, je n'ai pas l'impression que je suis à côté de la plaque. Le feed-back que j'ai me reconforte dans l'attitude que j'ai avec mes patients, mais en même temps, c'est vrai que c'est quand même beaucoup sur ce que je ressens des gens ou ce qui se passe dans la séance. » (R1 21)

Dans leurs interactions, il arrive que les thérapeutes sortent passablement du cadre considéré comme légitime ou valorisé dans une approche biomédicale. Ils vont

saluer les usagers lorsqu'ils quittent la clinique. Ils s'enquière de leur week-end en famille. Ils échangent des propos qui n'ont rien à voir avec le traitement, par exemple le mariage du fils de l'usagère ou les vacances de l'ergothérapeute. Ils composent avec des émotions ou des traits de personnalité comme la pudeur d'une femme face à un thérapeute masculin. Ils recourent à l'humour pour dédramatiser les situations.

« J'aimerais que ce bras soit réintégré dans son corps. (...) Ce bras est sous la table, caché, et ce n'est qu'en thérapie où on remet le bras, on le travaille. Monsieur m'a demandé aujourd'hui si je pouvais lui couper le bras. Ca, c'est aussi assez typique. Alors moi je fais souvent ça, quand je connais le patient, on a une scie avec un cache, alors je lui remets la scie et je dis : "Je vous la laisse si vous voulez!" Et puis bon, c'est pour montrer que, oui, on peut aller peut-être jusqu'au bout et puis je dis : "C'est dommage, parce que moi, je m'amusais bien avec votre bras! C'était mon travail, votre bras!". Il y a encore un long cheminement à faire par rapport à ça. » (U1 46)

Les raisonnements conditionnels. Les réflexions des ergothérapeutes considérées comme des raisonnements conditionnels sont celles qui portent sur la condition humaine dans laquelle se trouve la personne. Cette condition peut être celle de l'hospitalisation, mais aussi celle du passé ou du futur. Ainsi, le raisonnement conditionnel est présent lorsque les thérapeutes évoquent les habitudes de vie et leur transformation. Il est présent, comme dans l'exemple ci-dessous lorsque le thérapeute imagine le futur pour organiser l'intervention présente.

« 84 ans. Il y a un sacré enjeu, compte tenu de son âge, c'est une dame qui vit seule. Il est évident que si elle n'est pas indépendante, elle ne va pas pouvoir rentrer chez elle. Cela fait que moi je veux que cette dame rentre chez elle, parce que je sens que c'est une dame qui avait son petit train-train, ses petites habitudes, qui était justement très indépendante, qui allait voir d'autres gens, enfin qui avait tout un réseau. Cette dame, elle doit pouvoir refonctionner. Moi, j'aimerais qu'elle rentre de nouveau chez elle et par rapport à cet objectif-là ou à cette finalité, moi je suis en train de voir quelles sont les priorités. La toilette-habillage, je sais que si elle n'y arrive pas, elle aura toujours la possibilité d'avoir une aide à domicile. Par contre, il faut que je puisse évaluer si elle a la capacité de rester chez elle et sans se mettre en danger. Donc, c'est ça que je vais

mettre comme objectif. C'est pour ça que je travaille au niveau de la compréhension. » (R1 28)

Ce raisonnement n'est pas seulement un ensemble de réflexions personnelles que se fait l'ergothérapeute, il peut être partagé avec l'usager ou avec sa famille. Dans ce cas, il est associé à un raisonnement interactif.

« Avant, je pense qu'il allait voir régulièrement une personne et puis, visiblement, cette relation s'est coupée pendant son hospitalisation et il ressent, je pense, le besoin maintenant d'être un peu moins isolé. (...) On a eu une séance de discussion où il a eu besoin de réassurance par rapport à son retour à domicile, en disant : Comment je vais occuper mes journées maintenant ? Mais je pense que c'était plus lié à la fin de sa relation qu'à un problème propre d'accident vasculaire. Je pense que c'est quelqu'un qui avait pris l'habitude de passer ses après-midi avec une personne et de faire des choses ensemble. (...) Et c'est quelque chose qu'on (avec l'assistante sociale) a pris en compte. On a eu des contacts avec différents clubs des aînés. Il a une adresse, une personne à aller voir à sa sortie, pour ouvrir sur d'autres choses. » (T2 57-63)

Les raisonnements éthiques. Les ergothérapeutes rencontrés, en dehors de la réalisation des rééducations permises par leurs connaissances de la maladie et des techniques de traitement, travaillent avec leur personne. Ils investissent dans la relation leurs valeurs professionnelles et leurs valeurs personnelles. Ils définissent leurs interventions et émettent des opinions à partir de ces valeurs. Elles les conduisent à porter des jugements et à construire des attentes à l'égard des professionnels, parfois de la famille, et de formuler des critiques au système médico-social ou à la clinique. Ainsi, leurs valeurs les conduisent à penser que les suivis psychologiques sont insuffisants et que la vision biomédicale de l'hôpital est défavorable à l'usager. Leurs valeurs peuvent les mettre en conflit avec des collaborateurs. L'un des participants est ainsi en situation de conflit avec le médecin. La nécessité de l'annonce des séquelles à l'usagère le met dans une situation de dilemme éthique car pour lui il faut en parler rapidement, et ensuite prendre le temps de l'aider à s'ajuster. Dans sa conception, retarder l'annonce augmente le risque de dépression au retour à domicile.

« C'était le médecin qui l'a emporté. J'en ai parlé, j'en ai discuté vu que, pour moi, c'était une gêne pour avancer dans la thérapie, mais c'est le médecin qui a

préféré ne pas trop l'aborder (annoncer les séquelles) pour l'instant en tout cas. » (W1 119)

Les attentes les plus importantes que les participants expriment concernent la rééducation elle-même. Ils lui accordent un très grand rôle pour le bien de l'utilisateur. Cela les conduit à produire des interventions orientées vers la rééducation des fonctions sensitives et motrices quand bien même les résultats ne sont pas toujours présents.

« Les patients de toute façon peuvent rentrer chez eux, souvent ils peuvent marcher, donc ils sont contents. Au niveau de la main, moi je trouve qu'on en a quand même beaucoup qui peuvent utiliser leur main comme appui, comme retenue, mais il n'y en a pas beaucoup qui arrivent à utiliser leur main. Donc c'est vrai qu'il y a une limite à ce niveau-là. Mais moi je me dis : "tant qu'on peut faire vivre cette main", je trouve que ça vaut la peine de le faire, dans le sens où combien de patients qui sont hémiplésiques, ils prennent leur main, ils la prennent avec méchanceté, rancune. (...) Enfin je veux dire qu'ils n'ont pas de respect et je pense qu'ils n'ont pas de respect parce qu'elle n'est plus fonctionnelle, donc je me dis que si on continue à considérer cette main et à faire un traitement, je trouve qu'il y a une autre considération qui peut venir et, du coup, peut-être qu'il y a quelque chose qui peut encore évoluer. » (R1 100)

La forte valeur accordée à la rééducation les conduit aussi à estimer que les suivis à domicile ou dans un autre hôpital sont insuffisants. Elle les amène aussi à être exigeants à l'égard d'eux-mêmes comme thérapeute.

« C'est toujours cette appréhension : "mince, est-ce que... ?" Si ç'avait été un thérapeute expérimenté, il aurait vu tout autre chose, enfin il aurait vu beaucoup plus, ça aurait été plus vite, la récupération que moi » (V1 93)

Les participants ont parfois des attentes normatives à l'égard de la famille. Cette famille, si elle existe devrait soutenir l'utilisateur durant son hospitalisation.

« On a eu, je trouve, très peu de feed-back de la famille. Est-ce que c'est la façon dont ils vivaient ça ? Est-ce que c'est les relations qu'ils avaient avec leur maman ? Il y a eu une fille présente, mais qui était une handicapée mentale.

Alors on avait peu d'échanges. J'espère qu'ils auront la possibilité d'être encouragés, pour ne pas laisser leur maman dans le placard. » (U2 26)

Ils n'ont par contre pas d'attente quant à la motivation ou à la collaboration de l'utilisateur. C'est eux, comme thérapeutes qui doivent s'ajuster de telle sorte que l'utilisateur puisse investir ce qu'il est dans le traitement.

« Il y a d'autres patients où on sent que c'est des battants et qu'ils donnent le maximum d'eux. Alors eux, je les préviens toujours qu'il y a quand même qu'il n'y a pas que leur volonté qui va faire qu'il va y avoir évolution ou pas. Il y a aussi un moment donné où ça va stagner, où ça va s'arrêter. Mais les patients pas motivés, c'est à la limite les patients anosognosiques mais ça n'est pas de leur faute s'ils ne sont pas motivés. Sinon, des patients pas motivés, je n'ai pas l'impression que j'en ai vus. » (R1 110)

2.3 *Le mode pragmatique*

Le raisonnement pragmatique permet aux ergothérapeutes de trouver leur rôle d'ergothérapeute parmi les autres rôles professionnels qui sont institutionnellement définis. Il intervient dans quatre contextes : l'environnement physique, la division du travail, la réglementation et l'organisation du temps.

Les participants s'arrangent avec les caractéristiques environnementales et matérielles de la clinique d'une manière complètement tacite. Quelques passages des entretiens font référence à un environnement peu adéquat auquel il faut s'accommoder, par exemple les installations pour se laver ou les chambres à six lits du service d'hospitalisation. Dans ces situations, l'ergothérapeute renonce à une activité ou l'ajuste à l'environnement.

La division du travail et le rôle restreint des ergothérapeutes ne sont pas considérés comme satisfaisants. Les ergothérapeutes montrent comment ils s'organisent pour le cas échéant sortir de ce rôle ou au contraire ajuster leur activité thérapeutique à cette règle. Cela intervient essentiellement dans le contexte de l'évaluation et de la rééducation des aptitudes liées aux activités intellectuelles.

« Et puis au niveau du bras gauche, vu qu'elle était droitière à la base et que maintenant elle n'a plus que la main gauche, j'exerce tout ce qui est dextérité

avec le membre supérieur gauche, on fait du prégraphisme, on fait des constructions où il faut visser, dévisser pour qu'elle développe cette main gauche. Tout ce qui est vraiment de l'écriture et tout ça, je ne fais pas trop avec, parce que c'est bête mais ça ne passerait pas très bien au niveau neuropsychologie et logo, parce que c'est plutôt leur domaine, mais tout ce qui est dextérité, ça, c'est moi qui fais. » (V1 26)

Les participants peuvent aussi négocier avec les autres professionnels. Ainsi les décisions des rencontres multidisciplinaires sont aussi des décisions pragmatiques permettant de régler des différends.

« Au niveau des soins, il y a des impératifs qu'elles ont et dont nous, on a moins conscience. Ça, c'est évident. Donc après, il faut mettre les impératifs de tout le monde ensemble, trouver un consensus qui soit le meilleur possible. C'est le travail d'équipe (rires). » (T1 140)

Les participants réfléchissent également pragmatiquement lorsqu'ils sont confrontés aux limitations auxquelles leurs usagers résidant en France sont soumis. Dans ces conditions, ils organisent leur compréhension du domicile à partir de ce que l'utilisateur raconte ou même dessine.

Cependant, la principale contrainte à laquelle les ergothérapeutes font référence est celle du temps. Elle les oblige à réfléchir à l'organisation de leur temps de travail de sorte que presque toutes les tâches puissent être accomplies. Cette organisation nécessite une manipulation des horaires de thérapie et des choix.

« Alors là, on privilégie un patient par semaine. Par exemple, on dit : Voilà, je le prends à 11 h.00. voire même des fois à 11 h.30 et puis la pause de midi, vous la passez avec lui. Si c'est des patients très difficiles, on estime que c'est de la thérapie. » (S2 135)

Le moyen utilisé fréquemment pour gagner du temps est de faire deux choses simultanément. Un participant dit évaluer et rééduquer simultanément pour gagner du temps. Plusieurs d'entre eux prévoient une activité ou réfléchissent à une situation en effectuant une autre tâche plus simple.

« En général, comme on n'a pas beaucoup de temps, c'est pendant que je range les affaires du patient d'avant que je réfléchis à ce que je vais lui faire faire. » (V2 131)

Les raisonnements procéduraux, interactifs, conditionnels, éthiques et pragmatiques identifiés dans les verbatims des entretiens menés sont souvent simultanément présents dans le même passage. Par exemple, l'analyse d'un passage dans lequel l'ergothérapeute fait état d'une discussion avec un usager portant sur son retour à domicile, montre qu'il réfléchit à la condition de vie de la personne, qu'il s'ajuste dans l'interaction, et qu'il cherche à montrer que le retour à domicile n'est pas la bonne solution, ce qui s'appuie sur ses valeurs. Ainsi, les raisonnements conditionnels, interactifs et éthiques sont mobilisés conjointement. Pareillement, il est très fréquent que le raisonnement interactif soit associé au raisonnement procédural dans les entretiens car l'ergothérapeute décrit simultanément son ajustement de la séance de traitement aux capacités de l'usager et la manière dont il le lui a expliqué.

3. L'INFLUENCE DE L'EXPÉRIENCE

Les six participants ont été divisés en deux groupes pour cette analyse. Trois des ergothérapeutes ont une expérience professionnelle d'ergothérapeute diplômé inférieure à deux ans. Ils constituent le groupe des débutants. Trois autres ont une expérience professionnelle supérieure à cinq ans. Ils constituent le groupe des experts. Les trois experts ont suivi des formations complémentaires dans divers domaines de l'ergothérapie. Enfin, l'un des débutant dispose d'une formation antérieure et a travaillé dans le domaine de la communication. Deux des experts et un des débutants ont effectué leur formation en Suisse. Deux des participants ont suivi leur formation en France et un, en Belgique.

L'analyse de l'expérience a consisté à comparer les contenus des six récits de chaque groupe afin de mettre en évidence leurs différences et leurs similitudes. Les usagers présentés par les six ergothérapeutes sont très différents. Les personnes suivies par les experts ne sont pas plus gravement atteintes que les personnes suivies par les débutants. Elles ne souffrent pas davantage de troubles associés.

Les éléments des récits qui ont pu être dégagés et soumis à l'analyse sont les suivants : la démarche clinique qui comprend la démarche d'évaluation et l'effort

d'organisation de l'intervention; la reconnaissance des situations, la maîtrise des moyens de traitement qui comprend les moyens techniques et des moyens relationnels.

3.1 *La démarche clinique*

L'ensemble de la démarche clinique est généralement plus méthodique chez les débutants que chez les experts. Les récits des experts donnent toujours une vision globale et cohérente de l'usager et de l'intervention. Cette cohérence se traduit aussi par un sentiment de clarté.

« Il me semble que, dans ma tête, les choses sont très claires. Il me semble que mes thérapies, pour moi, sont claires. » (S2 110)

La démarche d'évaluation. La démarche suivie est plus rigoureuse chez les débutants que chez les experts. Ceux-ci indiquent plus clairement que les experts le fait que le début de l'intervention consiste à évaluer les aptitudes des usagers. Ils évaluent plus fréquemment les aptitudes liées à la motricité et au sens que les experts à l'aide d'instruments formalisés. Ils justifient leur attitude dans la réalisation des bilans en relation avec la nécessité d'objectiver les aptitudes et les progrès. Ces évaluations sont faites pour eux afin de définir la suite de l'intervention, mais aussi pour l'usager afin de lui montrer son état.

« Le bilan, ça m'oriente donc sur : Qu'est-ce qu'on va pouvoir travailler ? Et puis, où est-ce qu'on en est aussi, parce que s'il y a des progrès, je pense que c'est très important de le souligner au patient. Puis, par contre, si on reste sur le statu quo, il faut aussi l'aborder avec le patient, ne pas lui dire : "Oui, ça va mieux, ça va mieux, ça va mieux..." Et puis souvent, ils ont besoin de savoir pratiquement : "Qu'est-ce qui va mieux ? Et puis comment est-ce que vous avez mesuré que ça va mieux ? " ». (U1 58)

Les experts gèrent leurs évaluations à travers l'observation des situations d'intervention. Dans le cas des aptitudes liées à la motricité et aux sens, ils n'éprouvent pas le besoin d'objectiver leurs observations cliniques.

« Quand il était au Cantonal, il a eu tout ce qui était bilans de sensibilité et je pense sur l'aspect moteur. Moi, je n'en ai pas refait pour l'instant. Ce n'est pas

ma priorité, parce que, concrètement, Je vois très bien comment il utilise ce bras, je vois comment il utilise cette main, je vois ce qu'il arrive à obtenir, ce qu'on arrive à faire évoluer. Je l'ai en tête. Donc, pour l'instant, je ne vais pas prendre le temps de faire un bilan qui prend plus de temps et puis qui servira à objectiver là où on en est, mais pour l'instant, je n'ai pas besoin de savoir là où on en est, parce que je sais où on en est (rire). » (R2 32)

Les experts recourent cependant à des épreuves d'évaluation, lorsqu'ils ne parviennent pas à interpréter les comportements des usagers qu'ils observent, c'est le cas lorsqu'il y a des incapacités liées aux aptitudes intellectuelles. L'observation seule ne leur permet par exemple pas de distinguer un trouble du schéma corporel d'un trouble de la perception de l'espace. L'expert qui exerce auprès des cas aigus effectue également une démarche plutôt méthodique avec un nombre important de bilans tout en choisissant pourtant de ne pas se limiter à cela, même lorsque les durées de séjours des usagers sont très courtes.

L'expérience est associée autant pour les experts que pour les débutants à la sûreté dans les décisions concernant les bilans à effectuer. Les experts sont ainsi émotionnellement plus à l'aise dans leur démarche.

« On sait mieux quoi évaluer, pourquoi l'évaluer et quoi faire avec ces résultats, je pense. Et on cible mieux, oui. (...) On risque toujours de louper quelque chose (rires) dans la vie. Moi je pense qu'ici le problème se pose de manière très simple : on peut effectivement louper quelque chose, je ne pense pas qu'on louperait des choses importantes, ou alors, on peut faire trois semaines de bilan et louper sa rééducation (rires). Après, c'est toujours le doux compromis. » (T2 41-44)

« Mais il y a des millions de bilans, mais après il faut choisir lesquels on fait. C'est ça, c'est toujours la même chose, c'est de cibler au mieux ce qu'il faut faire et puis de ne pas passer à côté. Il faut absolument qu'elle récupère, il faut que je repasse à quelqu'un d'autre qui ait plus d'expérience, mais ça, je pense que ça prendra encore des années. » (V1 95)

L'expertise permet aussi à une des participantes de suspecter puis de confirmer que les incapacités motrices et sensitives de la main de l'utilisateur ne sont pas dues à l'accident vasculaire cérébral.

L'effort d'organisation de l'intervention. Un second élément qui distingue les experts des débutants est l'effort d'organisation qui est bien moindre chez les experts. Cela leur permet de gagner du temps. Cet effort d'organisation se traduit chez une partie des débutants par la nécessité d'examiner attentivement la situation, de réfléchir aux options possibles pour leurs actions et de rédiger des éléments de planification de leur travail pour ne pas être débordés dans leurs actions.

« Au début, je me rappelle que la toute première année où j'ai commencé à travailler, j'écrivais mon bilan d'une manière hyperrigoureuse. J'écrivais ma conclusion de bilan, j'écrivais mes objectifs, mes conditions d'exercice. Enfin je veux dire que j'étais obligée de me poser un moment pour définir vraiment ce que je voulais faire, comment je voulais le faire, etc. Et au fur et à mesure, j'ai eu moins besoin de faire ça. Enfin moins besoin d'un temps de réflexion pour me dire : Voilà, face à telle incapacité, je vais proposer tel ou tel exercice; par rapport à tel cadre environnemental, je vais plutôt axer, faire ça ou faire ça. Je trouve que ça vient plus vite. Ça ne me demande pas le même effort qu'au début, c'est évident. » (T2 39)

Les débutants manquent de temps pour effectuer toutes les tâches qui leur sont imparties.

« Pour l'instant ça va bien, parce que, justement, il n'y a pas toutes ces choses annexes qu'il faut faire ou tout ce qui est moyens auxiliaires qu'il faut voir avec la patiente, donc on peut vraiment se concentrer sur le traitement. » (V1 74)

Les experts perçoivent la gestion de leurs interventions comme un processus « automatique » ou « intuitif ». Ils font volontiers référence à une perception visuelle ou imagée de la situation. Ils « voient » ce qu'il faut faire plutôt qu'ils n'y réfléchissent. Pour les experts, la progression de leur intervention associe la démarche d'évaluation à la démarche de traitement en s'appuyant sur les opportunités. Ainsi le traitement et les évaluations sont confondus et il y a « rééducation-évaluation » simultanée.

« C'est souvent intuitif par rapport à ce que j'ai vu dans la séance précédente. C'est-à-dire que je me dis : Bon effectivement cette dame - reprenons le cas de cette dame - je la vois la première fois, je vous ai dit que j'aimais bien faire d'abord des bilans un peu écologiques, du style faire un paquet ou des choses comme ça, parce que je trouve qu'on voit déjà beaucoup. Et puis je me dis : Tiens, là, il y a quelque chose qui ne joue pas ! Donc je me dis : La fois d'après, je vais essayer de confirmer ce truc qui ne joue pas. Et puis après, je fais un exercice, et puis je m'aperçois que ça répond, ou bien qu'il y a quelque chose qui est encore plus compliqué ou plus complexe que ce que j'avais vu. Et puis au fond, oui, c'est déduit de la séance précédente, ou bien je me dis : Je n'ai pas encore évalué ça, ou bien : ça, ça me fait penser, j'ai vu qu'elle ne suivait pas du regard ce qu'elle faisait, donc je pourrais lui faire faire un exercice de suivi du regard. Mais je pense que c'est ce que je suis en train de vivre dans la séance présente qui me fait penser à la direction dans laquelle je vais aller dans la séance d'après. » (S2 99)

Cette démarche n'est pas aléatoire, elle s'inscrit dans un projet global de réadaptation orienté vers les habitudes de vie, lequel émerge des récits des experts. Les experts et l'un des débutants rapportent davantage d'éléments sur les habitudes de vie que les deux autres débutants pour autant que les usagers puissent communiquer ou que leur famille soit présente.

3.2 La reconnaissance des situations

Les experts s'appuient dans leurs interventions sur les connaissances acquises grâce à leur expérience professionnelle. Ils y associent des savoirs acquis dans leur formation ou dans la formation continue. Face à une situation, ils comparent ce qu'ils constatent à des situations similaires vécues antérieurement. Cela permet de prévoir l'intervention ou de donner un pronostic.

« J'avais une dame - qui était plus jeune - mais qui avait exactement le même genre de déficit et puis c'est vrai que, dans les choses de la vie quotidienne, on avait beaucoup travaillé sur l'automatisme. (...). On a travaillé trois mois sur l'enfilage du t-shirt, parce qu'elle n'arrivait pas. Donc je pense qu'avec cette dame, je vais aussi, pour des choses très pratiques, au niveau nourriture, au

niveau peut-être brossage de dents, des choses comme ça, on va essayer d'acquérir un automatisme. » (S2 28-30)

Les experts sont ainsi en mesure de se baser sur leur expérience pour agir. Ils légitiment également leurs actions en référence à cette expérience. À cet égard, l'un des débutants se comporte comme un expert.

« Mais il a un bras qui reste algique et très spastique et pour le moment. On a une récupération au niveau de l'épaule et c'est tout. Donc, bien sûr qu'on continue, mais ça c'est un peu mon expérience, on s'éloigne maintenant de l'accident vasculaire et il n'y a pas eu beaucoup d'évolution dans la mobilité de ce bras. » (U1 44)

Les deux autres débutants ne disposent pas de cette possibilité de comparaison et font moins, ou pas référence à leur expérience.

« Je n'ai pas beaucoup de recul par rapport à ça (au placement) et on n'a pas beaucoup de retours non plus de comment ça se passe après. J'ai moins d'expérience là-dedans. Par rapport à un retour à domicile, peut-être plus, par rapport aux dangers qu'il pourrait y avoir, comme les tapis qui ne sont pas bien fixés, ou des choses comme ça. » (V2 110)

Remarquons que les experts ne sont pas toujours dans les situations d'expertise, ils peuvent aussi se trouver dans des situations nouvelles pour eux, auxquelles ils doivent s'ajuster.

« Enfin j'étais en train de me dire : Est-ce que j'ai bien vu ? Est-ce qu'elle a vraiment des problèmes praxiques, cette dame ? Et c'est là que je me suis dit : C'est vrai que quand elle ne travaille qu'avec une seule des deux mains, c'est une catastrophe, alors qu'il y a des choses, quand on les lui fait faire à deux mains, c'est très performant. (...) Ça m'interpelle par rapport à d'autres patients apraxiques que j'ai eus. Est-ce que je suis passée à côté de quelque chose, ou bien est-ce que c'est vraiment cette dame qui, dans des situations où elle doit utiliser ses deux mains, ne montre pas de problème praxique ? » (S2 102-104)

3.3 *La maîtrise des moyens de traitement*

La maîtrise des moyens de traitement comporte des aspects techniques et des aspects relationnels.

La maîtrise des moyens techniques. Les experts ont davantage de compétences techniques que les débutants. Ils ont suivi divers cours. Ces cours sont utilisés dans leurs interventions en association avec leur expérience. En rapport avec cette maîtrise technique, les experts se montrent critiques envers l'absence de reconnaissance par l'institution de la nécessité qu'ils abordent les incapacités liées aux activités intellectuelles. Pour l'ergothérapeute travaillant avec les usagers en phase aiguë, c'est le positionnement des usagers dans leur lit qui est critiqué à partir de la position d'expert.

Les débutants avouent moins bien comprendre certains concepts. Ils prennent du temps à les intégrer.

« Le bilan prend beaucoup de temps. J'ai essayé de l'appliquer pour ne pas perdre le bénéfice du cours. J'avais un patient héminégligent, mais ce patient est sorti et je n'ai pas pu refaire le bilan malheureusement. » (W1 143)

Ils s'appuient sur des demandes de collaboration aux autres ergothérapeutes ou aux autres professionnels de la clinique. Cette collaboration est orientée vers l'aide, vers l'acquisition de connaissances ou vers la confirmation de leurs propres interprétations.

« Justement par rapport à l'attelle, il y a une collègue qui est venue et m'a dit : t'as pensé à faire le double, la double arche... et je n'avais pas pensé. » (V1 99)

La maîtrise des moyens relationnels. L'engagement relationnel de l'ensemble des participants est fort. L'utilisation consciente de la relation, une réflexion sur cette utilisation et une manipulation des aspects relationnels sont présentes chez les six ergothérapeutes. Dans les récits, on perçoit cependant que certains ergothérapeutes sont plus habiles pour comprendre l'état émotionnel de l'utilisateur ou de ses proches. C'est le cas des trois experts qui semblent anticiper ce qui va se passer dans la relation. Chez eux, comme chez l'un des débutants, la composante relationnelle est

gérée en cohérence avec la connaissance des habitudes de vie de l'utilisateur, pour autant que l'utilisateur puisse les communiquer.

« Et ça y est. Je crois que maintenant ce que j'appelle le petit crochet thérapeutique, on le sent à l'intérieur de soi, ça fait... Maintenant on y est. Lui et moi, sur le plan thérapeutique, on a de l'accroche et puis tant mieux, parce c'est plus motivant pour moi et je pense que pour lui, ça l'aidera parce qu'il sent, ça. Mais ça ne s'est pas installé tout de suite chez M. E. » (U1 102)

L'expérience relationnelle mise en oeuvre dans les interventions n'est pas forcément acquise dans le cadre de l'ergothérapie auprès des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral, ni même dans ce service d'ergothérapie. Un des participants la met en relation avec son expérience de vie et son âge, un autre souligne sa formation antérieure et un troisième son expérience de l'ergothérapie dans un autre domaine.

« Au niveau du parcours professionnel, c'est vrai que j'ai travaillé en psychiatrie avant de venir en médecine physique et, pour moi, c'était très important justement de travailler tout ce qui était relationnel pour mieux saisir les enjeux qu'il peut y avoir dans une relation à deux, à trois. C'est quelque chose que j'applique quotidiennement dans mes thérapies avec mes patients. » (R1 19)

Deux des experts et un débutant sont aussi les plus critiques par rapport au modèle biomédical qui leur semble insatisfaisant sur le plan de la compréhension de l'utilisateur qu'ils ont en traitement.

3.4 Les raisonnements cliniques

Les six ergothérapeutes recourent à toutes les formes de raisonnement clinique. Il n'y a pas davantage de raisonnement d'un certain type chez les experts que chez les débutants. Par contre, la qualité et la longueur des descriptions permettant d'inférer les raisonnements de types interactifs ou conditionnels sont meilleures chez les experts et chez l'un des débutants que chez les deux autres débutants. Les descriptions montrant la réalisation d'exercices moteurs et les raisonnements procéduraux qui y sont impliqués, sont les plus complètes dans les récits de deux des débutants. Cette qualité se retrouve pour les descriptions d'exercices des aptitudes reliées aux activités intellectuelles chez deux experts. Les entretiens des six ergothérapeutes comprennent

des passages dans lesquels le mode procédural et le mode narratif sont simultanément présents.

CHAPITRE V

L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

L'interprétation des résultats vise la compréhension plus approfondie de ceux-ci. Elle permet de les discuter dans la perspective des questions de recherche. Ainsi ce chapitre, en s'appuyant d'une part sur les composantes des situations considérées par les ergothérapeutes pour définir leurs actions et d'autre part sur les éléments qui influencent la définition de ces situations, montre que l'intervention des ergothérapeutes correspond à une double démarche clinique, rééducative et relationnelle. Les aspects rééducatifs, contraints par le contexte de travail, sont soutenus par des réflexions procédurales et pragmatiques. Les raisonnements interactifs, conditionnels et éthiques facilitent l'établissement d'une relation de confiance entre le thérapeute et l'utilisateur. Enfin, ce chapitre explique l'effet de l'expérience professionnelle sur la qualité des raisonnements. Une discussion théorique et quelques considérations méthodologiques font suite à l'interprétation des résultats. Des recommandations sont formulées pour des recherches futures et pour la clinique.

1. LES COMPOSANTES DES SITUATIONS

1.1 *Une démarche centrée sur les aptitudes*

Les résultats ont montré que les composantes des situations auxquelles les ergothérapeutes s'intéressent sont les aptitudes liées à la motricité, les aptitudes liées aux sens ou à la perception, et les aptitudes liées aux activités intellectuelles. Celles-ci sont évaluées, soit à l'aide de dispositifs d'observation, soit à l'aide d'instruments formalisés de mesure. Elles sont rééduquées essentiellement en recourant à divers exercices. Les ergothérapeutes évaluent et exercent également quelques activités de la vie de tous les jours des usagers qui doivent être rétablies, comme l'habillage, la toilette, les déplacements ou la préparation des repas.

Les ergothérapeutes considèrent généralement les habitudes de vie comme une composante intéressante des situations seulement en fin d'intervention. Ils peuvent alors effectuer une visite à domicile et faire procéder aux aménagements de l'environnement matériel qui leur paraissent utiles. Néanmoins, les ergothérapeutes

s'intéressent essentiellement aux habitudes de vie qui seront modifiées par les incapacités et beaucoup plus rarement à la configuration des habitudes de vie de la personne qui constitue le socle de son insertion sociale. Ils retiennent des facteurs environnementaux architecturaux et quelques caractéristiques familiales, mais pas l'ensemble des facteurs qui détermine la participation sociale. Ils ont ainsi une vision tronquée et négative de l'avenir de l'utilisateur qui ne porte que sur des éléments altérés conduisant à une situation de handicap, qui est cependant impossible à définir car l'environnement demeure partiellement inconnu.

Durant la phase de rééducation, ils n'éprouvent pas le besoin de connaître les habitudes des usagers, car tant que les ergothérapeutes espèrent des progrès dans la récupération des aptitudes, ils tendent à les exercer. En outre, ils ne disposent pas de moyens formalisés d'évaluation des habitudes, ni des priorités des usagers. L'ajustement des activités de traitement aux routines de la vie quotidienne est rarement effectué, sauf lorsqu'il s'agit de trouver une adaptation ou un moyen auxiliaire. Leur prise en compte est cependant meilleure lorsque la personne peut rentrer à son domicile, lorsqu'elle est jeune et lorsqu'elle peut s'exprimer. Remarquons cependant que l'exercice d'activités quotidiennes intervient en début de traitement lorsque la récupération des incapacités liées aux activités motrices et aux sens est très faible.

Les composantes des situations qui retiennent l'attention des ergothérapeutes comme les interventions proposées correspondent largement aux modèles d'intervention décrits par Chantraine et Roux (1999), Pedretti (1996), Turner et al., (1996), Walker et al. (2000), ainsi que Woodson (1995). En ce sens, les ergothérapeutes sont en parfaite cohérence avec les modèles dominant dans l'ergothérapie en réadaptation. Le recours à des activités de la vie quotidienne est un choix tardif ou un choix par défaut correspondant à ce que Walker et al. ont montré des pratiques des ergothérapeutes en Angleterre. Ainsi, généralement, l'approche thérapeutique choisie est réductrice et insatisfaisante au regard des écrits qui proposent de s'intéresser davantage aux habitudes et au contexte de vie (Association canadienne des ergothérapeutes, 1997; Kielhofner, 2002; Trombly, 1995b). Dans cette perspective, les ergothérapeutes ne sont donc que partiellement en cohérence avec la littérature professionnelle.

A l'instar des ergothérapeutes rencontrés par Rust et al. (1995), ceux qui ont été interviewés dans cette étude cherchent à tenir compte des usagers dans la définition de buts de traitement, mais leurs méthodes pour saisir ces priorités sont insuffisantes. Cette absence de procédés permettant de déboucher au début de l'intervention sur des données riches concernant les habitudes de vie, doit être mise en rapport avec la faible variété des activités de traitement (Neistadt, 1995). Gibson et Schkade (1996) ont pourtant mis en évidence que les usagers récupèrent mieux leurs capacités fonctionnelles et sont plus satisfaits lorsque les ergothérapeutes proposent en thérapie des activités courantes choisies par les usagers. En outre, selon Walker et al. (2000), l'exercice d'aptitudes, telles que des schèmes de mouvements ou des capacités perceptives, en dehors d'activités de la vie quotidienne, n'apporte pas un bénéfice particulier à l'indépendance lors d'un retour à domicile. Ainsi, les ergothérapeutes n'ont, dans le choix de leurs de moyens de traitement, qu'une pratique partiellement probante.

En orientant tardivement le traitement vers les habitudes de vie, les ergothérapeutes donnent peu de temps à l'utilisateur pour faire face aux problèmes que pose la réinsertion dans son milieu ou dans un autre milieu de vie. La famille demeure également peu préparée au retour de la personne alors que les conséquences de l'accident vasculaire cérébral représentent un stress psychosocial majeur et une diminution de la qualité de la vie (Clark & Smith, 1998 ; Smout et al., 2001 ; Woodson, 1995). A notre sens, la rééducation largement orientée vers la récupération d'aptitudes et de quelques activités de soins personnels ou ménagères et, souvent très tardivement dirigée vers les habitudes de vie produit, au moment de la sortie de l'hôpital, une rupture à laquelle l'utilisateur n'est que peu préparé. Cette coupure est aggravée par le manque de suivi ambulatoire et la rareté des soins à domicile.

1.2 L'engagement relationnel

S'il n'y a pas d'investigation du mode de vie des usagers permettant d'appréhender de façon complète la réinsertion et de mettre dès que possible en place des moyens visant la prévention d'une situation de handicap, il y a néanmoins de la part des thérapeutes une attention permanente portée à ce qui gêne la personne dans la situation hospitalière présente et un intérêt marqué envers les craintes exprimées par l'utilisateur. Ainsi, au fil des semaines, à travers des échanges verbaux peu préparés,

les ergothérapeutes apprennent à connaître quelque peu les habitudes des usagers. La réinsertion est alors abordée petit à petit au cours de l'intervention et à mesure que l'utilisateur se confie à l'ergothérapeute.

Les 12 récits des ergothérapeutes montrent autant de rythmes différents dans le développement de la relation. Ce n'est ni le thérapeute ni l'utilisateur qui imprime ce rythme, mais la dyade « utilisateur-thérapeute » dans son contexte. Les utilisateurs y amènent leurs caractéristiques personnelles sociodémographiques, leurs demandes et leurs attentes, leurs aptitudes reliées aux comportements et leurs incapacités dues à l'accident vasculaire cérébral ou à d'autres affections. Les ergothérapeutes y engagent leurs caractéristiques personnelles, elles aussi reliées à leur personnalité, leurs connaissances et leurs valeurs professionnelles. Le contexte considéré comprend les facteurs environnementaux du domicile et le système d'aide familial ou professionnalisé disponible. Les ergothérapeutes estiment que le développement d'une relation de confiance est un enjeu pour l'engagement de l'utilisateur dans le traitement et qu'il nécessite cette circonspection.

Les ergothérapeutes rencontrés ont un engagement relationnel très fort que Spencer et al. (1997) avaient déjà souligné dans leur étude en montrant que l'un des objectifs des ergothérapeutes est de redonner espoir aux utilisateurs qui se trouvent dans une situation incertaine et dramatique. Cet investissement de la relation est en accord avec les valeurs professionnelles de l'ergothérapie, notamment l'empathie, issues du courant humaniste (Association canadienne des ergothérapeutes, 1997; Kielhofner, 2002). Mattingly et Fleming (1994), tout comme Polkinghorne (1995) constatent l'importance que prend l'accord intersubjectif entre le thérapeute et l'utilisateur pour donner du sens à ce qui se passe, ce qui facilite l'atteinte des objectifs de la rééducation.

1.3 Une double démarche

En conclusion, il apparaît que les ergothérapeutes développent leurs interventions selon deux démarches parallèles visant la réinsertion sociale des utilisateurs (figure 2). Cette double démarche clinique est d'une part orientée vers la rééducation des incapacités permettant la restauration des activités courantes et d'autre part, elle vise l'établissement d'une relation de confiance qui permet petit à petit de comprendre la personne et de connaître ses habitudes. Ces deux démarches évoluent

simultanément et préparent la sortie. La réinsertion apparaît cependant comme une rupture dans le parcours de l'usager en raison d'une appréhension tronquée de la participation sociale de l'usager qui ne facilite pas la prévention d'une situation de handicap. Cette rupture est aggravée par le peu de possibilités de contacts effectifs entre les ergothérapeutes et les services qui assurent le maintien à domicile à Genève ou en France voisine.

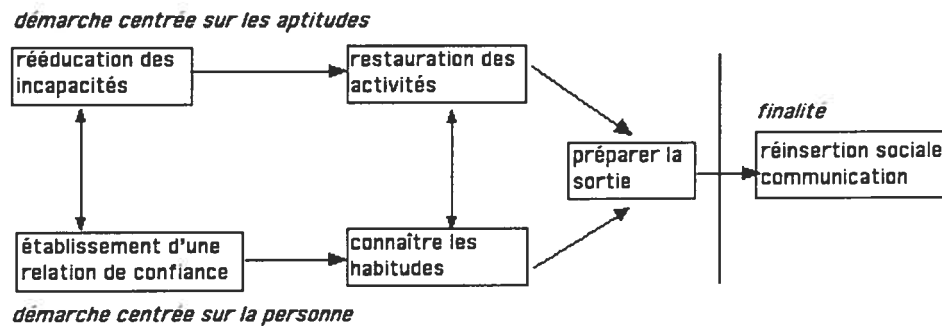


Figure 2. La double démarche des ergothérapeutes

2. LES ÉLÉMENTS QUI INFLUENCENT LA DÉFINITION DES SITUATIONS

L'analyse des composantes des situations qui intéressent les ergothérapeutes a mis en évidence une double démarche centrée sur les aptitudes et sur la relation. Celle-ci est influencée par divers éléments : la mission assignée aux ergothérapeutes, la collaboration interprofessionnelle, les connaissances professionnelles des ergothérapeutes et leurs valeurs. Ces éléments sont tous liés et sont, en outre, en relation avec le modèle biomédical dont les caractéristiques principales sont, ici, une conception de la division du travail et de l'organisation temporelle du traitement (figure 3). Le modèle biomédical apparaît comme le phénomène central à partir duquel, les actions et les discours des thérapeutes peuvent être saisis. L'adhésion à ce modèle explique pourquoi les ergothérapeutes envisagent tardivement la problématique de la réinsertion sociale et évaluent peu les habitudes de vie.

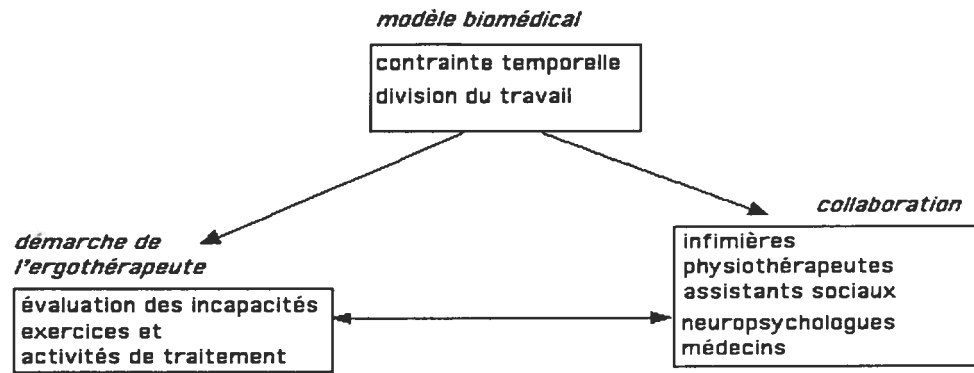


Figure 3. La contrainte du modèle biomédical sur la démarche des ergothérapeutes et sur la collaboration

2.1 *La division du travail*

Il existe au sein de l'institution une division horizontale et verticale du travail clairement établie, qui reproduit la segmentation proposée par Chantraine (1999) et qui délimite le champ d'action des ergothérapeutes. Cette répartition du travail assigne aux ergothérapeutes un rôle dans la rééducation des aptitudes du membre supérieur et dans la rééducation de l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne. Elle est largement fondée sur un morcellement de l'usager comme il existe dans les spécialisations médicales (Abdelmalek & Gérard, 1995; Friedland, 1998). A l'intérieur de cette division du travail, les ergothérapeutes rencontrés entreprennent diverses actions de collaboration. Ils s'engagent dans une relation d'entraide réciproque, au service de l'usager, avec les infirmières, les physiothérapeutes et les assistants sociaux. Ces professionnels, qui n'ont pas entre eux de rapports hiérarchiques, ni de conflit lié à des enjeux de pouvoir ou de territoire, sont en mesure de se faire mutuellement confiance (D'Amour, Sicotte & Lévy, 1999). Par contre, la collaboration avec les neuropsychologues est nettement plus conflictuelle. En effet, en recourant aux épreuves de Sève-Ferrieu (2001), c'est-à-dire en s'intéressant aux aptitudes intellectuelles, les ergothérapeutes empiètent sur le territoire des neuropsychologues et sont au-delà du rôle qui leur est imparti. Dans un rapport hiérarchique qui ne leur est pas favorable, ils préfèrent ne pas faire état de cette partie de leur travail d'évaluation et de rééducation des aptitudes. Ils déploient ainsi, au sens de Mattingly et Fleming (1994), une pratique souterraine. Néanmoins celle-ci, contrairement au constat de ces auteurs, ne concerne pas le soutien affectif à l'usager mais une composante particulièrement biomédicale de l'intervention.

A priori, il semble curieux que les ergothérapeutes ne s'intéressent pas davantage et plus tôt dans le traitement aux habitudes de vie et à la réinsertion des usagers, alors même que la rééducation de l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne est de leur compétence, pour s'engager dans des interventions réductrices, en principe confiées à d'autres spécialistes. Ils expliquent cela par la nécessité d'évaluer les aptitudes intellectuelles pour pouvoir agir et sont légitimés par le fait que Sève-Ferrieu (2001) s'adresse à des ergothérapeutes. Cependant, au-delà de cette explication, il faut invoquer l'adhésion au modèle biomédical, dominant dans l'institution pour comprendre plus largement ce phénomène.

Les concepts mobilisés par les ergothérapeutes sont ceux du modèle biomédical en réadaptation, tel qu'il est décrit en ergothérapie par Chantraine (1999), Jackson (1996) ou Woodson (1995). Schématiquement, le principe opératoire auquel les ergothérapeutes adhèrent est celui du cadre de référence physiologique selon lequel le rétablissement du fonctionnement de l'individu dans sa vie quotidienne dépend de la normalisation des aptitudes déficientes. Cela fonde une intervention centrée sur les incapacités, suivie de la réadaptation des activités courantes si la rééducation n'est pas optimale. Ce modèle a été appris par tous les ergothérapeutes dans leur formation professionnelle. Les ergothérapeutes rencontrés disposent en outre de compétences supplémentaires acquises en formation continue dans le domaine des modèles centrés sur les aptitudes. Ceux-ci sont formalisés pour la population des usagers de l'étude (e.g. Affolter & Bischofberger, 1993; Eggers, 1990; Jackson, 1996; Pedretti, 1996; Perfetti, 1995; Ryerson & Levit, 1997; Woodson, 1995). Les thérapeutes sont donc enclins à recourir à ces connaissances et expérimentent l'effet positif de telles rééducations sur les aptitudes des personnes. Cependant, selon Friedland (1998), le modèle biomédical en ergothérapie réduit la pratique des thérapeutes qui perdent la vision large des activités humaines de leur profession (ACE, 1997; Christiansen, 1997; Hagedorn, 1997; Kielhofner, 1997; Reed, 1984). Les ergothérapeutes rencontrés ne perçoivent pas systématiquement l'ampleur de leur adhésion au modèle dominant dans l'institution.

2.2 *Les contraintes temporelles*

Tous les participants se plaignent d'un manque de temps à la fois dans les séances de thérapies et quant à la durée totale des séjours en rééducation. Ils

subissent une normalisation de la durée et de la fréquence des séances qui conduisent à une standardisation des interventions. Ils ont très peu de temps pour réfléchir à leurs interventions et préparer le matériel adéquat. Selon eux, les rééducations ne sont pas toujours terminées et la réinsertion est trop rapide, surtout pour les usagers dont les progrès sont faibles ou lents. A la fin de l'intervention, les thérapeutes peuvent être pris de court parce que la sortie est fixée à une date trop rapprochée.

Ces contraintes temporelles s'expliquent aussi par le modèle biomédical. Mais il faut d'emblée remarquer que la durée totale des séjours, qui est de trois ou quatre mois, est, selon Sonde & Viitanen, 2001, suffisante pour que l'effet de la rééducation soit stable après la sortie. C'est donc davantage l'effet du modèle biomédical sur l'organisation temporelle des rééducations et la préparation de la réinsertion qui est en cause. Les rééducations centrées sur les aptitudes qui recourent à des modèles d'interventions réducteurs et construits sur le cadre physiologique, s'accommodent bien d'une courte préparation, des locaux hospitaliers et d'un matériel standard de thérapie. Néanmoins, dès qu'il faut imaginer des activités de traitement plus proches des activités courantes de la personne, cela nécessite davantage de matériel, des espaces diversifiés et une organisation plus longue. Les ergothérapeutes ne peuvent pas le faire en permanence, ils sont victimes d'un système hospitalier qui n'a littéralement pas le temps de s'occuper de la vie de tous les jours car il doit fournir des prestations de rééducation. Avec le modèle biomédical, les pratiques de rééducation ne visent pas l'utilisateur, elles sont orientées vers l'hôpital lui-même comme producteur d'une action sur le fonctionnement corporel déficient des usagers.

Les ergothérapeutes ne sont cependant pas totalement limités par les normes de l'hôpital. Ils se restreignent aussi eux-mêmes. De fait, ils sont libres quant aux choix des moyens d'évaluation et des moyens de traitement. Ils n'ont pas à rendre compte de ceux-là au-delà du service d'ergothérapie. Nonobstant, les contraintes temporelles imposées par le rythme de travail auquel ils sont soumis, ils peuvent envisager comme moyens de traitement de nombreuses activités, internes ou externes à l'hôpital. Ainsi, la faible variété des activités de traitement qui a été constatée dans l'étude n'est pas rapport avec des normes explicites imposées par l'hôpital, mais avec l'adhésion au modèle biomédical. En privilégiant des modèles d'intervention qui postulent qu'il faut d'abord se concentrer sur les aptitudes avant d'aborder les routines de la vie quotidienne, ils contraignent l'organisation de leur traitement. Or, comme la plupart des

usagers gardent des séquelles, il est toujours possible d'exercer des aptitudes déficientes. Simplement, ce n'est peut-être pas toujours le meilleur choix puisque d'une part, il n'est pas démontré que l'exercice de schèmes moteurs et perceptifs favorise la réadaptation, et que d'autre part, le bien-être après un accident vasculaire cérébral est associé à la reprise du style de vie antérieur (Smout et al., 2001 ; Walker et al., 2000).

Les ergothérapeutes sont également limités par leur propre empathie à l'égard de l'utilisateur. Ils savent que la qualité de la vie après un accident vasculaire cérébral est corrélée à la possibilité de s'accommoder aux limitations dues à la maladie (Smout et al., 2001). Afin de favoriser cet ajustement, ils s'engagent dans une relation personnalisée avec chaque usager qui favorise l'établissement de la confiance entre eux et l'utilisateur. Cependant, au début de leur intervention et parfois tardivement, les thérapeutes considèrent qu'il faut éviter de confronter l'utilisateur à une analyse de ses habitudes de vie car cela le mettrait face à une situation potentielle de handicap. Cette stratégie relationnelle visant la préservation du bien-être de l'utilisateur empêche un démarrage précoce de l'accompagnement en vue de la sortie de l'hôpital. Pour notre part, nous pensons que les thérapeutes rencontrés ont suffisamment d'habiletés relationnelles pour s'enquérir très tôt des habitudes de vie et des facteurs environnementaux qui conditionneront une éventuelle situation de handicap sans confronter l'utilisateur à un pronostic défavorable.

2.3 L'opposition au modèle biomédical

Le modèle biomédical influence profondément la démarche clinique des ergothérapeutes et leurs interactions avec les autres collaborateurs de l'hôpital. Les ergothérapeutes y sont soumis et y adhèrent. A certains égards cependant, ils peuvent s'en distancier, voire s'y opposer. Ainsi, quelques ergothérapeutes ne sont pas satisfaits avec la division instituée du travail ; ils préféreraient des discussions davantage orientées vers la personne et son contexte de vie. Mais, les ergothérapeutes ont peu de pouvoir dans l'institution hospitalière, ce qui explique que dans les services étudiés l'opposition au modèle médical soit plutôt passive. Les ergothérapeutes s'accommodent de la situation. Ils agissent cependant en marge du modèle biomédical lorsqu'ils soutiennent affectivement les usagers. Ils y passent un temps important, tout en dévalorisant parfois cette pratique qu'ils jugent parallèle au traitement. Ceci montre que le modèle dominant influence l'échelle des valeurs des

professionnels. Le fait que les ergothérapeutes fassent mention des sentiments des usagers dans leurs dossiers et en discutent avec les collaborateurs indique que l'hôpital reconnaît les engagements relationnels des divers professionnels envers les usagers, sans pour autant que cela soit statutairement reconnu comme une partie de leur travail. Ainsi, la démarche relationnelle des ergothérapeutes n'est pas une pratique souterraine au sens où Mattingly & Fleming (1994) la décrivent, mais elle reste une pratique peu valorisée à laquelle l'hôpital n'accorde ni suffisamment de temps ni assez de compétences.

Si les ergothérapeutes peinent à s'orienter rapidement et effectivement vers les habitudes de vie des usagers, c'est à notre sens parce qu'il leur manque un modèle opérationnel qui pourrait venir compléter les modèles d'intervention utilisés. En effet, les modèles réducteurs postulent des relations linéaires essentiellement causales entre la maladie et son effet dans la vie quotidienne (Abdelmalek et Gérard, 1995). Ils s'accordent mal à une analyse considérant les interactions entre des aptitudes, des facteurs environnementaux et des habitudes de vie comme ce que permet, par exemple, le modèle de Fougeyrollas, Cloutier et al. (1998). Alors, même si les ergothérapeutes rencontrés portent une très grande attention à la souffrance de leurs usagers et à l'impact de leur maladie dans leur quotidien, ils n'ont pas de modèle qui leur offre un cadre pour sonder d'une façon plus rigoureuse, leurs habitudes. Ils peinent à réfléchir à l'impact de la maladie dans la perspective de la participation sociale et ils emploient essentiellement leur expérience pour affronter la prévention des situations de handicap.

3. LES FORMES DES RAISONNEMENTS CLINIQUES

Une double démarche clinique centrée sur la rééducation des aptitudes et sur l'accompagnement relationnel a été mise en évidence. Ces deux démarches correspondent à deux modes de raisonnement. Le premier mode regroupe des raisonnements procéduraux et pragmatiques. Il concerne l'univers de la maladie et du contexte hospitalier. Le second mode est le mode narratif qui comprend des raisonnements interactifs, conditionnels et éthiques.

3.1 *Le mode procédural et le mode pragmatique*

Le raisonnement procédural permet aux ergothérapeutes de raisonner sur les incapacités de l'usager et d'y assortir une intervention adéquate visant la rééducation de ces incapacités. Puisqu'il concerne la maladie, ce raisonnement est associé au modèle biomédical (Alnervik & Sviden, 1996; Mattingly & Fleming, 1994). Cette forme de raisonnement apparaît très explicitement dans le discours des ergothérapeutes comme organisateur de la présentation des incapacités de l'usager et des progrès constatés. Il permet aux interviewés de décrire le cheminement de leur pensée dans l'emploi d'un modèle réducteur, par exemple celui de Sève-Ferrieu (2001) ou celui de Bobath (Ryerson & Levit, 1997). Le raisonnement procédural, sans jamais être nommé, est reconnu comme tel par les thérapeutes, probablement parce qu'il correspond au processus le plus communément présentés dans l'enseignement de la démarche clinique aux ergothérapeutes (Alsop & Ryan, 1996; Meyer, 1991; Pelland, 1987). Cette reconnaissance favorise les échanges entre les thérapeutes à propos du traitement des séquelles de l'accident vasculaire cérébral par les modèles fondés sur le cadre physiologique. En principe, le raisonnement procédural devrait s'appuyer à la fois sur l'expérience et sur les connaissances scientifiquement fondées disponibles pour le type d'intervention demandée. Les ergothérapeutes rencontrés établissent essentiellement leur démarche sur leur pratique et sur les cours de perfectionnement suivis. Ils sont peu enclins à vérifier les postulats sur lesquels ils s'appuient. Le raisonnement procédural est donc largement présent, mais il combine parfois des éléments non pertinents ou non scientifiquement démontrés.

Le raisonnement pragmatique est essentiellement utilisé par les ergothérapeutes rencontrés pour s'ajuster aux limites temporelles et à la division du travail imposés par le cadre normatif de l'hôpital. Il apparaît à la conscience des ergothérapeutes comme un ensemble de « trucs » permettant de réaliser au mieux l'intervention voulue, compte tenu du milieu. Cependant, les décisions prises en raisonnant pragmatiquement sont individuelles et varient d'un thérapeute à l'autre. Elles semblent influencées par des facteurs personnels et par l'ancienneté dans le service. Aussi importantes qu'elles soient, les solutions trouvées en réfléchissant pragmatiquement ne sont pas perçues comme le résultat d'une réflexion subtile. Cela nuit à une analyse qui devrait être faite par le groupe des ergothérapeutes pour

envisager les moyens de faire face aux normes institutionnelles telles que les indications restrictives à l'ergothérapie ou les contraintes temporelles.

3.2 *Le mode narratif*

Aux raisonnements qui ont trait à l'univers de la maladie, s'opposent les réflexions qui ont trait à l'univers de la personne. Ainsi, le mode narratif se décline en raisonnement conditionnel pour comprendre les habitudes de vie et leur modification. Il prend la forme interactive lorsqu'il s'agit d'expliquer à l'usager sa situation, le traitement et l'avenir. Il devient de type éthique lorsque l'ergothérapeute réfléchit à partir de ses valeurs personnelles ou professionnelles. Ces trois formes ne s'excluent pas, au contraire, elles se combinent souvent. L'ergothérapeute peut très bien interagir avec l'usager à propos de sa situation de handicap parce qu'il pense que la personne doit prendre sa situation en main. Dans ce cas, il y a association des raisonnements interactifs, conditionnels et éthiques. C'est la raison pour laquelle ils sont regroupés. De plus ces raisonnements se présentent dans le corpus de données comme ceux qui permettent de raconter l'histoire de l'intervention et de la rencontre entre l'usager et le thérapeute, c'est pourquoi ils ont été considérés comme narratif.

Les raisonnements sur le mode narratif sont, dans la présente étude, aussi fréquents que les raisonnements procéduraux. Cela ne correspond pas à ce qu'Alnervik & Sviden (1996) ont trouvé dans leur recherche. Cette différence peut tenir à la reconnaissance, par les ergothérapeutes eux-mêmes et par l'institution hospitalière, du fait que les ergothérapeutes ont une action relationnelle importante. Ersser & Atkins (2000) soulignent que les professionnels centrés sur le client plutôt que sur la maladie produisent davantage de raisonnements qui ne sont pas procéduraux. De leur côté, Spencer et al. (1997), en indiquant que les thérapeutes cherchent à insuffler à la personne la capacité de gérer l'incertitude de sa situation, confirment l'importance de ce type de raisonnements dans les interventions auprès de personnes qui subissent les conséquences d'une affection grave. Malgré leur importance quantitative, ces réflexions souffrent du manque de modèle permettant de prendre en compte l'environnement de la personne et la configuration de ses habitudes de vie. Pour améliorer la qualité de ces raisonnements, il faudrait qu'ils puissent combiner des composantes plus étendues des situations des usagers.

3.3 La modélisation de l'intervention des ergothérapeutes

L'intervention à la fois centrée sur l'utilisateur et sur la maladie forme un tout dont la dynamique permet une compréhension de plus en plus large de l'utilisateur et des effets de sa maladie (Higgs & Jones, 2000). Les résultats de cette intervention, aussi dynamique soit-elle, sont cependant limités par une analyse trop faible et trop tardive des habitudes de vie ou de la participation sociale des usagers et par un engagement trop restreint dans le retour à domicile. Tous les raisonnements mis en évidence concourent à la démarche d'intervention générale des ergothérapeutes. Les uns sont associés au modèle biomédical et déterminent la démarche focalisée sur les aptitudes, alors que les autres organisent la démarche centrée sur la personne. Faute de modèle, aucun des modes de raisonnement ne permet de dépasser la discontinuité entre la rééducation hospitalière et la réinsertion sociale.

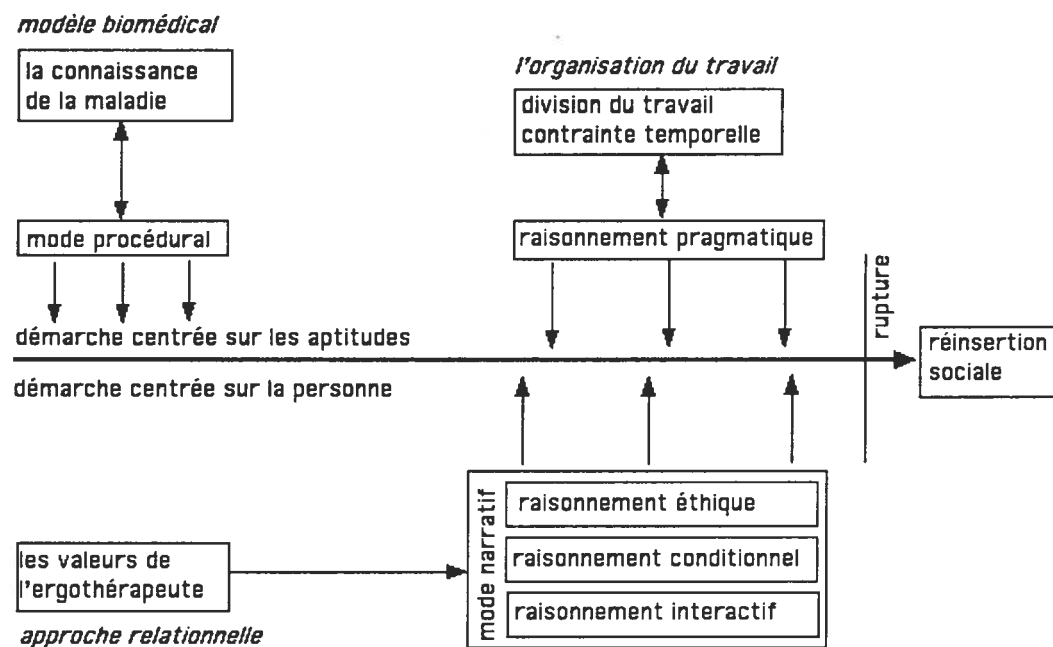


Figure 4. Les raisonnements cliniques et la double démarche

4. L'INFLUENCE DE L'EXPÉRIENCE

L'étude montre un effet de l'expérience sur les composantes des situations considérées par les ergothérapeutes. Elle rend également les thérapeutes plus critiques envers le modèle biomédical. La démarche clinique des experts diffère qualitativement de celle des débutants ; elle est moins procédurale et elle paraît plus

performante lorsqu'il s'agit de l'ajustement à l'usager comme à la maladie. Par contre l'étude ne dégage pas un effet de l'expérience sur les formes des raisonnements cliniques des ergothérapeutes.

4.1 *La démarche clinique*

Avec l'expérience, et dans ce contexte qui émet peu d'attentes normatives explicites sous formes de documents à renvoyer dans le circuit de traitement des informations hospitalières, les experts travaillant en rééducation tendent à effectuer très peu d'investigations standardisées dans le domaine des aptitudes motrices et sensitives. Ils font confiance à leur expertise clinique pour observer l'action de l'usager tout en le rééduquant. Ainsi, l'évaluation des aptitudes de l'usager, les exercices de thérapie et la mesure des progrès se confondent dans leurs pratiques. Les experts perçoivent l'ensemble de la situation de traitement comme un tout plus que comme une succession d'étapes. Ils planifient très rapidement et sans effort leurs séances parce qu'ils sont essentiellement dans des conditions de reconnaissance de configurations de traitements semblables, auxquelles ils peuvent comparer ce qu'ils sont en train de faire. Ils sont sûrs d'eux dans leur choix. Ils possèdent ainsi les attributs que Benamy (1996), Benner (1995) ou Robertson (1996b) leur ont trouvés.

L'expertise des ergothérapeutes rencontrés est plus marquée pour la rééducation des aptitudes reliées aux activités motrices et sensitives que pour la rééducation des aptitudes reliées aux activités intellectuelles. Dans ces situations, ils s'appuient sur des épreuves parce qu'ils ne perçoivent pas d'emblée les composantes de cette situation. Ils peuvent même être surpris par une problématique qui se différencie des configurations qu'ils ont en tête, ce qui les oblige à raisonner hypothético-déductivement et explicitement pour interpréter les conditions auxquelles ils font face. Au plan technique, les experts ne sont donc pas toujours dans une situation d'expertise comme l'a également montré Benner (1995).

Les débutants perçoivent davantage les interventions comme une succession d'étapes. Il y a d'abord des évaluations et des adaptations de moyens auxiliaires et des tâches de positionnement, puis une rééducation, puis une réinsertion. Pour eux, l'évolution du traitement doit en principe être mesurée par des moyens qui objectivent les progrès. Leur vision correspond à un ensemble d'éléments qui ne sont pas organisés dans un tout bien coordonné et hiérarchisé. Par contre, ils fournissent des

détails sur les exercices de thérapie parce qu'ils sont pensés, organisés et aisément accessibles à leur conscience. Leur pratique dans les séances de traitement n'est pas, ou est moins, intuitive que celle des experts. Eux aussi se comportent comme Benamy (1996), Benner (1995) ainsi que Robertson (1996b) l'ont décrit.

4.2 *L'expertise technique et l'expertise relationnelle.*

Les résultats de l'étude montrent qu'il convient de distinguer l'expertise technique de l'expertise dans la relation. Les trois ergothérapeutes appartenant au groupe des experts le sont, tant dans les aspects techniques que dans les aspects relationnels. Par contre, ce n'est pas le cas des débutants. L'un d'entre eux investit dans son approche relationnelle des compétences acquises dans une autre activité professionnelle. Ainsi, il a la même appréhension globale et relativement complète de la situation de vie des usagers que les trois experts. Cela est un peu surprenant. L'expertise clinique dans la rééducation des conséquences d'un accident vasculaire cérébral dépend de l'expérience dans le traitement des conséquences de cette affection, il est donc normal, selon les écrits sur l'expertise, qu'elle soit associée à la durée de la pratique dans ce secteur de l'ergothérapie. L'expertise relationnelle s'acquiert dans les contacts avec les usagers, elle n'est donc pas dépendante d'une affection particulière. Les écrits en ergothérapie par exemple, Pedretti (1996), Trombly (1995), de même que Turner et al. (1996) ne font pas état d'une variation de la relation en rapport avec les diagnostics médicaux en médecine physique, du moins lorsque les troubles mentaux ne sont pas majeurs. Cependant, dans cette étude, cette expertise relationnelle a été acquise dans un tout autre contexte professionnel. Ce phénomène, mais il faut rester prudent, peut s'expliquer par le fait que les stratégies de communications sont les mêmes quel que soit le domaine de l'activité humaine.

4.3 *Les raisonnements cliniques*

Les débutants et les experts recourent aux mêmes formes de raisonnement clinique. Les modes procéduraux et narratifs sont, quantitativement et proportionnellement, autant présents dans le groupe des débutants que dans celui des experts. Par contre, les éléments des situations sur lesquelles les raisonnements s'exercent sont moins pertinents et moins bien organisés chez les débutants, c'est la raison pour laquelle ils manquent d'une compréhension globale des situations. Leurs raisonnements sont aussi plus explicites. Ce résultat nécessiterait cependant d'être

revu à la lumière d'une analyse plus approfondie des raisonnements qui sont tenus par les experts et les débutants. En effet, les récits n'autorisent pas des comparaisons très convaincantes parce que les situations présentées sont toutes différentes. Pour mettre en évidence des distinctions, il faudrait demander aux ergothérapeutes de raisonner sur la même situation comme l'a fait Robertson (1996b).

5. DISCUSSION THÉORIQUE

Le cadre du processus de production des handicaps de Fougeyrollas, Cloutier et al. (1998) a permis de relever la réduction opérée par les ergothérapeutes dans leur entreprise de rééducation, en raison de leur approche influencée par le modèle biomédical de traitement de la maladie qui est dominant dans l'hôpital dans lequel l'étude s'est déroulée. Il a permis de montrer que les habitudes de vie et la participation sociale sont des concepts qui demeurent abstraits pour les ergothérapeutes rencontrés. L'étude a mis en évidence que les ergothérapeutes ne disposent pas d'un modèle explicite, centré sur le client et leur permettant d'assurer le suivi relationnel et la prévention du handicap dès le début de la rééducation. Le modèle de Fougeyrollas et al. pourrait être utilisé, mais il en existe d'autres en ergothérapie, par exemple le modèle de l'occupation humaine (Kielhofner, 2002) ou le modèle du rendement occupationnel (Association canadienne des ergothérapeutes, 1997). Ces trois modèles ont en outre l'avantage d'offrir des instruments d'investigation qui concernent la vie quotidienne. Le recours à l'un ou l'autre de ces modèles ne s'oppose pas à une approche de la maladie centrée sur les incapacités. Il permettrait d'être plus impliqué dans la réinsertion sociale et peut-être plus efficace dans le suivi relationnel des usagers. En effet, pour Abdelmalek et Gérard (1995) les discours sur la maladie et les propos techniques, bien qu'ils s'opposent aux discours sur la personne atteinte dans sa santé et sur la relation, leur sont aussi complémentaires. Ils peuvent ainsi avantageusement se compléter.

Le modèle de Fougeyrollas, Cloutier et al. (1998) s'est cependant avéré limité dans l'étude entreprise. En effet, il a permis de montrer la faiblesse des ergothérapeutes dans l'investigation des habitudes de vie et de l'insertion sociale qui est trop tardive pour permettre une préparation des sorties de l'hôpital, mais il n'a pas permis de montrer la variété et la spécificité du travail des ergothérapeutes dans le domaine de la rééducation des incapacités reliées à la motricité, aux sens et aux

activités intellectuelles. En quelque sorte, il ne rend pas justice à leurs compétences en rééducation des aptitudes. Cela tient au fait que le modèle de Fougéyrollas, Cloutier et al. est un modèle général de compréhension des effets d'une atteinte à la santé et non un modèle spécifique de rééducation des incapacités causées par des déficiences d'origine neurologique centrale. Le choix comme cadre de référence, pour la présente étude, d'un modèle générique en ergothérapie, tel que le modèle de l'occupation humaine ou le modèle du rendement occupationnel, aurait probablement abouti aux mêmes conclusions générales (Association canadienne des ergothérapeutes, 1997; Kielhofner, 2002). En effet, ceux-ci mettent également l'accent sur les occupations habituelles des personnes et sur leur milieu de vie

L'identification des formes de raisonnement clinique s'est largement appuyée sur les écrits de Mattingly et Fleming (1994), mais également sur ceux de Fondiller et al. (1990), ainsi que sur ceux de Schell et Cervero (1993). L'identification et l'exploration des raisonnements portant sur la maladie et sur l'organisation de travail se sont avérés aisés. Ils ont été considérés comme des raisonnements, respectivement, procéduraux et pragmatiques. Par contre, dès que le *verbatim* faisait état des interactions avec l'utilisateur ou de réflexions sur les émotions, les attitudes, la famille ou la situation personnelle de l'utilisateur, l'analyse des données a été délicate. Fréquemment, les unités textuelles pouvaient être codées de différentes manières selon la façon dont l'investigatrice voulait bien les explorer. À la réflexion, il est apparu que les raisonnements éthiques, interactifs et conditionnels sont souvent peu différenciés. Ils sont peut-être des facettes différentes d'un même raisonnement implicite qui, suivant le contexte, prend des formes variées. Chapparo et Ranka (2000) font un constat semblable à l'examen critique de la littérature en ergothérapie sur ce sujet. C'est pourquoi, dans les interprétations, il a été choisi de regrouper sous la catégorie de mode narratif les raisonnements éthiques, conditionnels et interactifs (Mattingly, 1991). Ce choix a permis de structurer la présentation d'une double démarche d'intervention chez les ergothérapeutes. Ces deux démarches se mêlent plus qu'elles n'évoluent parallèlement, ce qui correspond à ce qu'en décrivent Higgs et Jones (2000). Au plan des raisonnements, l'entrecroisement des deux démarches peut correspondre au concept de « *three track mind* » de Fleming (Mattingly & Fleming, 1994), selon lequel les ergothérapeutes pensent souvent à la fois à la maladie, à leurs interactions avec l'utilisateur et aux conditions d'existence de ce dernier.

Le cadre conceptuel de Benner (1984/1995) a permis d'identifier des experts et des débutants. Il a été aisé de repérer chez les ergothérapeutes des signes de leur expertise en relation avec la cohérence de leurs interventions et leur capacité à déterminer les éléments essentiels sur lesquels intervenir. Mais, il a été beaucoup plus délicat d'explorer les effets du manque d'expérience en dehors du discours que les experts peuvent tenir sur ce qui constitue leur expérience, par exemple la rapidité dans la préparation des séances. Les différents stades de l'expertise mise en évidence par Benner n'ont pas pu être identifiés. Cette inconsistance tient au petit nombre des participants et à la méthode de collecte des données. Il faudrait en effet pouvoir comparer le discours et l'action des divers thérapeutes dans des situations semblables pour tirer des conclusions plus détaillées. Ajoutons que les quelques études consultées en ergothérapie ne donnent pas non plus de tels stades.

6. DISCUSSION MÉTHODOLOGIQUE

6.1 *Les forces*

Une approche individualisée. Plusieurs études ont été menées sur le raisonnement clinique des ergothérapeutes (Alnervik & Sviden, 1996; Clark, Larson & Richardson, 1996; Crepeau, 1991; Fondiller, Rosage & Neuhaus, 1990; Mattingly & Fleming, 1994; Rogers & Holm, 1991). Ces études ont été effectuées dans des milieux de réadaptation, mais aucune n'a spécifiquement concerné des interventions auprès d'une population de personnes atteintes d'une hémiplégié. Le contrôle de cet élément permet d'assurer que les différences constatées entre les récits des ergothérapeutes, et finalement les analyses qui en ont été faites ne sont pas dues à des différences d'intervention dont l'origine est le diagnostic médical. Ainsi, les variations constatées concernant les composantes des situations et les raisonnements cliniques peuvent être rapportées, soit à la dyade, usager et thérapeute, soit à la compréhension spécifique que l'ergothérapeute a des aptitudes de l'usager. Il est dès lors possible d'affirmer, et c'est une force de cette étude, que les ergothérapeutes, même dans un contexte hospitalier et face à un diagnostic semblable créent bien autant de thérapies différentes qu'ils ont d'usagers.

La pertinence. Les résultats obtenus, s'agissant de l'exploration des composantes des situations considérées par les ergothérapeutes dans leurs interventions, sont sensibles et spécifiques. Cela tient à la méthode qualitative qui

permet d'obtenir des détails et de réaliser des analyses en profondeur. Une telle méthode permet en effet, non seulement d'identifier des éléments, mais également d'en étudier les relations pour permettre de construire la structure du phénomène exploré. Ainsi examiné, le phénomène permet de rendre compte des pratiques et des réflexions des ergothérapeutes dans un langage abstrait et propre à une démarche de recherche. Mais ce langage est aussi proche de celui des ergothérapeutes qui, en conséquence, accèdent facilement aux résultats et à leurs interprétations. L'étude devient ainsi utile pour des ergothérapeutes car elle leur offre un regard sur eux-mêmes qui leur est aisément accessible. De plus, la structure du phénomène étudié, tel qu'il a pu être schématisé, est aisément acceptée par les ergothérapeutes rencontrés qui s'y sont reconnus facilement lors de la restitution des résultats. La structure dégagée apparaît donc pertinente (Laperrière, 1997).

La transférabilité. Il est souvent reproché aux études qualitatives d'avoir un faible pouvoir de généralisation parce que leurs résultats ne sont pas transférables. Ceci signifierait dans la présente étude que les conclusions portant sur la faiblesse du travail des ergothérapeutes dans la perspective de la réinsertion sociale des usagers ne sont pas valables au-delà des six participants et des 12 interventions considérées. Cela impliquerait également que la modélisation de la démarche clinique et des raisonnements des ergothérapeutes élaborée n'est pas pertinente au-delà de ces participants (Pires, 1997). Les résultats de l'étude ont été présentés aux ergothérapeutes participants, en présence de leurs collègues travaillant auprès d'autres clientèles dans la même clinique. Ces collègues se sont également reconnus dans la double démarche professionnelle comme dans l'approche essentiellement rééducative et la faible emphase mise sur les habitudes de vie. Ils ont aussi confirmé l'importance de l'expertise professionnelle sur la capacité de gérer les séances et d'avoir une vision à la fois plus large et plus singulière des divers usagers. Les résultats paraissent ainsi transférables à un ensemble d'interventions dans cet hôpital.

Le transfert des résultats au-delà du contexte de l'hôpital étudié est plus délicat. En effet, l'étude a postulé que l'engagement tardif et limité des ergothérapeutes dans la connaissance des habitudes et des conditions de vie des usagers tient au poids du modèle biomédical dans l'institution étudiée. Cela est corroboré par la littérature (Kautzman, 1993; Neistadt, 1995). Cependant, d'autres raisons probablement concomitantes peuvent être invoquées, par exemple la formation qui pourrait être à

l'origine de choix d'intervention fortement orientés vers la rééducation des incapacités. Il est également possible d'imaginer que des ergothérapeutes dans des contextes hospitaliers dans lesquels le modèle biomédical est dominant aient développé des pratiques visant davantage la prévention des situations de handicap et soient plus engagés dans la communauté. Seules, de nouvelles recherches pourraient le montrer.

6.2 *Les limites*

La valeur des participants. Cette étude est basée sur le discours de six ergothérapeutes rapportant deux interventions chacun. Cinq des participants travaillent en rééducation avec des usagers hospitalisés dans le même service. Ces cinq ergothérapeutes représentent l'ensemble des ergothérapeutes travaillant avec des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral dans ce service. L'ensemble de la population des ergothérapeutes a donc été considéré. Par contre, le sixième participant travaille avec des usagers d'un autre service hospitalier qui accueille les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral très récemment. Ces usagers séjournent peu de temps dans le service. L'analyse montre quelques différences entre les ergothérapeutes travaillant en réadaptation et l'ergothérapeute travaillant en phase aiguë, mais dans la mesure où, un seul des deux ergothérapeutes travaillant dans ce secteur a été interviewé, il est difficile de rapporter les différences uniquement au contexte et non à des éléments tenant à la personne interviewée. De plus celle-ci est une experte, il n'est donc pas possible de savoir ce qu'un débutant aurait fait dans cette situation.

L'analyse du rôle de l'expérience professionnelle notamment quant à son effet sur le recours aux diverses formes de raisonnement aurait pu être plus différenciée si le chercheur avait eu la possibilité de s'entretenir avec des novices, c'est-à-dire avec des ergothérapeutes sortant de leurs études. Malheureusement, il n'y en a pas dans l'équipe étudiée qui bénéficie d'un personnel plutôt expérimenté. Seuls, deux des trois débutants répondent aux critères définis par Benner (1995); le troisième est différent en raison de son expérience dans un autre domaine professionnel.

La saturation des données. Il faut souligner que les ergothérapeutes ont choisi les usagers dont ils voulaient parler. Le chercheur a donné des consignes sur le choix de ces personnes pour le second entretien seulement, afin que l'échantillon des usagers soit le plus vaste possible. Un très large éventail d'usagers a ainsi pu être

considéré, de sorte que les données obtenues sont étendues tout en offrant des redondances, ce qui est un indice de saturation des données. Cependant, l'échantillon des usagers souffre d'un défaut de taille. Aucun des traitements rapportés ne décrit, au moment de l'entretien, une procédure en cours de retour à domicile. Les sorties exposées concernent le placement dans un autre hôpital et dans un établissement d'hébergement. Les 12 exposés ne sont donc pas suffisants pour parvenir à une saturation des données sur ce point. Il aurait fallu mener des entretiens avec les six ergothérapeutes jusqu'à ce que les descriptions des situations des usagers n'amènent plus d'éléments nouveaux. Ainsi, l'affirmation selon laquelle les ergothérapeutes ont peu d'intérêt pour les habitudes de vie est peut-être erronée. L'exposé de procédures effectives de retour à domicile aurait pu montrer que, tardivement dans l'intervention, les thérapeutes prennent des mesures pour identifier spécifiquement les habitudes de vie et la situation éventuelle de handicap dans laquelle la personne se trouvera ensuite. Elles pourraient également montrer des démarches concrètes vers les équipes chargées du maintien à domicile dont certains des participants font brièvement état.

La rationalisation a posteriori. La méthode d'obtention de données choisie pour cette étude est l'entretien. Les ergothérapeutes ont dû raconter une intervention en cours. Les interventions elles-mêmes n'ont pas été observées; le discours des ergothérapeutes est donc produit rétrospectivement. Or, une verbalisation rétrospective est sujette à l'oubli et à une rationalisation a posteriori (Harris & Harris, 2001). Ainsi, il est légitime de se demander si les questions ou les relances de l'interviewer qui demandent aux participants d'exposer tel ou tel élément de l'intervention ne sont pas productrices de raisonnements qui n'étaient pas présents dans les séances d'ergothérapie. Si c'est le cas, alors la fiabilité de l'étude est faible.

Ce problème de fiabilité est présent dans toutes les études sur le raisonnement clinique, consultées. Harris et Harris (2001) remarquent que les chercheurs n'ont pas été capables de mettre au point des méthodes d'obtention de données et d'analyse qui permettent d'accéder à un phénomène tacite parce que, précisément, toute explicitation d'un phénomène implicite par un interviewé transforme ce phénomène en autre chose. Ces auteurs réclament d'autres méthodes de travail.

« If we wish to understand how experienced clinicians make decisions, we must find ways of accessing their thinking effectively. More specifically, we must find

ways of understanding the intuitive reasoning strategy. » (Harris & Harris, 2001, p. 166-167).

La critique de Harris et Harris (2001) est pertinente, mais les chercheurs, dont Mattingly et Fleming (1994), qui ont employé l'observation participante ou l'enregistrement vidéo comme méthode d'obtention de données, produisent des interprétations semblables à ce qui est obtenu par des entretiens a posteriori. De plus dans la présente étude, les ergothérapeutes se sont reconnus dans les modes de raisonnement proposés. On peut cependant se demander si toutes les études menées sur le raisonnement clinique en ergothérapie ne souffrent pas d'être enfermées dans la perspective développée par Mattingly et Fleming (1994) qui produisent un discours plutôt flatteur pour les ergothérapeutes parce qu'il correspond à leurs valeurs. Il resterait donc à mieux prendre conscience des effets de ces valeurs dans les recherches futures (Laperrière, 1997).

La méthode d'analyse des données. Les effets de l'expérience ont été mis en évidence, conformément à l'approche phénoménologique choisie, en procédant à une analyse portant sur le sens des unités textuelles identifiées dans le verbatim des entretiens. Le verbatim et le contenu des enregistrements n'ont pas fait l'objet d'une analyse linguistique (Grawitz, 2001). Or, la simple écoute des enregistrements montre que deux des débutants parlent de façon plus hésitante et communiquent par le ton de leurs voix des sentiments de crainte ou de flottement. La lecture des verbatims montre aussi que les participants diffèrent au plan de la cohérence du développement du discours, ils n'utilisent pas tous les mêmes mots. Ces différences peuvent être en rapport avec le manque d'expertise. Bref, une autre approche de l'analyse des données aurait pu offrir des résultats plus probants pour qualifier l'expertise.

7. LES RECOMMANDATIONS

7.1 Recommandations sur le plan de la recherche

Le transfert et l'approfondissement des résultats. Les résultats de la présente étude ne peuvent être extrapolés à d'autres contextes de traitement. En particulier, il conviendrait d'explorer les facteurs qui conditionnent la présence d'une double démarche à la fois centrée sur la maladie et la personne. Dans cette étude, il est possible que la durée des séjours des usagers, la liberté d'action des thérapeutes, le

contexte hospitalier et l'absence de connaissance de la maladie par les usagers interviennent, mais on n'en est pas sûr. Toutes les études consultées qui portent sur le raisonnement clinique se sont effectuées dans des milieux hospitaliers, dans des milieux de réadaptation ou dans des services de soins à domicile avec des ergothérapeutes qui suivent des usagers souffrant de déficiences consécutives à des atteintes de leurs systèmes organiques. Aucune de ces recherches n'a été effectuée en milieu psychiatrique. Des études visant l'exploration des raisonnements des ergothérapeutes dans ces milieux montreraient peut-être des approches très différentes.

Les méthodes de collectes et d'analyses de données. Les entretiens apportent des données soumises à une rationalisation a posteriori des participants. Harris & Harris (2001) ont souligné la difficulté à trouver des méthodes de collectes de données qui dépassent ce problème. Il conviendrait de développer davantage de recherches qui s'appuient sur l'observation comme méthode d'obtention de données. Enfin, Chapparo et Ranka (2000) dans leur revue de la littérature ont souligné des différences de terminologie dans les différentes études menées sur le raisonnement clinique qui reposent sur les cadres théoriques mobilisés par les chercheurs pour réaliser leur étude. Malgré ces différences, il y a peut-être moins de formes de raisonnements implicites que l'ensemble des études le laisserait croire. Dans la présente étude, ces formes ont été regroupées. Il conviendrait de vérifier si ce regroupement est pertinent ou s'il n'est qu'un artefact dû à la méthode de collecte de données.

7.2 *Recommandations sur le plan de la clinique*

Un modèle pour appréhender les habitudes de vie est l'environnement. Les résultats de la présente recherche ont montré que les ergothérapeutes sont peu orientés vers les habitudes de vie de l'utilisateur durant les interventions et qu'ils ont une connaissance de l'environnement souvent limitée aux conditions d'habitation de l'utilisateur. Ils exercent essentiellement des aptitudes et s'intéressent aux activités courantes des personnes très tardivement dans l'intervention. Le recours à un modèle de compréhension de la situation de l'utilisateur qui permette une approche centrée sur le client et qui propose une conception plus large des activités humaines et du milieu de vie pourrait déboucher sur une représentation moins réductrice de la personne atteinte des conséquences d'un accident vasculaire cérébral. Le modèle de l'occupation

humaine de Kielhofner (2002) ou celui du rendement occupationnel de l'Association canadienne des ergothérapeutes (1997) sont envisageables. Ils offrent des instruments de mesure pour déterminer les occupations de personnes, leurs intérêts ou leur environnement. Les thérapeutes pourraient alors obtenir plus rapidement et de manière plus formelle des informations utiles pour définir les buts et les moyens de traitement.

De plus, les résultats de l'étude montrent que la sortie de l'hôpital correspond plutôt à une rupture qu'à un phénomène de continuité. Or, celle-ci est un élément déterminant de l'efficacité des soins à l'hôpital comme à l'extérieur de celui-ci. Holmkvist et al. (1998) indiquent que la réduction de la durée de séjour des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral n'affecte pas les résultats de la réadaptation si le suivi à domicile est quantitativement et qualitativement suffisant. Dans le cas des usagers suivis par les participants à l'étude, l'adoption d'un modèle permettant d'appréhender les conditions de vie de la personne favoriserait la continuité des interventions. La préparation à la sortie serait meilleure et des informations pertinentes pour les services de soins à domicile seraient disponibles. Reste que ces services devraient être développés davantage et défendus par les ergothérapeutes.

Des traitements scientifiquement fondés. Les ergothérapeutes rencontrés procèdent à diverses interventions sans se donner les moyens de vérifier si leurs pratiques sont basées sur les résultats d'études probantes. Récemment, dans le cadre d'une méta-analyse de la littérature en ergothérapie portant sur les études qui concernent l'effet de la rééducation et de la réadaptation des personnes atteintes d'accident vasculaire cérébral, Trombly et Ma (2002) montrent que l'ergothérapie parvient à améliorer les performances des personnes dans leurs activités de la vie quotidienne. Les interventions sont d'autant plus efficaces, si l'utilisateur peut choisir les activités, si le contexte est familier et si les adaptations nécessaires sont fournies. Les auteurs ne parviennent pas à établir les raisons de la réussite qui peuvent être le fait que les activités se déroulent dans un contexte familier, le fait que les buts sont définis par l'utilisateur, le fait que l'activité ait un sens pour l'utilisateur ou encore le fait que l'ergothérapeute enseigne et exerce des capacités spécifiques.

Ma et Trombly (2002), dans la même méta-analyse s'intéressent à l'effet de certaines pratiques de l'ergothérapie sur les aptitudes cognitives et perceptuelles, et sur les aptitudes sensitives et motrices. Leurs analyses débouchent sur huit

recommandations. 1) pour augmenter les aptitudes et les capacités cognitives, il faut employer des activités courantes, 2) pour améliorer l'héminégligence, il faut donner des consignes qui permettent la réalisation d'une action finalisée dans l'espace négligé, 3) pour améliorer les aptitudes visuo-perceptuelles, il faut proposer l'exercice de tâches spécifiques qui recourent au principe de la gradation progressive de la complexité, 4) pour accroître la participation de l'utilisateur et les effets de la thérapie, il faut utiliser des jeux ou d'autres activités porteuses de sens pour les usagers, 5) pour augmenter les amplitudes articulaire actives, il faut exercer des mouvements qui demandent la réalisation de buts particuliers et de préférence avec les deux bras, 6) pour aider l'utilisateur à développer ses mouvements volontaires après la fin du traitement, il faut lui donner un programme écrit et illustré comprenant des exercices et des manières de réaliser des activités courantes, 7) pour faciliter la performance, il faut engager l'utilisateur à imaginer la réalisation de l'activité, et 8) pour aider l'utilisateur à organiser ses mouvements, il faut employer des objets usuels dans un objectif fonctionnel.

L'analyse de la littérature effectuée par Trombly et Ma (2002) ne permet pas de dire que les exercices centrés sur les aptitudes ont une meilleure efficacité que la réalisation d'activités ou des tâches spécifiques en rapport avec la vie quotidienne de la personne. Mais la réalisation de ces dernières semble plus intéressante au plan de l'engagement de l'utilisateur et de l'effet sur les habitudes de vie. Il convient donc de recommander aux ergothérapeutes de recourir à la réalisation d'activités dans des contextes organisés pour ressembler à la vie de tous les jours aussitôt que possible et non pas en fin de traitement ou par défaut si l'exercice des aptitudes n'amène pas d'effet. Plutôt que d'avoir du matériel spécifique de thérapie comme des cônes ou des bâtonnets, les ergothérapeutes peuvent employer des objets usuels qui sont davantage porteurs de sens et qui peuvent également être touchés, poussés, saisis, portés, manipulés et posés.

Le développement du travail d'équipe. Les participants à l'étude font tous, état du travail en équipe et de collaborations avec divers autres professionnels dans l'hôpital et en dehors de celui-ci. Ils regrettent la faible considération par l'équipe des aspects psychologiques de la situation des usagers et la faiblesse des suivis à domicile. Les résultats de l'étude montrent également le trop petit engagement concret des ergothérapeutes dans la restauration des habitudes de vie et les difficultés de la collaboration avec les neuropsychologues. La qualité des suivis des usagers dans

l'hôpital, puis dans les retours à domicile pourrait s'améliorer si le travail de collaboration faisait l'objet d'une nouvelle définition.

Selon d'Amour et al. (1999), la collaboration devrait s'inscrire dans un processus de négociation qui porte sur les règles du travail en équipe, sur la définition de la finalité du travail d'équipe, sur le rôle de l'utilisateur dans l'équipe et sur le partage de territoires professionnels. Appliqué au milieu de travail des participants à l'étude, cela signifie que les règles implicites et explicites qui définissent la collaboration doivent être discutées entre les différents professionnels. Ainsi, les divers rôles tels qu'ils ont été définis par la hiérarchie médicale dans une conception biomédicale devraient être remis en cause de sorte que chaque groupe professionnel puisse mettre au service de l'utilisateur, les moyens les plus probants développés par sa profession. Pour les ergothérapeutes, se limiter à une approche centrée sur la rééducation des incapacités limite bien inutilement l'efficacité des traitements. Les divers professionnels devraient aussi se mettre d'accord sur une finalité à leur collaboration qui ne peut pas concerner seulement l'échange d'informations et la répartition du travail, mais doit s'atteler à débattre des situations des usagers, y compris des aspects comportementaux et relationnels. Les équipes doivent également trouver les moyens de donner à l'utilisateur une place plus importante dans les décisions le concernant. Enfin, seule une négociation entre les ergothérapeutes et les neuropsychologues portant sur la possibilité pour les ergothérapeutes d'être partiellement sur le territoire de travail de leurs collègues peut permettre de résoudre le conflit portant sur l'emploi des épreuves de Sève-Ferrieu. Il est probable que la division du travail entre les ergothérapeutes, et respectivement, les infirmières, les physiothérapeutes et les assistants sociaux relève déjà d'un tel ordre négocié.

8. CONCLUSION

Cette étude a permis de décrire de manière détaillée et approfondie les pratiques de six ergothérapeutes travaillant en milieu hospitalier à Genève auprès d'utilisateurs atteints des conséquences d'un accident vasculaire cérébral. Elle a mis en évidence que dans ce contexte d'exercice de l'ergothérapie, les thérapeutes s'intéressent davantage aux aptitudes à rééduquer qu'aux habitudes de vie et à l'environnement dans lequel l'utilisateur vivra au terme de son parcours de réadaptation. Les ergothérapeutes se restreignent souvent à des activités de base de la vie

quotidienne et s'orientent tardivement vers les problèmes concrets et différenciés posés par la réinsertion, ce qui provoque pour l'usager une rupture importante au moment de la sortie de l'hôpital. Ceci est en relation avec le poids du modèle biomédical dans le contexte de travail des participants qui limite le rôle des ergothérapeutes à la rééducation des aptitudes du membre supérieur ou à quelques activités de la vie quotidienne et qui standardise la durée des séances. Les participants recourent à divers modèles ou techniques d'intervention qui s'adressent aux personnes souffrant des conséquences d'affections neurologiques centrales et qui proposent de rééduquer des aptitudes motrices ou perceptives. Ils ne se réfèrent pas dans le choix de ces traitements à la recherche d'informations permettant de développer des interventions dont la pertinence est scientifiquement fondée.

Les ergothérapeutes, en délaissant partiellement les habitudes de vie par leur adhésion au modèle biomédical, sont en marge de la finalité de leur propre profession. Ils devraient s'engager plus activement dans la mise en place d'un modèle d'intervention qui intègre très tôt la vie quotidienne et les caractéristiques de l'environnement dans les objectifs et dans les moyens de traitement. Le modèle du Processus de production des handicaps de Fougeyrollas, Cloutier et al. (1998) permettrait l'élaboration de ce type de thérapie parce qu'il facilite l'investigation puis la prise en compte des éléments qui conditionnent la participation sociale. Il peut facilement compléter le recours aux modèles réducteurs centrés sur la rééducation des aptitudes. D'un autre côté, les ergothérapeutes pourraient tirer profit du statut universitaire de l'hôpital et du modèle biomédical pour revendiquer du temps et des moyens d'accès à l'information afin de parvenir à des pratiques plus probantes dans la rééducation des aptitudes et dans la mesure des progrès des usagers suivis. Ainsi, une amélioration des conditions de travail déboucherait sur une augmentation des compétences professionnelles, et finalement de l'efficacité du service.

L'étude a montré que la durée des séjours des usagers en réadaptation est de trois ou quatre mois, ce qui donne aux ergothérapeutes un temps relativement long pour chaque thérapie. Cela leur permet de s'engager dans une double démarche thérapeutique portant à la fois sur la réadaptation des aptitudes et sur l'ajustement émotionnel à la situation de handicap. L'engagement relationnel des participants vis-à-vis des usagers est quantitativement et qualitativement important. L'établissement de la confiance entre l'usager et le thérapeute apparaît aux yeux de ce dernier comme un

enjeu pour la réussite de l'intervention. C'est l'évolution de cette relation d'aide qui imprime à la thérapie son rythme et qui détermine les échanges entre les protagonistes. Du point de vue des raisonnements, la double démarche thérapeutique est soutenue par deux modes de réflexion : une approche procédurale supporte l'analyse des effets de l'accident vasculaire cérébral et la détermination des techniques à mettre en œuvre pour la rééducation, alors qu'une approche narrative, construite à partir des valeurs, guide les réflexions sur les interactions et sur les conditions d'existence de la personne.

L'approche procédurale est à l'œuvre dans l'emploi des modèles d'intervention et des techniques choisies pour évaluer et rééduquer les aptitudes. Elle est associée au modèle biomédical. Une manière pragmatique de penser, qui permet de gérer les contraintes temporelles ou matérielles imposées par l'hôpital, est liée au mode procédural. Le mode narratif regroupe des raisonnements interactifs, conditionnels et éthiques. Les raisonnements interactifs sont à l'œuvre dans l'ajustement verbal ou comportemental immédiat du thérapeute à l'utilisateur. Les raisonnements conditionnels conduisent les thérapeutes à imaginer, à partir de quelques éléments connus, ce que pourrait être la vie de la personne. Les raisonnements éthiques produisent des jugements sur ce qui est le mieux pour la personne. Chez les participants à cette étude, le mode narratif est aussi fréquent que le mode procédural.

L'efficacité de la double démarche des thérapeutes, centrée à la fois sur les aptitudes et sur la personne, est associée chez la plupart des participants à une expérience professionnelle considérable. L'étude a montré que l'expertise technique et l'expertise relationnelle peuvent être dissociées. La première étant liée à l'expérience de l'intervention auprès de personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral, alors que la seconde peut être acquise auprès d'une autre clientèle ou même en dehors de la profession. L'expérience confère davantage de sûreté au thérapeute et accélère son travail mais n'influence pas le recours à l'une ou l'autre des formes de raisonnement. Cette double approche des usagers constitue une force des ergothérapeutes rencontrés qui parviennent ainsi à les motiver pour la rééducation et à obtenir une amélioration de leurs capacités. Elle devrait être reconnue et promue dans l'ensemble des milieux de travail et enseignée dans les écoles d'ergothérapie comme un exemple de démarche clinique pertinente.

Enfin, sur le plan de la recherche, les résultats mis en évidence quant à l'existence d'une double démarche clinique et à deux modes de raisonnements comprenant plusieurs formes de pensée devraient être approfondis. La démarche des ergothérapeutes, produite dans un milieu de réadaptation en santé physique qui accueille des usagers pour des séjours relativement longs, pourrait être complètement différente lorsque les séjours sont plus courts ou lorsque les incapacités sont consécutives à une affection mentale. L'exploration des réflexions des ergothérapeutes dans ces contextes de pratique serait fort intéressante. Sur le plan de l'analyse des données, puis sur le plan de la construction théorique, nous avons considéré que lorsque des raisonnements portent sur des objets de nature distincte, leurs formes sont différentes. Par exemple, nous avons admis qu'une réflexion basée sur les valeurs de l'ergothérapeute et qu'une réflexion portant sur les conditions d'existence de l'utilisateur pour déterminer un choix d'intervention, étaient respectivement, un raisonnement éthique et un raisonnement conditionnel. Peut-être s'agit-il seulement de deux aspects d'une même représentation de l'action professionnelle. Si c'est le cas, alors il n'y a qu'une forme de raisonnement et non deux. D'autres études et une élaboration théorique plus fouillée sont nécessaires pour établir l'existence des formes de raisonnement mises en évidence. Finalement, le rôle de l'expertise dans la réflexion des ergothérapeutes demande à être davantage étudié. L'étude n'a pas permis de mettre en évidence divers niveaux d'expertise ni leur effet sur les raisonnements. A cette fin, il faudrait des participants plus nombreux et plus différenciés dans leur expérience professionnelle, et une collecte de données mieux orientée vers la quête de l'effet de l'expertise.

RÉFÉRENCES

- Abdelmalek, A., & Gérard, J-L. (1995). *Sciences humaines et soins. Manuel à l'usage des professions de la santé*. Paris: Interédition.
- Affolter, F., & Bischofberger, W. (1993). *Wenn die organisation des zentralen Nervensystems zerfällt und es an gespürter Information mangelt*. Villingen-Schenningen: Necker-Verlag.
- Alnervik, A., & Sviden, G. (1996). On clinical reasoning: Pattern of reflection on practice. *Occupational Therapy Journal of Research*, 16, 2, 98-110.
- Alsop, A., & Ryan, S. (1996). *Making the most of fieldwork education: a practical approach*. Londres: Chapman Hall.
- Amarenco, G. (1993). La rééducation des accidents vasculaires cérébraux. In J. Bougousslavsky, M. G. Bousser, & J. L. Mass. *Accidents vasculaires cérébraux* (pp. 652-661) Paris: Doin.
- Association Canadienne des Ergothérapeutes. (1997). *Promouvoir l'occupation: une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa: Auteur.
- Association Suisse des Ergothérapeutes. (1982). *Textes du projet ergothérapie-thérapie d'animation 1978-1984*. Zurich: Auteur.
- Association Suisse des ergothérapeutes. (1996). *Code de déontologie*. Zurich: Auteur.
- Benamy, B. (1996). *Developping clinical reasoning skills: strategie for the occupational therapist*. San Antonio: Therapy skills builders.
- Benner, P. (1984/1995). *De novice à expert: excellence en soins infirmiers*. St-Laurent: ERPI.
- Bertier, N. (1998). *Les techniques d'enquête, méthodes et exercices corrigés*. Paris: Armand Colin.
- Blanchet, A. (1991). *Dire et faire dire: L'entretien*. Paris: Armand Collin.
- Brousseau, M., & Gilbert, D. (1992). Les activités de la vie quotidiennes: Au-delà d'une liste de tâches à performer. *Revue québécoise d'ergothérapie*, 1, 21-24.

Burke, J. (1996). Moving occupation into treatment: clinical interpretation of « legitimizing occupational therapy Knowledge ». *American Journal of Occupational Therapy* 50, 8, 635-638.

Cambier, J., Masson, M., & Dehen, H. (1995). *Abrégé de neurologie* (8th ed.). Paris: Masson.

Cellard, A. (1997). L'analyse documentaire. In Collectif Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives. *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. (pp.251-271). Montréal: Gaëtan Morin.

Chang, L. H., & Hasselkuss, B. R. (1998). Occupational therapists'expectations in rehabilitation following strokes: Sources of satisfaction and dissatisfaction. *American Journal of Occupational Therapy*, 5, 8, 629-637.

Chapparo, C., & Ranka, J. (2000). Clinical reasoning in occupational therapy. In J. Higgs & M. A. Jones (Eds.) *Clinical reasoning in the health profession* (2nd ed. pp. 128-137). Oxford: Butterworth Heinemann.

Christiansen, Ch., & Baum, C. (1997). Understanding occupation: Definitions and Concepts. In Ch. Christiansen & C. Baum. (Eds.) *Occupational therapy: Enabling function and well-Being* (2nd ed., pp. 3-24). Thorofare: Slack.

Chantraine, A., & Choux, N. (1999) Ergothérapie. In A. Chantraine. *Rééducation neurologique* (2nd ed. pp 171-191). Vélizy: Arnette

Clark, F., Larson, E., & Richardson, P. (1996). A grounded theory of techniques for occupational story telling and occupational story making In R. Zemke, F. Clark (Eds) *Occupational Science: The Evolving Discipline*. (pp.373-392). Philadelphia: Davis.

Clark, M. S., & Smith, D. S. (1998). Factors contributing to patient satisfaction with rehabilitation following stroke. *International Journal Rehabilitation Research*, 21, 2,143-54.

Clark, M. S., & Smith, D. S. (1999). Changes in family functioning for stroke rehabilitation patients and their families. *International journal of rehabilitation research*, 22, 3, 171-179.

Colledge, J. (1998). Distinguishing between occupation, purposeful activity and activity,

Part 1: Review and explanation. *British Journal of Occupational therapy*, 61, 3, 100-105.

Comte, P-A. (2000). *Cours d'ergothérapie avec les hémiprégiques*. Manuscrit non publié, Ecole d'études sociales et pédagogiques à Lausanne, Suisse

Crabtree, M., & Lyons, M. (1997). Focal points and relationships: a study of clinical reasoning. *British Journal of Occupational Therapy*, 60, 2, 57-64.

Crepeau, E. B. (1991). Achieving intersubjective understanding: Examples from an occupational therapy session. *American Journal of Occupational Therapy*, 45, 11, 1016-1025.

D'Amour, D., Sicotte, C., & Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé*, 17, 3, 67-94.

Deschamps, M. (1993). *L'approche phénoménologique en recherche*. Montréal: Guérin.

Eggers, O. (1990). *Traitement de l'adulte hémiprégique en ergothérapie par la méthode Bobath*. Paris: Springer Verlag.

Ersser, S. J., & Atkins, S. (2000) Clinical reasoning and patient-centered care. In J. Higgs, & M. Jones. *Clinical reasoning in the health profession* (2nd ed.). Oxford: Butterworth Heinemann.

Fleming, M. H. (1991). Clinical reasoning in medicine compared with clinical reasoning in occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 45, 11, 988-996.

Fondiller, E. D., Rosage L.J., & Neuhaus, B. E. (1990). Values influencing clinical reasoning: an explanatory study. *Occupational Therapy Journal of Research*, 10, 41-54.

Fonteyn, M. E. & Ritter, B. J. (2000). Clinical reasoning in nursing. In J. Higgs, & M. Jones. *Clinical reasoning in the health profession* (2nd ed.). Oxford: Butterworth Heinemann.

Fortin, F. (1996). *Le processus de recherche: De la conception à la réalisation*. Mont-royal: Décarie.

Foti, D., Pedretti L. W., & Lillie, S. (1996). Activities of daily living. In L. W. Pedretti (Eds). *Occupational therapy: Practice skills for physical dysfunction*. (4th ed. pp 463-506). St-Louis: Mosby.

Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., & St-Michel G. (1998). *Classification québécoise: processus de production du handicap*. Lac St-Charles : Réseau international sur le processus de production du handicap.

Fougeyrollas, P., Noreau, L., Bergeron, H., Cloutier, R., Dion, S-A., & St-Michel, G. (1998). Social consequences of long term impairments and disabilities: conceptual approach and assessment of handicap. *International journal of Rehabilitation Research*, 21, 127-141.

Freeman, E. (2000). Unilateral spatial neglect: new treatment approaches with potential application to occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 4, 401-408.

Freysinnet-Dominjon, J. (1997). *Méthodes de recherche en sciences sociales*. Paris: Montchrétien.

Friedland, J. (1998). Occupational Therapy and Rehabilitation: an awkward Alliance. *American Journal of Occupational Therapy*, 52, 5, 373-380.

Gahan, C., & Hannibal, M. (1998). *Doing qualitative research using QSR NUD IST*. London: Sage publication.

Gibson, J. W., & Schkade J. K. (1996). Occupational adaptation intervention with patients with cerebrovascular accident: a clinical study. *American Journal of Occupational Therapy*, 23, 523-529.

Giorgi, A. (1997). De la méthode phénoménologique utilisée comme méthode de recherche qualitative en sciences humaines: théorie, pratique et évaluation. In Collectif Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives. *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. (pp.341-364). Montréal: Gaëtan Morin.

Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *Discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.

Grawitz, M. (2001). *Méthodes des sciences sociales* (11th ed.). Paris: Dalloz

- Hagedorn, R. (1997). *Foundation for practice in occupational therapy*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Harries, P., & Harries, C. (2001). Studying clinical reasoning, Part 1: have we been taking the wrong « track »? *British Journal of Occupational Therapy*, 64,4, 164-168.
- Hesbeen, W. (2001). *La réadaptation : Aider à créer de nouveaux chemins*. Paris, Seli Arslan.
- Higgs, J., & Jones, M. A. (Eds.). (2000). *Clinical reasoning in the health profession* (2nd ed.). Oxford: Butterworth Heinemann.
- Hochstenbach, J., & Mulder, T. (1999). Neuropsychology and the relearning of motor skills following stroke. *International Journal of Rehabilitation Research*, 22, 1, 11-19.
- Holmqvist, L., von Koch, L., Kostulas, V., Holm, M., Widsell, G., Tegler, H., et al. (1998). *Stroke*, 29, 3 591-597.
- Huberman, A., & Miles M. B. (1991). *Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles : De Boeck
- Jackson, S. (1996). Cerebrovascular accident. In A. Turner, M. Foster & S. E. Johnson. *Occupational therapy and physical dysfunction, principles, skills and practice*. (4th ed. pp 433-461). New York: Churchill Livingstone.
- Kautzmann, L. N. (1993). Linking patient and family stories to caregivers use of clinical reasoning. *American Journal of Occupational Therapy*, 47, 2, 169-173.
- Kielhofner, G. (1997). *Conceptual foundation of occupational therapy*. (2nd ed.). Philadelphia: Davis.
- Kielhofner, G. (2002). *A model of human occupation* (3th ed.). Baltimore: Lippincot Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G., & Barrett, L. (1998). Misunderstanding in occupational Form: A study of therapeutic goal setting. *American Journal of Occupational Therapy*, 52, 5, 345-353.
- Langhorne, P., & Duncan, P. (2001). Does the organization of postacute stroke care really matter ? *Stroke*, 32, 268-274.

Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives In Collectif Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives. *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. (pp.365-389). Montréal: Gaëtan Morin.

Larsson, M., & Bränholm, I. (1996). An approach to goal planning in occupational therapy and rehabilitation. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 3, 14-19.

Lavelle, P., & Tomlin, G. (2001). Occupational therapy goal achievement for persons with postacute cerebrovascular accident in an on-campus student clinic. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 1, 36-42.

Lewinter, M., & Mikkelsen S. (1995). Therapists and the rehabilitation process after stroke. *Disability and rehabilitation* 17, 5, 2111-216.

Loi fédérale sur l'assurance maladie du 18 mars 1994. Berne: Recueil systématique du droit fédéral 832.10.

Loi fédérale sur la protection des données du 19 juin 1992. Berne: Recueil systématique du droit fédéral 235.1.

Ma, H., & Trombly, C. (2002). A synthesis of the effects of occupational therapy for persons with stroke, Part II: remediation of impairments. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 3, 260-274.

Mansson, M., Fredriksson, B., & Bränholm, I. B. (1995). On life satisfaction and activity preferences in long-term survivors after stroke. *Scandinavian Journal of Occupational therapy*, 2, 51-55.

Mathier, I. (1994). *Recueil de fiches méthodologiques*. Genève: institut d'études sociales.

Mattingly, Ch. (1991). The Narrative nature of clinical reasoning: *American Journal of Occupational Therapy*, 45, 11, 998-1005.

Mattingly, Ch. (1998). *Healing dramas and clinical plots: the narrative structure of experience*. Cambridge: Cambridge University Press.

Mattingly, Ch., & Fleming, M. H. (Eds). (1994). *Clinical Reasoning: forms of inquiry in a*

therapeutic practice. Philadelphia: F.A. Davis.

Mémin, B., & Hommel, M. (1993). In J. Bougousslavsky, M. G. Bousser, & J. L. Mass. *Accidents vasculaires cérébraux* (pp 661-670) Paris: Doin.

Meyer, S. (1990). *Le processus de l'ergothérapie*. Lausanne: Ecole d'études sociales et pédagogiques.

Meyer, S. (1997). *Les connaissances professionnelles des ergothérapeutes travaillant en Suisse romande auprès des personnes âgées*. Lausanne: Ecole d'études sociales et pédagogiques.

Mucchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives*. Paris: Armand Colin.

Neistadt, M. (1995). Methods of assessing client priorities: A survey of adult physical dysfunction settings. *American Journal of Occupational Therapy*, 49, 5, 428-436.

Neistadt, M., & Seymour, S. G. (1995). Treatment activity preferences of occupational therapists in adult physical dysfunction. *American Journal of Occupational Therapy*, 49, 5, 437-443.

Nikolaus, Th., & Jamour, M. (2000). *Wirksamkeit von speziellen Schlaganfalleinrichtungen (stroke units) in der Behandlung des akuten Schlaganfalls*. *Zeitschrift Gerontologie Geriatrie*, 33, 96-101,

Northen, J., Rust, D. M., Nelson, C. E., & Watts, J. H. (1995). Involvement of adult patients in setting occupational therapy goals. *American Journal of Occupational Therapy*, 49, 3, 214-220.

Rice-Oxley, M., & Turner-Stokes, L. (1999). *Effectiveness of brain injury rehabilitation*. *Clinical rehabilitation* 13, 1 suppl, 7-24.

Pedretti, L., W. Smith, J. A., & McHugh Pendleton, H. (1996). Cerebral vascular accident. In L. W. Pedretti (Eds). *Occupational therapy: Practice skills for physical dysfunction*. (4th ed. pp 785-805). St-Louis: Mosby.

Pelland, M. J. (1987). A Conceptuel Model for the Intruction and Supervision of treatment planning. *American Journal of Occupational Therapy*, 41, 351-359.

Perfetti, C. (1992). *La logica dell'esercizio*. Napoli: Lavinia idelson.

Pires, A. P. (1997). Echantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. In Collectif Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives. *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaëtan Morin.

Polkinghorne, D. (1996). Transformative narratives: From victimic to agentic life plots. *American Journal of Occupational Therapy*, 50, 4, 299-305.

Ponte-Allan, M., & Giles, G. M. (1998). Goal setting and functional outcomes in rehabilitation. *American Journal of Occupational Therapy*, 53, 6, 646-649.

Pound, P., Tilling, K. Rudd, A., & Wolf Ch. (1999). Does patient satisfaction reflect differences in care received after stroke. *Stroke*, 30, 49-55.

QSR NUD. IST 4, *User guide*. (2nd ed) (1997). Londres: Sage publication.

Ranka, J., & Chapparo, C. (2000). Teaching clinical reasoning to occupational therapists. In J. Higgs & M. A. Jones (Eds.). *Clinical reasoning in the health profession* (2nd ed. pp 191-204). Oxford: Butterworth Heinemann.

Reed, K. (1984). *Models of Practice in occupational therapy*. Londres: Williams and Wilkins.

Robertson, L. J. (1996a) Clinical reasoning, Part 1: The nature of problem solving: a literature review. *British Journal of Occupational Therapy* 59, 178-182.

Robertson, L. J. (1996b). Clinical reasoning, Part 2: Novice/expert differences. *British Journal of Occupational Therapy*, 59, 212-216.

Rogers, J. C. (1983). Clinical reasoning, the ethics, science, and art: The 1983 Eleonor Clarke Slagle lecture. *American Journal of occupational Therapy*, 37, 9, 601-616.

Rogers, J. C., & Holm, M. (1991). Occupational therapy diagnostic reasoning: A component of clinical reasoning. *American Journal of Occupational Therapy* 45, 1045-1053.

Rogers, J. C., & Masagatani, G. (1982). Clinical reasoning of occupational therapists during the initial assessment of physically disabled patients. *Occupational Therapy Journal of Research*, 2, 4, 195-219.

- Ryerson, S., & Levit, K. (1997). *Functional movement reeducation*. New York: Churchill Livingstone.
- Schell, B. R. (1998). Clinical reasoning. In *Willard and Spackman's Occupational Therapy*. (M. Neistadt & E. B. Crepeau, Eds). pp, 90-99. Philadelphia: Lippincott.
- Schell, B. R., & Cervero, R. M. (1993). Clinical reasoning in occupational therapy: An integrative review. *American Journal of Occupational Therapy*, 47, 7, 605-610.
- Seale, C. (2000). Using computer to analyse qualitative data. In D. Silverman. *Doing qualitative research. A practical handbook*. London: Sage publication.
- Sève-Ferrieu, N. (2001). *Neuropsychologie corporelle, visuelle et gestuelle*. (2^e ed). Paris: Masson.
- Silverman, D. (2000). *Doing qualitative research: A practical handbook*. London: Sage publication.
- Smout, S., Koudstaal P. J., Ribbers G. M., Janssen W., & Passchier, J. (2001) Struck by stroke: a pilot study exploring quality of life and coping patterns in younger patients and spouses. *International Journal of Rehabilitation research*, 24, 4, 261-268.
- Sonde, L., & Viitanen, M. (2001). Length of hospital stay, functional independence and life satisfaction after stroke. *International Journal of Rehabilitation Research*, 24, 1, 73-78.
- Spencer, J., Davidson, H., & White, V. (1997). Helping clients to develop hopes for the future. *American Journal of Occupational Therapy*, 51, 3, 191-198.
- Strauss, A., & Corbin, J., (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. (2nd ed.). Londres: Sage.
- Tham, K., Ginsburg, E., Fisher, A., & Tegnér, R. (1999). Training to improve Awareness of disabilities in clients with unilateral neglect. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 1, 46-54.
- Thorn, S. (2000). Neurological rehabilitation nursing : A review of the research. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 5, 1029-1038.
- Trombly, C. A. (1995a). *Occupational therapy for physical dysfunction*. (4th ed.)

Baltimore: Williams and Wilkins.

Trombly, C. A. (1995b). Occupation: Purposefulness and meaningfulness as therapeutic mechanism. The 1995 Eleonor Clarke Slagle Lecture. *American Journal of Occupational Therapy*, 49, 10, 960-972.

Trombly, C., & Ma, H. (2002). A synthesis of the effects of occupational therapy for persons with stroke, part II: restoration of roles, tasks and activities. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 3, 250-259.

Turner, A., Foster, M., & Johnson S. E. (1996). *Occupational therapy and physical dysfunction, principles, skills and practice*. (4th ed.). New York: Churchill Livingstone.

Unsworth, C. A., & Cunningham, D. T. (2002). Examining the evidence base for occupational therapy with clients following stroke. *British Journal of Occupational Therapy*, 65, 1, 21-29.

Walker, M. F., Drummond, A., Gatt, J., & Sackley, C.M. (2000). Occupational therapy for stroke patients: a survey of current practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 63, 8, 367-372.

Walker, C.M., & Walker, M. F. (2001). Dressing ability after stroke: a review of the literature. *British Journal of Occupational Therapy*, 64, 9, 449-454.

Woodson, A. M. (1995). Stroke. In C. A. Trombly. (Eds). *Occupational therapy for physical dysfunction*. (4th ed., pp. 677-704) Baltimore: Williams and Wilkins.

Wunderle-Landgraf, D. (1999). De la solidarité au démantèlement: *A propos de la quatrième révision de l'Assurance invalidité*. Lausanne, Ecole d'études sociales et pédagogiques.