

III-1-b) Les méthodes d'évaluation.

Les ergothérapeutes interviewées dans le cadre de cette enquête indiquent tous que leur méthode d'évaluation est basée sur l'expérience et l'observation et ne fait donc intervenir aucun des outils couramment utilisés dans les cliniques du positionnement, que ce soit un des plus simples comme le score de Bourgès (cf annexe III) (Brun et al., 1993) ou un des plus complexes comme la MCP2A (cf annexe VI) (Gagnon, Noreau et Vincent, 2005 ; Gagnon, Vincent et Noreau, 2005 ; Gagnon, 2007). Les seuls outils à leur disposition sont leurs yeux et leurs mains. Les ergothérapeutes ne passent pas non plus par une description systématisée dans les 3 dimensions de chaque segment de l'appareil locomoteur avec des prises de mesures et de photos. La méthode d'évaluation qui est mise en avant ici est donc très clairement éloignée de ce qui peut être observé dans une clinique du positionnement. Il s'agit ici davantage d'une méthode empirique, basée sur l'expérience et peu formalisée, ce qui est conforme aux écrits de certains auteurs concernant les pratiques en vigueur dans les SSR (Engström, 2009 ; Guillon, Bouche, Bernuz et Pradon, 2009 ; Nouvel, Gélis et Aissaoui, 2011).

III-1-c) Les éléments sur lesquels porter son attention.

Que ce soit lors de l'évaluation du patient ou lors de la mise en place du positionnement, les ergothérapeutes recherchent des éléments ou cherchent à atteindre des objectifs qui leur sont parfois communs. Parmi ceux-ci, nous pouvons citer le tonus postural assis. Ce point évoqué par les 4 ergothérapeutes est fondamental puisqu'il va orienter le choix du FR entre un fauteuil confort et un fauteuil standard, ainsi que la taille du dossier. La prévention des troubles cutanés, des troubles trophiques, des enraidissements, des attitudes vicieuses et la recherche d'une bonne protection orthopédique et du confort sont aussi citées par les quatre ergothérapeutes. Le dernier élément relevé par la totalité des ergothérapeutes est la recherche d'un positionnement au FRM qui permette au patient de se déplacer seul.

D'autres éléments d'ordre moteur (la capacité à réaliser des mouvements fonctionnels, la présence d'une hémiplegie flasque ou spastique), cognitif (la capacité à communiquer, la présence d'une héminégligence), sensitif, la présence de douleurs et de troubles de l'humeur ou encore l'obtention d'un regard à l'horizontal pour une meilleure exploration visuelle, ne sont pas évoqués par la totalité des ergothérapeutes et parfois même uniquement par un seul d'entre eux.

Force est de constater que dans tous les cas, pour les quatre ergothérapeutes interrogées, il y a certains éléments, certaines atteintes retrouvées chez les patients hémiplegiques qui ne sont

jamais mentionnées. Nous pouvons citer de manière non exhaustive, les troubles vésico-sphinctériens et génito-sexuels, certains troubles cognitifs (les troubles de la mémoire, les troubles praxiques, gnosiques, la désorientation temporo-spatiale), les troubles sensoriels (l'hémianopsie latérale homonyme, la diplopie) et les troubles de la déglutition.

Pourtant, l'ensemble des éléments cités ci-dessus sont susceptibles d'influer sur, ou d'être influés par le positionnement au FR.

La question se pose alors sur les raisons pour lesquelles certains éléments sont cités par l'ensemble des ergothérapeutes, d'autres uniquement par certaines et d'autres encore par aucune des professionnelles. Cela d'autant plus que pour les quatre ergothérapeutes l'installation se doit d'être spécifique à chaque patient car elles ont parfaitement conscience que l'installation sera différente avec une atteinte purement motrice ou avec des troubles cumulés, moteur, sensitif, proprioceptif et neuropsychologique.

Nous pouvons supposer que certains éléments semblent plus importants aux yeux de certaines ergothérapeutes au regard de leur pratique. A moins que certains éléments, par rapport à d'autres, soient moins souvent rencontrés dans les services. Une autre possibilité est que, simplement, lors de l'interview, les ergothérapeutes n'aient cité que les problématiques qu'elles avaient rencontrées récemment. Dans un autre contexte, il aurait été possible qu'elles dressent une liste beaucoup plus large que ce qu'elles ont confié durant l'entretien.

III-1-d) L'évolution du positionnement.

Pour les quatre ergothérapeutes, le positionnement est amené à évoluer, à être modifié au cours de la PEC du patient dans le service. Cependant, les raisons invoquées sont variables selon les ergothérapeutes. Certaines évoquent l'amélioration du tonus postural, quand une autre cite celle des fonctions cognitives. Une majorité parle aussi d'une modification de l'installation car celle-ci n'est pas adaptée et peut provoquer de nouvelles problématiques. Plus étonnant, deux ergothérapeutes évoquent aussi la possibilité de mettre en place un nouveau positionnement qui n'est pas forcément des plus adaptés, simplement pour permettre au patient de rentrer à son domicile le temps d'un week-end. Ce dernier point est à rapprocher de la notion de compromis à trouver qui a été évoquée par deux ergothérapeutes. A ce sujet, il est nécessaire de rappeler qu'un positionnement au fauteuil atteint rarement la perfection mais qu'il résulte plutôt d'un compromis entre fonction, confort et protection orthopédique.

III-1-e) Le matériel de positionnement à disposition.

Il est compliqué de réaliser un positionnement au FR optimal lorsque l'on ne dispose pas de l'ensemble du matériel dont on aurait besoin. Alors que E2, E3 et E4 semblent disposer globalement de l'ensemble du matériel de positionnement dont elles ont besoin, ce n'est pas le cas pour E1. A ce sujet, le témoignage de E1 nous renseigne sur la situation de certains services avec des parcs de FR vieillissants, plus vraiment adaptés et des éléments appendiculaires présents en si faible nombre qu'il faut choisir parmi ses patients lequel en a le plus l'utilité. Son témoignage nous renseigne aussi sur la créativité dont doit faire preuve un ergothérapeute lorsqu'il se trouve confronté à ce type de situation.

III-1-f) Une équipe présente à tous les niveaux.

L'ergothérapeute est un professionnel de la santé qui ne travaille jamais seul. Son activité s'intègre à celle d'une équipe. Les différents témoignages apportés dans ce travail nous fournissent de nombreuses informations sur l'implication de l'équipe et son importance à chaque étape de l'intervention.

En tout premier lieu, l'équipe est importante voire indispensable pour l'évaluation et le recueil de données. Alors que pour certains ergothérapeutes l'évaluation est réalisée en binôme avec un kinésithérapeute, cela ne semble pas être le cas pour les autres qui récupèrent les données dans le dossier médical ou via des discussions avec les membres de l'équipe. Certaines ergothérapeutes, déjà à ce niveau, semblent avoir installées un mode de travail allant vers davantage de coopération interprofessionnelle.

Plus en aval de l'intervention, l'équipe a aussi un rôle à jouer pour observer la manière dont le patient supporte le positionnement qui lui a été préconisé et pour rapporter à l'ergothérapeute s'il y a des éléments de positionnement inadéquats. L'ensemble des ergothérapeutes s'accorde pour affirmer que s'il y a des soucis, les retours sont faits comme il se doit.

L'implication de l'équipe dans l'acte de positionnement au FR lui-même est variable selon les ergothérapeutes. D'un côté, nous avons E1 pour qui le positionnement est une compétence purement ergothérapique et pour elle les autres professionnels ne sont absolument pas force de propositions, et de l'autre côté, nous avons E2 pour qui plusieurs autres professionnels peuvent apporter leurs contributions. Cette dernière position est assez surprenante, car bien que chaque professionnel apporte ses compétences propres, le seul à avoir une réelle connaissance du matériel est l'ergothérapeute. Parfois, le kinésithérapeute peut aussi avoir cette connaissance. Cependant, les autres professionnels, du médecin à l'aide-soignant en

passant par les autres rééducateurs, aucun n'apparaît avoir les compétences requises pour faire des propositions concernant l'attribution du matériel de positionnement.

III-1-g) Une coopération interprofessionnelle à améliorer.

Une fois le positionnement au FR accompli, l'ergothérapeute se doit de réaliser des transmissions en direction de l'ensemble des membres de l'équipe pour que celles-ci soient respectées. Ces transmissions empruntent plusieurs voies, depuis l'échange oral jusqu'à la mise en place de photos avec notice dans la chambre du patient en passant par la démonstration du positionnement devant un représentant de l'équipe ou l'inscription dans le dossier du patient, et sont l'objet de rappels réguliers en cas de nécessité. Les ergothérapeutes affirment cependant que cette question du suivi de leur préconisation pose un problème à certains membres de l'équipe, principalement les aides-soignants et les infirmiers, qui sont aussi ceux qui vont être en contact pluri-quotidiennement avec les patients. Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer les raisons de ce problème : la surcharge de travail, le "turn-over" des équipes, la routine quotidienne de ces dernières, le stress, le manque de transmission au sein des équipes de soignants, le manque de compréhension de l'ergothérapeute concernant les difficultés quotidiennes du métier de l'aide-soignant et le manque de compréhension de l'aide-soignant vis-à-vis de l'intérêt de respecter le bon positionnement au FR.

Certains freins à l'efficacité des transmissions et du respect du positionnement au FR peuvent être considérés plus en profondeur par les ergothérapeutes et les aides-soignants.

Il semble, alors qu'il existe une communication entre ergothérapeutes et aides-soignants, que le message ne passe pas correctement. Cela est à rapproché de la notion de bruit sémantique rencontré dans le modèle de la communication (cf annexe X et paragraphe I-3-b). Nous observons en effet l'existence d'un problème entre l'intention de l'ergothérapeute (la source) et l'interprétation de l'aide-soignant (le récepteur). Ces difficultés pourraient être dépassées par une meilleure compréhension réciproque de ces deux professions et par la mise en place de formations et de transmissions plus adaptées aux aides-soignants. L'objectif à atteindre serait que les aides-soignants comprennent l'ensemble des enjeux d'un bon positionnement pour le patient. Cela permettrait ainsi de passer d'un travail en équipe pluri-professionnelle à une coopération interprofessionnelle.

Il semble d'ailleurs que ces difficultés de communications soient fréquemment rencontrées dans le milieu de soins et responsables de plus d'un tiers des événements indésirables graves recensés en 2011 (HAS, travail en équipe, 2013, s. d.). La HAS a mis en place un outil pour

faciliter et structurer la communication entre professionnels de santé dont les ergothérapeutes et les aides-soignants pourraient éventuellement s'inspirer (HAS - Saed, s. d.).

Il pourrait aussi être intéressant à plus d'un titre d'amener les aides-soignants à ne pas considérer le positionnement au FR comme une activité vorace en temps, mais plutôt comme une activité qui pourrait leur faire gagner du temps au cours de la journée, car un patient bien positionné est un patient susceptible d'avoir une meilleure participation sociale vis-à-vis de ses habitudes de vie et qui demandera donc moins d'aide.

III-1-h) Des habitudes de vie à prendre en compte.

Les habitudes de vie sont abordées de manières différentes selon les ergothérapeutes. Pour certaines, le terme habitude de vie ne fait référence qu'aux activités que le patient réalise à son domicile, pour d'autres, les habitudes de vie au sein du lieu d'hospitalisation se limitent principalement aux déplacements par l'utilisation du FRM. Certaines évoquent aussi les interactions sociales par l'intermédiaire du regard maintenu à l'horizontal. Il n'y a qu'une ergothérapeute qui parle de la réalisation des gestes de la vie quotidienne mais qui sont cependant limités dans une structure hospitalière.

Dans ces conditions, pour les ergothérapeutes, l'impact du positionnement au FR sur les habitudes de vie se limite aux trois éléments décrits ci-dessus.

Il est surprenant que les ergothérapeutes ne citent pas davantage l'ensemble des habitudes de vie qui peuvent être maintenues sur le lieu d'hospitalisation, car pourtant, en matière de positionnement au FR, tout comme dans l'ensemble de ses domaines d'intervention, l'ergothérapeute se doit de rechercher l'optimum d'autonomie et d'indépendance des patients, en prenant en compte leurs habitudes de vie et leur environnement.

Ces mêmes habitudes de vie sont évaluées par l'observation (pour la manipulation du FR) et par quelques questions posées au patient ou à sa famille. De la même manière que pour les autres évaluations, il n'y a pas non plus ici aussi l'utilisation de bilans comme par exemple la MHAVIE.

III-2) Réponse à la question de recherche.

Il est temps à présent de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse que j'avais établie au début de ce mémoire, à la lumière des résultats apportés par l'enquête et des nouvelles pistes de réflexion dégagées en amont de ce chapitre. Pour rappel, mon hypothèse était "une transmission optimale des préconisations, par l'ergothérapeute, concernant le positionnement au fauteuil roulant manuel, à destination des aides soignants, facilite la participation sociale des patients

hémiplegiques". Il est important aussi de rappeler que nous avons initialement défini, pour cette étude, la réalisation des habitudes de vie comme variable dépendante et la transmission des préconisations comme variable indépendante.

A la lumière de ces nouveaux éléments et uniquement dans le cadre de ce travail d'initiation à la recherche, il semble que mon hypothèse ne soit que partiellement validée. En effet, dans certaines structures de grande taille, des ergothérapeutes, qui ne ménagent pas leurs efforts et qui réalisent des transmissions en utilisant de multiples canaux (transmissions orales, photos avec explications, démonstrations du positionnement), se trouvent cependant confrontées à des équipes qui ont des difficultés à respecter leurs préconisations. Cela ayant bien entendu des répercussions sur la réalisation des habitudes de vie des patients. L'efficacité des transmissions n'est pas le seul facteur en cause. Il y a la question de la formation des aides-soignants sur les enjeux d'un bon positionnement et les bénéfices que le patient peut en retirer, la question d'une meilleure compréhension entre les professionnels et les difficultés auxquelles les uns et les autres doivent faire face, mais aussi la réalité du terrain où les équipes tournent fréquemment. Il semble cependant que dans d'autres structures de tailles plus réduites, avec des équipes fixes, ces problématiques soient moins présentes.

De multiples facteurs, que l'on peut considérer comme d'autres variables indépendantes, semblent influencer sur la prise en compte et le respect des préconisations du positionnement au FR. Certains peuvent être améliorés par une action des ergothérapeutes, mais d'autres semblent inaccessibles à leur action.

III-3) Limites de l'étude.

L'étude réalisée ici présente plusieurs limites qu'il est nécessaire de présenter.

La première limite est temporelle. Bien sûr, il s'agit ici d'un mémoire d'initiation à la recherche et il n'est pas question d'y consacrer des mois voire des années à temps plein. Même si ce travail a été l'occasion d'approfondir certaines connaissances et certaines pratiques de terrain, le temps limité pour cette étude oblige aussi de limiter ses recherches bibliographiques et ses investigations. Cette limitation peut entraîner des biais sur le résultat final car le travail réalisé n'atteint pas forcément le niveau que l'on espère y mettre au départ.

La seconde limite se situe au sein d'éléments que j'ai moi-même définis. Il s'agit des facteurs d'inclusion. Pour les ergothérapeutes, je m'étais limité à des ergothérapeutes diplômés d'état exerçant au sein d'une équipe interdisciplinaire, en SSR neurologie, réalisant du positionnement au FRM, auprès des patients hémiplegiques. Lors de l'analyse des entretiens

réalisés sur cette base, il m'a semblé évident que plusieurs éléments manquaient dans ces facteurs. Le premier est la fréquence d'exercice des ergothérapeutes auprès de la population de patients hémiplegiques. Il aurait été pertinent de n'inclure que des ergothérapeutes réalisant fréquemment du positionnement auprès de cette population. Le second élément concerne le profil des patients pris en charge par les ergothérapeutes. Là encore, il aurait été adéquat de n'inclure que les ergothérapeutes prenant en charge des patients hémiplegiques qui sont à quelques jours ou au maximum à quelques semaines de leur AVC. Car la PEC de patients au lendemain de leur AVC ou 6 ans plus tard n'a pas les mêmes implications ni les mêmes objectifs.

Une troisième limite de ce travail concerne l'absence de témoignages d'aides-soignant(e)s. Initialement, j'avais l'intention d'en interviewer trois. Dans la pratique, et malgré mes efforts, au travers des réseaux sociaux ou de démarchages dans les services de soins, je n'ai pas été capable de trouver et de motiver des aides-soignant(e)s susceptibles d'apporter leur éclairage sur cette problématique. Malgré mes demandes, ils n'étaient pas intéressés pour répondre à mon questionnaire. La manière dont je formulais ma demande n'était peut-être pas des plus adaptées. Pour une prochaine fois, peut-être faudra-t-il axer davantage ma demande autour de leurs propres pratiques professionnelles.

Cette absence d'aides-soignant(e)s pour mon enquête est la raison pour laquelle j'ai été amené à augmenter la population d'ergothérapeute à interroger pour avoir une vision la plus exhaustive possible de la pratique du positionnement au FR des patients hémiplegiques. Cependant, là encore il a été difficile d'aller au delà de 4 ergothérapeutes malgré une utilisation intensive des réseaux sociaux et un démarchage téléphonique direct dans les services.

Une autre limitation concernant cette étude vient là encore d'un outil que j'ai moi-même mis au point, il s'agit de la grille d'entretien. Initialement, j'avais réalisé cette grille par rapport aux éléments développés dans la partie théorique de ce manuscrit, à partir de mes expériences de stage et en me donnant comme objectif de répondre à la problématique posée au début de ce mémoire. Les retours étaient positifs lorsque j'ai testé cette grille auprès de plusieurs étudiants et de deux ergothérapeutes qui n'exerçaient cependant pas en SSR neurologie et qui ne réalisaient pas de positionnement au FR de patients hémiplegiques. On m'indiquait alors que mes questions étaient claires, quoiqu'un peu longues et que l'on voyait où je voulais aller. Cependant, lors des entretiens auprès de ma population cible, certaines questions n'étaient

parfois manifestement pas assez claires, et d'autres apportaient des réponses éloignées de ma demande initiale. Si l'exercice devait être réitéré, il serait pertinent de tester la grille d'entretien auprès de représentants de la population directement ciblée afin d'être certain que les questions sont parfaitement adaptées, claires et apportent les réponses escomptées.

La dernière limitation de cette étude que je suis en mesure d'identifier est la conduite des entretiens qui n'est pas un exercice si simple à réaliser. Il n'est pas très naturel de mener un entretien par téléphone avec une personne que l'on ne connaît pas, même si l'occasion m'avait déjà été donnée de tester mon questionnaire. Par ailleurs, certaines réponses m'ont parfois désarçonné et j'ai eu du mal à reprendre le cours de l'entretien. Sur les derniers entretiens, j'ai cependant gagné en fluidité et en assurance, mais cette différence de traitement et mes propres réactions ont pu impacter les réponses apportées par mes interlocuteurs. Pour une prochaine fois, il serait utile de tester la grille d'entretien auprès d'un plus grand nombre de personnes afin d'être parfaitement à l'aise avec elle.

IV) CONCLUSION

L'AVC est un problème majeur de santé publique en France, si la mortalité est en baisse dans notre pays, le taux de PEC dans les unités neuro-vasculaires a considérablement augmenté durant ces dernières années. En parallèle, la population de patients présentant des séquelles de l'AVC est elle aussi en croissance.

Pour limiter les déficiences des systèmes organiques, les incapacités au niveau des aptitudes, les situations de handicap et favoriser une situation de participation sociale de ces patients concernant leurs habitudes de vie, il est nécessaire d'avoir une PEC parfaitement adaptée. L'un des premiers moyens à la disposition des ergothérapeutes se trouve être le positionnement du patient au FR. Cependant, cette PEC, pour être efficace, ne peut se faire sans l'intervention des différents professionnels qui orbitent autour du patient, de même que la famille. Tous ont un rôle à jouer. Que ce soit en amont pour l'évaluation et le recueil de données ou en aval pour le suivi des préconisations et la surveillance du patient, car l'ergothérapeute ne peut être présent avec le patient 24 heures sur 24.

Cette étude a montré que le travail d'équipe était efficace concernant le recueil de données et la surveillance du patient après son installation au FRM. Cependant, elle a aussi montré que régulièrement, il y avait des difficultés dans le suivi des préconisations du positionnement au FR, et que malheureusement celles-ci pouvaient avoir un impact délétère pour le patient. Une partie de ces difficultés pourraient être réduites par une amélioration de la communication et donc de la compréhension entre les professionnels. L'objectif pour ces équipes est donc d'aller vers une réelle coopération interprofessionnelle. Cela passe par une optimisation des transmissions de la part des ergothérapeutes et une compréhension des difficultés que peuvent avoir les personnels de soins (aides-soignants et infirmières). Il s'agit aussi pour les personnels de soins d'avoir une meilleure compréhension des enjeux d'un bon positionnement au FR pour le patient, et cela peut passer, au delà des transmissions, par des formations adaptées dispensées par les ergothérapeutes eux-mêmes.

D'un point de vue plus personnel, cette étude m'a permis d'approfondir mes connaissances sur l'AVC, ses données épidémiologiques, ses causes et ses conséquences sur l'individu dans sa globalité. De la même manière, cette étude m'a donné l'occasion de confronter le fruit de mes recherches bibliographiques sur le positionnement au FR aux pratiques réelles des ergothérapeutes présents sur le terrain. Cela a été aussi l'opportunité de constater que des pratiques, qui semblent pourtant performantes, peuvent toujours être améliorées et que c'est

un travail qu'il ne faut jamais considérer comme ne pouvant plus être perfectionné au risque de tomber dans une routine dont le patient pâtirait.

Enfin, l'ensemble de ce travail ainsi que les personnes rencontrées pour la réalisation de celui-ci m'ont permis de me projeter dans ma future pratique professionnelle et m'ont donné quelques pistes à explorer pour atteindre un travail en équipe des plus efficaces.

BIBLIOGRAPHIE :

Ouvrages :

- Blanchet Alain et Gotman Anne, 2007, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Armand Colin.
- Conseil consultatif sur les aides technologiques, 1992, *Le positionnement et les aides techniques à la posture*, Québec.
- Engström Bengt, 2009, *L'assise ergonomique un véritable défi (Posture assise et mobilité des personnes handicapées)*, Format.
- Fondation Garches. Entretiens. 21, 2008, *Le fauteuil roulant: actes des XXIes entretiens de la Fondation Garches*, Paris, Frison-Roche.
- Fougeyrollas Patrick, 2010, *La funambule, le fil et la toile: transformations réciproques du sens du handicap*, Presses de l'Université Laval.
- Labov William et Fanshel David, 1977, « Therapeutic discourse: Psychotherapy as conversation. »
- Mervyn-Letts R, 1995, *LE POSITIONNEMENT.. Principes et pratique*, Décaries. Montréal.
- Morel Marie-Chantal, 2017, *Les modèles conceptuels en ergothérapie: Introduction aux concepts fondamentaux*, De Boeck Supérieur.
- Mucchielli Roger, 2002, *Le travail en équipe*, Issy les Moulineaux, ESF éditeur.
- Nouvel Fabrice, Gélis Anthony et Aissaoui Rachid, 2011, *Positionnement au fauteuil roulant*, Elsevier Masson.
- Patte Karine, Schifano Laurent, Viollet Emilie, Cottalorda Jérôme, et al., 2014, *Le polyhandicap : de l'enfant à l'adulte*, Montpellier, Sauramps Médical.
- Shannon Claude Elwood et Weaver Warren, 1949, *The Mathematical Theory of Communication*, Univ of Illinois Press. USA.
- Wiener Norbert, 1948, *Cybernetics; or, Control and communication in the animal and the machine*, J. Wiley.
- Zacharkow Dennis, 1988, *Posture: Sitting, Standing, Chair Design, and Exercise*, Thomas.

Articles :

- Anne de Morand, 2014, *Pratique de la rééducation neurologique*, Seconde édition. Elsevier Masson.
- Brun V et al., 1993, « L'équilibre postural de l'hémiplégique par accident vasculaire cérébral: méthodologie d'évaluation et étude corrélative », , vol. 36, n° 3, p. 169-177.
- Chau Josephine Y. et al., 2013, « Daily Sitting Time and All-Cause Mortality: A Meta-Analysis », *PLOS ONE*, vol. 8, n° 11, p. e80000.
- Crane Barbara A., Holm Margo B., Hobson Douglas, Cooper Rory A. et Reed Matthew P., 2007, « Responsiveness of the TAWC tool for assessing wheelchair discomfort », *Disability and Rehabilitation. Assistive Technology*, vol. 2, n° 2, p. 97-103.
- Del Puente A. et al., 2016, « Accelerated bone turnover identifies hemiplegic patients at higher risk of demineralization », *Journal of Biological Regulators and Homeostatic Agents*, vol. 30, n° 1, p. 291-296.
- Dupitier E., 2011, « Installation posturale au fauteuil roulant », *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, vol. 31, n° 3-4, p. 135-137.

- Gagnon Brigitte, Noreau Luc et Vincent Claude, 2005, « Reliability of the seated postural control measure for adult wheelchair users », *Disability and Rehabilitation*, vol. 27, n° 24, p. 1479-1491.
- Gagnon Brigitte, Vincent Claude et Noreau Luc, 2005, « Adaptation of a seated postural control measure for adult wheelchair users », *Disability and Rehabilitation*, vol. 27, n° 16, p. 951-959.
- Guihard J.P., 1999, « Interprofessionnalité ou interprovidence ? », *JOURNAL D'ERGOTHERAPIE*, vol. 21, n° 3, p. 91- 95.
- Guillon B, Bouche S, Bernuz B et Pradon D, 2009, « Fauteuils roulants : description, utilisation, critères de choix. », *Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation*, p. 26-170-B-10.
- Huang H. C., Lin Y. S., Chen J. M., Yeh C. H., et al., 2013, « The impact of abnormal muscle tone from hemiplegia on reclining wheelchair positioning: a sliding and pressure evaluation », *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, vol. 49, n° 5, p. 619-628.
- Jørgensen L. et Jacobsen B. K., 2001, « Changes in muscle mass, fat mass, and bone mineral content in the legs after stroke: a 1 year prospective study », *Bone*, vol. 28, n° 6, p. 655-659.
- Jung Hwa S., Park Gemus, Kim Young-Shim et Jung Hyung-Shik, 2015, « Development and evaluation of one-hand drivable manual wheelchair device for hemiplegic patients », *Applied Ergonomics*, vol. 48, p. 11-21.
- Kamenetz H. L., 1969, « A brief history of the wheelchair », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, vol. 24, n° 2, p. 205-210.
- Kortman Brenton, 1994, « The eye of the beholder: Models in occupational therapy », *Australian Occupational Therapy Journal*, vol. 41, n° 3, p. 115-122.
- Larnert G. et Ekberg O., 1995, « Positioning improves the oral and pharyngeal swallowing function in children with cerebral palsy », *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, vol. 84, n° 6, p. 689-692.
- Lepoutre F. -X., Cheze L., Vaslin P. et Ville I., 2011, « Système d'aide au choix et aux réglages du fauteuil roulant manuel », *IRBM*, vol. 32, n° 2, p. 148-151.
- Maës L, 2016, « Fauteuils roulants. », *Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation*, p. 26-170-B-10.
- Maës Loïc, 2015, « Du nouveau pour les fauteuils roulants à usage des personnes hémiplegiques », *Kinésithérapie, la Revue*, vol. 15, n° 163, p. 38-40.
- Mailhan Laurence, Cantalloube Sylvie et Monteil Isabelle, 2003, « Hémiplegies », *Neurologie. Encycl Med Chir (Elsevier SAS, Paris)*, vol. 17-004-A-10, p. 15.
- McDonald Rachael, Surtees Robert et Wirz Sheila, 2004, « The International Classification of Functioning, Disability and Health provides a Model for Adaptive Seating Interventions for Children with Cerebral Palsy », *Disability and Rehabilitation*, vol. 26, n° 7, p. 293-302.
- Mills Tamara L., Holm Margo B. et Schmeler Mark, 2007, « Test-retest reliability and cross validation of the functioning everyday with a wheelchair instrument », *Assistive technology: the official journal of RESNA*, vol. 19, n° 2, p. 61-77.
- Mortenson William B., Miller William C. et Miller-Pogar Jan, 2007, « Measuring wheelchair intervention outcomes: development of the wheelchair outcome measure », *Disability and Rehabilitation. Assistive Technology*, vol. 2, n° 5, p. 275-285.
- Ostensjø Sigrid, Carlberg Eva Brogren et Vøllestad Nina K., 2005, « The use and impact of assistive devices and other environmental modifications on everyday activities and care in young children with cerebral palsy », *Disability and Rehabilitation*, vol. 27, n° 14, p. 849-861.

- Pariel-Madjlessi Sylvie et al., 2005, « [Depression: an underrated consequence of stroke in elderly] », *Psychologie & Neuropsychiatrie Du Vieillissement*, vol. 3, n° 1, p. 7-16.
- Pérennou D., 2005, « Vers une meilleure compréhension et une évaluation quantifiée du “pushing”, un comportement postural dû à certains AVC », *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, vol. 48, n° 4, p. 198-206.
- Redstone Fran et West Joyce F., 2004, « The importance of postural control for feeding », *Pediatric Nursing*, vol. 30, n° 2, p. 97-100.
- Requejo Philip S., Furumasu Jan et Mulroy Sara J., 2015, « Evidence-Based Strategies for Preserving Mobility for Elderly and Aging Manual Wheelchair Users », *Topics in geriatric rehabilitation*, vol. 31, n° 1, p. 26-41.
- Rigby Patricia J., Ryan Stephen E. et Campbell Kent A., 2009, « Effect of adaptive seating devices on the activity performance of children with cerebral palsy », *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 90, n° 8, p. 1389-1395.
- Roxborough L., 1995, « Review of the efficacy and effectiveness of adaptive seating for children with cerebral palsy », *Assistive technology: the official journal of RESNA*, vol. 7, n° 1, p. 17-25.
- Ryan Stephen E. et al., 2009, « The impact of adaptive seating devices on the lives of young children with cerebral palsy and their families », *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 90, n° 1, p. 27-33.
- Shannon C. E., 1948a, « A Mathematical Theory of Communication », *Bell System Technical Journal*, vol. 27, n° 3, p. 379-423.
- Shannon C. E., 1948b, « A Mathematical Theory of Communication », *Bell System Technical Journal*, vol. 27, n° 4, p. 623-656.
- Stavness Carrie, 2006, « The effect of positioning for children with cerebral palsy on upper-extremity function: a review of the evidence », *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, vol. 26, n° 3, p. 39-53.
- Woods Brian et Watson Nick, 2004, « The social and technological history of wheelchairs », *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, vol. 11, n° 9, p. 407-410.
- Yi Youbin et al., 2013, « Prevalence of the Rotator Cuff Tear Increases With Weakness in Hemiplegic Shoulder », *Annals of Rehabilitation Medicine*, vol. 37, n° 4, p. 471-478.

Textes législatifs :

Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute.

Sites internet :

- Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2005, Adresse : <https://osha.europa.eu/fr/tools-and-publications/publications/factsheets/60> [Consulté le : 6 février 2017].
- BEH ; février 2017, Adresse : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/5/2017_5_1.html [Consulté le : 28 mai 2017].
- Conseil consultatif sur les aides technologiques, 1994, *Petit vocabulaire des aides techniques / CCAT*, Québec, Québec : Le Conseil, 1994. Adresse : http://www.cubiq.ribg.gouv.qc.ca/in/faces/details.xhtml?id=p%3A%3Ausmarcdef_0000552248&highlight=petit+vocabulaire+des+aides+techniques&posInPage=0&bookmark=e933fbc3-651d-4454-8263-465d64591458&queryid=93cc0a01-1a06-4f16-9f8b-7421ba5172e1 [Consulté le : 16 février 2017].

- Convention relative aux droits des personnes handicapées et Protocole facultatif, Adresse : <http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413> [Consulté le : 8 février 2017].
- Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, Adresse : <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=h%C3%A9mipl%C3%A9gie> [Consulté le : 23 novembre 2016].
- Dossier présentation positif, Adresse : <http://www.positif-mobilite.fr/wp-content/uploads/2016/03/Dossier-pr%C3%A9sentation-Positif.pdf> [Consulté le : 2 janvier 2017].
- Drees - rapport 2017, Adresse : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf> [Consulté le : 28 mai 2017].
- Gagnon Brigitte, 2007, « Mesure du contrôle postural assis de l'adulte 2.0 (MCPAA 2.0) Guide d'administration et formulaire de cotation », Adresse : <http://www.irdpq.qc.ca/expertise-et-formation/centre-de-documentation/publications-de-lirdpq/mesure-du-contrôle-postural>.
- HAS - Saed, Adresse : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante [Consulté le : 28 mai 2017].
- HAS, travail en équipe, 2013, Adresse : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601344/fr/la-has-deploie-pacte-un-programme-autour-du-travail-en-equipe [Consulté le : 14 mai 2017].
- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Adresse : <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires/accident-vasculaire-cerebral-avc/article/l-accident-vasculaire-cerebral> [Consulté le : 4 février 2017].
- de Peretti Christine, Grimaud Olivier, Tuppin Philippe, Chin Francis, et al., 2012, « Prévalence des accidents vasculaires cérébraux et de leurs séquelles et impact sur les activités de la vie quotidienne : apports des enquêtes déclaratives Handicap-santé-ménages et Handicap-santé-institution, 2008-2009 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, vol. 1, p. 1-12. Adresse : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2012/BEH-n-1-2012>.

ANNEXES :

Annexe I : Le modèle de développement humain - Processus de production du handicap 2.

Annexe II : les 10 compétences inscrites dans l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état des ergothérapeutes.

Annexe III : Le score de Bourgès.

Annexe IV : L'échelle d'évaluation des risques d'escarre (échelle de Braden).

Annexe V : L'échelle du niveau de la capacité à s'asseoir de l'adulte (ENCAA).

Annexe VI : La mesure du contrôle postural assis de l'adulte 2.0.

Annexe VII : Le "*wheelchair outcome measure*".

Annexe VIII : le "*functioning everyday with a wheelchair – seating mobility outcome measure*".

Annexe IX : le "*tool for assessing wheelchair comfort*".

Annexe X : Le modèle de la communication de Shannon et Weaver complété par Wiener.

Annexe XI : Guide d'entretien à destination des ergothérapeutes.

Annexe XII : Guide d'entretien à destination des aides-soignant(e)s

Annexe XIII : Formulaire de consentement.

Annexe XIV : Interview ergothérapeute N°1 / E1

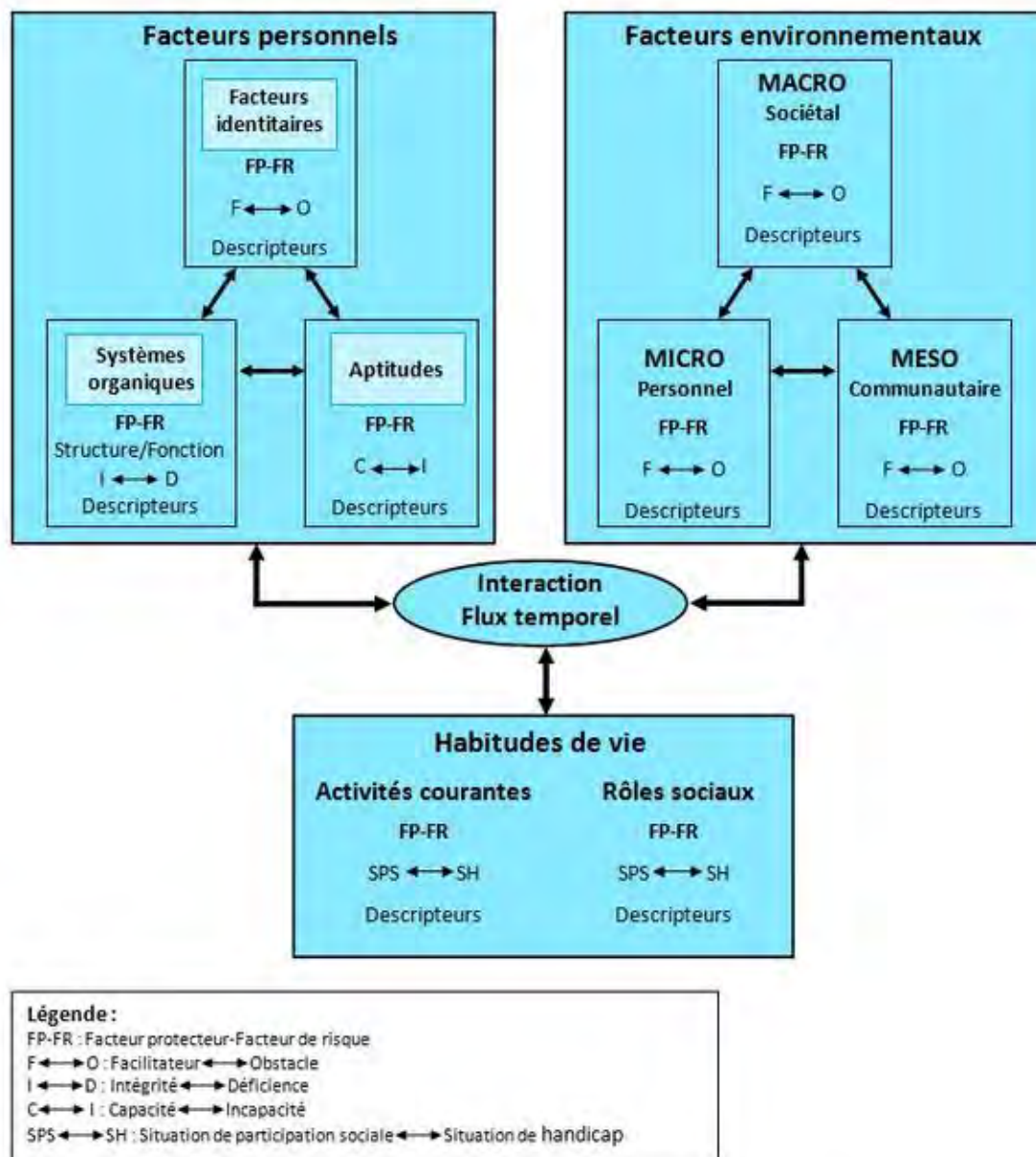
Annexe XV : Interview ergothérapeute N°2 / E2

Annexe XVI : Interview ergothérapeute N°3 / E3

Annexe XVII : Interview ergothérapeute N°4 / E4

Annexe I : Le modèle de développement humain - Processus de production du handicap 2.

**Modèle de développement humain
et Processus de production du handicap (MDH-PPH 2)
(Fougeyrollas, 2010)**

**Les facteurs personnels.**

"Les facteurs personnels correspondent à des caractéristiques intrinsèques appartenant à la personne". Ils "sont composés de trois sous-ensembles appelés dimensions des systèmes organiques, des aptitudes et des facteurs identitaires" (Fougeyrollas, 2010).

Les facteurs identitaires.

Ils regroupent l'ensemble des caractéristiques qui définissent l'identité de la personne. Y sont regroupé entre autre, l'âge, le sexe, l'appartenance socioculturelle et certains éléments

d'information diagnostique. Des descripteurs, facilitateurs ou obstacles influencent la qualité de la participation.

Les systèmes organiques.

"*Un système organique est un ensemble de composantes corporelles visant une fonction commune*" (Morel, 2017). Le MDH-PPH2 en compte 14. Des qualificateurs applicables sont une série de variation permettant de définir chaque système de la déficience complète à l'intégrité et influençant la qualité de la participation sociale (Fougeyrollas, 2010).

Les aptitudes.

"*Une aptitude est la possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique et mentale*" (Morel, 2017). Le MDH-PPH2 en compte 10. Des qualificateurs applicables sont une série de variations allant de la capacité complète à l'incapacité totale et influençant la qualité de la participation sociale (Fougeyrollas, 2010).

Les facteurs environnementaux

"*Un facteur environnementale est une dimension sociale*" (le MDH-PPH2 en compte 9 catégories) "*ou physique*" (le MDH-PPH2 en compte 7 catégories) "*qui détermine l'organisation et le contexte d'une société*" (Morel, 2017). Les facteurs environnementaux se subdivise en trois dimensions : Le micro-environnement personnel (proximal, domestique), le méso-environnement communautaire et le macro-environnement sociétal. "*La qualité d'un facteur environnementale se mesure sur une échelle allant du facilitateur optimal à l'obstacle complet*" (Morel, 2017).

Les habitudes de vie.

"*Une habitude de vie est une activité courante*" (le MDH-PPH2 en compte 6 : la nutrition, la condition corporelle, les soins personnels, la communication, l'habitation, les déplacements) "*ou un rôle social*" (le MDH-PPH2 en compte 7 : les responsabilités, les relations interpersonnelles, la vie communautaire, l'éducation, le travail, les loisirs et toutes les autres habitudes) "*valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (...). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence*". "*Une habitude de vie est la performance d'une activité sociale en milieu réel de vie. C'est la rencontre de la personne avec son environnement*" (Morel, 2017).

"*La qualité de la réalisation d'une habitude de vie se mesure sur une échelle allant de la pleine participation sociale à la situation de handicap*" (Morel, 2017).

- Situation de participation sociale : "*Une situation de participation sociale correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels*

(les déficiences, les incapacités, et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles)" (Morel, 2017).

- Situation de handicap : *"Une situation de handicap correspond à la réduction de la réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles)" (Morel, 2017).*

Annexe II : les 10 compétences inscrites dans l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état des ergothérapeutes.

1 - Evaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique.

2 - Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement.

3 - Mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie.

4 - Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques.

5 - Elaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique.

6- conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie.

7 - Evaluer et faire évoluer la pratique professionnelle.

8 - Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques.

9 - Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs.

10 - Former et informer.

Annexe III : Le score de Bourgès (Brun et al., 1993).

De passation simple et rapide, les scores d'équilibre postural assis (EPA) et debout (EPD) sont validés chez les patients vasculaires et adapté à un usage médical courant lors des consultations et les visites de service.

Une position est considérée comme acquise si tenue plus d'une minute, sauf quand elle doit être maintenu *versus* une poussée déséquilibrante. L'appui mono-podal doit être maintenu 15 secondes. En cas d'hésitation entre N et N +1, cotez N.

A - Indice d'Équilibre Postural Assis (EPA)

Classe 0 : aucun équilibre en position assise (effondrement du tronc).

Nécessité d'un appui postérieur et d'un soutien latéral.

Classe 1 : position assise possible avec appui postérieur.

Classe 2 : équilibre postural assis maintenu sans appui postérieur, mais déséquilibré lors d'une poussée quelle qu'en soit la direction.

Classe 3 : équilibre postural assis maintenu sans appui postérieur et lors d'une poussée déséquilibrante quelle qu'en soit la direction.

Classe 4 : équilibre postural assis maintenu sans appui postérieur, lors d'une poussée déséquilibrante et lors des mouvements de la tête, du tronc et des membres supérieurs.

Le malade remplit les conditions pour le passage de la position assise à la position debout seul.

B - Indice d'Équilibre Postural Debout (EPD)

Classe 0 : aucune possibilité de maintien postural debout.

Classe 1 : position debout possible avec transferts d'appui sur le membre hémiplégique très insuffisant. Nécessité d'un soutien.

Classe 2 : position debout possible avec transferts d'appui sur le membre hémiplégique encore incomplets. Pas de soutien.

Classe 3 : transferts d'appui corrects en position debout.

Classe 4 : équilibre postural debout maintenu lors des mouvements de la tête, du tronc et des membres supérieurs.

Classe 5 : appui uni-podal possible.

Annexe IV : L'échelle d'évaluation des risques d'escarre (échelle de Braden).

L'échelle de Braden est une méthode de calcul du risque d'apparition d'escarre.

Elle consiste en l'évaluation de 6 items. Chacun est évalué et détermine un score de 1 à 4.

Le score final est la somme des scores de chaque item. Selon ce score final, le risque est plus ou moins élevé.

<p>Faculté de communication et de perception de la douleur</p> <p>1. Nulle 2. Très limitée 3. Légèrement limitée 4. Normale</p>	<p>Exposition de la peau à l'humidité</p> <p>1. Constamment humide 2. Très humide 3. Parfois humide 4. Rarement humide</p>	<p>Activité physique</p> <p>1. Personne alitée 2. Personne confinée au fauteuil 3. Marche occasionnelle 4. Marche fréquente</p>
<p>Mobilité</p> <p>1. Immobilité sans aide 2. Très limitée sans aide 3. Limitée sans aide 4. Normale</p>	<p>Nutrition</p> <p>1. Très insuffisante 2. Insuffisante 3. Correcte 4. Excellente</p>	<p>Frictions et cisaillements</p> <p>1. Problème constant 2. Problème occasionnel 3. Pas de problème</p>

Score final

La somme des items sélectionnés indique le score dans l'échelle de risque d'apparition d'escarres :

- 23-18 : risque faible
- 17-14 : risque modéré
- 13-9 : risque élevé
- 8-6 : risque très élevé

Annexe V : L'échelle du niveau de la capacité à s'asseoir de l'adulte (ENCAA) (Gagnon, Vincent et Noreau, 2005).

Description des niveaux de cotation de l'ENCAA

<p>Niveau 1 : Incapable d'être en position assise</p> <p>La personne évaluée ne peut être placée ou supportée en position assise.</p>
<p>Niveau 2 : Peut être en position assise mais ne peut pas maintenir la position</p> <p>La personne évaluée peut être placée dans la position assise mais elle a besoin de support pour demeurer dans cette position 30 secondes. Au mieux, elle peut conserver son équilibre momentanément.</p>
<p>Niveau 3 : Capable de maintenir la position mais ne bouge pas</p> <p>La personne évaluée maintient la position assise indépendamment pendant 30 secondes si elle ne bouge pas ses jambes ou son tronc, et ce, sans se soutenir avec ses mains.</p>
<p>Niveau 4 : Capable de maintenir la position et de bouger dans sa base</p> <p>La personne évaluée maintient la position assise indépendamment et, sans utiliser ses mains pour se soutenir, peut incliner son tronc vers l'avant au-dessus de sa base de sustentation d'au moins 20° (par rapport au plan vertical) et revenir à la position neutre, mais ne peut pas retourner à la position neutre après avoir déplacé son tronc latéralement.</p>
<p>Niveau 5 : Capable de maintenir la position et de bouger en dehors de sa base</p> <p>La personne évaluée maintient la position assise indépendamment et, sans utiliser ses mains pour se soutenir, peut incliner son tronc latéralement d'au moins 20° d'un côté et de l'autre de la ligne médiane puis retourner à la position neutre. La personne a besoin d'aide pour se transférer sur une autre assise. Note : les réactions de redressement par déplacement latéral des membres supérieurs sont permises pour obtenir ce niveau.</p>
<p>Niveau 6 : Capable de bouger en dehors de sa position</p> <p>La personne évaluée maintient la position assise indépendamment, peut transférer son poids d'un côté à l'autre de la surface d'assise, peut effectuer seule un transfert sur une autre surface mais ne peut pas réajuster sa position pour atteindre son alignement corporel optimal par elle-même (c'est-à-dire l'alignement corporel le plus adéquat dans les limites de ses capacités et déformations posturales). Une demande verbale, une aide physique ou un support extérieur peut être fait ou ajouté pour vérifier si la personne atteint ou non son alignement corporel optimal (par exemple, une personne présentant une hémiplégie gauche peut avoir besoin d'un soutien verbal ou d'assistance physique pour s'asseoir sans rotation au bassin et au tronc). Si la capacité à transférer seule a été notée au moment du premier transfert entre l'aide à la locomotion et la chaise droite, il n'est pas nécessaire de recommencer un autre transfert. Il s'agit seulement de confirmer que la personne est incapable de reprendre sa position optimale par elle-même.</p>
<p>Niveau 7 : Capable d'atteindre sa position assise optimale</p> <p>La personne évaluée peut regagner sa position assise selon son alignement corporel optimal après en être sortie complètement de façon indépendante (après s'être relevée ou avoir effectué un transfert par exemple).</p>

Annexe VI : La mesure du contrôle postural assis de l'adulte 2.0 (Gagnon, Noreau et Vincent, 2005 ; Gagnon, Vincent et Noreau, 2005 ; Gagnon, 2007).

Alignement postural (statique ou après une activité dynamique)

Condition d'évaluation 1	Condition d'évaluation 2
<input type="checkbox"/> Système d'assise actuel du sujet <input type="checkbox"/> Chaise droite <input type="checkbox"/> Fauteuil de simulation <input type="checkbox"/> Autre système d'assise :	<input type="checkbox"/> Système d'assise actuel du sujet <input type="checkbox"/> Chaise droite <input type="checkbox"/> Fauteuil de simulation <input type="checkbox"/> Autre système d'assise :
<input type="checkbox"/> Propulsion de l'aide à la locomotion : <input type="checkbox"/> Terrain plat ___ m (25 ou 50 m) <input type="checkbox"/> Pente d'inclinaison 1/ ___ sur ___ m <input type="checkbox"/> Propulsion autonome <input type="checkbox"/> Propulsion par autrui	<input type="checkbox"/> Propulsion de l'aide à la locomotion : <input type="checkbox"/> Terrain plat ___ m (25 ou 50 m) <input type="checkbox"/> Pente d'inclinaison 1/ ___ sur ___ m <input type="checkbox"/> Propulsion autonome <input type="checkbox"/> Propulsion par autrui
<input type="checkbox"/> Réajustements posturaux observés au cours ou à la suite du trajet	<input type="checkbox"/> Réajustements posturaux observés au cours ou à la suite du trajet

☞ Sélectionner l'alignement postural mesuré ou estimé pour chaque item et reporter la cote dans la colonne de droite appropriée.

Items d'évaluation	Cotation de l'alignement postural							Condition	
	Sévère ← 3 ≥ 25°	Moderé ← 2 15°-24°	Léger ← 1 5°-14°	Normal 0 0°-4°	Léger 1 → 5°-14°	Moderé 2 → 15°-24°	Sévère 3 → ≥ 25°	1	2
Items relatifs au bassin	1. Obliquité du bassin Ligne joignant les EIAS relativement à l'horizontale								
	Obliquité gauche du bassin (abaissement du côté gauche)				Obliquité droite du bassin (abaissement du côté droit)				
	2. Rotation du bassin Ligne joignant les EIAS relativement au plan du dossier								
Items relatifs aux membres inférieurs (MI)	3. Bascule du bassin Ligne partant des EIPS et longeant tout le bassin relativement au plan du dossier								
	Bascule postérieure du bassin				Bascule antérieure du bassin				
	4-5. Adduction/abduction de la hanche D (4) et G (5) Angle du fémur en relation avec la perpendiculaire de la ligne joignant les EIAS								
Items relatifs aux membres inférieurs (MI)	6-7. Flexion/extension de la hanche D (6) et G (7) Angle du fémur en relation avec le tronc en latéral								
	Extension de la hanche				Flexion de la hanche				
	8-9. Flexion/extension du genou D (8) et G (9) Angle du tibia en relation avec le fémur								
Items relatifs aux membres inférieurs (MI)	10-11. Flexion plantaire/dorsale de la cheville D (10) et G (11) Angle des métatarses en relation avec l'axe longitudinal de la jambe								
	Flexion plantaire de la cheville				Flexion dorsale de la cheville				

Items d'évaluation	Cotation de l'alignement postural							Condition	
	Sévère ← 3 ≥25°	Moderé ← 2 15°-24°	Léger ← 1 6°-14°	Normal 0 0°-5°	Léger 1 → 6°-14°	Moderé 2 → 15°-24°	Sévère 3 → ≥25°	1	2
Items relatifs au tronc	12. Inclinaison latérale du tronc Ligne joignant la fourchette sternale au point médian entre les EIAS relativement à la verticale								
	Inclinaison à gauche du tronc			Inclinaison à droite du tronc					
	13. Rotation du tronc supérieur Ligne joignant les épaules relativement au plan du dossier								
	Rotation gauche du tronc (côté gauche en postérieur p.r. au dossier)			Rotation droite du tronc (côté droit en postérieur p.r. au dossier)					
	14. Courbure thoracique dans le plan sagittal T1-T12								
	Courbure thoracique en extension			Courbure thoracique en flexion					
15. Courbure lombaire dans le plan sagittal L1-L5									
Courbure lombaire en extension			Courbure lombaire en flexion						
16. Courbure thoracique dans le plan frontal Apex de la courbure entre T1 et T12									
Courbure thoracique à convexité gauche			Courbure thoracique à convexité droite						
17. Courbure lombaire dans le plan frontal Apex de la courbure entre L1 et L5									
Courbure lombaire à convexité gauche			Courbure lombaire à convexité droite						
Items accessoires relatifs à la tête	18. Flexion latérale de la tête Ligne joignant les coins externes des yeux relativement à l'horizontale								
	Flexion latérale gauche de la tête			Flexion latérale droite de la tête					
	19. Inclinaison antéro-postérieure de la tête Ligne joignant le coin externe de l'œil au tragus de l'oreille relativement à l'horizontale								
	Inclinaison postérieure de la tête			Inclinaison antérieure de la tête					
	20. Rotation de la tête Ligne passant par le plan sagittal médian de la tête relativement à la perpendiculaire du plan du tronc supérieur								
	Rotation gauche de la tête p.r. au tronc supérieur			Rotation droite de la tête p.r. au tronc supérieur					

Annexe VII : Le "wheelchair outcome measure" (Mortenson, Miller et Miller-Pogar, 2007).

Nom/ID#:
Date:

Partie I: PARTICIPATION

Instructions:

Ask the client to identify activities they perform in their wheelchair that are important to them by asking the two questions outlined below. Have the client score the importance for these activities and then ask them to rate their current level of satisfaction in performing these activities. If the client has scored their satisfaction with an activity ≤ 7, determine the underlying conditions (wheelchair/seating device or environmental barriers) that impair performance of this activity to assist with intervention planning.

À domicile :

1) Certaines personnes utilisent leur fauteuil roulant pour accomplir des activités à domicile, par exemple pour préparer les repas, regarder la télévision ou jardiner.

Pour quelles activités utiliseriez-vous votre fauteuil roulant à domicile ?

Note : L'expression « à domicile » est remplacée par « à l'intérieur de leur / votre milieu de vie » pour les personnes vivant en centre d'hébergement.

Use this numerical scale to help fill in the table										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

La première date:				La deuxième date:	
Objectifs de participation: Eg. préparer les repas regarder la télévision	Importance Sur une échelle de 0 à 10, à quel point cette activité est-elle importante pour vous? (0-10) 0 = pas du tout important 10 = extrêmement important	Satisfaction 1 Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à votre capacité à réaliser cette activité? (0-10) 0 = pas du tout satisfait 10 = extrêmement satisfait	Importance x Satisfaction 1	Satisfaction 2 Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à votre capacité à réaliser cette activité? (0-10) 0 = pas du tout satisfait 10 = extrêmement satisfait	Importance x Satisfaction 2
i			0		0
ii			0		0
iii			0		0
iv			0		0
v			0		0
			Score 1	Score 2	
Score total: importance x satisfaction 1 =			0	Score total: importance x satisfaction 2 =	
			0	0	
Le changement de la satisfaction = Score 2 - Score 1 = 0 - 0 = 0					

À l'extérieur :

2) Certaines personnes utilisent leur fauteuil roulant pour accomplir des activités à l'extérieur de leur domicile, par exemple pour promener le chien, aller prendre un café, se rendre au travail ou aller au parc.

Pour quelles activités à l'extérieur de votre domicile utiliseriez-vous votre fauteuil roulant ?

Note : Le mot « domicile » est remplacé par « à l'extérieur de leur / votre milieu de vie » pour les personnes vivant en centre d'hébergement.

Use this numerical scale to help fill in the table										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

La première date:				La deuxième date:	
Objectifs de participation: Eg. promener le chien aller prendre un café se rendre au travail ou aller au parc	Importance Sur une échelle de 0 à 10, à quel point cette activité est-elle importante pour vous? (0-10) 0 = pas du tout important 10 = extrêmement important	Satisfaction 1 Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à votre capacité à réaliser cette activité? (0-10) 0 = pas du tout satisfait 10 = extrêmement satisfait	Importance x Satisfaction 1	Satisfaction 2 Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à votre capacité à réaliser cette activité? (0-10) 0 = pas du tout satisfait 10 = extrêmement satisfait	Importance x Satisfaction 2
i			0		0
ii			0		0
iii			0		0
iv			0		0
v			0		0
			Score 1	Score 2	
Score total: importance x satisfaction 1 =			0	Score total: importance x satisfaction 2 =	
			0	0	
Le changement de la satisfaction = Score 2 - Score 1 = 0 - 0 = 0					

Partie II: FONCTION CORPORELLE

Use this numerical scale to help fill in the table										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

La première date:		La deuxième date:	
Questions	Temps 1	Temps 2	
1. A quel point êtes-vous confortable lorsque vous êtes assis(e) dans votre fauteuil roulant ? (0-10) 0 = pas du tout confortable 10 = extrêmement confortable			
2. Êtes-vous satisfait de votre position dans votre fauteuil roulant ? (0-10) 0 = pas du tout satisfait 10 = extrêmement satisfait			
3. Au cours du dernier mois, avez-vous eu une ou des plaies (ou lésions) cutanées sur votre postérieur ? Oui/Non			
3a. Si oui, quelle était, selon vous, la gravité de vos plaies ? (0-10) 0 = pas grave du tout 10 = extrêmement grave			
Le changement Q1 = Temps 2 - Temps 1 = 0 - 0 = 0 (différence)			
Le changement Q2 = Temps 2 - Temps 1 = 0 - 0 = 0 (différence)			
Le changement Q3 = Temps 2 - Temps 1 = 0 - 0 = 0 (différence)			

Annexe VIII : le "functioning everyday with a wheelchair – seating mobility outcome measure" (Mills, Holm et Schmeler, 2007).

Subject Code: _____

Functioning Everyday with a Wheelchair (FEW)

DIRECTIONS: Please answer the following 10 questions by placing an 'X' in the box under the response (completely agree, mostly agree, slightly agree, etc.) that best matches your ability to function while in your wheelchair/scooter. All examples may not apply to you, and there may be tasks you perform that are not listed. Mark each question only one time. If you answer, "slightly," "mostly," or "completely disagree for any question, please circle the feature(s) (i.e., size, fit, postural support, functional) contributing to your disagreement, and write the reason for your disagreement in the **Comments** section.

	Completely Agree	Mostly Agree	Slightly Agree	*Slightly Disagree	*Mostly Disagree	*Completely Disagree	Does not apply
1. The <u>stability, durability and dependability</u> features of my wheelchair/scooter <u>contribute to my ability to carry out my daily routines</u> as independently, safely and efficiently as possible: <i>(e.g., tasks I want to do, need to do, am required to do- when and where needed)</i>							
Comments:							
2. The <u>size, fit, postural support and functional</u> features of my wheelchair/scooter <u>match my comfort needs</u> as I carry out my daily routines: <i>(e.g., heat/moisture, sitting tolerance, pain, stability)</i>							
Comments:							
3. The <u>size, fit, postural support and functional</u> features of my wheelchair/scooter <u>match my health needs</u> : <i>(e.g., pressure sores, breathing, edema control, medical equipment)</i>							
Comments:							
4. The <u>size, fit, postural support and functional</u> features of my wheelchair/scooter allow me to <u>operate</u> it as independently, safely, and efficiently as possible: <i>(e.g., do what I want it to do when and where I want to do it)</i>							
Comments:							
5. The <u>size, fit, postural support and functional</u> features of my wheelchair/scooter allow me to <u>reach and carry out tasks at different surface heights</u> as independently, safely, and efficiently as possible: <i>(e.g., table, counters, floors, shelves)</i>							
Comments:							
6. The <u>size, fit, postural support and functional</u> features of my wheelchair/scooter allow me to <u>transfer</u> from one <u>surface</u> to another <u>surface</u> as independently, safely, and efficiently as possible: <i>(e.g., bed, toilet, chair)</i>							
Comments:							
7. The <u>size, fit, postural support and functional</u> features of my wheelchair/scooter allow me to <u>carry out personal care tasks</u> as independently, safely, and efficiently as possible: <i>(e.g., dressing, bowel/bladder care, eating, hygiene)</i>							
Comments:							
8. The <u>size, fit, postural support and functional</u> features of my wheelchair/scooter allow me to <u>get around indoors</u> as independently, safely, and efficiently as possible: <i>(e.g., home, work, mall, restaurants, ramps, obstacles)</i>							
Comments:							
9. The <u>size, fit, postural support and functional</u> features of my wheelchair/scooter allow me to <u>get around outdoors</u> as independently, safely, and efficiently as possible: <i>(e.g., uneven surfaces, dirt, grass, gravel, ramps, obstacles)</i>							
Comments:							
10. The <u>size, fit, postural support and functional</u> features of my wheelchair/scooter allow me to <u>use personal or public transportation</u> as independently, safely, and efficiently as possible: <i>(e.g., secure, stow, ride)</i>							
Comments:							

For questions #2 thru #10:

size (e.g., wheelchair and seating frame- width, length, height)

fit (e.g., not too large, not too small, allows desired movement)

postural support (e.g., provides support, stability, and control for the body- bones, muscles, and tissues)

functional (e.g., speed, wheels, cushion, controller, backrest, legrests, seat belt, tilt/recline system, seat elevator, laptray, basket, cane holder, horn, lights)

Annexe IX : le "tool for assessing wheelchair comfort" (Crane, Holm, Hobson, Cooper et Reed, 2007).

Part I: General Information:

1. What time did you first transfer into your wheelchair today? _____ am/pm
2. How much assistance do you need to transfer?
 - _____ I transfer completely by myself
 - _____ I require assistance from another person to help me transfer
 - _____ Another person transfers me, I am unable to help
 - _____ Another person uses a mechanical lifting device to transfer me
3. If someone assisted you in transferring, were you positioned properly in your chair after being transferred?
 - _____ yes _____ no
 - Describe problems if any occurred (anything out of the ordinary): _____
4. What time is it now? _____ am/pm
5. In the last 4 hours, have you asked anyone to help you change your position in your wheelchair?
 - _____ yes _____ no
 - 5a. If yes, how many times have you asked someone to reposition you? _____
6. In the last 4 hours, have you changed your own position?
 - _____ yes _____ no
 - 6a. If yes, how many times have you changed your own position? _____
7. What types of activities have you done in your wheelchair in the last 4 hours?
 - (check all that apply)
 - _____ moved around in the house
 - _____ went outside of the house
 - _____ into the yard (grassy or rough surface)
 - _____ onto a deck or paved driveway
 - _____ traveled on a sidewalk surface
 - _____ traveled somewhere in a van or car
 - _____ went to work in my wheelchair
 - _____ went to school setting in my wheelchair
8. How many car lengths would you say you drove your wheelchair in the last 4 hours? _____
 - (a typical car is 12 feet long)

Think about how you have felt while seated in your wheelchair:

Part II: General Discomfort Assessment

Please rate your answer on the following scale: (place a mark in the appropriate box)	Strongly disagree	Disagree	Partly disagree	Neither agree nor disagree	Partly agree	Agree	Strongly agree
While seated in my wheelchair...							
...I feel poorly positioned							
...I feel like I have been in one position for too long							
...I feel like I need to move or shift my position							
...I feel aches, stiffness, or soreness							
...I feel pressure in some part or parts of my body							
...I feel too hot or cold or damp							
...I seek distraction to relieve discomfort							
...I feel uncomfortable							
...I feel no pain							
...I feel stable (not sliding or falling)							
...I feel comfortable							
...I feel good							
...I feel able to concentrate on my work or activities							