



Institut de Formation en Ergothérapie de Paris

Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en
Ergothérapie

52 rue Vitruve, 75020 Paris

*L'ENGAGEMENT DANS LA
REEDUCATION: UN ENJEU
MAJEUR POUR
L'ACCOMPAGNEMENT EN
ERGOTHERAPIE*

Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la
validation de l'U.E. 6.5

S6 : Évaluation de la pratique professionnelle et recherche

Sous la direction de Madame **GAMAIN Camille**

AQUILON Maëva
Session juin 2022

NOTE AUX LECTEURS

« Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné »

REMERCIEMENTS

Je tiens sincèrement à remercier,

Ma maître de mémoire, Madame Camille GAMAIN , pour sa disponibilité, sa bienveillance et ses précieux conseils tout au long de ce travail d'initiation à la recherche,

Les ergothérapeutes ayant participé à mon enquête et contribué à l'élaboration de ce travail,

L'équipe pédagogique de l'institut de formation de l'ADERE pour leur écoute et leurs encouragements durant ces trois années d'études,

Mes amis pour leur soutien, leur solidarité et leur bonne humeur.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1. L'accident vasculaire cérébral.....	3
1.1 Généralités.....	3
a) Définition	3
b) Facteurs de risques	3
c) Épidémiologie : un enjeu de santé publique.....	4
1.2 Conséquences et retentissements possibles à la suite d'un AVC.....	4
a) Les possibles conséquences après un AVC.....	4
b) Le quotidien après un AVC.....	6
1.3 La prise en soins des patients victimes d'un AVC.....	7
a) Le plan d'actions national AVC 2010-2014	7
b) Parcours de soins d'un patient post-AVC	8
c) Les Soins de Suite et de Réadaptation spécialisés	9
2. L'ergothérapeute en hospitalisation complète dans un SSR auprès d'adultes victimes d'un AVC	10
2.1 L'accompagnement ergothérapeutique des personnes victimes d'un AVC	10
a) La profession.....	10
b) Rôle de l'ergothérapeute en hospitalisation complète, dans un SSR	11
c) La rééducation post-AVC en ergothérapie.....	11
2.2 Le processus d'intervention en ergothérapie.....	12
a) L'influence des modèles conceptuels sur la pratique ergothérapeutique.....	12
b) L'approche bottom-up et top-down.....	13
c) Les différentes étapes du processus d'intervention d'Anne Fisher.....	14
2.3 L'évolution de la pratique en ergothérapie	15
a) L'occupation et l'activité en ergothérapie.....	15
b) Se baser sur l'occupation dans la phase d'intervention.....	17
c) L'accompagnement par l'approche CO-OP	18
3. L'engagement dans la rééducation en ergothérapie	20
3.1 L'engagement, un grand concept en ergothérapie	20
a) Définition du concept d'engagement	20
b) La rééducation comme principale occupation à la suite d'un AVC.....	21
c) La participation et la performance pour promouvoir l'engagement du patient dans la rééducation.....	22
3.2 Faire face au désengagement en ergothérapie.....	24
FORMULATION DE L'HYPOTHÈSE DE RECHERCHE	26

1. Objectifs de l'enquête	27
2. Méthodologie de l'enquête.....	27
2.1 Choix de la population interrogée	27
2.2 Sélection des participants à l'enquête	28
2.3 Élaboration de l'outil de mesure	29
2.4 Déroulement de l'enquête	29
3. Résultats et analyses de l'enquête	30
3.1 L'ergothérapeute, exercice et expérience.....	30
3.2 L'accompagnement ergothérapique des patients victimes d'un AVC	31
a) Mise en œuvre du processus d'intervention.....	31
b) Les occupations.....	33
3.3 Engagement des patients victimes d'AVC dans la rééducation, son lien avec l'occupation.....	35
a) La place de l'engagement dans la thérapie.....	35
b) Les facteurs pouvant influencer l'engagement.....	38
3.4 L'approche CO-OP, son utilisation, son rapport avec l'engagement dans la rééducation	40
a) L'utilisation de l'approche CO-OP en hospitalisation complète, dans un SSR..	40
b) Les grands principes de l'approche CO-OP favorisant l'engagement dans la rééducation	43
4. Discussion.....	44
4.1 Analyse des résultats en regard du cadre théorique	44
4.2 Validation de l'hypothèse formulée	49
4.3 Limites de l'enquête.....	50
5. Conclusion.....	51
BIBLIOGRAPHIE.....	53
ANNEXES	

SIGLES ET ACRONYMES

AIT	Accident ischémique
ANFE	Association Nationale Française des Ergothérapeutes
ARS	Agence Régionale de Santé
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
AVCi	AVC ischémiques
AVQ	Activités de la Vie Quotidienne
CNRTL	Centre National de Ressources textuelles et lexicales
CO-OP	Cognitive Orientation to daily Occupational Performance
DPA	Analyse Dynamique de la Performance
ENOTHE	European Network of Occupational Therapy in Higher Education
EPHAD	Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
HAD-R	Hospitalisation À Domicile de Rééducation/Réadaptation
HAS	Haute Autorité de Santé
HC	Hospitalisation Complète
HDJ	Hôpital De Jour
IC	Infarctus cérébraux
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MCREO	Model Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel
MCRO	Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel
NIHSS	National Institutes of Health Stroke Scale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OTIPM	Occupational Therapy Intervention Process Model
PQRS	Performance Qualité Rating Scale
SMART	Spécifique-Mesurable-Atteignable-Réaliste-Temporel
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
UNV	Unité Neuro-Vasculaire

INTRODUCTION

Durant ma formation, j'ai eu l'occasion d'effectuer un stage dans un service neurologique proposant des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Ce centre accueille des patients post-Accident Vasculaire Cérébral (AVC) pour un accompagnement interprofessionnel en hospitalisation complète.

Lors de ce stage, une situation m'a marqué. La plupart des activités proposées en rééducation étaient essentiellement basées sur des exercices analytiques, et cela, tout au long de la prise en soins. Les patients réalisaient des exercices au moyen de cônes ou de pinces à linge à déplacer, de boutons à visser et à dévisser. Ces exercices étaient souvent répétés d'une séance à l'autre. En échangeant avec des patients séjournant en hospitalisation complète à la suite d'un AVC, je me suis aperçu que plusieurs ne comprenaient pas comment ces types d'exercices leur permettraient d'être indépendant dans leur vie du quotidien. Par exemple, l'un d'eux me sollicitait car il parvenait à attraper une balle en mousse en salle de rééducation mais ne parvenait pas, lors du repas, à maintenir une pomme pour la couper. En effet, malgré quelques progrès visibles en séance, le transfert des acquis dans les activités de la vie quotidienne était difficile pour eux. Ainsi, un manque de motivation dans la rééducation apparaissait progressivement, laissant place à un désintérêt et un manque d'investissement au cours des séances d'ergothérapie.

Suite de cette situation, je me suis questionnée sur ces différents points :

- L'ergothérapeute a-t-il un rôle à jouer dans le maintien de la volonté de rééducation des patients post-AVC ?
- Comment peut-on expliquer ce manque de motivation dans la rééducation en ergothérapie ?
- Faire du lien avec les activités de la vie quotidienne favorise-t-il la motivation du patient dans la rééducation en ergothérapie ?

Après un travail exploratoire, un élément a particulièrement retenu mon attention. Il s'agit de l'engagement. L'engagement est défini par Meyer (2018) comme « un sentiment de participation, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation » (p. 21). L'engagement du patient est un versant « motivationnel et émotionnel de la réalisation de l'occupation ou de l'activité ». Un

lien privilégié entre motivation et engagement paraît évident. En effet, dans cette occupation qui est la rééducation, les patients ne parvenaient pas à s'y impliquer. L'absence de sens avec les activités de la vie quotidienne favorise leur désengagement dans la rééducation et impacte, par conséquent, la qualité d'intervention de l'ergothérapeute.

De ces questionnements, un travail exploratoire approfondi a été réalisé et m'a permis de cibler la question de recherche qui sous-tend l'ensemble de cette étude à savoir :

Comment l'ergothérapeute exerçant en hospitalisation complète, dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation, accompagne-t-il le patient adulte post-Accident Vasculaire Cérébral à s'engager dans la rééducation lors du processus d'intervention ?

Afin de répondre à cette question de recherche, je vais dans un premier temps, définir les notions importantes de celle-ci dans mon cadre conceptuel. À la suite de ce cadre conceptuel, je proposerai une hypothèse à la question de recherche. Dans un deuxième temps, au sein de mon cadre exploratoire, j'énoncerai les objectifs de l'enquête et détaillerai la méthodologie utilisée. Cette dernière comprendra le recueil de données et les résultats obtenus analysés. De plus, une discussion sera proposée en lien avec la question de recherche. Les limites de l'enquête seront évoquées. Enfin, une ouverture à la réflexion de cette étude sera développée dans la conclusion.

PARTIE 1 : CADRE CONCEPTUEL

1. L'accident vasculaire cérébral

1.1 Généralités

a) Définition

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est, selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) « un déficit brutal d'une fonction cérébrale focale sans autre cause apparente qu'une cause vasculaire » (cité par HAS, 2012, p. 12). Un AVC survient lorsque le flux sanguin est interrompu par un caillot sanguin ou un vaisseau sanguin rompu. Cela provoque un arrêt de la circulation sanguine vers les différentes parties du cerveau, ce qui prive ces dernières de leur apport vital en oxygène, causant leur dysfonctionnement puis leur mort en quelques minutes (France AVC, 2018).

On distingue selon l'Inserm (2019) deux types d'accidents vasculaires cérébraux :

- **Les AVC ischémiques (AVCi ou infarctus cérébraux (IC))** représentent environ 80% des AVC. Ces AVC résultent le plus souvent de l'occlusion d'une artère cérébrale par un caillot sanguin (thrombus) entraînant l'arrêt de la circulation du sang. Lorsque l'accident ne dure que quelques dizaines de secondes ou quelques minutes, on parle alors d'accident ischémique transitoire (AIT). Le risque de survenue d'une AVCi post-AIT est élevé.
- **Les AVC hémorragiques cérébrales (environ 15% des AVC) et méningées (environ 5% des AVC)** sont dus à la rupture d'une artère cérébrale au niveau du cortex ou des méninges qui l'entourent provoquant également l'arrêt de la circulation sanguine. Dans ce dernier cas, la cause principale est la rupture d'anévrisme (une dilatation anormale de la paroi artérielle). Le graphique représentant les différents types d'AVC est à retrouver en annexe (Cf. annexe I).

b) Facteurs de risques

La survenue d'un AVC est favorisée par des facteurs de risques. Ces facteurs de risques sont liés à 90% des AVC (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2017). Il existe deux types de facteurs de risques de survenue d'un AVC : **les facteurs modifiables** correspondant à une pression artérielle élevée, un taux élevé de cholestérol, un diabète mal équilibré, l'obésité, ou encore le tabagisme. **Les facteurs non-modifiables** correspondent aux antécédents familiaux cardio-vasculaires précoces, l'âge ou encore le sexe.

L'AVC est un problème majeur de santé publique, tant par le nombre de personnes atteintes, en constante augmentation compte tenu du vieillissement de la population, que par ses conséquences médicales, sociales et économiques.

c) Épidémiologie : un enjeu de santé publique

Selon une étude de l'ARS publiée en 2020, en France, l'AVC touche chaque année environ 150 000 personnes et fait au moins 40 000 décès. Il représente la première cause de handicap acquis avec des patients qui gardent des séquelles lourdes, la deuxième cause de déclin intellectuel et enfin la troisième cause de mortalité après les cancers et les maladies cardiovasculaires. Il représentait également la deuxième cause de décès dans le monde en 2019 (OMS, 2020). L'AVC touche toutes les tranches d'âge : si la moyenne d'âge de survenue d'un AVC est de 73 ans, 25% des patients touchés ont moins de 65 ans (HAS, 2019). Par ailleurs, le risque de récurrence est important à la suite d'un AVC. Il est estimé entre 30 et 43% dans les 5 ans qui suivent l'AVC (Fery-Lemonnier, 2009).

Le retentissement socio-économique des AVC est considérable. Selon le rapport du docteur Élisabeth Fery-Lemonnier (2009), le montant des dépenses sanitaires et médico-sociales annuelles liées à l'AVC en France est estimé à 8,3 milliards d'euros. Quant aux dépenses post-AVC, ils représenteraient 65% du coût de la prise en charge par l'assurance maladie en France (De Pourville, 2016).

À travers ce recueil de données épidémiologiques, il est aisé de comprendre en quoi l'AVC représente un problème de santé publique. Les conséquences qui en découlent sont nombreuses, laissant les patients avec un handicap moteur, sensoriel et/ou cognitif qui peut s'avérer important.

1.2 Conséquences et retentissements possibles à la suite d'un AVC

a) Les possibles conséquences après un AVC

Les lésions cérébrales induites par l'AVC entraînent des problèmes variés. Les AVC ont des conséquences polymorphes dépendant de l'artère bouchée et du territoire touché. De Morand (2014) définit l'hémiplégie comme la « perte plus ou moins complète de la motricité volontaire dans une moitié du corps » (p.2). Elle est due à une lésion unilatérale de la voie pyramidale correspondant au support de la motricité volontaire. Cette lésion hémisphérique peut entraîner des signes cliniques contralatéraux, lorsque que celle-ci siège au-dessus du

tronc cérébral ou homolatérales, lorsque celle-ci est médullaire. Parmi ces signes, on retrouve les troubles moteurs qui sont les plus apparents et majoritaires. On peut en identifier trois types : les déficits moteurs ou déficits de la commande motrice volontaire, les troubles du tonus musculaire ou motricité involontaire (spasticité) et la présence de mouvements anormaux (syncinésies ou co-contractions). L'hémiplégie est rarement isolée et peut s'accompagner de troubles associés tels que les troubles sensitifs (paresthésie, kinesthésie...), cognitifs (mémoire, attention...), exécutifs (planification, flexibilité, organisation....) et neurovisuels (Hémianopsie Latérale Homonyme, diplopie...).

D'autres troubles associés, en particulier cognitifs, sont spécifiques à chaque hémisphère cérébral. En effet, une atteinte de l'hémisphère gauche pourra se manifester par :

- Une **hémignégligence ou négligence spatiale unilatérale gauche (NSU)** de l'espace corporelle (corps et/ou espace proche à portée de main) ou extracorporelle (l'espace lointain). Elle se manifeste par une négligence visuelle, auditive, tactile ou olfactive provenant de l'espace droit du corps.
- Une **négligence motrice unilatérale** qui se traduit par une sous-utilisation fonctionnelle de l'hémicorps hémiplégique.
- Une **agnosie visuelle, spatiale, auditive et corporelle** correspondant à une difficulté ou une incapacité de reconnaître.
- Une **anosognosie** se manifestant par une méconnaissance voire une ignorance des troubles et de ses conséquences.
- Une **apraxie** par trouble conceptuel, basé sur la non-reconnaissance des objets et leurs fonctions

Une atteinte de l'hémisphère droit peut entraîner des troubles du langage que l'on nomme **aphasie**. Ces troubles du langage peuvent se manifester dans l'expression et/ou dans la compréhension orale ou écrite. L'**apraxie** peuvent également se manifester par des troubles de production (utilisation et manipulation des objets).

Enfin, d'autres symptômes importants peuvent survenir après un AVC : des troubles de la déglutition responsable de fausses routes et conduisant parfois à la pneumopathie d'inhalation, des troubles vésico-sphinctériens responsables d'incontinences, des troubles

anorectaux ou encore de troubles sexuels (HAS, 2007). L'AVC peut donc entraîner de nombreux problèmes pouvant avoir un impact direct sur le quotidien des personnes touchées.

b) Le quotidien après un AVC

L'AVC est considéré comme une pathologie pouvant avoir d'importantes répercussions chez les personnes qui en sont atteintes. En SSR, la moyenne des scores de dépendance physique des patients post-AVC est près de 50 % plus élevée que celle de l'ensemble des patients accueillis (HAS, 2012). En effet, des conséquences neurologiques peuvent entraîner un retentissement important sur leur autonomie et leur indépendance. Les activités appartenant à la sphère de l'occupation (soins personnels, loisirs et productivités) peuvent être impactées. Le groupe ENOTHE nous propose la définition suivante du terme occupation : « un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socio-culturelle et qui est le support de la participation à la société. » (Meyer, 2013, p.59).

Les activités telles que la toilette, l'hygiène, habillage/déshabillage, la prise des repas ou encore les transferts (se coucher et se lever du lit ou d'un siège) peuvent être difficiles, voire impossible à réaliser en raison des capacités motrices que ces activités requièrent (préhensions, coordination bimanuelle, équilibre assis et/ou debout...). Les déplacements en intérieur ou en extérieur sont également difficiles au-delà de 500 mètres pour la moitié des personnes. Cela peut entraîner des difficultés pour se rendre aux toilettes (courte distance) ou aller faire des courses (longue distance) par exemple. Enfin, les troubles cognitifs peuvent engendrer un réel retentissement au quotidien (De Peretti et al., 2012). La gestion des tâches administratives, la préparation d'un repas ou d'un pilulier peuvent être difficiles à réaliser.

L'AVC peut également avoir un retentissement sur les activités de loisirs. Une récente étude a comparé les niveaux de participation dans les activités de loisirs des personnes ayant eu un AVC, comparativement à des personnes sans antécédent d'AVC. Il a été observé que la participation à des activités de loisirs était moins fréquente avec des antécédents d'AVC (Schnitzler et al., 2019). De plus, même après un AVC léger (score inférieur à 6 à l'échelle NIHSS - National Institutes of Health Stroke Scale), les personnes déclarent être moins investies dans leurs loisirs (Hildebrand et al., 2012). Cela peut être corrélé à la fatigue qui correspond à une plainte fréquente après un AVC. Son origine est multifactorielle même si l'AVC chez le jeune adulte ou la dépression la favoriseraient (Beguïn et al. 2019).

Enfin, à plus long terme, le retour à la vie professionnelle peut être un processus compliqué et difficile. Les possibilités de reprise d'une activité professionnelle dépendent de nombreux facteurs individuels liés directement aux déficiences séquellaires et aux limitations d'activité, ainsi qu'au contexte social dans lequel évoluait le patient (Pradat-Diehl et al., 2018).

Ainsi, l'AVC peut être un réel bouleversent pouvant induire une phase de deuil. Il s'agit pour la personne de faire le deuil de ses capacités antérieures et de s'adapter à sa nouvelle vie. Il n'est donc pas étonnant, après un AVC, d'être traversé par une phase de tristesse ou de dépression. Les mécanismes de la dépression post-AVC sont multiples. Certains mécanismes peuvent être rattachés à des facteurs psychologiques pré-AVC, comme un antécédent familial ou encore la conséquence de déficits neurologiques (handicap sensoriel, moteur, cognitif...). En effet, la dégradation de l'image corporelle, résultant de ces déficits, peut induire une altération des habitudes de vie. Au-delà de la souffrance morale, la dépression induit un ralentissement des acquisitions, un déclin cognitif, un dysfonctionnement familial et social et un risque suicidaire (Pinoit et al. 2006).

La prise en soins des personnes victimes d'un AVC a bénéficié, ces dernières années, de nombreuses initiatives et mesures afin de limiter les risques d'AVC et de favoriser une prise en soins adaptée dans l'objectif de gagner en autonomie et en indépendance.

1.3 La prise en soins des patients victimes d'un AVC

a) Le plan d'actions national AVC 2010-2014

Le gouvernement a développé comme thématique nationale de sa politique de santé, pour les années 2010 à 2014, la prévention et la prise en soins des patients victimes d'AVC. L'objectif principal de ce plan est de « réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux AVC ». (Ministère de la Santé et des sports, Ministère du travail de la solidarité et de la fonction publique, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2010, p.10).

Selon le ministère des Solidarités et de la Santé (2021), ce plan d'actions national a permis de structurer l'intervention rapide et adapté en urgence de toute suspicion d'AVC et de favoriser la limitation des séquelles par la coordination des acteurs impliqués. Cela a

également permis le développement des technologies, dont la télémédecine qui a sûrement pris une ampleur considérable suite au contexte sanitaire actuel (Covid-19).

b) Parcours de soins d'un patient post-AVC

Selon l'HAS (2012), on distingue habituellement trois phases d'évolution post-AVC : la phase aiguë (avant le 14^e jour) ; la phase subaiguë (entre le 14^e jour et 6 mois) et la phase chronique (après 6 mois).

Prise en soins à la phase aiguë

L'AVC étant une urgence absolue, le diagnostic doit donc être posé le plus rapidement possible. L'HAS recommande en 2009, que tout patient victime d'un AVC doit être pris en Unités Neuro-Vasculaires (UNV) ou dans un établissement ayant structuré une filière de prise en soins pour les patients ayant une suspicion d'AVC, en coordination avec une UNV. Les UNV sont des unités d'expertise disposant d'un plateau technique approprié et constituées d'une équipe interprofessionnelle spécialisée en pathologie neurovasculaire (Mondoloni et al., 2018). Elles sont organisées pour prendre en soins et en urgence (24 h/24h et 7 jours/7 jours) les patients suspects d'un AVC (ARS, 2020).

Il existe quatre catégories de sévérité d'AVC dans les recommandations. Les scores de l'échelle NIHSS, l'échelle neurologique canadienne (ENC) ou la mesure d'indépendance fonctionnelle (score MIF) sont des outils permettant de définir ces catégories. Les AVC légers (catégorie 1) correspondent à une seule déficience, le patient est autonome à la marche et n'a pas besoin d'évaluation écologique. Les AVC modérés (catégorie 2) correspondent à plusieurs déficiences avec une marche impossible. Cependant, le pronostic de récupération est favorable. Les AVC sévères (catégorie 3) correspondent à plusieurs déficiences dont au moins un trouble cognitif et/ou du comportement. Le pronostic de récupération est limité. Enfin, les AVC graves (catégorie 4) correspondent à des états de conscience minimale et d'éveil non-répondant. Aucun projet d'autonomie n'est envisageable (HAS, 2019).

Prise en soins à la phase subaiguë

Il s'agit de la période des 6 mois qui suivent l'AVC, pendant laquelle est mise en œuvre la rééducation et la réadaptation, avec pour objectif de gagner un maximum d'autonomie et d'indépendance et, au-delà, le retour vers des conditions de vie les plus proches de celles du patient avant l'AVC (HAS, 2019).

Les soins de rééducation/réadaptation post-AVC peuvent être dispensés :

- À domicile, dans le cadre d'une Hospitalisation À Domicile de rééducation/réadaptation (HAD-R)
- En ambulatoire ou en hospitalisation de jour (HDJ)
- En hospitalisation complète (HC), dans service de SSR spécialisé
- En hospitalisation complète (HC), dans service de SSR non spécialisé

L'orientation vers ces structures de soins est déterminée, lors de la phase aiguë, par des professionnels impliqués dans la rééducation et la réadaptation (médecin spécialisé en médecine physique, rééducateurs). Elle est définie par la sévérité de l'AVC.

Prise en soins à la phase chronique

Comme le mentionne l'HAS (2019), la rééducation et la réadaptation peuvent continuer après la période de 6 mois qui suivent l'AVC. Les objectifs sont alors orientés plus vers « la réadaptation, l'adoption de stratégies de compensation du handicap » que vers « la restauration des déficits » (p.25). Elle est réalisée à domicile, en ambulatoire ou en institution (EHPAD, MAS...) lorsque le retour à domicile n'est pas possible.

Au-delà de phase chronique, en cas de troubles persistants, on parlera de séquelles définies par le CNRTL (Centre National de Ressources textuelles et lexicales) comme un « trouble persistant après une guérison ». Ces séquelles peuvent être motrices, sensitives et/ou cognitives.

c) Les Soins de Suite et de Réadaptation spécialisés

La naissance des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) fait suite au Décret n°2008-377 du 17 avril 2008, qui a rassemblé en une seule entité les activités « soins de suite » et « rééducation et réadaptation fonctionnelle », originellement séparées en deux activités différentes par le précédent décret (Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité, Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, 2008, p. 222). En plus des soins médicaux, curatifs voire palliatifs, les SSR assurent trois missions : la rééducation et la réadaptation ; la prévention et l'éducation thérapeutique et enfin l'accompagnement à la réinsertion.

La prise en charge spécialisée des affections du système nerveux en SSR a pour objectif d'accueillir les personnes souffrant d'affections du système nerveux central et/ou périphérique, entraînant une dépendance et exposant à des complications, directement ou indirectement liées à l'affection neurologique. (Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité, Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, 2008).

L'offre en SSR spécialisés pour les affections du système nerveux est assurée par 47 établissements en France métropolitaine soit 18% des structures spécialisées (Ministère des solidarités et de la santé, 2020). Environ 89 000 patients sont accueillis et pris en charge en 2017 ce qui représente 49% des admissions. Les patients les plus nombreux qui y sont admis sont des patients ayant eu un AVC avec un âge moyen de 55,3 ans (De Peretti et al., 2020). Selon la DREES, la durée moyenne de séjour de ces patients s'élève à 36,4 jours (Charavel et al., 2018). Durant ce séjour, le patient bénéficie, en fonction des besoins, d'une intervention interprofessionnelle quotidienne dont celle de l'ergothérapeute. L'objectif ici est de favoriser la récupération des fonctions perdues dans le but d'offrir toutes les chances pour récupérer un maximum d'autonomie et d'indépendance.

2. L'ergothérapeute en hospitalisation complète dans un SSR auprès d'adultes victimes d'un AVC

2.1 L'accompagnement ergothérapeutique des personnes victimes d'un AVC

a) La profession

L'ergothérapeute est régi par le code de la santé publique, au travers des articles L.4431-1 et R.4331-1. Selon l'arrêté du 5 juillet 2010, relatif au Diplôme d'État d'ergothérapeute, le ministre de la Santé et des sports nomme l'ergothérapeute comme étant un professionnel de santé. Il doit, pour pouvoir exercer en France, disposer du Diplôme d'État d'ergothérapeute. Il intervient uniquement sur prescription médicale lorsque la nature des activités conduites l'exige. Il exerce dans les champs sanitaire, médico-social et social.

Spécialiste du rapport entre l'activité humaine et la santé, il mène des actions pour « prévenir et modifier les activités délétères pour la santé » afin « d'assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire » et pour « rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace » (ANFE, 2010). Il est ainsi un

intervenant incontournable dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie.

b) Rôle de l'ergothérapeute en hospitalisation complète, dans un SSR

Il est important de noter que l'ergothérapeute intervient tout au long du processus de soins de la personne victime d'un AVC (Cook, 2010).

Selon la circulaire n°2008-305 du 3 octobre 2008, en SSR, l'intervention des ergothérapeutes s'articule autour de trois missions distinctes : la rééducation, la réadaptation et la réinsertion. Cette intervention s'effectue en collaboration avec une équipe interprofessionnelle composée d'infirmier, d'assistant de service social, de kinésithérapeute, d'orthophoniste et de psychologue (liste non exhaustive). Les ergothérapeutes contribuent à la réadaptation des patients dans leur milieu familial et éventuellement professionnel, par le biais de mises en situation dites « écologiques » dans des cuisines, salles de bains et appartements thérapeutiques. Des mises en situation peuvent également être réalisées à l'extérieur de la structure et parfois directement à domicile. Les limitations induites par une situation de handicap doivent être compensées, si nécessaire, par la préconisation d'aides techniques à la mobilité, aux activités de la vie quotidienne et à la communication par exemple. Des préconisations pour l'aménagement du domicile, pour le poste de travail et pour des aides humaines peuvent être effectuées (HAS, 2016).

En tant que rééducateur, l'ergothérapeute vise à accompagner la personne victime d'AVC dans la rééducation sensori-motrice et cognitive, dans le but d'optimiser la réalisation de ses activités de la vie quotidienne, de loisirs et de travail (HAS, 2019).

c) La rééducation post-AVC en ergothérapie

De façon générale, le CNRTL définit la rééducation comme étant l'« action de rétablir l'usage normal d'une fonction, d'un membre ou d'un organe après une blessure ou une affection, ou chez un sujet qui souffre d'une déficience ou d'une infirmité ». Il précise également que la rééducation fonctionnelle ou motrice correspond à l'« ensemble des méthodes de développement et de récupération du système locomoteur, visant à pallier une déficience motrice ou fonctionnelle ». Ainsi, la rééducation utilise différents moyens dont la clé de la réussite est la répétition. En effet, dans les semaines qui suivent l'AVC, l'HAS (2019) recommande d'initier des programmes de rééducation multiples avec des séances

quotidiennes, courtes et d'intensité progressive pour chaque rééducateur. L'objectif ici est de favoriser la récupération des fonctions perdues.

Cependant, pour mettre en œuvre les moyens de la rééducation lors de son intervention, il est indispensable pour l'ergothérapeute de considérer la personne dans sa globalité et de prendre en compte chacun de ses problèmes. L'ergothérapeute doit se soucier de l'organisation des différentes occupations et la manière dont la personne les ordonne et les partage avec son entourage (Meyer, 2013). Pour ce faire, l'ergothérapeute met en œuvre son processus d'intervention qui sera construit en collaboration avec le patient, ses proches ainsi que l'équipe interprofessionnelle.

2.2 *Le processus d'intervention en ergothérapie*

a) *L'influence des modèles conceptuels sur la pratique ergothérapeutique*

Morel-Bracq (2017) définit les modèles conceptuels comme étant « une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique » (p.2). Les intérêts à l'utilisation des modèles conceptuels appliqués à l'ergothérapie sont nombreux. Une des raisons à l'application des modèles conceptuels serait de « faire entrer chaque ergothérapeute dans une démarche réflexive et prospective. » (p.VIII). Il est ici question d'améliorer l'accompagnement auprès de personnes bénéficiaires de nos compétences. En effet, le soin n'est pas juste une technique, mais « soigner demande une réflexion : pourquoi tel geste, tel acte plutôt qu'une autre, pourquoi le choix d'une activité, de la façon de la mener, etc. » (p.58) (Caire, 2008 cité par Laurent, 2021). Il est également question de permettre aux ergothérapeutes d'entrer dans une « démarche de qualité » par des interventions structurées et argumentées à l'aide d'outils cohérents (Morel-Bracq, 2017, p.8). Ainsi, l'ergothérapeute peut choisir un modèle suivant l'analyse qu'il fait d'une situation, des problématiques de la personne accompagnée, mais également du contexte de l'intervention. Ainsi, l'intervention de l'ergothérapeute est soit orientée vers des modèles de récupération, soit orientée vers des modèles permettant de nouveaux apprentissages et visant à assimiler l'existence de troubles dans le quotidien de l'individu.

Depuis plusieurs années, les courants de pensée en ergothérapie ont évolué, notamment avec l'apparition de *l'occupational science* que nous avons traduit par *sciences de l'occupation* pour nous harmoniser avec les pays francophones (Morel-Bracq et Criquillon-

Ruiz, 2016). Nous voyons ainsi apparaître l'idée d'une pratique qui se fonde sur l'occupation en passant d'une dimension bottom-up à une dimension top-down. Ainsi, l'occupation devient progressivement le biais privilégié de l'ergothérapeute dans la rééducation.

b) L'approche bottom-up et top-down

Les interventions de l'ergothérapeute peuvent être regroupées globalement selon deux approches différentes : l'approche dite bottom-up et l'approche dite top-down.

Une approche « bottom-up » (approche ascendante), met en jeu des activités inhabituelles centrées sur les déficiences et incapacités de la personne. Ainsi, les évaluations émanant de cette approche visent à intervenir sur les capacités déficitaires de la personne pour lui permettre de gagner en performance dans les occupations de la vie quotidienne (Martini & Techene, 2018). Lors de la phase d'évaluation, l'ergothérapeute peut proposer des bilans mettant en évidence les troubles cognitifs, moteurs et/ou sensitifs du patient. La phase d'intervention est soutenue par des activités simulées ayant pour objectif de travailler les transferts sur un plan Bobath ou encore les préhensions avec des objets qui ne sont pas rattachés à une AVQ : des cubes, des cônes ou encore des chevilles sur un plateau perforé.

À l'inverse, l'approche centrée sur l'occupation est qualifiée de « top-down » (approche descendante). Cette approche vise directement l'amélioration des performances dans les AVQ, en engageant le patient dans un processus d'apprentissage et de résolution de problèmes (Martini & Techene, 2018). Ainsi, les fonctions perdues seront observées, évaluées et restaurées dans la réalisation d'activités. Ici, l'ergothérapeute va évaluer, avec le patient, les problèmes rencontrés dans les AVQ. Cela permettra de fixer des objectifs en lien avec ces problèmes. Il lui sera ensuite proposé des activités comme réaliser un transfert directement sur un lit ou des toilettes, manipuler des ustensiles de cuisine lors de la réalisation d'un gâteau au chocolat ou encore écrire une liste de courses avec un stylo ou un feutre pour travailler les préhensions.

Bien que ces deux types d'approches diffèrent, elles peuvent être utilisées ensemble. En ergothérapie, cela correspond à l'approche « top-to-bottom-up » (Fisher, 2009). Des études suggèrent qu'une combinaison de ces deux approches pourrait limiter les écarts d'actions entre les professionnels, promouvoir la compréhension du patient, et mener au développement d'une approche plus unifiée, intégrée et efficace (Weinstock-Zlotnick &

Hinojosa, 2004). Peu importe le choix de l'approche, il est important d'être conscient des objectifs de chacune d'elles et de les corrélérer avec les objectifs du patient pour offrir un accompagnement cohérent et adéquat (Morel-Bracq, 2017).

Dans le cadre de l'AVC, l'ergothérapeute doit déterminer et résoudre les problèmes occupationnels rencontrés par le patient. Ainsi, la mise en œuvre de son intervention se réalise à travers les différentes étapes du processus d'intervention, en collaboration avec le patient et ses proches. Les étapes de ce processus peuvent varier en fonction des auteurs (Meyer, 2013).

c) Les différentes étapes du processus d'intervention d'Anne Fisher

En 2008, Détraz décrit le processus d'intervention en ergothérapie comme une succession d'opérations réalisées selon une démarche de résolution de problèmes. Ceci permet à l'ergothérapeute de se situer « dans une démarche validée par son corps professionnel » (p.136) mais aussi de pouvoir communiquer et argumenter sa pratique sur des bases structurées. Anne Fisher nous propose son modèle du processus d'intervention en ergothérapie nommé *Occupational Therapy Intervention Process Model* (OTIPM). Ce modèle d'intervention est basé sur une approche de type top-down, centré sur le patient et sur l'occupation. Il est organisé autour de trois phases d'intervention (Sorita, 2017) :

- **Une phase d'évaluation et d'établissement des objectifs de l'intervention** : ici, l'évaluation est centrée sur la personne et ses occupations. Elle se concentre sur tous les éléments susceptibles d'influencer la performance occupationnelle du patient, mais aussi les éléments pouvant faire obstacle à la réalisation de ses occupations. Pour réaliser cette étape, une collaboration avec le patient et ses proches est indispensable. Fisher propose d'utiliser la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) qui est un outil d'évaluation issu du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO).
- **Une phase d'intervention** : cette phase se compose de différents modèles ou approches que l'ergothérapeute peut choisir selon l'orientation qu'il souhaite donner à son intervention. Les activités utilisées, comme moyens d'intervention, seront ainsi définies par rapport aux objectifs établis avec le patient. Déterminer si l'activité proposée est utilisée à des fins de compensation, d'acquisition ou de restauration

incite l'ergothérapeute à préciser son raisonnement professionnel quant à la finalité de son intervention (Fisher, 2009).

- **Une phase de réévaluation des objectifs** : il est important pour l'ergothérapeute de pouvoir réévaluer l'amélioration réelle de la performance occupationnelle et de voir si elle est devenue satisfaisante pour le patient. Cela permet de réorienter l'intervention vers d'autres objectifs ou d'y mettre un terme.

La mise en place du processus d'intervention décrit précédemment nécessite des méthodes d'évaluation et d'intervention permettant à l'ergothérapeute de se centrer sur le patient et sur ses occupations. De même, l'utilisation de l'activité comme moyen d'intervention devient nécessaire pour réduire les limitations fonctionnelles.

2.3 L'évolution de la pratique en ergothérapie

a) L'occupation et l'activité en ergothérapie

L'occupation est le concept le plus largement décrit ou théorisé dans la littérature récente en ergothérapie. Il s'inscrit dans le développement, qui peut être situé à l'émergence du troisième paradigme de l'ergothérapie (Kielhofner, 2009 cité par Meyer, 2013).

En 2018, Morel-Bracq a repris la définition donnée par Pierce (2016) concernant l'occupation comme étant « une expérience spécifique, individuelle, construite personnellement et qui ne se répète pas. C'est-à-dire qu'une occupation est un événement subjectif dans des conditions temporelles, spatiales et socioculturelles perçues qui sont propres à cette occurrence unique ». Elle ajoute qu'une occupation a « une forme, une cadence, un début et une fin, un aspect partagé ou solidaire, un sens culturel pour la personne et un nombre infini d'autres qualités contextuelles perçues » (p.6). À travers cette définition, nous pouvons établir que l'occupation, pour les ergothérapeutes, correspond à ce que font les personnes, à ce qui a du sens pour eux dans leur contexte, leur agir et dans leur vie quotidienne.

Ce terme n'est pas à confondre avec celui d'activité. L'ergothérapie est une profession centrée sur le patient ayant recours à des activités comme moyen d'intervention afin de réduire les impacts quotidiens d'un AVC. L'activité est « une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations. » (Meyer, 2013, p.59). En rééducation, les habiletés (c'est-à-dire les actions dirigées vers un but) proposées et entraînées le sont pour produire

des effets dans la vie quotidienne et dans l'environnement de la personne. Ainsi, ce qui est acquis dans les activités en ergothérapie sera alors transférable dans d'autres activités qui font partie des occupations de la personne ou qui leur sont suffisamment similaires pour que le transfert soit efficace (Meyer, 2019, juin 6).

Il est également important de faire la différence entre une activité signifiante et significative. On entend par activité signifiante le sens donné par la personne à l'activité, et par activité significative le sens social attribué par l'entourage à l'activité (Morel-Bracq, 2006). Anne Fisher (2009) décrit quatre continuums (Cf. annexe II) pour évaluer les types d'activités pouvant être utilisées en ergothérapie, lors de la phase d'intervention. Le premier continuum indique qu'une activité peut être plus ou moins pertinente. La pertinence signifie que l'activité s'inscrit dans un contexte de la vie quotidienne. Par exemple, des exercices passifs visant à travailler les amplitudes articulaires de l'épaule ou des exercices de stimulation sensorielle n'ont généralement aucun rapport avec la vie quotidienne.

Le deuxième continuum porte sur la pertinence écologique de l'activité. Une activité peut être simulée ou naturaliste. Les activités simulées ne sont pas entièrement réelles puisqu'elles se déroulent dans un milieu fictif, avec des matériaux simulés ou artificiels. Par exemple, demander à un patient de placer des cônes sur l'étagère de la salle d'ergothérapie et prétendre que ce sont des verres à ranger dans la vaisselle. Même si l'ergothérapeute tente de se rapprocher d'une situation de la vie quotidienne, les cônes ont peu de lien avec la tâche réelle. D'autres activités, proposant des objets réels et pertinents par rapport à l'objectif de l'invention, mais exécutées hors du contexte réel et naturaliste de la vie quotidienne, seront également définies comme des activités simulées. Par exemple, boutonner sa chemise dans le contexte de s'habiller. Enfin, les activités se déroulant dans un milieu naturel et impliquant l'utilisation d'outils et de matériaux typiques à cette tâche de la vie quotidienne sont qualifiées d'activités écologiquement pertinentes. Par exemple, réaliser un gâteau au chocolat dans la cuisine thérapeutique du service de SSR peut être considéré comme une activité écologiquement pertinente. Évidemment, la cuisine idéale est celle que l'on pourrait trouver chez le patient.

Enfin, les troisième et quatrième continuum indiquent que le but et le sens d'une l'activité peuvent être définis par l'ergothérapeute ou le patient. Lorsque le patient a la possibilité de

définir, en collaboration avec l'ergothérapeute, les activités à travailler pour atteindre un objectif, le but et le sens de cette activité viennent du patient et non de l'ergothérapeute.

Idéalement, toute activité signifiante proposée en ergothérapie doit être la plus pertinente et naturaliste possible. Le sens et le but doivent être définis autant que possible par le patient, compte tenu des limites de performance, du niveau de motivation et du degré de conscience des troubles (Fisher, 2009).

b) Se baser sur l'occupation dans la phase d'intervention

Pour répondre à l'objectif principal de la rééducation, l'ergothérapeute dispose d'un large choix de moyens dont le plus spécifique à l'ergothérapie est l'occupation. Pour ce faire, l'ergothérapeute va permettre au patient de définir ses objectifs de travail selon ses envies et ses besoins. Ces objectifs seront en lien avec des problèmes rencontrés dans ses occupations. Lors de la phase d'intervention, l'ergothérapeute peut ainsi engager le patient dans la réalisation d'activités qui favorisent son entraînement. Cet entraînement doit être réalisé selon la routine de la personne et non celle de l'infirmière ou de l'ergothérapeute (Meyer, 2019, juin 6). Par exemple, la réalisation de la toilette devrait idéalement être réalisée selon la routine et les souhaits du patient.

Néanmoins, plusieurs freins rendent difficile l'adoption d'une approche basée sur l'occupation en hospitalisation complète. En effet, il peut être difficile de se rendre dans l'environnement approprié (comme prendre les transports pour aller faire les courses) ou encore parce que l'occupation requiert des habiletés que la personne ne présente pas encore juste après un AVC. Des contraintes institutionnelles peuvent également se présenter bouleversant ainsi les habitudes du patient comme prendre une douche uniquement le matin par soucis d'organisation de l'équipe soignante. L'ergothérapeute est donc plus ou moins basé sur l'occupation selon les circonstances de l'environnement (Meyer, 2019, juin 6).

Ce constat soulève la question de la façon dont l'ergothérapeute peut accompagner le patient post-AVC dans la réalisation de ces occupations alors qu'il ne dispose pas de toutes les habiletés pour les réaliser. La mise en œuvre d'approches orientées vers l'occupation (dite top-down) nécessite que le patient mette en place un processus d'apprentissage dans l'objectif de résoudre ses problématiques occupationnelles. Il doit ainsi utiliser plusieurs

processus de résolution de problèmes qui lui sont propres, pour gagner en autonomie et en indépendance.

Une approche peut ainsi retenir notre attention. En effet, l'approche CO-OP fait partie des approches top-down et fait appel à de nombreux points abordés précédemment : une pratique orientée vers l'occupation et la mise en œuvre de processus de résolution de problèmes par le patient pour favoriser l'apprentissage dans ses occupations.

c) L'accompagnement par l'approche CO-OP

L'approche CO-OP (Cognitive Orientation to daily Occupational Performance) est une approche cognitive de résolution de problèmes qui s'appuie sur la découverte guidée de stratégies afin d'améliorer la performance dans les activités de la vie quotidienne. Elle présente quatre objectifs : permettre au patient d'acquérir des habiletés, développer des stratégies cognitives, généraliser et transférer les apprentissages vers de nouvelles activités de la vie quotidienne (Rouault & Caire, 2017). L'ergothérapeute doit bénéficier, au préalable, d'une formation pour pouvoir utiliser l'approche CO-OP.

Rouault et Caire (2017) nous présentent la structure générale de l'approche CO-OP autour de 7 principes-clés :

- **Le choix des objectifs par le patient** se fait par le biais de deux évaluations. La MCRO permet de prendre en compte la subjectivité du patient ainsi que ses désirs et besoins dans les occupations problématiques et qui sont importantes pour lui. Cet outil se réalise sous la forme d'un entretien semi-directif avec une durée de passation d'environ 15 à 30 minutes (Caire & Rouault, 2017). L'échelle de cotation de la performance occupationnelle (Performance Quality Rating Scale ou PQRS) est également utilisée. Pour ce faire, le patient ayant eu un AVC est mis en situation dans les occupations problématiques choisies. L'ergothérapeute va ensuite coter la performance du patient, sur une échelle de 0 à 10. Ces deux évaluations seront reprises en fin d'intervention pour comparaison.
- **L'Analyse Dynamique de la Performance** (ADP) permet une analyse de l'activité (s'habiller). Il sera identifié les problèmes et les points d'échec de l'activité (le patient rencontre des difficultés pour orienter son vêtement). En conséquence, la mise

en évidence des points d'échec permet de trouver les stratégies éventuelles pour les résoudre.

- **Les stratégies cognitives** sont utilisées par le patient. Elles lui permettent de résoudre tout type de problème rencontré lors de la réalisation d'une occupation. Ces stratégies sont de 2 types : la stratégie globale où le patient détermine son BUT, établit son PLAN, FAIT le plan prévu, puis VÉRIFIE si le but est atteint et si le plan a fonctionné correctement. Les stratégies spécifiques à un domaine sont également utilisées. Elles correspondent à la posture indispensable à avoir devant un ordinateur ou encore au niveau d'attention à avoir lorsque l'on souhaite faire ses lacets de chaussures.
- **La découverte guidée** est un outil facilitant l'autonomie. En effet, l'ergothérapeute l'utilise afin d'accompagner le patient à réfléchir sur ses points d'échec et à élaborer des solutions.
- **L'habilitation (= faciliter l'occupation)** correspond à l'idée de prendre du plaisir, de favoriser l'apprentissage, de viser l'autonomie et enfin de favoriser la généralisation et le transfert des stratégies découvertes à d'autres activités.
- **La participation de l'entourage** permet de renforcer l'utilisation des stratégies cognitives au quotidien.
- **La structure des sessions** est généralement organisée autour de dix séances individuelles d'environ d'une heure. Au bout des dix séances de l'intervention, le patient sera amené à évaluer sa performance et sa satisfaction. Cela permet à l'ergothérapeute de voir si un changement dans la perception du patient vis-à-vis de sa performance et/ou satisfaction a été obtenu depuis le début de l'intervention (Martini & Techene, 2018).

Cette approche a été initialement développée auprès d'enfants présentant des troubles du développement de la coordination (TDC) avant de s'étendre à d'autres populations telles que les adultes ayant subi un AVC (Martini & Techene, 2018). Dans une étude réalisée auprès de cette population, publiée par McEwen et al. (2015), une amélioration de la performance des participants dans les activités qu'ils ont choisies a été mise en évidence. Cette amélioration a été notée à la MCRO et au PQRS. De plus, l'étude suggère que l'approche CO-OP pourrait favoriser le transfert des apprentissages vers des activités qui n'ont pas été entraînés spécifiquement pendant la thérapie (McEwen et al., 2010 ; McEwen et al., 2015). Une des limites à l'utilisation de l'approche CO-OP est la nécessité, pour le patient, d'avoir

des capacités cognitives et métacognitives suffisantes. Les troubles cognitifs surviennent fréquemment après un AVC et contribuent à une incapacité importante. Néanmoins, l'essai clinique randomisé mené par Skidmore et ses collaborateurs (2015) suggère que l'entraînement à la stratégie cognitive, employée dans l'approche CO-OP, pourrait avoir un effet bénéfique sur certaines composantes des fonctions exécutives telles que l'inhibition et la flexibilité mentale. Enfin, l'étude de Skidmore et al. (2011) suggèrent que l'utilisation de l'approche CO-OP auprès de patient ayant subi un AVC serait susceptible d'améliorer son engagement dans la réadaptation. En effet, l'engagement des patients est une des clés de la réussite d'une thérapie.

Bien souvent, la rééducation des personnes victimes d'AVC est longue. De ce fait, leur motivation est souvent sujette à diminuer. Cela est d'autant plus important que les moyens utilisés en rééducation se retrouvent parfois loin de leurs espérances immédiates.

3. L'engagement dans la rééducation en ergothérapie

3.1 L'engagement, un grand concept en ergothérapie

a) Définition du concept d'engagement

L'engagement est un des concepts clé de l'ergothérapie qui a fait son apparition dans les années 90 en même temps que les sciences de l'occupation. Il est défini par Meyer (2018) comme « le sentiment de participation, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation » (p.21). Elle déclare que l'engagement est le versant « motivationnel et émotionnel de la réalisation de l'occupation ou de l'activité » (p.2). La personne engagée tend à aller au bout de l'activité, à atteindre son objectif, à vivre une expérience intéressante et cohérente et à en tirer profit. Ainsi, l'individu engagé a l'impression que ce qu'il fait a du sens. Il est donc intéressant de noter que cette notion d'engagement du patient, dans des occupations significatives pour lui, peut l'aider à mieux apprécier ce qu'il réalise, car il y voit un sens.

Dans le cadre de la thérapie, en hospitalisation complète, la rééducation fait partie intégrante des occupations de vie du patient à la suite d'un AVC (Meyer, 2019, juin). En effet, les journées des patients sont rythmées par des consultations médicales et des séances de rééducation auprès de plusieurs professionnels de santé. Ainsi, la notion d'engagement dans la rééducation peut être assimilée à celle d'engagement dans les occupations dit également engagement occupationnel.

b) La rééducation comme principale occupation à la suite d'un AVC

Accompagner un patient à s'engager dans sa rééducation est un des enjeux de l'ergothérapeute. En effet, il n'est pas surprenant qu'à la suite d'un AVC, les patients soient désengagés de la rééducation dans le sens où ils ne prennent pas de plaisir et qu'ils n'éprouvent aucune motivation. Ainsi, « l'ennui, la perte de sens associés aux occupations aliénantes » (Marshall, Lysaght et Krupa cité par Meyer, 2018, p. 21) peut survenir.

Il est pertinent de mettre en avant l'aspect subjectif de l'engagement occupationnel. En effet, il est en lien avec les sentiments personnels que la personne ressent envers une occupation. Ce sentiment est intimement lié au sens attribué à cette occupation lors de sa réalisation. Ce processus peut être influencé par de multiples facteurs externes et internes à la personne (Bertrand et al. 2018). Il est personnel et dépend de chaque individu. Il est donc essentiel que l'ergothérapeute prenne en compte l'ensemble des facteurs externes et internes à la personne afin d'engager le patient dans la réalisation d'une activité ou d'une occupation « non aliénante » mais aussi dans la rééducation au sens plus large.

D'autre part, la rééducation n'est pas uniquement la réalisation d'habiletés permettant l'accomplissement d'occupations usuelles ou futures des patients. C'est aussi et surtout une interaction avec l'ergothérapeute qui va permettre de soutenir la progression de ce dernier (Meyer, 2019, juin). La notion d'alliance thérapeutique prend ici tout son sens. L'alliance thérapeutique s'appuie sur la notion de « coopération mutuelle, de partenariat entre le patient et le ou la thérapeute, dans le but d'atteindre des objectifs fixés ensemble après une négociation avec la personne » (Ergopsy, 2015). Ainsi, la création d'une relation dans laquelle le patient peut exprimer « ses émotions, être reconnue, poser des questions, demander de l'aide, faire confiance » est primordiale à l'engagement dans la rééducation (Meyer, 2019, juin). Dans une étude publiée par Ranner et ses collègues (2016), les ergothérapeutes interrogés ont déclaré que l'augmentation du pouvoir d'agir du patient dans les activités du quotidien est favorisée par une compréhension commune de la situation de ce dernier. Il est important que l'ergothérapeute prenne du temps avec lui pour comprendre ses expériences de vie et ses difficultés. Le pouvoir d'agir est également augmenté par le partage des expériences et des désirs du patient dans ses activités, mais aussi par le choix des objectifs et des activités de l'intervention par ce dernier. Enfin, les ergothérapeutes interrogés ont pu identifier l'intérêt de partager leurs expériences et leurs connaissances

professionnelles avec le patient. Tout cela favorise l'investissement du patient dans la rééducation lui permettant d'avoir une posture active et non passive.

Dans la continuité de cette étude, un lien peut être établi entre les principes-clés de l'approche CO-OP et la volonté de favoriser le pouvoir d'agir du patient dans la rééducation. Dans un premier temps, le choix des objectifs spécifiques et des activités significatives de l'intervention peut être possible par l'utilisation de la MCRO. En effet, en l'absence de troubles cognitifs majeurs, le patient est tout à fait en mesure de pouvoir identifier les occupations pour lesquelles il rencontre des difficultés. Ces difficultés correspondront à des objectifs qui seront travaillés au cours de la phase d'intervention. À travers cet outil, un réel échange est effectué entre l'ergothérapeute et le patient favorisant la compréhension de la situation de ce dernier. Dans un deuxième temps, la découverte guidée est un outil pouvant répondre au besoin de partage d'expériences et de connaissances professionnelles de l'ergothérapeute. En effet, elle a pour rôle de guider le patient dans la réflexion de ses points d'échec et l'élaboration de solutions pour répondre aux difficultés. Ainsi, ce type d'accompagnement donne la possibilité au patient de comprendre et de prendre conscience de sa propre situation. Enfin, les stratégies cognitives peuvent répondre à la notion de partage d'expérience et des désirs du patient face aux activités travaillées au cours de la phase d'intervention. En effet, l'utilisation de stratégies cognitives guide le patient à entreprendre une réflexion personnelle, mais aussi à évaluer sa progression vers le but souhaité. Pour ce faire, une collaboration patient-thérapeute est indispensable.

L'engagement dans l'occupation peut être relié à différentes notions à ne pas confondre : la performance et la participation dans l'occupation. Ces notions gravitent autour de la définition de l'engagement occupationnel, qui est rendue possible par l'interaction qui existe entre elles et qui évolue dynamiquement au cours du temps.

c) La participation et la performance pour promouvoir l'engagement du patient dans la rééducation

À la définition de l'engagement dans l'occupation est à ajouter celle de la performance. Meyer (2018) déclare que l'engagement peut avoir un effet positif sur la performance d'une personne. La performance est « le choix, l'organisation et la réalisation d'occupation, d'activités ou de tâches en interaction avec l'environnement » (Meyer, 2018, p.20). En ergothérapie, c'est le versant opérationnel d'une occupation ou d'une activité qui nécessite,

pour être réalisée, des habiletés motrices, opératoires, de communication et d'interaction avec un environnement social. Meyer nous explique que lorsqu'une personne est engagée dans une occupation qui lui tient à cœur, la performance, malgré les efforts qu'elle exige ou le résultat de l'occupation, en vaut la peine. Elle donne ainsi l'exemple d'une personne qui s'engage dans l'occupation « achat des cadeaux de Noël ». À la fin de la réalisation de cette occupation, elle s'en trouve satisfaite malgré les efforts nécessaires. Son engagement a permis d'aboutir à son objectif final. En ergothérapie, la performance répétée d'une activité permet de l'entraîner, facilite son accomplissement qui devient plus efficace, rapide, automatique, facile et sûr mais aussi plus facilement transférable dans un nouvel environnement.

Faciliter les performances au cours de la rééducation des personnes ayant subi un AVC est un moyen de permettre leur participation dans les différents domaines de l'occupation. Si, en plus, ces performances leur permettent de s'engager, elles sont d'autant plus favorisées. L'un des objectifs de l'approche CO-OP est justement d'améliorer cette performance dans les activités de la vie quotidienne.

La participation constitue un deuxième élément majeur de l'engagement. Elle est définie comme « l'engagement, par l'occupation, dans les situations de vie socialement contextualisées » (Meyer, 2013, p.170). Cela signifie que la personne prend part au monde et lui appartient par le biais des occupations qu'elle entreprend, pour autant que celles-ci existent dans un environnement social, familial, communautaire et sociétal (Meyer, 2018). La participation dans l'occupation peut apparaître dans tous les domaines de l'occupation et peut faire appel ou non à la performance. En effet, la participation peut être effective lorsque la performance occupationnelle est faible, autrement dit lorsqu'une personne a choisi de s'impliquer dans une occupation sans l'organiser ou en la réalisant que partiellement car d'autres personnes de son entourage le font.

Cependant, cette participation chez des personnes ayant subi un AVC peut être entravée par des incapacités liées à des limitations motrices et/ou cognitives. De plus, la participation suppose de la motivation qui n'est pas forcément disponible en début d'intervention par exemple (Meyer, 2013). Enfin, dans une récente étude, les facteurs personnels (en particulier les facteurs psychologiques et psychosociaux) ont été identifiés comme positivement associés à la participation post-AVC. Outre les déterminants personnels de la participation,

les déterminants environnementaux tels que le soutien, les relations et les attitudes positives envers les patients ont été les principaux facilitateurs de la participation ainsi que l'environnement physique et l'accessibilité aux services de santé, aux transports et à l'information. La plupart de ces facteurs sont modifiables et doivent être pris en compte pour améliorer la participation des patients (Della Vecchia et al., 2019).

L'ergothérapeute, en tant que membre clé de l'équipe de rééducation, consacre beaucoup de temps à travailler avec des patients ayant subi une perte fonctionnelle importante susceptible d'avoir un impact sur les activités de la vie quotidienne. Ils peuvent ainsi être confrontés à la tâche d'engager le patient dans la rééducation pour améliorer les problèmes occupationnels. Cependant, cet engagement dépendant de multiples facteurs qu'il faut pouvoir identifier.

3.2 Faire face au désengagement en ergothérapie

L'engagement dans la thérapie constitue une préoccupation importante pour les professionnels de la rééducation. En effet, dans une étude publiée par Lequerica et al. (2009), la majorité des professionnels de rééducation interrogés ont déclaré rencontrer régulièrement des patients difficiles à engager dans une thérapie après un AVC. L'engagement dans la thérapie s'observe par la participation active du patient et une coopération avec le thérapeute. Une personne présentant un haut niveau d'engagement dans la thérapie présentera des signes d'enthousiasme et d'intérêt alors qu'une personne qui présente un faible niveau d'engagement dans la thérapie montrera des signes d'apathie et d'indifférence (Matthews et al., 2002). Le niveau d'engagement dans la thérapie peut prolonger la durée moyenne de séjour et entraver la progression vers l'amélioration fonctionnelle (Lequerica et al., 2009).

Ainsi, les thérapeutes ont pu identifier un certain nombre de problèmes qui interfèrent avec l'engagement du patient post-AVC (Lequerica et al., 2009). La peur de la douleur est l'un des problèmes les plus fréquemment signalés limitant les exercices et les activités proposées (Gheldof et al. 2006). De plus, un désengagement est particulièrement présent chez des patients présentant des atteintes cognitives, en particulier des troubles des fonctions exécutives (Skidmore et al., 2010). L'humeur dépressive ainsi que les problèmes médicaux (comorbidité et effets secondaires des médicaments) peuvent entraîner une diminution de la motivation, qui est un facteur central dans l'engagement et la participation.

L'implication de la famille et des soignants ont également été signalés comme facteurs favorisant l'engagement. Enfin, la conscience des déficits, le sentiment d'auto-efficacité

(croyance qu'a un individu en sa capacité de réaliser une tâche) et l'attente de résultats positifs favorisent également l'engagement du patient dans la rééducation (Lequerica et al., 2010).

À la suite d'un sondage, l'étude de Lequerica et ses collègues (2009) recueille certaines recommandations pour favoriser l'engagement des patients dans la thérapie :

- 1) établir des buts significatifs pour le patient.
- 2) assurer l'éducation du patient et/ou de la famille.
- 3) construire une relation thérapeutique.
- 4) donner du contrôle au patient tout au long du processus de rééducation.
- 5) impliquer la famille et les proches.
- 6) encourager le patient.
- 7) être flexible en fonction des besoins du patient.
- 8) référer à d'autres professionnels au besoin.
- 9) rendre plus simple la thérapie pour faciliter le succès.

Ces recommandations s'apparentent, pour une grande partie, aux objectifs énoncés dans les différents principes-clés de l'approche CO-OP. Or, l'utilisation conjointe des principes-clés de l'approche CO-OP vise à favoriser la mise en œuvre de processus de résolution de problèmes. Les processus de résolution de problèmes permettent au patient de résoudre les difficultés occupationnelles rencontrées dans son quotidien. Ainsi, la mise en œuvre de processus de résolution de problèmes pourrait être susceptible d'améliorer l'engagement du patient dans la rééducation.

FORMULATION DE L'HYPOTHÈSE DE RECHERCHE

Pour rappel, la question de recherche guidant ce travail est la suivante :

Comment l'ergothérapeute exerçant en hospitalisation complète, dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation, accompagne-t-il le patient adulte post-Accident Vasculaire Cérébral à s'engager dans la rééducation lors du processus d'intervention ?

Les différentes recherches théoriques présentées au sein du cadre conceptiel permettent de poser l'hypothèse suivante :

En encourageant le patient à développer ses processus de résolution de problèmes dans ses occupations de la vie quotidienne, l'approche CO-OP portée par l'ergothérapeute, favorise l'engagement du patient adulte post-AVC dans la rééducation.

PARTIE 2 : CADRE EXPLORATOIRE

1. Objectifs de l'enquête

L'étude théorique de mon sujet a permis d'émettre une réponse provisoire à la question de recherche. L'objectif de la phase exploratoire est de valider ou d'invalidier l'hypothèse émise. Ainsi, un outil de mesure sera construit afin d'effectuer une étude de terrain. L'outil de mesure doit pouvoir vérifier les objectifs suivants :

- déterminer si les patients adultes victimes d'AVC souffrent de désengagement dans leur rééducation lors du processus d'intervention.
- explorer les facteurs qui contribuent à augmenter ou à limiter l'engagement du patient dans la rééducation.
- déterminer si les processus de résolution de problèmes, issus de l'approche CO-OP, sont susceptibles d'exercer une influence sur l'engagement des patients adultes victimes d'AVC en rééducation.
- déterminer quel(s) élément(s) précis de la CO-COP serai(en)t susceptible(s) de favoriser l'engagement des patients adultes victimes d'AVC.

2. Méthodologie de l'enquête

2.1 Choix de la population interrogée

L'étude nécessite tout d'abord de cibler la population à interroger. Deux possibilités peuvent être envisagées. En effet, en sachant que je m'intéresse à l'engagement dans leur rééducation des personnes ayant subi un AVC, il aurait été intéressant d'interroger directement cette population. Cependant, des biais importants auraient pu apparaître. En effet, les patients volontaires auraient été les plus engagés. De plus, la loi Jardé impose un protocole long à mettre en place. Au vu du temps dont je dispose pour la réalisation de l'enquête, je fais le choix d'interroger des ergothérapeutes. Ces derniers ont un sens de l'observation et peuvent percevoir l'engagement des personnes qu'ils accompagnent.

Les critères d'inclusion sont constitués des éléments suivants :

- Ergothérapeute diplômé.
- Exercer en hospitalisation complète, dans un service de SSR en neurologie adulte.
- Accompagner des personnes victimes d'un AVC à leur arrivée en hospitalisation complète.

- Être formé à l'approche CO-OP et l'utiliser auprès de cette population.
- Accepter d'être contacté dans le cadre de mon mémoire pour effectuer un entretien.

Les critères de non-inclusion correspondent aux ergothérapeutes qui ne répondent pas aux critères d'inclusion. Aucun critère d'exclusion n'est retenu pour cette enquête.

2.2 Sélection des participants à l'enquête

La sélection des participants à cette enquête s'est faite sous la forme d'un accès indirect. Le mode d'accès indirect passe par l'entremise de tiers pour obtenir un contact (Blanchet & Gotman, 2015). L'objectif ici est d'identifier et d'énumérer les ergothérapeutes susceptibles de correspondre aux critères d'inclusion. Ainsi, plusieurs méthodes de recrutement ont été employées. La méthode de l'informateur relais consiste à choisir un informateur qui va sélectionner des personnes qui pouvaient être en mesure de participer à l'enquête. En l'occurrence, j'ai ici sollicité une ergothérapeute en neuropédiatrie, formatrice de l'approche CO-OP. Cette dernière m'a communiqué quelques services d'ergothérapie où je pouvais trouver des ergothérapeutes formés à cette approche.

Par la suite, j'ai contacté plus de soixante services d'ergothérapies en neurologie adulte (en France). Afin d'identifier les ergothérapeutes correspondant aux critères d'inclusion de l'étude, un pré-questionnaire (Cf. annexe III) a été communiqué par courriels aux services contactés. Ce pré-questionnaire a également été transmis via les réseaux sociaux disponibles sur Internet tel que des groupes français d'ergothérapeutes en SSR ou des groupes dédiés aux mémoires. Conjointement, la méthode de proche en proche a été utilisée. En effet, il a été demandé aux ergothérapeutes contactés de diffuser la thématique centrale du mémoire à d'autres personnes correspondant aux critères d'inclusion et susceptibles d'être intéressé par le sujet, jusqu'à la constitution de l'échantillon.

Le recueil des données s'est fait de manière anonyme. L'objectif de l'étude, les conditions d'anonymat, ainsi que le stockage des données ont été énoncés aux répondants dans la lettre de couverture du courriel et au début du pré-questionnaire. À l'issue de ce pré-questionnaire, vingt-huit ergothérapeutes ont répondu à l'annonce. Parmi ces ergothérapeutes, cinq correspondaient aux critères d'inclusion.

2.3 Élaboration de l'outil de mesure

Pour l'enquête, j'ai fait le choix d'utiliser l'entretien semi-directif qui me semble être l'outil le plus adapté afin de répondre à la question de recherche. En effet, ce type d'entretien me permettra d'obtenir des résultats qualitatifs avec un échantillon de répondant faible. Ici, l'importance est portée sur la recherche d'informations et d'éléments de réflexions riches et nuancés. Les ergothérapeutes interviewés pourront ainsi exprimer leurs expériences vis-à-vis de l'engagement des patients post-AVC mais aussi de l'utilisation de l'approche CO-OP auprès de cette population. De plus, l'entretien semi-directif me permet d'assurer une certaine spontanéité dans le discours des interviewés (Campenhoudt et al., 2017).

Un guide d'entretien a été utilisé pour ce travail de recherche (Cf. Annexe IV). Ce guide d'entretien est composé de douze questions principales, relativement ouvertes. Des questions de relance sont associées à chaque question générale. Elles ont pour rôle de venir approfondir un sujet que l'ergothérapeute interviewé vient de mentionner. Elles permettent également de venir préciser un sujet non évoqué par l'interviewé et qui semble important pour l'enquête. Pour ne pas orienter les réponses des ergothérapeutes interrogés, les questions définissant l'utilisation de l'approche CO-OP ainsi que les différents principes-clés employés auprès de cette population, ont été abordées dans la dernière partie du guide d'entretien.

2.4 Déroulement de l'enquête

Tous les entretiens se sont déroulés par téléphone en raison du contexte sanitaire actuel (Covid-19) et de l'éloignement géographique des personnes interrogées. Avant chaque entretien, un formulaire de consentement pour enregistrement audio (Cf. annexe V) a été préalablement rempli par chaque personne interviewée. Ainsi, chaque entretien a pu être enregistré avec un dictaphone afin de pouvoir, par la suite, les retranscrire le plus fidèlement possible, en veillant à conserver l'anonymat des participants.

Pour chaque entretien, les questions de relances étaient posées une fois que l'ergothérapeute avait fini de répondre à la question générale. En effet, cela permet d'enrichir la recherche car l'entretien permet de recueillir des données, mais également d'accueillir les réponses spontanées. L'ensemble des entretiens ont été réalisés sur une durée de 45 minutes à 1 heure.

3. Résultats et analyses de l'enquête

Les données recueillies lors des entretiens sont traitées selon une analyse thématique. Chaque question est analysée en suivant les quatre thèmes du guide d'entretien. Chaque thème comporte des sous-thèmes. Ainsi, les questions appartenant à un même sous-thème seront analysées simultanément. Un tableau représentant les thèmes et sous-thèmes du guide d'entretien et les réponses attendues par la recherche est disponible en annexe (Cf. annexe VI). Les entretiens ont été retranscrits et les résultats bruts sont présentés dans des tableaux puis analysés. Pour faciliter la lisibilité des résultats et pour garantir l'anonymat, les questions sont notées « Q... » et numérotées, les ergothérapeutes sont nommés « E... » et numérotés. Un entretien témoins est disponible en annexe (Cf Annexe VII).

3.1 L'ergothérapeute, exercice et expérience

Q1. Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?					
	E1	E2	E3	E4	E5
Année du diplôme	2016	2017	2006	2018	2017
Pays/ Département d'exercice	France (Val D'Oise)	France (Val-de-Marne)	France (Vendée)	France (Paris)	France (Seine-Saint-Denis)
Structure d'exercice	SSR neurologique adulte, en HC et HDJ + HAD-R	SSR neurologique adulte, en HC	SSR neurologique adulte, en HC	SSR neurologique adulte, en HC + UNV	SSR neurologique adulte, en HC et HDJ
Population accompagnée	Patient adulte AVC	Patient adulte AVC	Patient adulte AVC	Patient adulte AVC	Patient adulte AVC
Année d'expérience auprès des patients post-AVC	4 ans	4 ans	plus de 10 ans	3 ans	4 ans
Formation CO-OP	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Formations supplémentaires	MCRO + installation et positionnement au fauteuil roulant + parcours de soins AVC	MCRO + installation et positionnement au fauteuil roulant	MCRO + installation et positionnement au fauteuil roulant + Bobath	Prise en charge de la douleur	Installation et positionnement au fauteuil roulant

Tableau I: Représentation des profils des différents ergothérapeutes ayant répondu à l'enquête

Cinq ergothérapeutes ont accepté d'effectuer un entretien dans le cadre de mon mémoire. Les professionnels répondants exercent tous dans un service de SSR à orientation neurologique, en hospitalisation complète. E1 et E5 exercent également dans un hôpital de jour et E4 dans un UNV. E1 réalise de la rééducation tous les après-midi au domicile des patients (HAD-R de rééducation/réadaptation). On note une moyenne de 5 ans d'expérience auprès de personnes ayant eu un AVC. L'ensemble des ergothérapeutes interrogés sont formés à l'approche CO-OP. E1, E2, E3 et E4 ont reçu une formation sur l'installation et le positionnement au fauteuil roulant. E1, E2 et E3 sont formés à la MCRO et seul E3 a reçu une formation Bobath. Enfin, E4 a eu une formation sur la prise en charge de la douleur.

3.2 L'accompagnement ergothérapeutique des patients victimes d'un AVC

a) Mise en œuvre du processus d'intervention

Q2. Pouvez-vous m'expliquer comment se déroule l'accompagnement en ergothérapie auprès du patient adulte victime d'un AVC ?	
E1	« accueil et un positionnement en chambre et au fauteuil avec le kinésithérapeute » « diagnostic » « évaluation motrice » « rééducation en fonction des troubles et du désir du patient » « MCRO » « rééducation analytique et très fonctionnelle rapidement pour des premiers gestes du quotidien » « RAD avec en plus de l'HDJ, du libéral ou l'HAD »
E2	« accueil avec le kinésithérapeute » « aide technique » « évaluer autonomie » « phase d'évaluation avec mises en situation ou évaluations analytiques » « plan de traitement » « diagnostic ergo et des objectifs définis avec et par le patient » « MCRO » « HAD-R, en HDJ ou alors ils rentrent chez eux » « séances de 30 minutes et 5 fois par semaine »
E3	« prise de contact et installation au fauteuil, au lit » « préconisations orthopédiques » « prise de contact »[...] « PPH ou MCRO si on a déjà quelqu'un qui au niveau cognitif et récupération est pas mal » « 15 jours à 3 semaines avant de parler MCRO » « 4 fois par semaine en individuelle » « une demi-heure » « réadaptation » « retour au domicile »
E4	« évaluation rapide » « installation au lit et au fauteuil » « bilan d'entrer, entretien sur les habitudes antérieures de vie » « AVQ » « en parallèle des bilans, une rééducation intensive pour ne pas perdre de temps » « RAD ou projet d'institutionnalisation » « patients en doublons » « 30 min en salle ou en chambre »

E5	« entrée en binôme avec le kiné » « évaluation des transferts et aides techniques à la marche » « positionnement au lit et au fauteuil » « prescription séances de kiné et d'ergo » « 5 fois par semaine » « une demi-heure, en individuel » « bilan sur les habitudes de vie, prise en charge, bilan intermédiaire, prise en charge et évaluation finale » « RAD » « EPHAD » « résidence autonomie » « HDJ »
-----------	---

Tableau II : Verbatims des différents ergothérapeutes ayant répondu à la Q2.

Accueil, prise de contact et premières évaluations du patient

À l'arrivée d'un nouveau patient victime d'un AVC en SSR neurologique, tous les ergothérapeutes l'accueillent en chambre pour effectuer une première rencontre. E1, E2 et E5 réalisent cette première rencontre avec le kinésithérapeute. Une première évaluation rapide est réalisée afin de préciser l'importance des déficits et de la dépendance fonctionnelle (E5). En effet, cela permet d'évaluation concrètement l'autonomie du patient en chambre (E2). L'installation au fauteuil roulant et au lit est donc observée (E1,E3,E4,E5). Des aides techniques à la marche ainsi que des protections orthopédiques (attelles, orthèses) peuvent être proposées si besoin (E2, E3,E5).

Élaboration des objectifs et phase d'intervention

Rapidement, les ergothérapeutes réalisent des bilans « avec des mises en situation ou des évaluations analytiques » (E2). Un diagnostic et un projet thérapeutique personnalisé, en collaboration avec le patient, sont élaborés. 4 ergothérapeutes sur 5 se basent sur le MCRO, en début d'intervention, pour définir les objectifs de la prise en soins (E1,E2,E4,E5). E3 attend « 15 jours à 3 semaines avant de parler de MCRO ». Son utilisation va dépendre de l'importance des déficits moteurs et cognitifs observés. Si les déficits sont importants, elle se base sur le PPH (le modèle de Processus de Production du Handicap).

Après la phase d'évaluation, la phase d'intervention est mise en place par tous les ergothérapeutes. E1 et E4 s'accordent sur le fait que la rééducation doit se faire en « parallèle des bilans » et « rapidement » pour ne pas perdre de temps. Les patients ont généralement 4 à 5 séances par semaine. Les séances durent 30 minutes pour l'ensemble des ergothérapeutes interrogés.

Projet de vie du patient

À la suite d'une hospitalisation complète en SSR, tous les ergothérapeutes mentionnent la possibilité d'un retour à domicile. Le patient peut également être pris en soins en HDJ (E1,E2,E5), en libéral (E1), en HAD-R (E1,E2) ou en EPHAD (E4, E5).

b) Les occupations

Q3. Quels types d'objectifs peuvent être fixés à la suite de la phase d'évaluation en ergothérapie ? citez-quelques exemples	
E1	« dépend des occupations » « stimulation motrice du corps » stimuler la sphère cognitive et la sphère motrice » « prise de conscience » « participer à la toilette, se déplacer seul, manger seul »
E2	« MCRO » « reprise des repas » « objectifs en lien avec l'autonomie ou l'indépendance dans les AVQ » « contact les proches » « objectifs fonctionnels en lien avec ces difficultés dans le quotidien » « partir des incapacités » « pendant les évaluations on aura objectivé des difficultés »
E3	« les transferts » « pouvoir sortir du lit, aller aux toilettes seul, ça concerne 75 à 80% » « mises en situation » « découverte guidée » « conduite, préparer les repas » « en chambre, analytique, écologique » « c'est quand même chronophage, on peut aller faire les courses » « jeux, activités manuelles, activité cuisine » « thérapie miroir » « Bobath »
E4	« je demande quelles sont ses plaintes et du coup j'essaie d'orienter l'accompagnement sur ce qu'il me décrit comme problématique actuelle » « aller aux toilettes tout seul » « j'ai envie de marcher » « je veux rentrer le plus rapidement possible à la maison »
E5	« dépend des séquelles » « on priorise les activités de la vie quotidienne » « les transferts, s'asseoir au bord du lit, pouvoir faire ensuite un transfert du lit jusqu'au fauteuil, circuler en fauteuil » « prise des repas, prise de la douche, habillage »

Tableau III : Verbatims des différents ergothérapeutes ayant répondu à la Q3

Q4. Quels sont les moyens et les stratégies mis en œuvre pour atteindre les objectifs fixés à la suite de la phase d'évaluation ?

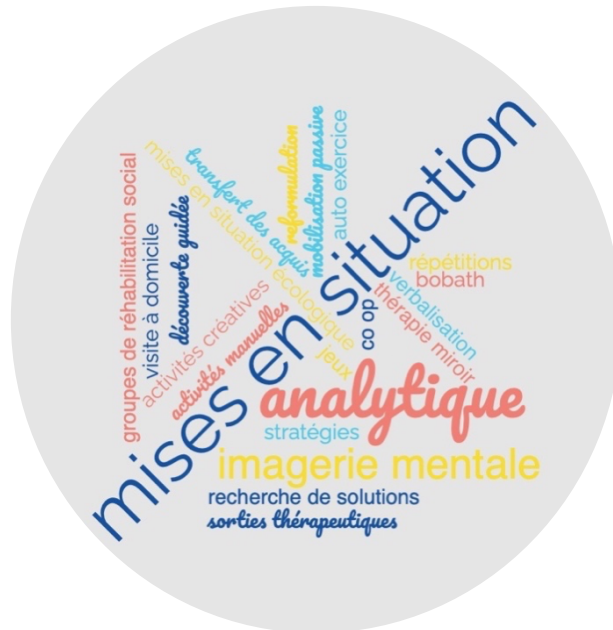


Fig. 1 : Nuage de mot représentant les moyens et les stratégies utilisés pour atteindre les objectifs de la prise en soins.

La MCRO pour définir les objectifs en ergothérapie

Tous les ergothérapeutes s'accordent sur le fait de définir les objectifs de l'intervention à partir de l'outil MCRO : « puisque lorsque c'est permis avec la patiente, on met en place des objectifs MCRO » (E2). Cet outil leur permet de partir d'une plainte ou d'un besoin du patient : « je demande au patient quelles sont ses plaintes et du coup j'essaie d'orienter l'accompagnement sur ce qu'il me décrit comme problématique actuelle » (E4). Ainsi, l'intervention est orientée, autant de fois que possible, sur les occupations du patient : « pouvoir sortir du lit, pouvoir aller aux toilettes seul » (E3) « prise des repas, prise de la douche, habillage » (E5). Lorsque cet outil ne peut être utilisé, E2 peut faire appel aux proches (famille, entourage) afin d'essayer d'obtenir des informations en lien avec les habitudes de vie du patient.

Les résultats des bilans permettent aussi l'élaboration des objectifs (E1). Ainsi, ils seront davantage orientés sur des problématiques fonctionnelles en lien avec des difficultés dans le quotidien (E1, E2, E5) : « On va partir des incapacités ou alors pendant les évaluations, on aura objectivé des difficultés » (E2).

Les moyens et stratégies utilisés pour atteindre les objectifs de la prise en soins

Concernant le plan d'intervention, la totalité des ergothérapeutes proposent des mises en situation comme moyen afin de permettre au patient de se confronter à ses problématiques. Les mises en situation seront généralement réalisées en salle d'ergothérapie ou en chambre et concernent le plus souvent les soins d'apparence, l'habillement, la toilette et la prise des repas (E1, E3, E4). Une minorité d'ergothérapeutes (E2, E4) propose aussi des mises en situation écologique en extérieur : « faire des courses », « sortie thérapeutique et des groupes de réhabilitation sociaux » (E2). Des visites à domicile, afin de replacer le patient dans son contexte environnemental, peuvent également être programmées (E4). Néanmoins, tout cela reste limité aux capacités et à l'état du patient : « la fatigue ne va pas trop permettre certaines choses » (E1). Les ergothérapeutes peuvent également proposer des exercices analytiques au moyen d'objets de la vie quotidienne (E1, E4). Ces exercices seront centrés sur les déficits du patient.

Une ergothérapeute (E3) a précisé travailler la répétition des gestes pendant les séances de rééducation. Cette même ergothérapeute utilise également la reformulation et la découverte guidée : « lorsqu'il y a quelque chose qui est bien, on le verbalise, dès qu'il y a quelque chose de moins bien aussi ». L'objectif est de mettre le patient face à ses difficultés pour qu'il trouve des stratégies : « qu'il puisse être mis en situation et qu'il puisse rechercher lui-même des moyens pour parvenir à acheter ce qu'il souhaite » (E2).

3.3 Engagement des patients victimes d'AVC dans la rééducation, son lien avec l'occupation

a) La place de l'engagement dans la thérapie

Q5. Lors de l'accompagnement, comment percevez-vous l'implication des patients tout au long de la phase de rééducation ?	
E1	« adhérer à une rééducation centrée sur les occupations » « se débrouiller avec les capacités actuelles » « refus chez des patients centrés que sur la stimulation motrice » « compenser reste difficile car impression de devoir faire le deuil » « je veux récupérer mon bras » « à l'entretien les objectifs n'arrivent pas du tout à sortir » « en général, ils apprécient que l'on se reproche de ce qui leur parle »
E2	« au niveau des transferts des acquis [...] on peut mesurer à ce moment-là » « nous faire part des progrès fait avec le kinésithérapeute pour qu'on puisse l'appliquer en

	séance » « se projeter vers la sortie d'hospitalisation et donc d'avancer dans sa prise en soins »
E3	« dépendre des problèmes cognitifs, de l'âge et du niveau d'activité antérieur » « bon niveau d'implication » « sauf pour les petites mamies ou les personnes apathiques » « complémentarité avec les différents professionnels » « je veux remarquer, je veux que ça soit comme avant » « patients plus pragmatiques sur ce qu'ils doivent récupérer en premier » « hiérarchiser les étapes de la rééducation » « il ne faut pas faire la MCRO quand ils arrivent. Il faut attendre 15 jours à 3 semaines ».
E4	« 80% sont motivés et impliquer » « l'auto-rééducation » « apathiques » « les plus déficitaire » « fatigués » « il n'a pas envie de se voir dans cet état-là » « patiente négligente, anosognosique [...] » « C'est rare de voir des patients qui verbalisent un objectif assez spécifique, SMART » « avec l'entretien on essaye de les guider sur les situations problématiques au quotidien » « objectifs au fur et à mesure vont évoluer »
E5	« non verbal » « triste » « l'attitude, le ton de leur voix, leurs mimiques » « leur implication durant l'exercice » « fatigué ou quelque chose comme ça ou préoccupé par des difficultés de logement [...], s'il n'a pas d'objectifs en matière d'activités de la vie quotidienne ou qu'il ne se voit pas progresser » « le patient peut revenir avec des nouveaux objectifs au cours de la rééducation [...] les objectifs aussi peuvent évoluer »

Tableau IV : Verbatims des différents ergothérapeutes ayant répondu à la Q5.

Q6. Pour vous, quelle(s) fonction(s)/rôle(s) peut avoir l'engagement d'un patient dans la rééducation ?



Fig. 2 : Nuage de mot représentant les fonction(s)/rôle(s) de l'engagement d'un patient dans la rééducation

L'engagement des patients dans la rééducation en ergothérapie

Tous les ergothérapeutes interviewés considèrent l'engagement comme essentiel dans la rééducation. En effet, « l'engagement a un rôle moteur » (E3). Selon E5, « le désengagement peut induire un ralentissement de la progression ». Un patient engagé, c'est un « patient qu'on emmène plus facilement vers l'autonomie et vers la capacité de décider de ce qu'il souhaite pour lui » (E3).

Deux ergothérapeutes (E3, E4) sont en accord pour dire qu'après un AVC, les patients sont motivés et impliqués dans la rééducation. Cela peut être visible chez un patient « actif dans sa prise en charge » et « impliqué lors des séances » (E2). Cela peut être observé chez un patient qui : « va faire plus ou moins de rééducation lui-même en complémentarité des séances de kiné, d'ortho et d'ergo » (E4), qui « fera le transfert de ses compétences dans sa vie quotidienne à lui » (E5). Finalement, l'engagement encourage le patient à « évaluer ses problématiques et justement vouloir les résoudre » (E2).

Les obstacles à l'engagement dans la rééducation

L'engagement varie tout au long du processus d'intervention (E4, E5) mais aussi d'un patient à un autre. Il est davantage absent chez des patients très déficitaires d'un point de vue moteur (E4) ou ayant des troubles cognitifs (E3, E4) comme une négligence ou une anosognosie. Ce désengagement peut se manifester par de l'apathie, une incapacité à prendre des initiatives ou une humeur triste. En lien avec les troubles cognitifs, trois ergothérapeutes ont évoqué la difficulté pour certains patients à élaborer des objectifs concrets : « à l'entretien, les objectifs n'arrivent pas du tout à sortir » (E1), « je veux remarquer, je veux que ça soit comme avant » (E3), « C'est rare de voir des patients qui verbalisent un objectif assez spécifique, SMART » (E4). La fatigue peut également impacter l'engagement dans la rééducation (E4,E5). Enfin, un faible niveau d'activité antérieure peut limiter l'engagement (E3, E5). Ils illustrent ce propos avec l'exemple d'un patient âgé vivant à domicile et ayant un niveau d'occupation limité du fait de l'aide apportée par l'entourage au quotidien. Certains hommes pour qui la femme réalise toute la gestion du quotidien (ménage, courses, repas, hygiène du linge...) peuvent également avoir un niveau d'occupation limitée et donc difficile à engager dans la rééducation. Le discours que l'on peut retrouver chez ces patients

serait : « bah non moi maintenant j'ai quelqu'un qui va venir m'aider », « à quoi bon ? » ou encore « vous n'allez pas m'obliger à le faire ».

Le respect de la phase de deuil

Parmi les professionnels interrogés, deux mentionnent la présence d'une phase de deuil après l'AVC qui peut limiter l'engagement du patient dans la rééducation : « compenser reste difficile, car impression de devoir faire le deuil » (E1) « il n'a pas envie de se voir dans cet état-là » (E4).

b) Les facteurs pouvant influencer l'engagement

Q7. Décrivez-moi les facteurs qui participent, selon vous, à favoriser ou limiter l'engagement du patient au cours de la phase de rééducation ? Argumentez	
POUR FAVORISER L'ENGAGEMENT DANS LA RÉÉDUCATION...	
E1	« Famille » « l'environnement de vie » « hôpital » « équipes de soins » « stimulations au quotidien » « ne pas trop faire à leur place » « compréhension des exercices proposés » « s'adapter à la personnalité » « adapter les exercices proposés »
E2	« quelque chose qui émane de lui » « famille, l'entourage » « le retour au domicile, l'envie de sortir de cette hospitalisation » « lien avec la sortie d'hospitalisation » « l'environnement matériel » « ensemble trouver des stratégies » « l'ergothérapeute ou que les professionnels de santé n'ont pas forcément bien ciblé ses habitudes de vie »
E3	« l'absence de troubles cognitifs » « niveau d'occupation antérieur » « familiale »
E4	« si gros déficit moteur, le patient voit qu'il y a une petite récupération » « entente avec le thérapeute » « proches viennent le voir et l'encourage » « encouragement par aides-soignants et les infirmiers » « j'échange avec ergo » « explication sur comment se fait la rééducation » « exercices que je propose enfin en tout cas l'approche que je propose qui n'est pas adapté » « les autres professionnels » « psychologue »
E5	« établir des objectifs avec le patient » « varier aussi les exercices » « objectifs le plus écologique possible toujours dans cette optique de faire le lien avec les bénéfices que le patient pourrait avoir dans la vie quotidienne » « lien avec la vie quotidienne » « expliquer le cadre/ le contexte des exercices »

Tableau V : Verbatims des différents ergothérapeutes ayant répondu à la Q7.

Les facteurs limitants ne seront pas présentés ici pour éviter une redondance avec l'analyse du sous-thème précédent. En effet, les réponses obtenues à la question 7, concernant les facteurs limitants l'engagement du patient dans la rééducation, sont apparues lors de la question 5. Elles ont donc déjà été analysées. Chaque ergothérapeute met en place différents moyens pour favoriser l'engagement du patient dans sa rééducation :

Les stratégies d'intervention

Les stimulations proposées au quotidien sont des facteurs pouvant favoriser l'engagement du patient dans la rééducation. Deux ergothérapeutes (E2, E4) s'entendent sur le fait qu'il est important que les éléments de réponse viennent du patient comme « une difficulté, une problématique, une demande particulière ». Il ne faut donc pas faire à leur place (E1). Pour cela, E2 met tout en œuvre pour que le patient puisse trouver ses stratégies de résolution de problèmes dans l'objectif d'être « autonome au domicile ». Trois ergothérapeutes mentionnent la nécessité d'adapter et de varier les exercices ou activités proposées au patient (E1,E4,E5). Les exercices ou activités doivent être modulés en fonction des envies du patient, de sa personnalité mais aussi de ses capacités. Enfin, E4 mentionne que l'engagement dans la rééducation est favorisé par l'observation d'un progrès.

L'information fournie au patient et relation thérapeutique

Une majorité (E1, E4,E5) évoque l'importance d'une bonne communication entre le patient et l'ergothérapeute. Selon eux, il est primordial d'expliquer sa démarche d'intervention, c'est-à-dire l'intérêt des objectifs et les moyens utilisés pour favoriser le plus possible son adhésion et donc son engagement dans la rééducation.

L'occupation et objectifs de l'intervention

Deux ergothérapeutes (E2, E5) ont mis en avant l'importance que le patient choisisse lui-même ses objectifs. Les objectifs doivent être « le plus écologique possible », en lien avec ses habitudes de vie, les difficultés qu'il peut rencontrer à l'hôpital et/ou son projet de vie : « Il faut vraiment que ça soit ses objectifs à lui et que du coup il y voit de l'intérêt dans sa future vie en dehors de l'établissement » (E5).

L'environnement physique et social

Quatre ergothérapeutes (E1,E2, E3, E4) s'accordent sur le fait que le soutien de la famille joue un rôle sur l'engagement du patient dans la rééducation. Leur présence et l'acceptation

du handicap favorisent l'acceptation aussi des difficultés que le patient peut rencontrer à la suite de son AVC. Parmi les ergothérapeutes interrogés, deux évoquent l'environnement physique comme facteurs pouvant favoriser l'engagement du patient dans la rééducation : « cet environnement doit être adapté aux capacités/incapacités du patient » (E1), « l'environnement matériel doit permettre au patient de se rendre compte des difficultés qu'il pourra rencontrer lors de son retour à domicile par exemple » (E2).

Enfin, deux ergothérapeutes estiment que l'équipe interprofessionnelle joue un rôle dans l'engagement du patient dans la rééducation (E1,E4). Il est important que le patient soit « encouragé par les aides-soignants et les infirmiers » par exemple. Le psychologue joue un rôle important dans l'équipe car il permet d'évaluer l'impact de l'AVC sur le bien-être du patient et d'introduire un traitement au besoin (E4).

3.4 L'approche CO-OP, son utilisation, son rapport avec l'engagement dans la rééducation

a) L'utilisation de l'approche CO-OP en hospitalisation complète, dans un SSR

Q8. De quelle manière l'approche CO-OP est-elle utilisée dans votre pratique ?	
E1	« jamais réussi à faire toute la démarche CO-OP » « que je mets des barrière » « seul formé CO-OP » « impact sur ma manière d'accompagner les patients dans leur recherche de stratégie » « me baser sur des choses qu'ils n'arrivent pas à faire pour rechercher avec eux des stratégies » « « But-Plan-Fait-Vérifie » « plus flexible » « plus m'adapter à ce dont le patient à besoin »
E2	« objectifs MCRO » « filmer » « But-Plan-Fait-Vérifie pour qu'il puisse se l'approprier » « j'agis comme un guide » « guidance verbale » « l'objectif acquis, on changera d'environnement » « rendre le patient plus acteur, plus actif au quotidien » « il revient lui-même sur ces difficultés » « plus de transfert des acquis » « pas avec tous les patients » « l'approche couplé avec d'autres méthodes de rééducation »
E3	« découverte guidée » « verbaliser le plan » « en fin de prise en charge, sur des objectifs spécifiques, je le fais de manière plus formalisé le But-Plan-Fait-Vérifie » « pas adapté à tous les patients » « je redonne les clés aux patients, les conduire réellement vers l'autonomie » « impression de leur laisser le choix » « d'être beaucoup plus dans l'échange, dans le partage aussi » « chronophage »

E4	« pas tous réceptifs » « je l'utilise quand même assez proche du retour à domicile » « versant réadaptation et anticipation du retour à domicile » « difficile de faire de l'individuel avec des patients » « vois patients en doublon » « ça prend beaucoup de temps de faire l'approche » « découverte guidée » « le patient trouve sa propre stratégie pour faire une activité qui a du sens pour lui »
E5	« But-Plan-Fait-Vérifie » « essayer de structurer le patient » « découverte guidée » « vidéos mais très rarement » « chronophage » « approche m'a permis de me questionner sur ma pratique » « l'approche a des principes, comme la découverte guidée, qui justement pour moi ce n'est pas que de la CO-OP » « par le fait que ça me structure moi, ça structure aussi le patient »

Tableau VI : Verbatims des différents ergothérapeutes ayant répondu à la Q8.

Q9. Quels peuvent être, selon vous, les leviers et les freins à l'utilisation de l'approche CO-OP auprès de patient ayant eu AVC ?	
E1	« levier d'engagement » « se centrer sur certaines activités » « patient acteur » « parvient à trouver lui-même ses stratégies » « avec des troubles cognitifs, CO-OP reste complexe à instaurer [...] et aussi pour des personnes qui ne sont pas prêtes à s'adapter avec leur handicap » « très intéressante pour des patients séquellaires »
E2	« motivation » « le soutien d'un proche ou alors de l'aide-soignant est un levier » « les troubles cognitifs notamment anosognosie ou déni peut être parfois un frein à cette méthode [...] troubles au niveau de la mémoire de travail, de l'attention soutenue. »
E3	« troubles cognitifs, l'aphasie [...] et les problèmes de compréhension c'est très compliqué à utiliser » « objectif très clair, concret et réalisable cela facilite l'utilisation de CO-OP » « objectifs réalistes et on va dire matériellement possible sur place ça aide aussi » « chronophage » « CO-OP on est quand même beaucoup dans la réadaptation et quand on est là-dedans, on a pleins d'autres trucs aussi à faire en parallèle »
E4	« applicable avec tous les patients [...] patients aphasiques, anosognosiques c'est assez difficile » « Un autre frein, le fait qu'elle se retrouve en échec » « quelque chose qui est centré sur l'occupation »
E5	« la personne à trop de troubles cognitifs ça sera compliqué de réaliser la CO-OP » « CO-OP c'est chronophage dans ma pratique » « des fois on se dit « ah pour lui si j'avais pris plus le temps, peut-être qu'il y aurait eu un meilleur transfert dans les acquis »

Tableau VII : Verbatims des différents ergothérapeutes ayant répondu à la Q9.

L'utilisation de CO-OP par les ergothérapeutes en hospitalisation complète, dans un SSR

On retrouve une vision commune chez les ergothérapeutes interrogés vis-à-vis de l'approche CO-OP. En effet, son utilisation reste difficile en hospitalisation complète au vu de l'organisation du service et du manque de temps. L'approche est même qualifiée de « chronophage » par E3 et E5. Deux ergothérapeutes (E3,E4) disent l'utiliser davantage en fin de prise en soins. Cela leur permet de faire du lien avec un éventuel retour à domicile.

Quatre ergothérapeutes s'accordent sur le fait que l'approche CO-OP a un énorme impact sur leur manière d'accompagner le patient : « plus flexible [...] plus m'adapter » (E1), « j'agis comme un guide » (E2), « plus d'échange, de partage avec le patient » (E3), « par le fait que ça me structure moi, ça structure aussi le patient » (E5). De plus, cette approche a pour avantage d'être centrée sur les occupations (E1,E4).

Les outils de l'approche CO-OP utilisés en ergothérapie

Parmi les cinq ergothérapeutes interrogés, quatre utilisent le But-Plan-Fait-Vérifie dans leur pratique (E1, E2,E3, E5). La découverte guidée est également utilisée (E2,E3,E4, E5) avec le patient afin de l'accompagner dans la recherche de ses propres stratégies, pour les problématiques qu'il rencontre. Plus rarement, deux ergothérapeutes pensent à filmer la performance du patient (E2, E5). Une ergothérapeute (E2) dit travailler le processus de généralisation et de transfert des acquis en changeant d'environnement lorsqu'un objectif a été acquis.

Les limites de l'approche CO-OP

Cette approche ne peut être utilisée avec tous les patients ayant eu un AVC (E2, E3, E4). Les cinq ergothérapeutes interrogés s'accordent sur le fait que les troubles cognitifs limitent son utilisation. L'anosognosie, les troubles mnésiques, les troubles attentionnels et l'aphasie empêchent d'obtenir l'adhésion du patient et d'établir des objectifs concrets (E4). La mise en échec (E4) et le fait de devoir s'adapter, c'est-à-dire de faire autrement (E1), peuvent également représenter une limite à son utilisation (E4). Cependant, l'un des ergothérapeutes interrogé déclare que les patients qui réussissent à se saisir de cette approche gagnent en autonomie car ils parviennent à trouver leur propre stratégie (E1). Il ajoute également que l'approche est davantage bénéfique chez des patients séquellaires.

b) Les grands principes de l'approche CO-OP favorisant l'engagement dans la rééducation

Q10. Que pensez-vous du recours à l'approche CO-OP pour favoriser l'engagement du patient dans la rééducation ? justifiez



Fig. 3 : Nuage de mot représentant les avis concernant l'approche CO-OP pour favoriser l'engagement d'un patient dans la rééducation.

Q11. Pouvez-vous me donner, par ordre d'importance, les trois grands principes de l'approche CO-OP qui peuvent favoriser l'engagement du patient dans la rééducation ?

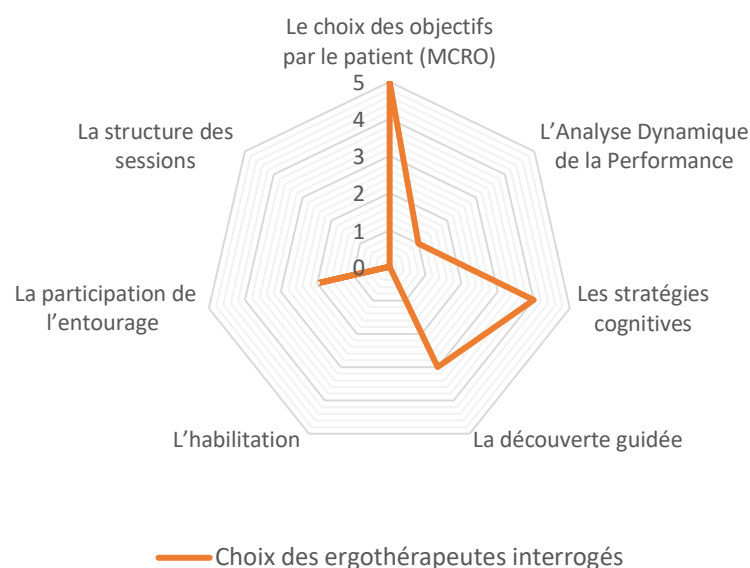


Fig. 4 : Radar représentant les principes-clés de l'approche CO-OP pouvant favoriser l'engagement du patient dans la rééducation.

Tous s'accordent sur le fait que le choix des objectifs par le patient (grâce à la MCRO) est un moyen de favoriser l'engagement du patient dans la rééducation. En effet, cela permet « d'objectiver des objectifs qui sont propres au patient, en lien avec des gestes du quotidien » (E1). Par ailleurs, quatre ergothérapeutes soulignent l'importance de l'utilisation des stratégies cognitives par le patient, car elles lui permettent de « se rendre compte de ses problématiques » (E2) et ainsi favorise la résolution de problèmes. Le patient « utilise ses propres stratégies et non les stratégies imposées par le thérapeute » (E5). Enfin, la découverte guidée et la participation des proches peuvent favoriser l'engagement du patient dans la rééducation.

4. Discussion

Au regard de la partie théorique et de l'enquête, il devient possible de mener une réflexion et une interprétation des résultats.

4.1 Analyse des résultats en regard du cadre théorique

L'engagement est essentiel dans la rééducation du patient post-AVC. En effet, tous les ergothérapeutes interrogés déclarent qu'il favoriserait la récupération des fonctions perdues. Cet élément avait été mis en évidence dans l'étude de Lequerica et ses collègues (2009) ainsi que celui de Skidmore et al. (2011).

Deux ergothérapeutes s'accordent pour dire qu'après un AVC, les patients sont globalement engagés dans la rééducation. Cela se manifeste par une implication lors des séances de rééducation. Ces derniers manifestent leurs besoins et leurs désirs et peuvent même réaliser de l'auto-rééducation en dehors des séances programmées par les professionnels de rééducation. En effet, une volonté de gagner en autonomie et d'indépendance dans leur quotidien motive cette attitude. Cela peut être corrélé avec la littérature. En effet, après un AVC les conséquences neurologiques peuvent impacter les activités appartenant à la sphère de l'occupation. Les patients se retrouvent donc limités dans la réalisation de leurs soins personnels, de leurs loisirs ou encore de leur vie professionnelle (Beguin et al. 2019 ; De Peretti et al., 2012 ; Hildebrand et al., 2012 ; Pradat-Diehl et al., 2012 ; Schnitzler et al., 2019).

Cependant, d'autres ergothérapeutes déclarent rencontrer des patients désengagés dans la rééducation après un AVC. Ceci peut être perçu chez certains patients ayant une forme

d'apathie, une humeur triste, une perte d'initiative ou encore un manque d'implication et de motivation lors des séances de rééducation. Plusieurs causes à ce désengagement ont été soulevées lors des entretiens. Il peut être présent chez des patients très déficitaires d'un point de vue moteur (comme une hémiplégié flasque). De plus, la présence de troubles cognitifs tels qu'une anosognosie, une héminegligence ou encore des troubles des fonctions exécutives peuvent favoriser cela. Les troubles cognitifs, comme facteurs limitant l'engagement du patient dans la rééducation, sont présents dans plusieurs études (Lequerica et al., 2009 ; Lequerica et al., 2010 ; Skidmore et al., 2010) et correspondent le plus souvent à une atteinte de l'hémisphère gauche (De Morand, 2014) ou à une atteinte dans la zone frontale. Ainsi, les ergothérapeutes interrogées ont identifié une difficulté pour ces patients à se rendre compte de leurs difficultés. En effet, ils n'ont pas une conscience d'eux-mêmes et plus précisément une conscience des déficits dans leur quotidien. Les objectifs de l'intervention seront alors le plus souvent irréalistes, inatteignables ou absents. Or, dans la littérature, l'engagement est favorisé par le choix des objectifs de l'intervention par le patient (Lequerica et al., 2009 ; Ranner et al., 2016). De plus, ces objectifs doivent favoriser le sentiment d'auto-efficacité chez ce dernier. Cela est permis en débutant par des activités et/ou exercices simples, ayant une forte probabilité de succès (Lequerica et al., 2009 ; Lequerica et al., 2010). Or, en définissant des objectifs inatteignables, le patient limite ses chances de les atteindre et diminue par conséquent son engagement dans la rééducation.

La phase de deuil a également été définie comme source de désengagement dans la rééducation. L'AVC est un événement brusque pouvant altérer les fonctions sensorielles, motrices et cognitives. L'atteinte de ces fonctions peut induire à une dépendance dans les actes de vie quotidienne et ainsi à une souffrance morale se manifestant par une phase de tristesse ou de dépression (Pinoit et al. 2006). Le rôle du psychologue, en lien avec l'équipe interprofessionnelle, joue un rôle important puisqu'il va accompagner le patient à verbaliser et à intégrer les retentissements psychologiques du handicap et de la rééducation proposée.

La fatigue peut également être un frein à l'engagement dans la rééducation. C'est d'ailleurs l'une des plaintes principales après un AVC (Beguin et al. 2019). Enfin, un niveau important de dépendance pré-AVC peut être un obstacle à l'engagement du patient dans la rééducation. En effet, si ce dernier est accompagné quotidiennement par une aide humaine pour la réalisation des activités de la vie quotidienne (faire chauffer un plat au micro-onde, faire à

manger, réaliser le ménage et l'hygiène du linge, s'habiller...), il ne trouvera aucun intérêt à travailler cela en rééducation.

Ainsi, l'ensemble de ces causes peut impacter le processus d'intervention de l'ergothérapeute en hospitalisation complète, tant pour l'élaboration des objectifs que pour les moyens d'intervention utilisés. Cependant, plusieurs éléments peuvent être instaurés afin de favoriser l'engagement des patients post-AVC dans la rééducation.

L'intervention est globalement organisée en trois phases. Ces trois phases peuvent être assimilées aux différentes étapes du modèle d'Anne Fisher (OTIPM) et permettent aux ergothérapeutes de structurer leur intervention (Morel-Bracq, 2017). La première consiste à réaliser des bilans ou des évaluations afin d'avoir une image globale du patient. Différentes méthodes d'évaluation seront utilisées : consultation du dossier médical, observations directes, entrevues, bilans standardisés, mises en situation en contexte réel ou simulé. La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) est un outil privilégié, utilisé lors de cette phase. Il permet de mettre en évidence les habitudes antérieures de vie du patient ainsi que les difficultés occupationnelles rencontrées par ce dernier au cours de son hospitalisation. L'étude de Ranner et ses collègues (2016) a mis en évidence la nécessité de comprendre la situation du patient pour accroître son pouvoir d'agir. Ainsi, cet outil permet d'apprécier les difficultés occupationnelles du patient. Il permet également d'élaborer des objectifs d'intervention, propres au patient, en lien avec ses plaintes. Les ergothérapeutes interrogés ont déclaré que cette collaboration favorise l'engagement du patient dans la rééducation puisque l'intervention est orientée vers ses désirs et ses besoins. Dans la littérature, permettre au patient de définir les objectifs de l'intervention est un moyen d'encourager son engagement dans la rééducation (Lequerica et ses collègues, 2009). Cependant, l'utilisation de cet outil vient se heurter aux troubles cognitifs pouvant apparaître à la suite d'un AVC. En effet, les ergothérapeutes interrogés ont mis en évidence la nécessité, pour le patient, d'avoir les capacités cognitives et métacognitives suffisantes. L'outil ne peut donc être utilisé avec tous les patients. Si la MCRO ne peut être utilisée, les objectifs de l'intervention seront définis à l'aide des proches du patient ou en fonction des résultats des évaluations ou bilans réalisés. Ainsi, les objectifs seront davantage orientés sur des problématiques fonctionnelles, en lien avec des difficultés dans le quotidien. À l'issue de cette première phase, un diagnostic ergothérapeutique est rédigé et un projet d'intervention, en collaboration avec le patient, est défini. Il a été identifié comme primordial d'expliquer ce

projet d'intervention, c'est-à-dire l'intérêt des objectifs et les moyens utilisés, pour favoriser le plus possible l'adhésion du patient et donc son engagement dans la rééducation.

La deuxième phase du processus d'intervention est ensuite mise en place. Cette dernière est quotidienne et est instaurée le plus rapidement possible. Les moyens de l'intervention sont nombreux et proposés en fonction des envies du patient, de sa personnalité, mais aussi de ses capacités motrices, cognitives et/ou sensitives. Une corrélation avec la littérature peut être faite. En effet, l'HAS préconise en 2019 d'initier des programmes de rééducation multiples avec des séances quotidiennes, courtes et intenses pour favoriser la récupération des fonctions perdues.

L'intervention en ergothérapie comprend généralement des activités écologiquement pertinentes, effectuées dans un milieu naturel (cuisine thérapeutique, domicile du patient, supermarché, musée...) et des activités simulées variées. Ces activités simulées peuvent être réalisées dans un milieu fictif ou hors du contexte réel (salle d'ergothérapie ou chambre du patient) au moyen d'outils et d'objets de la vie quotidienne. Les ergothérapeutes ont mentionné la nécessité de varier les activités proposées tout au long de la phase d'intervention afin d'aider le patient à s'engager dans la rééducation. La littérature s'accorde avec cela puisqu'elle suggère que l'ergothérapeute doit faire preuve d'une grande flexibilité afin de s'adapter aux besoins du patient (Lequerica et al., 2009).

Lors de cette même phase, plusieurs stratégies d'intervention sont utilisées par les ergothérapeutes. Ces stratégies ont été identifiées comme éléments favorisant le processus de résolution de problèmes et contribuant à engager le patient dans la rééducation. Tout d'abord, les stratégies cognitives et la découverte guidée, issues de l'approche CO-OP, sont majoritairement employées. L'utilisation de stratégies cognitives, en particulier les stratégies globales (But-Plan-Fait-Vérifie), permettent d'amener le patient à résoudre par lui-même les difficultés rencontrées dans son quotidien. Cela s'accorde avec la littérature puisque l'utilisation de stratégies globales par le patient lui permet de résoudre tous type de problème rencontré (Rouault & Caire, 2017). L'activité ou l'occupation travaillée par ce dernier va l'engager dans la rééducation puisque cela aura du sens pour lui (Fisher, 2009 ; Meyer, 2018). De plus, à la fin des différentes étapes du But-Plan-Fait-Vérifie, le patient parvient à résoudre sa problématique ce qui l'engage davantage. Cela concorde avec l'étude de Lequerica et ses collègues (2010), puisque l'attente de résultats positifs au cours de la

rééducation (c'est-à-dire une indépendance) peut contribuer à engager le patient dans la rééducation. De plus, cela lui donne du contrôle ce qui correspond à un autre critère favorisant l'engagement du patient dans la rééducation (Lequerica et al., 2009). Avec cet outil, le patient a une posture d'acteur puisqu'il prend des décisions et les réajuste au besoin pour parvenir au but souhaité. D'autre part, la découverte guidée permet aux ergothérapeutes d'accompagner le patient dans la recherche de stratégies pour les problèmes qu'il rencontre dans son quotidien. Cet outil favorise les échanges et le partage avec ce dernier. Dans la littérature, l'alliance thérapeutique (Ergopsy, 2015) est l'un des moyens pour favoriser la progression du patient et ainsi son engagement dans la rééducation (Meyer, 2019, juin). Une étude publiée par Ranner ses collègues (2016) et une autre publiée par Lequerica et ses collègues (2009) avaient mis en évidence l'importance de la relation thérapeutique pour favoriser l'engagement du patient dans la rééducation. Les proches du patient jouent un rôle important dans la rééducation puisque leur présence et leur soutien l'aide à mieux accepter les difficultés qu'il peut rencontrer au quotidien à la suite de l'AVC. Enfin, l'équipe interprofessionnelle favorise cet engagement par leurs encouragements. Ces deux éléments concordent avec l'étude de Lequerica et ses collègues (2009) et celle de Della Vecchia et al., (2019).

Le processus d'intervention en ergothérapie se finalise par une réévaluation. Cette réévaluation permet une comparaison avec toutes les données antérieures dans le but de mettre en évidence l'évolution du patient. C'est le rapprochement de ces comparaisons qui permet de réorienter l'intervention vers d'autres objectifs ou d'y mettre fin. Le patient est ensuite orienté vers une nouvelle structure.

L'ensemble du processus d'intervention présenté ci-dessus utilise des outils d'évaluation et d'intervention suivant une approche top-to-bottom-up (Fisher, 2009). En effet, une pratique centrée sur le patient et ses occupations, suivant une approche top-down (Martini & Techene, 2018), a largement été mise en évidence lors des entretiens. Cependant, le patient peut se heurter à des difficultés occupationnelles rattachées à des incapacités motrices, cognitives et sensorielles. Ces différents problèmes peuvent être travaillés plus précisément au décours d'activités simulées, suivant ainsi une approche bottom-up (Martini & Techene, 2018).

Enfin, l'utilisation de l'approche CO-OP en hospitalisation complète reste difficile au vu de l'organisation du service et du manque de temps. Elle est parfois qualifiée de chronophage

par les ergothérapeutes interrogés. La littérature soulève cette problématique. En effet, en hospitalisation complète, une pratique basée sur l'occupation peut rencontrer des contraintes institutionnelles et/ou organisationnelles de la structure (Meyer, 2019, juin 6). De plus, au cours de l'hospitalisation complète, les patients ne sont pas toujours en capacité d'élaborer des objectifs concrets, en lien avec des difficultés du quotidien. Les limites motrices et/ou cognitives peuvent également limiter cette pratique. Ainsi, il serait donc pertinent d'utiliser l'approche CO-OP de manière plus complète et structurée (en incluant les autres outils) à la fin du processus d'intervention pour faire le lien avec un éventuel retour à domicile.

4.2 Validation de l'hypothèse formulée

Le rôle de cette étude est de comprendre comment l'ergothérapeute peut accompagner le patient à s'engager dans la rééducation. L'hypothèse formulée est que l'ergothérapeute peut accompagner le patient à développer ses processus de résolution de problèmes dans ses occupations de la vie quotidienne, pour favoriser son engagement dans la rééducation. Les processus de résolutions de problèmes sont permis par l'utilisation des différents principes-clés portés par l'approche CO-OP. À travers les résultats obtenus, il a été montré que l'utilisation de stratégies cognitives (en particulier les stratégies globales), la découverte guidée (soutenue par la posture de l'ergothérapeute qui guide le patient dans la recherche de solutions à ses problèmes) ainsi que la MCRO (permettant de définir les objectifs de l'intervention qui sont propres au patient) sont largement employées par l'ensemble des ergothérapeutes et apportent un réel apport sur l'engagement du patient post-AVC dans la rééducation. L'hypothèse est donc validée.

Cependant, d'autres éléments indispensables à l'engagement du patient dans la rééducation ont été relevés pendant l'étude. L'utilisation conjointe d'activités écologiquement pertinentes et d'activités simulées axées vers des activités de la vie quotidienne favorise cela. L'alliance thérapeutique avec l'ergothérapeute, mais aussi avec l'ensemble de l'équipe interprofessionnelle est indispensable. Enfin, le soutien et la présence des proches favorisent la motivation du patient et améliorent par conséquent son engagement dans la rééducation.

4.3 Limites de l'enquête

Grâce aux résultats obtenus lors de cette étude, la validité de l'hypothèse, en lien avec la question de recherche, a pu être vérifiée. Cependant, il est intéressant de prendre du recul afin de mettre en évidence quelques limites liées à l'étude.

Premièrement, bien que le contexte sanitaire actuel (Covid-19) rende difficile la sélection des participants, l'échantillon de personnes interrogées n'est pas suffisant pour permettre une généralisation des résultats. En effet, les réponses obtenues ne sont pas représentatives de l'ensemble des pratiques en ergothérapie.

De plus, les critères de sélection représentent une limite. En effet, les participants doivent être formés à l'approche CO-OP pour être inclus dans l'étude. Par conséquent, ces derniers sont déjà sensibilisés à une pratique occupation-centrée. Cela a pu influencer les réponses obtenues. De plus, l'utilisation de l'approche CO-OP auprès de cette population n'est pas commune. Cela peut expliquer un faible échantillon. Enfin, quatre ergothérapeutes sur cinq ont recours à cette approche depuis seulement un an voire un an et demi. Par conséquent, le recul quant à l'expérience de cette approche est faible.

Enfin, concernant l'élaboration de l'outil de mesure, il aurait été pertinent de tester le guide d'entretien en amont afin de pouvoir le réajuster et préciser certaines questions autour de l'utilisation des processus de résolution de problèmes par les patients, au vu de mon hypothèse de recherche

5. Conclusion

L'accident vasculaire cérébral est un problème de santé public majeur dans notre société, avec plus de 150 000 nouveaux cas par an en France (ARS, 2020). De plus, il correspond à la première cause de handicap chez les adultes. Les possibles troubles post-AVC sont nombreux, s'exprimant par l'apparition de troubles moteurs, cognitifs, sensitifs ou encore neurovisuels. Ainsi, l'AVC peut entraîner de nombreuses incapacités pouvant avoir des répercussions directes sur le quotidien des personnes touchées.

En tant que rééducateur, l'ergothérapeute exerçant en hospitalisation complète, vise à accompagner la personne post-AVC dans la récupération des fonctions perdues. L'objectif étant d'optimiser son autonomie et son indépendance, dans les activités de la vie quotidienne appartenant à la sphère des soins personnels, des loisirs ou encore de la productivité. D'autre part, à la suite d'un AVC, les patients sont souvent enclins à voir leur motivation diminuer au cours de la rééducation. Or, plusieurs études montrent que cela a un impact considérable sur la récupération.

L'objectif de cette étude d'initiation à la recherche vise à comprendre comment l'ergothérapeute peut parvenir à engager le patient post-AVC dans la rééducation. L'hypothèse est qu'il encourage ce dernier à développer ses processus de résolution de problèmes, provenant de l'approche CO-OP, dans les occupations de la vie quotidienne.

Au cours du processus d'intervention, plusieurs outils sont utilisés par l'ergothérapeute, visant à favoriser la mise en place de processus de résolution de problèmes auprès du patient. En effet, les stratégies cognitives et la découverte guidée, provenant de l'approche CO-OP, sont majoritairement employées. De plus, la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO), provenant également de cette approche, est un outil privilégié permettant de mettre en évidence les habitudes antérieures de vie du patient ainsi que les difficultés occupationnelles rencontrées en hospitalisation complète. Ainsi, les objectifs de l'intervention, qui sont propres au patient, sont établis. L'ensemble de ces outils ont été identifiés comme étant des facteurs encourageant l'engagement du patient dans la rééducation.

Cependant, d'autres éléments indispensables à l'engagement du patient dans la rééducation ont été relevés pendant l'étude. En effet, travaillant selon une approche top-to-bottom-up,

les ergothérapeutes cherchent à stimuler l'ensemble des dimensions du patient afin de favoriser la récupération des fonctions perdues. Ainsi, les activités simulées et les activités écologiquement pertinentes semblent des moyens adéquats dans le cadre de cette approche et favorisent de surcroît l'engagement du patient dans la rééducation. De plus, l'alliance thérapeutique avec l'ergothérapeute, mais aussi avec l'ensemble de l'équipe interprofessionnelle est indispensable. Enfin, le soutien et la présence des proches favorisent la motivation du patient et améliorent par conséquent son engagement dans la rééducation.

Pour finir, cette étude ouvre la réflexion vers de nouveaux questionnements. En effet, il pourrait être intéressant d'observer le niveau d'engagement des patients à la suite d'une hospitalisation complète. Les structures d'interventions telles que l'hospitalisation de jour et l'hospitalisation à domicile de rééducation/réadaptation pourraient être des lieux d'investigation. En effet, la rééducation et la réadaptation peuvent continuer à la suite d'une hospitalisation complète. Ainsi, même si la répercussion des troubles moteurs, cognitifs et/ou sensitifs est diminuée à la suite d'une hospitalisation complète, ils peuvent tout de même impacter les occupations de vie quotidienne des patients. Un engagement dans la rééducation est donc indispensable pour poursuivre et maximiser la récupération des fonctions perdues.

Par ailleurs, si l'engagement dans la rééducation à la suite d'une hospitalisation complète s'avère diminué, il peut être pertinent d'évaluer si l'application de l'approche CO-OP exerce une influence sur ce dernier et si les processus de résolution de problèmes seraient un moyen de l'augmenter. En effet, après une hospitalisation complète, l'intervention est plus orientée vers « la réadaptation, l'adoption de stratégies de compensation du handicap » que vers « la restauration des déficits » (HAS, 2019). En se trouvant dans son environnement de vie, le patient peut davantage expérimenter des difficultés occupationnelles rencontrées. Ainsi, les objectifs de l'intervention peuvent devenir plus concrets pour lui. La mise en place de processus de résolution de problèmes peut être un moyen d'accroître l'autonomie et l'indépendance du patient dans sa vie quotidienne et ainsi accentuer son engagement dans la rééducation.

BIBLIOGRAPHIE

Acte de colloque, article issu d'une conférence dans le cadre d'un congrès

Meyer, S. (2019, juin 6). *La thérapie comme occupation*. 10ème Journée d'Ergothérapie de Garches - Science de l'occupation en ergothérapie (ARFEHGA), Garches.

Article publié dans une revue en version papier ou électronique

Beguïn, E., Elisabeth, M-D-B., Moulin, T., & Karim, C. (2019). Prévalence et facteurs de risque de fatigue chez des patients victimes d'un accident vasculaire cérébral mineur ou AIT suivi en hôpital de jour de neuro-vasculaire à Besançon. *Revue Neurologique*, 175(2019), S70–S71. DOI:10.1016/j.neurol.2019.01.200

Charavel, C., Mauro, L., & Seimandi, T. (2018). Les soins de suite et de réadaptation entre 2008 et 2016 - Forte progression de l'activité, en réponse au vieillissement de la population. *Les dossiers de la DREES*, (30), 5-37.

De Peretti, C., Grimaud, O., Tuppin, P., Chin, F., & Woimant, F. (2012). Prévalence des accidents vasculaires cérébraux et 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*, (1), 1-7.

De Peretti, C., Woimant, F., & Schnitzler, A. (2020). Les hospitalisations en soins de suite et de réadaptation spécialisés pour les affections du système nerveux en 2017. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, (27), 538-551.

De Pourville, G. (2016). Coût de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France. *Archives of Cardiovascular Diseases Supplements*, 8(2), 161-168. DOI :10.1016/S1878-6480(16)30330-5

- Della Vecchia, C., Viprey, M., Haesebaert, J., Termoz, A., Giroudon, C., Dima, A., Rode, G., Préau, M., & Schott, A.M. (2019). Contextual determinants of participation after stroke: a systematic review of quantitative and qualitative studies. *Disability and Rehabilitation*, 43(13), 786-1798. DOI :10.1080/09638288.2019.1679897
- Gheldof, Els. L.M., Vinck, J., Van den Bussche, E., Vlaeyen, J.W.S., Hidding, A., & Crombez G. (2006). Pain and pain-related fear are associated with functional and social disability in an occupational setting: Evidence of mediation by pain-related fear. *European Journal of Pain*, 10(6), 513–513. DOI: 10.1016/j.ejpain.2005.07.005
- Hildebrand, M., Brewer, M., & Wolf, T. (2012). The Impact of Mild Stroke on Participation in Physical Fitness Activities. *Stroke Research and Treatment*, 2012, 1-6. DOI: 10.1155/2012/548682
- Laurent, M. (2021). Les modèles conceptuels : une réponse à la quête identitaire des ergothérapeutes. *Ergothérapies*, (81), 57-64.
- Lequerica, A.H., & Kortte, K. (2010). Therapeutic Engagement: A Proposed Model of Engagement in Medical Rehabilitation. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 89(5), 415-422. DOI: 10.1097/PHM.0b013e3181d8ceb2
- Lequerica, A.H., Donnell, C.S., & Tate, D.G. (2009). Patient engagement in rehabilitation therapy: physical and occupational therapist impressions. *Disability and Rehabilitation*, 31 (9), 753-760. DOI: 10.1080/09638280802309095
- Matthews, G., Campbell, S.E., Falconer, S., Joyner, L.A., Huggins, J., Gilliland, K., Grier, R., & Warm, J.S. (2002). Fundamental dimensions of subjective state in performance settings: task engagement, distress, and worry. *Emotion*, 2(4), 315–340. DOI: 10.1037/1528-3542.2.4.315
- McEwen, S., Polatajko, H., Baum, C., Rios, J., Cirone, D., Doherty, M., & Wolf, T. (2015). Combined Cognitive-Strategy and Task-Specific Training Improve Transfer to Untrained Activities in Subacute Stroke: An Exploratory Randomized Controlled

Trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 29(6), 526-536. DOI :10.1177/1545968314558602

Mcewen, S., Polatajko, H., Huijbregts, M., & Ryan, J. (2010). Inter-task transfer of meaningful, functional skills following a cognitive-based treatment: Results of three multiple baseline design experiments in adults with chronic stroke. *Neuropsychological Rehabilitation*, 20(4), 541-561. DOI : 10.1080/09602011003638194

Morel-Bracq, M.-C., & Criquillon-Ruiz, J. (2016). Pour une démarche d'évaluation centrée sur le client et sur l'occupation. *Ergothérapies*, N°63, p. 23-29.

Pinoit, M.J., Bejot, Y., Rouaud, O., Benatru, I., Osseby, G.V., Bernard, B., Gisselmann, A., & Giroud, M. (2006). Dépression après un accident vasculaire cérébral, un handicap supplémentaire. *La presse Médicale*, 35(12), 1789–1793. DOI: 10.1016/s0755-4982(06)74903-x

Ranner, M., Von Koch, L., Guidetti, S., Tham, K. (2016). Client-centred ADL intervention after stroke: Occupational therapists' experiences. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(2), 81–90. DOI :10.3109/11038128.2015.1115549

Schnitzler, A., Jourdan, C., Jossieran, L., Azouvi, P., Jacob, L., & Genêt, F. (2019). Participation in work and leisure activities after stroke: A national study. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 62(5), 351-355. DOI: 10.1016/j.rehab.2019.04.005

Skidmore, E. R., Holm, M. B., Whyte, E. M., Dew, M. A., Dawson, D., & Becker, J. T. (2011). The feasibility of meta-cognitive strategy training in acute inpatient stroke rehabilitation: Case report. *Neuropsychological Rehabilitation*, 21(2), 208-223. DOI: 10.1080/09602011.2011.552559

Skidmore, E. R., Whyte, E. M., Holm, M. B., Becker, J. T., Butters, M. A., Dew, M. A., & Lenze, E. J. (2010). Cognitive and affective predictors of rehabilitation participation

after stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(2), 203-207. DOI: 10.1016/j.apmr.2009.10.026

Skidmore, E.R., Dawson, D.R., Butters, M.A., Grattan, E.S., Juengst, S.B., Whyte, E.M., Begley, A., Holm, M. B., & Becker, J. T. (2015). Strategy Training Shows Promise for Addressing Disability in the First 6 Months After Stroke. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 29(7), 668 –676. DOI: 10.1177/1545968314562113

Weinstock-Zoltnick, G. & Hinojosa, J. (2004). Bottom-up or top-down evaluation: Is one better than the other ?. *American Journal of Occupational Therapy*, 58(5), 594–599. DOI : 10.5014/ajot.58.5.594

Chapitre de livre

Bertrand, R., Desrosiers, J., Stucki, V., Kühne, N., & Tétreault, S. (2018). Engagement occupationnel : construction historique et compréhensions contemporaines d'un concept fondamental. In Caire, J.M., Schabaille, A. (Ed.) *Engagement, occupation et santé : Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie* (p.47-57). Paris : ANFE.

Blanchet, A., & Gotman, A. (2015). La préparation de l'enquête. In *L'entretien* (p.35-64). Armand Colin.

Caire, J-M., & Rouault, L. (2017). Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO). In Morel-Bracq, M-C. (Ed.) *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (p. 85- 97). De Boeck Supérieur & Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE).

Campenhoudt, L-V., Marquet, J., & Quivy, R. (2017). L'entretien. In *Manuel de recherche en sciences sociales* (p. 241- 262). Dunod.

- De Morand, A. (2014). 1- Le patient hémiparalysé. In *Pratique de la rééducation neurologique* (p.1 -100). Elsevier Masson.
- Détraz, M.C. (2008). Le processus d'intervention en ergothérapie. In Caire, J.M. (Ed.) *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités* (p. 136-142). Paris : De Boeck solal.
- Fisher, A. (2009). Top-down Occupational Therapy Evaluation. In *Occupational Therapy Intervention Process Model* (p.6-9). Three Star Pres, Inc.
- Fisher, A. (2009). Types of interventions used by occupational therapists. In *Occupational Therapy Intervention Process Model* (p.23-39). Three Star Pres, Inc.
- Martini, R., & Techene, S. (2018). Comment l'approche CO-OP met-elle l'accent sur l'occupation ? En quoi cette vision de l'ergothérapie est-elle nécessaire pour la participation en France ? In Caire, J.-M., Schabaille, A. (Ed.) *Engagement, occupation et santé : Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie* (p.157-174). Paris : ANFE.
- Meyer, S. (2013). Faciliter le « faire » : la démarche professionnelle. In *De l'activité à la participation* (p.231-249). Bruxelles : De Boeck solal
- Meyer, S. (2013). L'énergie du « faire » : la motivation, la volition, l'engagement. In *De l'activité à la participation* (p.143-160). Bruxelles : De Boeck solal
- Meyer, S. (2013). Le contrat social du « faire » : les rôles et la participation. In *De l'activité à la participation* (p.161-176). Bruxelles : De Boeck solal
- Meyer, S. (2013). Les formes du « faire » : l'occupation, l'activité et la tâche. In *De l'activité à la participation* (p.49 à 68). Bruxelles : De Boeck solal.
- Meyer, S. (2018). La performance et l'engagement occupationnel comme vecteur de participation. In Caire, J.-M., Schabaille, A. (Ed.) *Engagement, occupation et santé*

: *Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie* (p.17-25). Paris : ANFE.

Mondoloni, P., Gueneau, P., Béjot, Y., & Fagnoni, P. (2018). Traitement de l'accident vasculaire cérébral. In Limat, S., Dupuis, A., Fagnoni, P., Demoré, B., Fernandez, C., Aulagner, G., & Cazin, J.-H. (Ed.) *Pharmacie clinique et thérapeutique* (p.735-751). Elsevier Masson.

Morel-Bracq, M-C. (2017). Introduction. In *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (1-12). De Boeck Supérieur & Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE).

Morel-Bracq, M.-C. (2018). La science de l'occupation, un défi pour la santé. In Caire, J.-M., Schabaille, A. (Ed.) *Engagement, occupation et santé : Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie* (p.3-15). Paris : ANFE.

Pradat-Diehl, P., Crop, S., Poncet, F., Jégard, S., Weiss, J.J., & Charanton, J. (2018). Vie quotidienne après un accident vasculaire cérébral. In Mas, J.L, Leys, D. (Ed.) *Accidents vasculaires cérébraux : thérapeutique* (633-500). Doin.

Rouault, L., & Caire, J-M. (2017). L'approche CO-OP. In Morel-Bracq, M-C. (Ed.) *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (p. 157- 166). De Boeck Supérieur & Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE).

Sorita, E. (2017). Le modèle du processus d'intervention en ergothérapie (Occupational Therapy Intervention Process Model – OTIPM). In Morel-Bracq, M-C. *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (p. 141- 150). De Boeck Supérieur & Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE).

Définition d'un dictionnaire

CNRTL. (n.d.). Rééducation. *In Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*. Consulté 19 février 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/lexicographie/rééducation>

CNRTL. (n.d.). Séquelle. *In Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*. Consulté 21 février 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/séquelle>

Document juridique (directives, lois, ordonnances et décrets)

Annexe 1 relative au Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute - Référentiel d'activité. Ministère du travail de la solidarité et de la fonction publique, Ministère de la santé et des sports. 2010.

Mémoire ou thèse

Morel-Bracq, M.-C. (2006). *Analyse d'activité et problématisation en ergothérapie*. Mémoire de recherche. Université Victor Segalen Bordeaux 2. <https://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/mc-morel-bracq.pdf>

Page Web

ANFE. (2010). *Qu'est-ce que l'ergothérapie*. Association Nationale Française des Ergothérapeutes. https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/

ARS. (2020). *Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC)*. Agence régionale de santé Île-de-France. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/accidents-vasculaires-cerebraux-avc>

Ergopsy. (2015). *Engagement et alliance thérapeutique*. <http://www.ergopsy.com/engagement-et-alliance-therapeutique-a779.html>

France AVC. (2018). *C'est quoi un AVC*. France AVC Fédération Nationale.
<https://www.franceavc.com/page/avc-infos>

INSERM. (2019). *Accident vasculaire cérébral (AVC) : La première cause de handicap acquis de l'adulte*. Institut national de la santé et de la recherche médicale.
<https://www.inserm.fr/dossier/accident-vasculaire-cerebral-avc/>

OMS. (2020). *Les 10 principales causes de mortalité*. Organisation Mondiale de la Santé.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

Rapport ou d'une recommandation (imprimé ou en ligne)

Fery-Lemonnier E. (2009). *La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France. Rapport à Madame la ministre de la santé et des sports*.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/AVC_-_rapport_final_-_vf.pdf

Haute Autorité de Santé. (2007). *Guide Affection longue durée – Accident vasculaire cérébral*.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/07-042_traceur_guide-adl-avc.pdf

Haute Autorité de Santé. (2009). *Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse)*.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/avc_prise_en_charge_precoce_-_recommandations.pdf

Haute Autorité de Santé. (2012). *Recommandation de Bonne Pratique. Accident vasculaire cérébral : méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte*.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-11/11irp01_reco_avc_methodes_de_reeducation.pdf

Haute Autorité de Santé. (2012). *Recommandation de Bonne Pratique. Accident vasculaire cérébral : méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-11/11irp01_argu_avc_methodes_de_reeducation.pdf

Haute Autorité de Santé. (2016). *Actes et prescription – Affection de longue durée : Accident vasculaire cérébral invalidant*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/07-042-traceur_liste-adl-avc.pdf

Haute Autorité de Santé. (2019). *Accident vasculaire cérébral : Pertinence des parcours de rééducation/réadaptation après la phase initiale de l'AVC*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-06/app_260_note_de_problematique_ssr_avc_cd_2019_05_22_vfinale.pdf

Ministère de la santé et des sports, Ministère du travail de la solidarité et de la fonction publique, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. (2010). *Plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 »*. https://www.cnsa.fr/documentation/plan_actions_avc_-_17avr2010.pdf

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017). *La prévention des AVC*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires/accident-vasculaire-cerebral-avc/article/la-prevention-des-avc>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2021). *La prise en charge des AVC*. Ministère des Solidarités et de la Santé. https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires/accident-vasculaire-cerebral-avc/article/la-prise-en-charge-des-avc?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000fea6eb78f6fc7dea57a0f37e527a463d57264dad7336f2afb3d21faf52a22db408813e2fec1430000bfaa4f2d0b1be9e4a8f631df78a67bcaae86a9fd7494a2901404f09176bea7fe0ab883ecbf9ccb88631d1fb8095f780

Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité, Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. (2008). *Circulaire*

DHOS/O1 n°2008-305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets n°2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation.
https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-10/ste_20080010_0100_0116.pdf

Mistère des solidarité et de la santé. (2020). *Soins de suite et de réadaptation – SSR*. Mistère des solidarité et de la santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr>

Ressource vidéo, ressource audio

Cook, A. (2010). *Quel rôle tenez-vous en tant qu'ergothérapeute dans la prise en charge du patient atteint d'AVC?* [Vidéo en ligne]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=TYmsK2TDetQ>

Toutes les références bibliographiques ont été construites selon les normes de l'APA (American Psychological Association), 7^{ème} édition.

ANNEXES

Annexe I – *Représentation des différents types d'AVC. Issue de l'Inserm (2019)*

Annexe II – *Quatre continuums qui peuvent être utilisés pour évaluer les caractéristiques des activités observées dans les milieux de pratique de l'ergothérapie. Issue de Anne Fisher (2009)*

Annexe III – *Pré- Questionnaire ~ Mémoire d'initiation à la recherche*

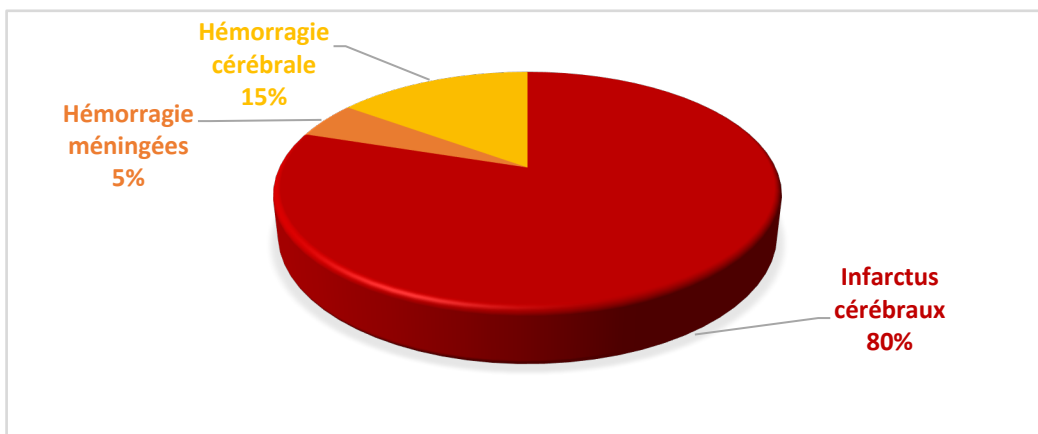
Annexe IV – *Guide d'entretien*

Annexe V – *Formulaire de consentement pour un enregistrement audio*

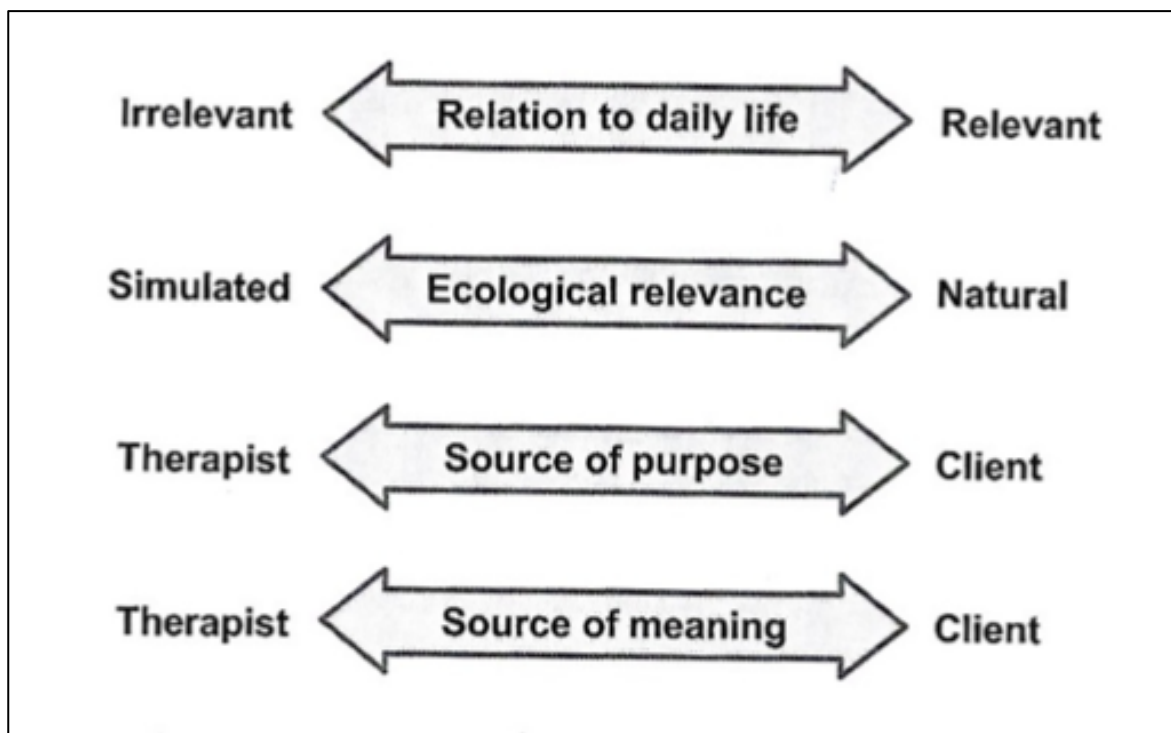
Annexe VI – *Classement des réponses attendues par thèmes et sous-thèmes*

Annexe VII – *Retranscription de l'entretien E3*

Annexe I – Représentation des différents types d'AVC. Issue de l'Inserm (2019).



Annexe II – *Quatre continuums qui peuvent être utilisés pour évaluer les caractéristiques des activités observées dans les milieux de pratique de l'ergothérapie. Issue de Anne Fisher (2009)*



Annexe III – Pré- Questionnaire ~ Mémoire d’initiation à la recherche

Actuellement en troisième année d'ergothérapie à l'IFE de l'ADERE (PARIS), je réalise mon mémoire sur le thème de l'engagement des patients adultes victimes d'AVC au cours de leur hospitalisation en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR).

Le but de cette enquête est d'identifier et d'énumérer les ergothérapeutes intervenants auprès de cette population, mais également ceux qui accepteraient de s'entretenir avec moi. Ces entretiens pourront avoir lieu en physique, par vidéoconférence ou par téléphone (selon vos disponibilités).

Ce pré-questionnaire comporte 7 questions et le temps de réponse prévu est d'environ 2 minutes. Toutes les réponses sont anonymisées et confidentielles.

N'hésitez pas à en faire part aux ergothérapeutes qui travaillent auprès de cette population.

Pour toute question, n'hésitez pas à me contacter à l'adresse email suivante :
xxxxxxxxxxxxx@gmail.com

Je vous remercie grandement du temps précieux que vous accorderez à cette enquête !

Très respectueusement,

Maëva

Questions	Réponses
1. Exercez-vous dans un SSR neurologique (en hospitalisation complète) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2. Travaillez-vous auprès de patients adultes ayant eu un AVC ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

<p>3. Utilisez-vous l'approche CO-OP (Cognitive Orientation to daily Occupational Performance) auprès de cette population ?</p>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>
<p>4. Êtes-vous formé à l'approche CO-OP ?</p>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>
<p>5. Si oui, depuis combien de temps ?</p>	<p>...</p>
<p>6. Accepteriez-vous d'être contacté, dans le cadre de mon mémoire, pour effectuer un entretien durant le mois de mars 2022 ?</p>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>
<p>7. Si oui, veuillez indiquer vos coordonnées (nom, prénom, adresse email) pour que je puisse vous contacter. Vos renseignements personnels demeureront strictement confidentiels, de même que votre identité.</p>	<p>...</p>

Questions principales	Questions de relance
THÈME 1 : L’ergothérapeute, expérience et exercice	
Q1. Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?	1.1 Depuis combien d'années êtes-vous diplômé(e) ? 1.2 Avez-vous eu des formations au cours de votre parcours professionnel ?
THÈME 2 : L’accompagnement ergothérapique des patients victimes d’un AVC	
Q2. Pouvez-vous m’expliquer comment se déroule l’accompagnement en ergothérapie auprès du patient adulte victime d’un AVC ?	2.1 Comment est construit le processus d’intervention du patient en ergothérapie ?
Q3. Quels types d’objectifs peuvent être fixés à la suite de la phase d’évaluation en ergothérapie ? citez-quelques exemples	3.1 Quelles est la nature des objectifs de votre intervention au cours de la phase de rééducation ?
Q4. Quels sont les moyens et les stratégies mis en œuvre pour atteindre les objectifs fixés à la suite de la phase d’évaluation ?	4.1 De quelle manière mettez-vous en place vos séances de rééducation pour atteindre les objectifs fixés après la phase d’évaluation ?
THÈME 3 : Engagement des patients victimes d’AVC dans la rééducation, son lien avec l’occupation	
Q5. Lors de l’accompagnement, comment percevez-vous l’implication des patients tout au long de la phase de rééducation ?	5.1 Les patients verbalisent-ils eux-mêmes leur objectifs ? Si oui, citez-quelques exemples
Q6. Pour vous, quelle(s) fonction(s)/rôle(s) peut avoir l’engagement d’un patient dans la rééducation ?	6.1 Pour vous, que peut permettre l’engagement dans la rééducation d’un patient ayant eu un AVC ? 6.2 Quel impact un désengagement peut-il avoir dans la rééducation au cours sur le processus d’intervention ?

<p>Q7. Décrivez-moi les facteurs qui participent, selon vous, à favoriser ou limiter l'engagement du patient au cours de la phase de rééducation ? Argumentez</p>	<p>7.1 Quels sont les éléments auxquels vous êtes confronté qui peuvent encourager ou s'opposer à l'engagement d'un patient au cours de la rééducation ?</p>
<p>THÈME 4 : L'approche CO-OP, son utilisation, son rapport avec l'engagement dans la rééducation</p>	
<p>Q8. De quelle manière l'approche CO-OP est-elle utilisée dans votre pratique ?</p>	<p>8.1 Comment est structurée / utilisée l'approche CO-OP au sein de vos séances ? 8.2 Quel(s) bénéfice(s) apporte cet outil dans votre accompagnement ?</p>
<p>Q9. Quels peuvent être, selon vous, les leviers et les freins à l'utilisation de l'approche CO-OP auprès de patient ayant eu AVC ?</p>	<p>9.1 Quelle(s) sont les éléments facilitant l'utilisation de cette approche auprès de cette population au cours de la rééducation ? 9.2 Quelles limites identifiez-vous à l'utilisation de l'approche CO-OP auprès de cette population ?</p>
<p>Q10. Que pensez-vous du recours à l'approche CO-OP pour favoriser l'engagement du patient dans la rééducation ? justifiez</p>	<p>10.1 Quels sont les outils de l'approche CO-OP susceptibles de favoriser l'engagement du patient dans la rééducation ?</p>
<p>Q11. Pouvez-vous me donner, par ordre d'importance, les trois grands principes de l'approche CO-OP qui peuvent favoriser l'engagement du patient dans la rééducation ?</p> <p><u>Propositions de réponses :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le choix des objectifs par le patient (MCRO et/ou PQRS) - L'Analyse Dynamique de la Performance (DPA) - Les stratégies cognitives - La découverte guidée - L'habilitation 	

<ul style="list-style-type: none">- La participation de l'entourage- La structure des sessions	
Q12. Aimeriez-vous ajouter d'autres éléments, sur les thèmes que nous venons d'aborder, avant que nous ne terminions cet entretien ?	

Voici mes coordonnées, si vous souhaitez avoir des informations supplémentaires ou si vous désirez suivre la recherche.

Souhaitez-vous avoir un rapport/une synthèse de l'étude ? Veuillez me donner vos coordonnées pour que je puisse vous l'envoyer.

Je vous remercie grandement du temps précieux que vous accorderez à cette enquête !



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR UN ENREGISTREMENT AUDIO

La présente demande est destinée à recueillir le consentement libre et éclairé et les autorisations nécessaires dans le cadre du projet mémoire spécifié ci-dessous, étant entendue que les objectifs de ce projet aient été préalablement expliqués au majeur.

Je soussigné(e) : _____
Prénom et nom

accepte que la rencontre soit enregistrée sur **bande audio**, dans le cadre d'un entretien d'environ 45 minutes. L'entretien pourra avoir lieu en physique, par vidéoconférence ou par téléphone.

Je comprends que cette modalité est un outil de travail et de formation pour l'étudiante **AQUILON Maëva** en formation à l'institut de formation en ergothérapie de l'ADERE (Paris).

Seuls l'étudiante, sa superviseuse ou son superviseur, sa référente ou son référent de mémoire, pourront y avoir accès dans le cadre de son mémoire de fin d'étude.

Le support audio ne doit pas sortir du cadre de l'institut de formation en ergothérapie de l'ADERE (Paris). Je comprends que tous les enregistrements seront conservés de façon à ce qu'ils ne soient pas divulgués sur Internet ou utilisés à d'autres fins que pour le travail de recherche de mémoire. Les données recueillies seront anonymisées et confidentielles.

Il est entendu qu'il m'ait possible de demander toutes les explications que je désire sur l'usage qui sera fait de ces enregistrements.

Je reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus et donne mon accord pour la fixation et l'utilisation de ma voix, dans le cadre exclusif du mémoire de fin d'étude exposé ci-avant :

OUI NON

Fait à : _____ Le : _____
Lieu de signature Jour/Mois/Année

Signature de l'étudiante :

**Signature de la personne
interrogée :**

Annexe VI – Classement des réponses attendues par thèmes et sous-thèmes

Thèmes	Sous-thèmes	Objectifs de la question	Réponse attendues
L'ergothérapeute, expérience et exercice	Q1	Question générale, permettant la mise en confiance. Cherche à savoir les éléments qui composent et guident le raisonnement clinique des ergothérapeutes interviewés.	Ergothérapeute diplômé Population accompagnée : patient AVC Formation CO-OP, MCRO
L'accompagnement ergothérapique des patients victimes d'un AVC	Mise en œuvre du processus d'intervention (Q2)	Avoir une vision globale de l'utilisation des modèles conceptuels et/ou approches utilisées (top-down, bottom-up ou top-to-bottom-up) par les ergothérapeutes. Connaître la façon dont les objectifs sont construits.	Utilisation de la MCRO : à la suite d'un entretien avec la patient et des évaluations. Les objectifs sont négociés à partir d'une demande/attente par le patient / il exprime ce qui est important pour lui = participation OU l'ergothérapeute choisit une occupation signifiante pour la personne. L'intervention se fait selon une approche top-down.
	L'occupation (Q3 et Q4)	Connaître les types d'objectifs définis avec le patient. Connaître les moyens d'interventions pour atteindre les objectifs fixés avec le patient. Les approches utilisées: top-down, bottom-up ou top-to-bottom-up. Savoir si les d'activités écologiquement	Objectifs en lien avec les habitudes de vie du patient. L'occupation ou l'activité est réalisée dans un environnement le plus écologique possible. Les processus de résolution de problèmes (par le biais des principes-clés de l'approche CO-OP) sont mis en œuvre

		<p>pertinentes sont privilégiées, comment elles sont mises en place. Connaître comment le patient est mobilisé / sa posture au cours de la rééducation (actif ou passif).</p>	<p>par le patient lors de la phase d'intervention.</p>
<p>Engagement des patients victimes d'AVC dans la rééducation, son lien avec l'occupation</p>	<p>La place de l'engagement (Q5 et Q6)</p>	<p>Savoir comment l'ergothérapeute perçoit l'engagement du patient dans la rééducation.</p>	<p>L'absence d'engagement est présente chez des patients présentant des troubles cognitifs, des problèmes médicaux, un trouble de l'humeur ou des problèmes familiaux.</p>
	<p>Les facteurs pouvant influencer l'engagement (Q7)</p>	<p>Connaître les plaintes du patient qui peuvent faire obstacles à son engagement. Connaître les facteurs liés à la personne, à l'environnement ou à l'occupation qui peuvent favoriser ou non l'engagement du patient dans la rééducation.</p>	<p>Diverses : se projeter dans l'avenir, éprouver de la satisfaction dans la rééducation, phase le deuil de ses capacités antérieures, alliance thérapeutique</p>
<p>L'approche CO-OP, son utilisation, son rapport avec l'engagement dans la rééducation</p>	<p>L'utilisation de l'approche CO-OP en SSR (Q8 et Q9)</p>	<p>Savoir comment l'approche est introduite dans la pratique en ergothérapie. Connaître les limites et les forces de cette approche.</p>	<p>Diverses : éléments importants selon la personne.</p>
		<p>Connaître ce que l'approche CO-OP apporte au patient. Savoir si cette</p>	<p>Le patient est plus engagé dans la rééducation, car il est accompagné à développer</p>

		approche répond aux besoins du patient dans la rééducation.	ses processus de résolution de problèmes face aux problématiques qu'il rencontre dans son quotidien.
	Les grands principes de l'approche CO-OP favorisant l'engagement dans la rééducation (Q10 et Q11)	Connaître les éléments clés qui peuvent favoriser l'engagement du patient.	Diverses : éléments importants selon la personne.
Données supplémentaires	Éléments de la conclusion (Q12)	Vérifier si la personne à des éléments à ajouter ou des questions à poser.	Diverses : éléments importants selon la personne.

Q1. Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?

Je suis diplômée depuis 2006 de l'école de Berck sur mer. J'ai travaillé ensuite en SSR adulte polyvalent pour un remplacement de congé maternité. Ensuite je suis partie travailler 1 an dans un hôpital gériatrique avec unité de soins longue durée. Ensuite je suis repartie travaillée dans ma région pendant 2 ans dans un SSR adulte polyvalent en associatif à but non lucratif. J'ai déménagé et là j'ai travaillé d'abord 5 ans à mi-temps dans un SSR adulte polyvalent et en parallèle j'ai travaillé dans un SSIAD sur Paris. Puis j'ai travaillé pendant 4 ans auprès d'enfant polyhandicapé. Ça va faire maintenant 7 ans que je suis à temps plein en SSR adulte polyvalent. On a été formé MCRO, CO-OP, je fais aussi pas mal de positionnement au fauteuil roulant dans ma pratique.

Par rapport au positionnement, avez-vous reçu une formation ?

Oui. J'ai eu deux sessions de formation, j'ai eu pas mal de pratique ainsi que des échanges avec les collègues. J'entame l'année prochaine le DU positionnement et fauteuil roulant.

Êtes-vous la seule dans votre service à avoir reçu la formation CO-OP ?

Tout le service a été formé. C'est une formation interne qui est venue d'une dynamique de groupe. Nous avons déjà été formé à la MCRO et ça paraissait un peu la suite logique. Moi je suis toujours adhérente à l'ANFE et j'essaye quand même de me tenir au courant et c'est quand même ce vers quoi tant l'ergothérapie comme un recentre beaucoup sur l'occupation, cela paraissait évident de nous former à la CO-OP.

Q2. Pouvez-vous m'expliquer comment se déroule l'accompagnement en ergothérapie auprès du patient adulte victime d'un AVC ?

Nous sommes dans un centre de rééducation où on a plusieurs professionnels (kiné, ergo, neuropsych, ortho). En général, on commence toujours par une prise de contact et une installation. Donc on va dire que dans un premier temps on va consacrer systématiquement 1 semaine à l'installation au fauteuil, au lit et de s'occuper de tout ce qui va être protections orthopédiques. À la fin de cette première semaine, on commence la prise de contact et en fonction de ce que l'on va observer de prime abord, on va plus ou moins orienter notre évaluation. Ça peut être très orienté sur le PPH ou si on a déjà quelqu'un qui sur le niveau cognitif, au niveau récupération est déjà pas mal, on peut directement passer sur la MCRO tout en sachant que de manière globale ce n'est pas forcément le premier bilan que l'on va

faire passer. Parfois j'attends 15 jours à 3 semaines avant de parler de MCRO. Tout va vraiment dépendre de la manière dont on perçoit le patient lors des premières rencontres.

Ensuite nous dans la prise en charge les patients nous les voyons 4 fois dans la semaine en prise en charge individuelle. C'est des temps une demi-heure. Je n'ai pas du tout de limite dans ma prise en charge : je peux très bien faire une prise en charge en chambre, analytique, écologique. Quand on en a la possibilité, parce que c'est quand même chronophage, on peut aller faire les courses avec le patient. Dans le service on est bien équipé : ça peut être des jeux, des activités manuelles, des activités cuisine etc. La plupart de nos patients AVC ont les mets sur la thérapie miroir parce qu'on est équipé du système IVS3 de chez iSanté. Nous sommes tous formés Bobath également.

Que se passe-t-il pour le patient après cette phase de rééducation ?

On gère toute la réadaptation aussi ! On a plusieurs possibilités aussi et ça c'est difficile d'établir un tableau global. Dans les meilleurs des cas la MCRO pour tous mes patients elle est passée, au moins au milieu du séjour si elle n'a pas été faite au début. On fait également systématiquement des visites à domicile. On accompagne les gens dans leur retour au domicile soit par les aménagements du domicile soit par de la préconisation de fauteuil. C'est assez rare qu'ils sortent sans leur fauteuil.

Q3. Quels types d'objectifs peuvent être fixés à la suite de la phase d'évaluation en ergothérapie ? citez-quelques exemples

On a beaucoup de demandes sur les transferts. Ça c'est une très grosse demande. En général l'un des premiers objectifs c'est de pouvoir sortir du lit, pouvoir aller aux toilettes tout seul. Je dirais que ça concerne 75 à 80%. Ça fait partie des activités problématiques. Donc c'est vrai que l'on travaille beaucoup sur les transferts. Donc on fait pas mal de mises en situation avec du matériel. Là en ce moment j'ai une patiente, on est justement en train de regarder avec elle comment elle peut réaliser ses transferts. Elle n'arrive à faire des transferts que dans son environnement. Donc avec elle je fais pas mal de découverte guidée pour qu'elle se rende compte de ce qui lui permet de faire son transfert seul et quel environnement ne lui permet pas. Et là aujourd'hui par exemple elle s'est rendu compte que de prendre un point d'appui loin devant c'était ce qui lui permettait de soulever plus facilement les fesses.

De manière un peu plus récurrente, en matière d'objectif, on a aussi la conduite, préparer les repas aussi. Finalement les gens travaillaient très peu, même chez les jeunes AVC, on en a

quelqu'un. Et moi là cette année je m'occupe actuellement d'une patiente qui à 45 ans, j'ai eu un patient qui a eu 43 ans, une autre 36 ans, donc on est quand même euh... voilà, ce sont des gens qui ont fait des AVC très jeunes et oui bizarrement la reprise professionnelle ce n'est quand même pas une priorité. Là pour le coup, avec ces patients je vais avoir beaucoup l'objectif de s'occuper des enfants, jouer au ballon avec les enfants et après enfaite quand on a balayé transferts, cuisine et conduite, les autres objectifs sont beaucoup plus variés. Ça peut très bien être la reprise de la pêche comme faire de la broderie.

Q4. Quels sont les moyens et les stratégies mis en œuvre pour atteindre les objectifs fixés à la suite de la phase d'évaluation ?

Ça va beaucoup dépendre du niveau cognitif et des problématiques autour de ça. C'est vrai que lorsque l'on parle de jeunes patients, pour le coup il n'y a pas trop de problèmes cognitifs donc pour eux si je n'ai pas fait forcément du CO-OP pur on fait beaucoup de découverte guidée. Après quand on a des patients avec des troubles cognitifs on va dire que ça se complique un peu et la plupart du temps on utilise beaucoup la répétition, la reformulation pour que le message s'enregistre enfaite, pour que les moindres gestes s'autonomisent.

Cette répétition est faite de quelle manière ?

C'est fait de manière graduelle. Par exemple en ce moment j'ai un patient AVC qui est négligent et un de ses objectifs c'est de faire son transfert pour pouvoir aller aux toilettes. On a répondu dans un premier temps à sa problématique en utilisant un guidon de transfert de manière sécuritaire avec un soignant mais maintenant il souhaiterait pouvoir se mettre sur les toilettes tout seul sauf que pour le moment le transfert n'est pas sécurisé donc on fait des entraînements d'abord sur le plan Bobath. Et cela est répété on va dire euh... tout le temps, à chaque séance ! Et lorsqu'il y a quelque chose qui est bien on le verbalise, dès qu'il y a quelque chose de moins bien aussi. Et de manière un peu plus ponctuelle on va en chambre pour faire le transfert et on n'hésite pas à changer de toilette pour voir s'il transpose bien ce qui a été vu dans le service pendant la semaine enfaite. Et ça on le fait plutôt tous les 15 jours au minimum. Tout cela me prend environ 7 minutes sur une séance de 30 minutes. Il a un début de récupération motrice au niveau du membre supérieur donc il y a quand même du travail qui est fait là-dessus et comme il est négligent et que ça perturbe ses transferts, on travaille là-dessus de manière plus analytique.

Q5. Lors de l'accompagnement, comment percevez-vous l'implication des patients tout au long de la phase de rééducation ?

Cela va beaucoup dépendre des problèmes cognitifs, de l'âge aussi et du niveau d'activité antérieure. On a vraiment des profils hypers divers. En général, les gens qui ne sont pas impliqués en ergothérapie c'est assez rare qu'ils le soient en kiné, auprès des neuropsyches et des orthophonistes. Il y a plutôt un bon niveau d'implication, surtout auprès des patients AVC. Il y a vraiment une complémentarité avec les différents professionnels de santé parce que les patients travaillent la marche et c'est quelque chose qui progresse quand même assez vite par rapport aux membres supérieurs. Et dès que l'on commence par exemple à faire éplucher un légume, une pomme alors que la main ne récupère pas bien et qu'on leur montre comment faire ça les accroche toujours. Il a toujours quelque chose qui leur permet d'accrocher. Mais voilà en général il y a toujours un bon niveau d'engagement auprès de ces patients-là sauf pour les petites mamies qui veulent qui leur foute la paix ou les personnes apathiques. Le plus dur c'est ceux qui ont les problèmes de prises d'initiatives où là clairement on les embête !

Q5.1 Les patients verbalisent-ils eux-mêmes leur objectifs ? Si oui, citez-quelques exemples

Spontanément non. La plupart du temps ce que l'on entend c'est « je veux remarcher, je veux que ça soit comme avant ». Lorsqu'ils verbalisent des objectifs c'est ça ! Et cela peut être perçu pour beaucoup comme des objectifs mais au final on se rend compte que de faire des MCRO régulièrement, les patients sont plus pragmatiques sur ce qu'ils doivent récupérer en premier et on est assez surpris en fait de voir à quel point ils peuvent hiérarchiser les étapes de la rééducation.

C'est-à-dire ?

Régulièrement le côté « je veux pouvoir me lever de mon lit tout seul » ça arrive avant de pouvoir marcher, et ça a plus d'importance que de vouloir remarcher. Lorsqu'ils donnent, dans la MCRO, l'importance aux situations problématiques au final on se rend compte qu'il y a une certaine hiérarchie chronologique et ce sont des étapes qu'en tant que kiné ou ergo on sait qu'ils doivent passer par là pour arriver à la marche, pour arriver à aller dans un fauteuil etc. et eux aussi. Pour avoir ça il ne faut pas faire la MCRO quand ils arrivent. Parce que lorsque l'on fait la MCRO quand ils arrivent, on a beaucoup du « je veux remarcher » « je veux reprendre le travail » « je veux reconduire ». Quand on attend 15 jours 3 semaines

c'est « je veux pouvoir ressortir de mon lit » « je veux pouvoir aller aux toilettes ». Et finalement, ils vont donner plus d'importance aux premières étapes de la rééducation.

Et avant les 15 jours à 3 semaines, comment est leur d'implication dans la rééducation ?

L'implication est présente parce qu'il y a quand même cet élan de vie, cet élan qui fait que s'il y a quelqu'un qui me prend la main et qui me dit « je vais te faire avancer », le patient va le suivre. Après avoir été dans une phase de sidération, le centre de rééducation c'est un peu le premier pas dans « je reprends vie » donc dans les 15 premiers jours ils se laissent porter.

Q6. Pour vous, quelle(s) fonction(s)/rôle(s) peut avoir l'engagement d'un patient dans la rééducation ?

Est-il possible de préciser le terme fonction ?

Q6.1 Pour vous, que peut permettre l'engagement dans la rééducation d'un patient ayant eu un AVC ?

L'engagement a un rôle moteur. C'est aussi rassurant pour le thérapeute puisque ça va éviter tout ce qui va être phénomène ingérence. Ce n'est pas à nous de décider ce qui est bien pour lui. Et donc un patient qui s'engage, qui veut être dans la rééducation ça va être en général un patient qu'on emmène plus facilement vers l'autonomie et vers la capacité de décider ce qu'il souhaite pour lui. Un patient qui s'engage on sait qu'on aura plus de facilité à le rendre autonome. Un patient qui ne s'engage pas on sait qu'on ira plus vers une indépendance.

Q7. Décrivez-moi les facteurs qui participent, selon vous, à favoriser ou limiter l'engagement du patient au cours de la phase de rééducation ? Argumentez

Dans les facteurs les plus limitants on va avoir les troubles cognitifs. Je pense que c'est le principal facteur limitant dans 90% des cas. Plus ils sont massifs plus c'est compliqué d'engager les patients. Ensuite les problématiques familiales et sociales. Il y a plein de choses en fait qui peuvent limiter l'engagement. Déjà quelqu'un qui n'est pas très engagé dans l'occupation avant son AVC c'est difficile. C'est un peu typique des femmes qui sont à la maison, qui ont peu d'activité, qui regardent la télé, qui font beaucoup le ménage, qui préparent à manger etc. En fait qui font que faire de la gestion quotidienne et qui n'ont que ça quasiment dans leur vie. Alors on le voit plutôt sur les femmes âgées ou sur des hommes qui ne font rien du tout par contre, ni le ménage ni la cuisine ! Quand ils font des AVC c'est difficile de les engager dans quelque chose parce que déjà au préalable avant l'AVC ils ne

l'étaient pas ou par obligation. On peut sentir chez ces personnes qu'il n'y avait pas vraiment de truc qui les motivait. Il y a ceux qui font les choses parce qu'ils doivent faire les choses et après l'AVC qui se disent « bon bah maintenant que je suis handicapé je n'ai plus besoin de le faire » « vous n'allez pas m'obliger à le faire » et ceux qui, déjà avant l'AVC, avait très très peu d'occupation et donc après l'AVC le niveau d'engagement n'est pas fou quoi ! J'ai le souvenir d'un patient d'une collègue qui était jeune. Il avait fait un AVC à 45 ans et enfaite lui quand ils ont été en visite à domicile, la première chose qu'il a fait c'est aller s'asseoir sur le canapé, allumer la télé et zapper. Et donc c'est vrai que lorsque l'on a un patient de 45 ans, qui a des enfants on se dit bah est-ce qu'il va vouloir refaire des activités avec ses enfants, retravailler, reconduire. Tout cela pourrait être des choses qui l'engage et non ! Donc voilà, les troubles cognitifs et les gens qui auparavant n'étaient pas très engagés dans l'occupation peuvent être des facteurs limitants. Parfois lorsqu'au niveau social il y a trop de choses à gérer parce que le logement n'est pas très adapté, logements sociaux. Comment on va faire pour payer le fauteuil, comment on va faire pour acheter un petit bout de tapis antidérapant, la MDPH c'est très long, on va devoir remplir des papiers etc. et enfaite il y en a qui sont complètement noyés dans cela et donc pour les engager c'est compliqué.

Après dans les facteurs favorisant bah ça va être l'absence de troubles cognitifs, des gens qui étaient plutôt actifs antérieurement. Je repense à un monsieur qui avait fait un AVC à 80 ans mais qui donnait toujours des cours à la fac, qui parlait 5 langages qui euh... voilà qui était toujours très stimulé et qui continuait à faire beaucoup de choses. Lui on lui disait quelque chose et il le mettait en pratique, et s'entraînait seul etc. Et puis enfin la famille qui peut être motrice.

Vous m'avez également indiqué que la famille pouvait être un frein à l'engagement au cours de la rééducation. Pouvez-vous m'en dire plus ?

Bah les familles qui n'ont pas envie de voir revenir une personne handicapé chez eux. C'est-à-dire que l'on a des familles qui disent « bah il reviendra lorsqu'il pourra marcher ». On sait déjà que ça va être un peu plus compliqué parce que ça va être une pression mais pas forcément une bonne pression auprès des patients. Après on a des familles qui sont complètement perdues. Ils ne savent pas comment faire, quelles démarches mettre en place euh... pour qui tout traîne enfaite, tout prend du temps. Mais même au niveau du service soignant enfaite. Il y a des familles avec lesquelles on a du mal à faire venir du linge tout simplement et qui pensent que tout sera fait par nous. Et donc que si on fait tout, les patients vont récupérer.

Q8. De quelle manière l'approche CO-OP est-elle utilisée dans votre pratique ?

Ce que j'utilise beaucoup auprès des patients sans la nommer ça va être la découverte guidée. Je fais beaucoup verbaliser les patients sur ce qu'ils font, comment ils le font, qu'est-ce qu'ils ont fait pour réussir. Je leur fais beaucoup verbaliser en fait le plan qu'ils doivent mettre en œuvre pour faire les choses même si je ne le formalise pas forcément comme ça. Je leur demande vraiment de décrire ce qu'ils font. C'est vraiment quelque chose que je fais avec quasiment tous mes patients sans forcément leur dire que je fais du CO-OP.

Après avec quelques patients, en fin de prise en charge, sur des objectifs spécifiques, je le fais de manière plus formalisée le But-Plan-Fait-Vérifie. Et euh... mais par contre ce n'est pas toujours adapté à tous les patients que l'on voit.

Q8.2 Quel(s) bénéfice(s) apporte cet outil dans votre accompagnement ?

J'ai l'impression que lorsque j'utilise cette méthode-là, je redonne les clés aux patients. J'ai l'impression de les conduire réellement vers l'autonomie alors qu'avec d'autres méthodes on va leur apprendre à être plus indépendant mais en fait j'ai l'impression que je leur laisse plus de place et qu'en tant que thérapeute de m'effacer en quelque sorte devant le patient, d'être beaucoup plus en empathie avec eux. J'ai cette impression de leur laisser le choix, je n'impose pas des choses. J'ai l'impression d'être beaucoup plus dans l'échange, dans le partage aussi. Et quand on utilise cette méthode, parfois on a plus forcément cette hiérarchie qui peut être établie entre le soignant qui sait et le patient qui doit apprendre. Et donc j'ai l'impression qu'en faisant cela on leur redonne confiance en eux, confiance en ce qu'ils savent car toutes les réponses viennent d'eux. Parce qu'en faisant CO-OP avec une patiente je disais « mais vous vous rendez-compte que là toutes les réponses c'est vous qui me les donnez » et elle m'a dit « bah oui mais en fait on ne me laisse pas toujours la parole ». Et donc j'avais trouvé ça plutôt juste. Donc ça redonne la parole et puis si je ne suis pas là je me dis qu'ils peuvent un peu se débrouiller sans moi.

Q9. Quels peuvent être, selon vous, les leviers et les freins à l'utilisation de l'approche CO-OP auprès de patient ayant eu AVC ?

Les troubles cognitifs, l'aphasie on n'en a pas parlé ! Même pour les personnes aphasiques c'est pfff...et les problèmes de compréhension c'est très compliqué à utiliser. Lorsque les patients ont des objectifs très clairs, concrets et réalisables cela facilite l'utilisation de CO-OP. Quand on a une patiente qui nous dit « je veux pouvoir faire mes transferts » « je veux

pouvoir rebroder » ça c'est un élément facilitateur. Mais quand un patient a pour objectif de pouvoir reconduire pour quelqu'un qui est hyper négligent ça peut être compliqué. J'avais d'ailleurs une patiente qui voulait absolument reprendre son travail (elle était infirmière en libéral) alors qu'elle était très négligente et ralentie. Donc voilà quand les objectifs sont pas du tout adaptés c'est un élément qui n'est pas facilitateur. Quand on a des objectifs réalistes et on va dire matériellement possible sur place ça aide aussi. La possibilité de répétition des objectifs, des activités. Il y a des activités que l'on a beaucoup plus de mal à répéter régulièrement. Quand on a des objectifs de reconduire par exemple on peut leur faire faire des évaluations d'1h et demi mais on ne va pas pouvoir le faire toutes les semaines. Il y a des activités qui sont plus chronophages comme aller faire des courses qui demande du temps que l'on n'a pas toujours. Donc voilà, des activités qui sont plus faciles à mettre en place en matière de temps, d'organisation de service bah c'est plus facile que quand c'est quelque chose qui demande plus de temps, qui demande d'aller loin ou qui demande un investissement financier. Quelqu'un qui veut s'entraîner à remettre une couche sur son bébé bah c'est plus facile à faire que quelqu'un qui veut reconduire, qui veut pouvoir reprendre le cheval etc. Donc ça va dépendre du type d'objectif (activité facile à mettre en œuvre ou pas), du temps d'activité et de la disponibilité au niveau organisationnel.

Quel est le sens que vous mettez lorsque vous parlez du niveau organisationnel ?

Bah je ne peux pas faire 2h de CO-OP avec le même patient toutes les semaines quoi ! Et donc ça fait partie plutôt des freins. Avec CO-OP on est quand même beaucoup dans la réadaptation et quand on est là-dedans on a pleins d'autres trucs aussi à faire en parallèle. Enfaite avec les patients AVC en phase aigu il y a tout à faire. Il faut s'occuper du logement, il faut s'occuper des aides techniques, il faut faire en sorte qu'ils soient le plus indépendant possible enfin voilà il y a tellement de trucs à faire que des fois ça ne fait pas forcément partie des priorités.

Q10. Que pensez-vous du recours à l'approche CO-OP pour favoriser l'engagement du patient dans la rééducation ? justifiez

Ça ne peut qu'aider dans le sens ou de toute manière, à partir du moment où on fait du CO-OP il y a toujours un objectif qui est déterminé par le patient et la manière d'établir les objectifs enfin... c'est quand même un entretien qui est fait de telle sorte que la parole soit vraiment donnée au patient donc euh... là pour le coup ça vient de lui donc pour le coup ça engage. Ce n'est pas quelque chose qui est imposé. Après il faut qu'il soit en mesure de comprendre donc ça ne se fait pas non plus chez n'importe qui.

Q10.1 Quels sont les outils de l'approche CO-OP susceptibles de favoriser l'engagement du patient dans la rééducation ?

Bah le fait que l'on fasse venir les solutions du patient, que ça soit lui qui trouve les solutions. Au final, on le valorise. C'est quelque chose qui au niveau de l'estime de soi est quand même très très important. Ça pourrait être un des éléments de l'engagement parce que lorsque l'on a eu un AVC c'est vrai que l'estime que l'on peut avoir en ses capacités, en l'image que l'on peut redonner peut prendre un sacré coup et se remettre dans une dynamique où au final on leur montre que ce sont eux qui sont encore capables de trouver des solutions par eux-mêmes, qui sont encore capables de créer quelque chose par eux même c'est quelque chose qui engage.

Q11. Pouvez-vous me donner, par ordre d'importance, les trois grands principes de l'approche CO-OP qui peuvent favoriser l'engagement du patient dans la rééducation ?

- MCRO
- Les stratégies cognitives
- La découverte guidée

Q12. Aimeriez-vous ajouter d'autres éléments, sur les thèmes que nous venons d'aborder, avant que nous ne terminions cet entretien ?

Non

L'engagement dans la rééducation : un enjeu majeur pour l'accompagnement en ergothérapie

Mots-clés: AVC, ergothérapie, engagement, rééducation

Résumé: En France, l'Accident Vasculaire Cérébral touche chaque année environ 150 000 personnes. Il représente ainsi la première cause de handicap acquis chez des patients qui gardent des séquelles motrices, sensibles et cognitives lourdes, induisant un bouleversement dans les habitudes de vie. En tant que rééducateur, l'ergothérapeute vise à accompagner la personne victime d'AVC dans la récupération des fonctions perdues. Cependant, l'engagement dans la rééducation peut être entravé par de multiples facteurs. Cette étude consiste donc à identifier comment l'ergothérapeute peut permettre l'engagement du patient dans la rééducation. Pour y répondre, cinq entretiens semi-directif ont été réalisés auprès d'ergothérapeutes formés à l'approche CO-OP et l'appliquant dans leur pratique professionnelle auprès de cette population. Les résultats de cette étude montrent que l'utilisation de la découverte guidée, des stratégies cognitives ainsi que l'outil MCRO apportent un réel apport sur l'engagement du patient post-AVC dans la rééducation. En effet, il se trouve acteur de sa prise en soins, en développant son processus de résolution de problèmes. Cependant, d'autres éléments favorisent aussi l'engagement du patient dans la rééducation. En effet, l'utilisation d'activités écologiquement pertinentes et simulées, l'alliance thérapeutique et le soutien des proches engagent le patient dans la rééducation.

Engagement in rehabilitation: a major issue for occupational therapy support

Keywords: stroke, occupational therapy, engagement, rehabilitation

Abstract: In France, stroke affects approximately 150,000 people each year. It represents the first cause of acquired disability in patients who keep heavy motor, sensory and cognitive after-effects, inducing an impact in the life habits of the latter. As a rehabilitator, the occupational therapist aims to accompany the stroke victim in the recovery of lost functions. However, engagement in rehabilitation can be hindered by multiple factors. This study therefore consists of identifying how the occupational therapist can enable the patient's engagement in rehabilitation. To answer this question, five semi-directive interviews were conducted with occupational therapists trained to the CO-OP approach and applying it in their professional practice with this population. The results of this study show that the use of guided discovery, cognitive strategies and the MCRO tool make real impact to the engagement of post-stroke patients in rehabilitation. Indeed, the patient is an actor in his care, by developing his problem-solving process. However, other elements also promote the patient's engagement in rehabilitation. Indeed, the use of ecologically relevant and simulated activities, the therapeutic alliance and the support of the relatives engage the patient in the rehabilitation.

AQUILON Maëva

Sous la direction de Madame GAMAIN Camille