



Institut de Formation en Ergothérapie de Paris

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

52 rue Vitruve, 75020 PARIS

L'accompagnement de l'ergothérapeute dans la reprise professionnelle post-AVC

Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'UE 6.5

S6 : Evaluation de la pratique professionnelle et recherche

Sous la direction de Madame Géraldine DEUDON (ergothérapeute D.E.)

Charlène BONNEREAU

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 remercie toutes les personnes qui m'ont aidé, encouragée et soutenue sans qui la réalisation de ce mémoire d'initiation à la recherche n'aurait abouti :

Tout d'abord, ma maitre de mémoire, Madame Géraldine DEUDON, pour m'avoir accompagné, conseillé et pour sa disponibilité.

Je remercie l'équipe pédagogique de l'institut de formation ADERE pour son accompagnement et sa disponibilité pendant mon parcours de formation.

Je remercie également les ergothérapeutes qui ont accepté de participer à mon enquête.

Enfin, je tiens à remercier mes proches pour leur précieux soutien et leurs encouragements tout au long de ces trois années d'études et de la réalisation de mon mémoire.

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
CADRE THEORIQUE.....	3
I. L'accident vasculaire cérébral.....	3
a. Définitions et étiologies.....	3
b. Epidémiologie : un enjeu majeur de santé publique	4
c. Facteurs de risques cardiovasculaires.....	5
d. Déficiences et leurs impacts sur la vie quotidienne	6
e. Parcours de soins et interprofessionnalité.....	8
II. L'ergothérapie	11
a. Définition de l'ergothérapie.....	11
b. Rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes atteintes d'un AVC	11
c. Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO).....	14
III. La reprise professionnelle suite à un accident vasculaire cérébral.....	16
a. Quelques notions de législation.....	16
b. Déficiences post AVC et reprise professionnelle.....	17
c. Rôle de l'ergothérapeute dans la reprise professionnelle.....	19
d. Différentes structures tournées vers la reprise professionnelle	20
Conclusion du cadre conceptuel.....	23
PHASE EXPLORATOIRE	24
I. Méthodologie de recherche	24
a) Objectifs.....	24
b) Choix de la population	24
c) Choix de l'outil.....	25
d) Elaboration de l'outil d'enquête	25
II. Analyse des résultats	27
a) Expérience professionnelle des ergothérapeutes interrogés auprès de la population AVC.....	27
b) La reprise professionnelle après un AVC.....	28
i. Intérêt d'une prise en soin précoce	28
ii. Champs d'intervention de l'ergothérapeute auprès du patient avec un projet de reprise professionnelle.....	29
c) L'utilisation de l'outil MCRO pour la reprise professionnelle	32

i.	Utilisation de l’outil MCRO par les ergothérapeutes.....	32
ii.	Utilisation de l’outil au cours de l’intervention	32
iii.	Les bénéfices et les limites de cet outil.....	33
d)	<i>La collaboration entre l’ergothérapeute du SSR et les structures de reprise professionnelle ..</i>	34
i.	La collaboration interprofessionnelle au sein du SSR	34
ii.	Collaboration avec les structures de reprise professionnelle	35
iii.	Les facteurs impactant la reprise professionnelle	37
e)	<i>Utilisation de la MCRO pour orienter la reprise professionnelle.....</i>	38
III.	Discussion	39
a)	<i>Mise en lien du cadre théorique avec les résultats obtenus</i>	39
i.	La reprise professionnelle après un AVC	39
ii.	L’utilisation de l’outil MCRO pour la reprise professionnelle	41
iii.	La collaboration entre l’ergothérapeute du SSR et les structures de reprise professionnelle	42
b)	<i>Retour sur l’hypothèse.....</i>	43
c)	<i>Les limites.....</i>	44
	CONCLUSION	45
	BIBLIOGRAPHIE	47
	ANNEXES	

Liste des sigles utilisés

AGEFIPH : Association de **G**estion du **F**onds pour l'**I**nsertion **P**rofessionnelle des **P**ersonnes **H**andicapées

APA : Allocation **P**ersonnalisée de l'**A**utonomie

AVC : Accident **V**asculaire **C**érébral

CDAPH : Commission des **D**roits et de l'**A**utonomie des **P**ersonnes **H**andicapées

CRP : Centre de **R**éorientation **P**rofessionnel

DEA : Dispositif **E**mloi **A**ccompagné

EHPAD : Etablissement **H**ébergements pour **P**ersonnes **A**gées **D**épendantes

ESAT : Etablissement et **S**ervice d'**A**ide par le **T**ravail

ETP : Education **T**hérapeutique du **P**atient

FAM : Foyer **A**ccueil **M**édicalisé

FIPHFP : Fonds pour l'**I**nsertion des **P**ersonnes **H**andicapées dans la **F**onction **P**ublique

HTA : **H**ypertension **A**rtérielle

LADAPT : L'association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées

MCREO : **M**odèle **C**anadien du **R**endement et de l'**E**ngagement **O**ccupationnel

MCRO : **M**esure **C**anadienne du **R**endement **O**ccupationnel

MDPH : **M**aison **D**épartemental pour les **P**ersonnes **H**andicapées

OETH : **O**bligation d'**E**mloi des **T**ravailleurs **H**andicapés

RQTH : **R**econnaissance **Q**ualité de **T**ravailleur **H**andicapé

SAMETH : **S**ervice d'**A**ide au **M**aintien dans l'**E**mloi des **T**ravailleurs **H**andicapés

SSR : **S**oins de **S**uite et de **R**éadaptation

UEROS : **U**nité d'**E**valuation, de **R**éentraînement et d'**O**rientation **S**ocioprofessionnelle

UNV : **U**nité **N**euro-**V**asculaire

INTRODUCTION

L'Accident Vasculaire Cérébral est un enjeu majeur de santé publique. Chaque année en France, 150 000 personnes sont atteintes d'un AVC. Cette pathologie représente la première cause de handicap acquis, la deuxième cause de déclin cognitif et la troisième cause de mortalité. L'âge moyen d'un AVC pour une personne est de 73 ans. Seulement 10% des patients atteints d'un AVC sont âgés de moins de 45 ans (ARS, 2020).

La prise en soin de cette pathologie nécessite l'intervention d'un ergothérapeute et d'une équipe pluriprofessionnelle (HAS, 2007).

J'ai effectué mon stage de première année en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) en milieu hospitalier. Lors de ce stage j'ai observé la prise en soin d'une patiente, Madame G., âgée de 33 ans victime d'un AVC ischémique avec une atteinte de l'hémicorps droit et une aphasie.

Ces déficiences peuvent entraîner un impact sur sa vie sociale, personnelle et professionnelle. Cette patiente avait 4 enfants (âgés de 1 an à 13 ans). Elle n'exerçait pas d'activité professionnelle car elle s'occupait de ses enfants et de toutes les tâches ménagères du domicile. Si cette patiente garde des séquelles suite à son AVC, elle rencontrera des difficultés dans la réalisation de ses activités de vie quotidienne.

Je me suis interrogée sur l'accompagnement que l'ergothérapeute peut apporter auprès des personnes atteintes d'un AVC.

Au regard de mon questionnement et après différentes lectures d'articles, j'ai choisi la question de départ suivante : Comment l'ergothérapeute peut intervenir dans l'accompagnement des personnes de moins de 45 ans ayant eu un AVC, après leur retour à domicile ?

Après plusieurs lectures et discussions lors d'un entretien exploratoire, j'ai décidé de modifier cette question de départ.

En effet, lorsque j'ai rédigé ma question de départ, je souhaitais aborder les différentes problématiques que le patient peut rencontrer au cours de son quotidien suite à un AVC (loisirs, conduite automobile, activité professionnelle). J'ai décidé d'affiner ma

problématique pour éviter que mon sujet ne soit trop large. La situation rencontrée lors de mon stage m'a questionné sur la reprise d'une activité professionnelle suite à un AVC malgré le fait que Madame G. ne travaillait pas lors de la survenue de son AVC.

Certaines personnes nécessitent un accompagnement pour la reprise d'une activité professionnelle suite à un AVC. L'accompagnement sera différent et individualisé en fonction des personnes et de leurs incapacités. L'accompagnement de l'ergothérapeute auprès des patients souhaitant reprendre une activité professionnelle est un sujet que je souhaite explorer.

En rédigeant ma question de départ je souhaitais cibler ma recherche sur les personnes âgées de moins de 45 ans. Après réflexion, j'ai décidé de modifier cette tranche d'âge car une personne âgée de plus de 45 ans peut également ressentir le besoin d'exercer ou de reprendre une activité professionnelle. La retraite est estimée à l'âge de 62 ans, j'ai donc décidé d'élargir ma population en ciblant toutes les personnes en capacité de travailler.

De par ces réflexions et ces questionnements, je suis parvenue à la question de recherche suivante :

Comment l'accompagnement de l'ergothérapeute, en service de soins de suite et de réadaptation, permet la reprise professionnelle d'un patient atteint d'un accident vasculaire cérébral ?

Ce mémoire d'initiation à la recherche débutera par une partie théorique reprenant les différentes notions clés de ma question de recherche. A la fin de cette première partie, une hypothèse de recherche sera énoncée. Ma seconde partie sera consacrée à la partie exploratoire qui permettra de répondre à cette hypothèse. Je présenterais la méthodologie de l'enquête, le recueil des données, et l'analyse des résultats, puis la discussion et les limites de cette partie exploratoire. Ce mémoire d'initiation à la recherche se terminera par une conclusion.

CADRE THEORIQUE

I. L'accident vasculaire cérébral

a. Définitions et étiologies

L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) est défini selon la Haute Autorité de Santé (HAS) comme l'arrêt brutal de la circulation sanguine suite à la survenue d'un caillot ou d'un vaisseau sanguin rompu au niveau d'une partie du cerveau (HAS, 2013). Ce phénomène bloque le passage du flux sanguin vers le cerveau. Les différentes parties du cerveau ne sont alors plus oxygénées ce qui entraîne leur dysfonctionnement. Les cellules cérébrales nécrosées ne sont pas régénérées, les effets dévastateurs de l'AVC sont alors permanents (France AVC, 2021).

On retrouve deux formes d'AVC (Figure 1) :

- Les accidents ischémiques ou infarctus cérébraux qui sont les plus fréquents et représentent 80% des AVC. Ils résultent de l'obstruction d'une artère par un caillot sanguin (thrombose ou embolie cérébrale). Plusieurs causes peuvent être à l'origine de cette forme d'AVC (INSERM, 2019) :
 - La dissection des artères carotidiennes et vertébrales,
 - L'arythmie cardiaque, la rupture d'une plaque d'athérome ou encore une maladie des petites artères,
 - Une origine veineuse (thrombose veineuse cérébrale).

Certains Accidents Ischémiques sont Transitoires (AIT). Lorsqu'un AIT se manifeste, les symptômes régressent spontanément dans les premières heures sans laisser de déficiences. L'urgence et la prise en soin doivent être identiques à un AVC ischémique car le risque de récurrence précoce, dans les 24 heures, est élevé. (ARS, 2020).

- Les AVC hémorragiques cérébraux et méningés représentent uniquement 20% des AVC. Ils sont liés à la rupture d'une artère cérébrale au niveau du cortex ou des méninges qui l'entourent. Ces AVC peuvent être spontanés ou en lien avec un traumatisme, une malformation vasculaire ou une tumeur. La rupture d'anévrisme (dilatation anormale de la paroi artérielle), la maladie des petites artères,

l'angiopathie amyloïde cérébrale sont des causes à l'origine des AVC hémorragiques cérébraux et méningés. (INSERM, 2019).

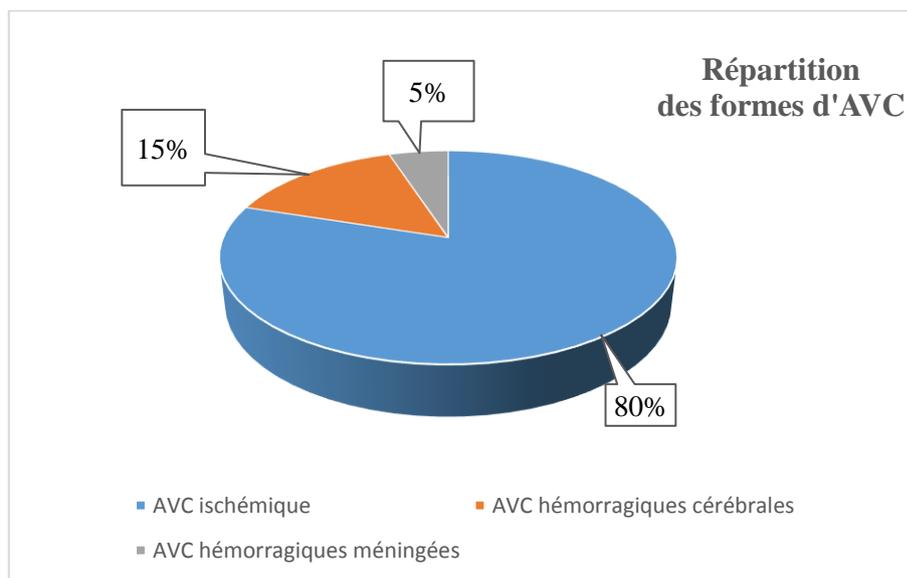


Figure 1 : Répartition des formes d'AVC (INSERM, 2019)

b. Epidémiologie : un enjeu majeur de santé publique

En France, on compte en moyenne 150 000 nouveaux cas d'AVC avec plus de 40 000 décès par an. L'AVC représente la première cause de handicap physique acquis chez l'adulte, la deuxième cause de déclin intellectuel et la troisième cause de mortalité (ARS, 2020).

L'âge moyen de survenue d'un AVC est de 74 ans. En revanche, 25% des patients atteints d'un AVC ont moins de 65 ans et 10% ont moins de 45 ans. Depuis quelques années, on constate une augmentation du nombre d'AVC chez les personnes de moins de 45 ans. En France, 40% des patients gardent des séquelles importantes suite à leur AVC (INSERM, 2019).

Selon l'institut national de la santé et de la recherche médicale, toutes les 4 minutes, une personne est victime d'un AVC en France (INSERM, 2019). L'AVC représente un enjeu majeur de santé publique. Le ministère de la santé et des sports a mis en place un "plan d'action national AVC 2010-2014".

Les 17 actions de ce plan sont réparties en 4 axes (ARS, 2020) :

- « Améliorer la prévention et l'information de la population avant, pendant et après l'AVC,
- Mettre en œuvre des filières de prise en charge et des systèmes d'information adaptés,
- Assurer l'information, la formation et la réflexion des professionnels,
- Promouvoir la recherche et veiller aux équilibres démographiques ».

L'objectif de ces différentes actions est d'améliorer la prévention et la prise en soin des personnes atteintes d'un AVC.

c. Facteurs de risques cardiovasculaires

Les facteurs de risques cardiovasculaires sont des circonstances ou des comportements de la vie quotidienne qui favorisent ou aggravent le risque de maladie cardiovasculaire. Il est important de déterminer les différents facteurs de risques afin de diminuer la prévalence des AVC.

La survenue d'un AVC est favorisée par des facteurs de risques. L'AVC ischémique est favorisé par le tabagisme, le diabète et l'hypercholestérolémie. L'Hypertension Artérielle (HTA) contribue au risque d'AVC hémorragique. Le risque peut être également majoré par des anomalies congénitales ou la prise d'un traitement anticoagulant. (Morin, 2009).

Ces facteurs de risques sont classés en 2 catégories :

- Les facteurs de risque non modifiables sont communs aux 2 formes d'AVC. L'âge est le facteur de risque le plus puissant, après 55 ans le risque d'AVC double tous les 10 ans. On constate un risque accru chez les hommes. (Béjot et al., 2009).
- Les facteurs de risques modifiables sont divisés en 2 catégories :
 - Les 3 principaux facteurs de risques médicaux des AVC sont l'HTA, le diabète et l'hypercholestérolémie.
 - Les facteurs de risque liés au style de vie de la personne sont le tabagisme, la consommation d'alcool, l'obésité, la sédentarité et l'alimentation. (Fondation pour la recherche médicale, 2022)

L'AVC est une pathologie pouvant entraîner de multiples déficiences qui auront un impact dans les activités de la vie quotidienne de la personne.

d. Déficiences et leurs impacts sur la vie quotidienne

La sévérité d'un AVC est variable et peut entraîner des déficiences plus ou moins lourdes. Dans 20% des cas, l'AVC peut entraîner le décès d'une personne un an après l'accident. Concernant les 80% restant, deux tiers d'entre eux récupèrent une indépendance dite fonctionnelle et trois quarts des patients peuvent reprendre une activité professionnelle. (INSERM, 2019).

En fonction de la zone du cerveau atteinte, les déficiences seront différentes. L'hémiplégie et l'aphasie sont les deux déficiences les plus fréquentes. La plupart des patients récupèrent leur capacité à marcher mais ils sont restreints quant à la fonctionnalité de leur membre supérieur. (INSERM, 2019).

Les conséquences suite à un AVC peuvent être physiques, cognitives ou psychiques :

- Les conséquences physiques peuvent être une hémiplégie, une hémiparésie... L'hémiplégie est l'une des déficiences les plus fréquentes et se définit par un déficit de la commande motrice du membre supérieur et inférieur. On constate une récupération plus importante sur les segments proximaux des membres (épaule et cuisse) que sur les segments distaux (main et pied). Ce déficit moteur a un impact dans les activités de vie quotidienne. L'impact le plus important concerne les soins personnels de la personne : se laver, se couper les ongles, s'habiller, prendre son repas... Toutes ces activités nécessitent une action bimanuelle que la personne hémiplégique ne peut plus réaliser. La personne peut alors réaliser ses activités en monomanuelles avec l'aide d'une aide technique si besoin. Certaines personnes rencontrent des difficultés et sont limitées lors des déplacements. L'utilisation d'un fauteuil roulant est alors nécessaire. (Charanton et al., 2018). L'hémiplégie s'accompagne le plus souvent de troubles cognitifs, spécifique à chaque hémisphère cérébral (De Morand, 2014).
- Les conséquences cognitives peuvent être multiples. L'aphasie est un trouble cognitif et correspond à un trouble du langage oral et écrit. L'aphasie peut toucher l'expression ou la compréhension. Elle est variable en fonction des personnes et en

fonction du type d'aphasie. Elle se manifeste lors d'un AVC de l'hémisphère gauche. Environ un tiers des patients garde des déficiences sévères entraînant une limitation de la communication qui peut impacter leur quotidien au niveau de leur rôle social. D'autres troubles cognitifs peuvent survenir à la suite d'un AVC comme les troubles de l'attention, de la mémoire ou encore des fonctions exécutives. La fatigabilité est une conséquence de l'AVC qui peut avoir des répercussions au niveau de la concentration. (Charanton et al., 2018). Des troubles praxiques, une anosognosie, des troubles du schéma corporel ou une héminégligence peuvent survenir à la suite d'un AVC (De Morand, 2014).

- Les conséquences psychiques comme la dépression sont fréquentes chez ces patients. Elle touche en moyenne 30% des patients et survient dans l'année qui suit l'AVC. Le patient est soumis à une autre image de soi et peut se sentir dévalorisé car sa place dans la société est bouleversée par son accident. La qualité de vie du patient est altérée mais sa prise en soin et sa récupération peuvent aussi être impactées. (INSERM, 2019). Le patient peut mal vivre les changements liés à son AVC, le regard des autres, l'arrêt de travail ou sa reclassification professionnelle (De Morand, 2014).

Ces déficiences peuvent avoir un impact sur les activités de vie quotidienne et sont classées dans différents domaines (Law et al., 2014) :

- « Les **soins personnels** intègrent les occupations qu'une personne réalise afin de se maintenir dans un état lui permettant de fonctionner ». L'hygiène, la mobilité fonctionnelle et la vie communautaire font partie des soins personnels.
- « La **productivité** inclut les occupations visant à préserver les revenus, à maintenir le foyer et la famille, à rendre service aux autres et à développer ses habiletés personnelles ». Le domaine de productivité regroupe le travail rémunéré ou non, la gestion du foyer ou le travail scolaire.
- « Les **loisirs** regroupent les occupations réalisées par une personne lorsqu'elle est libérée de son obligation d'être productive ». Les activités récréatives paisibles et la vie sociale sont des loisirs qui peuvent être impactés suite à un AVC.

Ces déficiences peuvent notamment avoir un impact sur la reprise professionnelle. Une sous-partie de ce mémoire d'initiation à la recherche sera consacrée aux déficiences de l'AVC et l'impact lors de la reprise professionnelle.

Un parcours de soins adapté avec l'intervention d'une équipe pluriprofessionnelle est nécessaire afin de permettre au patient une prise en soin optimale pour une meilleure récupération.

e. Parcours de soins et interprofessionnalité

Lors d'un AVC, on distingue 3 phases d'évolution (HAS, 2012) :

- La phase aigüe : J0 à J14 post AVC
- La phase subaigüe : J14 à 6 mois
- La phase chronique : au-delà de 6 mois

Dès la survenue de l'AVC, la personne est prise en soin à proximité du lieu où se produit son accident dans un service de soins intensifs ou dans une unité neurovasculaire (UNV). Les UNV ont été créés dans les années 1970. En France, on compte environ 140 UNV en 2017. (Crassard & Woimant, 2018).

Les patients sont ensuite hospitalisés en Médecine, Chirurgie, Obstétrique où une évaluation initiale est réalisée afin de préparer le parcours de rééducation et de réadaptation. Elle a lieu après la phase aigüe et permet d'évaluer la sévérité de l'AVC, le pronostic de récupération et les besoins de rééducation (HAS, 2020).

88% des patients ayant fait un AVC dit "sévère" sont ensuite transférés en Service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) (Crassard & Woimant, 2018). Lorsque le patient est admis en SSR, une équipe pluriprofessionnelle intervient dans sa prise en soin et contribue à sa rééducation, à sa réadaptation et à sa réinsertion (HAS, 2007) :

- Le médecin du service réalise une évaluation initiale afin d'effectuer les prescriptions nécessaires auprès des différents professionnels de la structure. Il réalise le premier diagnostic pour définir les axes de rééducation.
- L'ergothérapeute intervient dans un processus de rééducation, de réadaptation et de réinsertion. Il prend en charge les patients avec des déficiences motrices, sensibles et cognitives. Il réalise des mises en situation écologique afin de mettre en évidence l'impact de ses déficiences dans la vie quotidienne de la personne. L'ergothérapeute

peut également intervenir dans la maîtrise de l'environnement en évaluant et préconisant les aides techniques et humaines à mettre en place.

- Le kinésithérapeute participe à la rééducation du patient dans le cadre de déficiences motrices, de troubles de la posture, de trouble de l'équilibre et de la marche. Le kinésithérapeute joue un rôle majeur dans la prise en soins des complications des AVC.
- Le neuropsychologue intervient dans la prise en soin des déficiences cognitives, il aide à guider la réadaptation du patient.
- L'orthophoniste intervient dans la prise en soin des déficiences cognitives, dans les troubles de la déglutition et du langage.
- L'éducateur en activité physique et adaptée prend en charge des patients dans un but de prévention, de réadaptation, de réhabilitation, de réinsertion, d'éducation et de participation sociale.
- Le psychomotricien intervient auprès du patient sur le lien entre son psychisme et son corps.
- Le psychologue a un rôle majeur dans le soutien psychologique du patient. Il interroge le patient sur ses habitudes de vie notamment sur son isolement social et ses difficultés psychologiques et l'accompagne dans l'acceptation de son handicap tout au long de la prise en soin.
- L'infirmier évalue l'évolution de l'état de santé du patient. Il administre les traitements prescrits (surveillance des effets indésirables et de l'observance). Il réalise les soins spécifiques sur prescription médicale (escarres, sonde gastrique, gastrostomie...) et l'accompagne dans la rééducation en collaboration avec une équipe pluriprofessionnelle.
- Les aides-soignants exercent en collaboration avec les professionnels paramédicaux et participent aux soins d'hygiène et de confort du patient.
- L'assistante sociale réalise un bilan de la situation socio-économique du patient et l'accompagne dans la réalisation des dossiers. Elle l'informe sur ses droits et sur les prestations dont il peut bénéficier.
- La secrétaire médicale gère l'accueil des patients et les dossiers administratifs et rédige les comptes rendus médicaux.

Les professionnels de la rééducation (ergothérapeute, kinésithérapeute, orthophoniste...) travaillent sur prescription médicale.

La prise en soin des patients atteints d'un AVC se poursuit à la sortie de l'hospitalisation. Plusieurs éléments vont permettre le maintien du patient au domicile comme le degré de son handicap, la survenue de complications ou encore la participation de l'entourage et la formation des aidants. Il existe diverses prises en soin lors du retour à domicile (Crassard & Woimant, 2018) :

- Prise en soin par des professionnels libéraux (kinésithérapeutes, orthophonistes) et des services de Soins Infirmier à Domicile (SIAD). Ces professionnels interviennent chez les patients nécessitant des soins d'hygiène, de confort et de soins infirmiers.
- Hospitalisation de jour permettant au patient de poursuivre la rééducation, la réadaptation et la réinsertion en SSR. Cette prise en soin permet une adaptation progressive du patient à son handicap. Il fait le lien entre la sortie d'hospitalisation et le retour à domicile.
- Hospitalisation à domicile a pour but d'améliorer l'autonomie du patient dans son environnement habituel tout en poursuivant la rééducation, la réadaptation et la réinsertion. Elle permet également de former les aidants, le patient et son entourage dans son lieu de vie.
- Structures de soins de longue durée et les structures médico-sociales. Les personnes ne pouvant plus retourner à leur domicile au vu de leur capacité devront être orientées vers différentes structures comme des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ou des Foyers d'Accueils Médicalisés (FAM).
- Des associations interviennent dans la prise en soin post-AVC afin d'accompagner le patient et ses aidants.

Plusieurs professionnels et structures interviennent dans la prise en soin des patients post AVC. L'ergothérapeute a un rôle important dans l'autonomie et l'indépendance du patient dans ses activités de la vie quotidienne.

II. L'ergothérapie

a. Définition de l'ergothérapie

L'ergothérapeute est un professionnel de santé exerçant dans le domaine sanitaire, médico-social et social. Il collabore avec différents professionnels et intervient dans le processus de rééducation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes. L'ergothérapeute accompagne des personnes rencontrant des difficultés dans la réalisation de leurs activités de vie quotidienne. Il met en lien les occupations du patient avec la santé afin de lui permettre de réaliser ses activités de manière sécurisée, autonome, indépendante et efficace. (ANFE, 2010).

L'ergothérapeute prend en compte les habitudes de vie et l'environnement du patient. L'objectif est de rendre accessible son environnement en évaluant, en aménageant le lieu de vie et en préconisant les aides nécessaires à mettre en place. Il exerce dans différents domaines avec une population variée : rééducation fonctionnelle, réadaptation professionnelle, maintien à domicile... (Ministères des solidarités de la santé, 2012).

Il accompagne la personne « vers l'identification de ses difficultés, une récupération optimale de ses capacités fonctionnelles physiques et psychiques, l'adaptation à ses limites et vers le réinvestissement de ses activités et rôles sociaux antérieurs ». (ANFE, 2010). L'ergothérapeute améliore la participation du patient dans ses activités importantes. Le patient et son entourage sont des partenaires essentiels dans le choix des objectifs et des moyens d'intervention mis en place.

D'après l'article L4331-1 du Code de la santé publique « Les ergothérapeutes exercent leur art sur prescription médicale ».

Ces définitions ne nous permettent cependant pas de définir distinctement le rôle de l'ergothérapeute auprès des patients atteints d'un AVC.

b. Rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes atteintes d'un AVC

L'ergothérapeute joue un rôle majeur et multiple dans la prise en soin des patients atteints d'un AVC en service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Selon l'HAS (2012), une rééducation précoce, intense, continue, répétitive, diversifiée et orientée vers les activités de la vie quotidienne doit être mise en place par l'ergothérapeute.

Le processus d'intervention de l'ergothérapeute, défini par le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO), est composé de huit étapes. Ces étapes constituent le cadre conceptuel du processus de pratique canadienne (Caire & Rouault, 2017) :

1. Initier et établir le contact
2. Etablir les balises
3. Evaluer et analyser
4. Convenir des objectifs et du plan
5. Mettre en œuvre un plan
6. Faire le suivi
7. Evaluer le résultat
8. Conclure et mettre fin

L'ergothérapeute évalue ainsi les capacités et les incapacités motrices, cognitives et sensitives ainsi que les besoins du patient à son arrivée dans le service. La mise en place d'un fauteuil roulant (manuel ou électrique) peut être nécessaire afin de favoriser son indépendance lors de ses déplacements. Il détermine les caractéristiques requises en fonction de l'atteinte du patient. Des séances sont ensuite programmées afin d'apprendre au patient l'utilisation éventuelle d'un fauteuil. L'apprentissage des transferts est essentiel au début de la prise en soin du patient afin de mettre en place l'aide technique la plus adaptée pour effectuer ses transferts en sécurité. (OEQ, 2009).

L'ergothérapeute favorise la reprise des activités quotidiennes en tenant compte des capacités et des incapacités du patient. Il peut réaliser des bilans et des mises en situation écologique afin d'évaluer ses capacités et ses incapacités. L'ergothérapeute pourra établir les objectifs à travailler en séances. Travailler sur les activités de base et instrumentale de la vie quotidienne est nécessaire dès la prise en soin en SSR. L'ergothérapeute peut mettre en place des aides techniques pour aider le patient à réaliser certaines activités : éplucher un fruit, mettre des bas de contention... (HAS, 2020). L'ergothérapeute a pour rôle de restaurer les capacités cognitives, sensitives et motrices en orientant les séances vers ces objectifs. Afin que les séances soient bénéfiques, des activités signifiantes et significatives sont à favoriser pour que le patient soit motivé au cours de sa prise en soin. (ergOT, 2020).

Une évaluation de l'aptitude à la conduite automobile peut être réalisée en équipe pluriprofessionnelle avec le médecin, l'ergothérapeute et le neuropsychologue. Une consultation avec le médecin est primordiale afin de faire un point sur la situation médicale et le projet du patient. Un examen clinique est réalisé et a pour objectif de définir les aménagements nécessaires et les démarches à réaliser. Suite à cet examen, le patient doit se présenter auprès d'un médecin agréé. Ce médecin a pour rôle d'établir un avis médical sur l'aptitude à la conduite, il établit la durée de cette aptitude et énonce les restrictions mises en place. La réalisation d'un bilan neuropsychologique et d'une mise en situation sur route peut également être envisagée. (GERCAH-IDF, s.d). L'ergothérapeute pourra en parallèle concevoir des séances pour évaluer et mettre en place des adaptations. Si la reprise de la conduite automobile est impossible, il pourra aider le patient à trouver un autre moyen de transport (CAOT, s.d).

L'ergothérapeute, en collaboration avec l'assistante sociale, évalue les modifications ou les aménagements nécessaires à mettre en place dans l'environnement de la personne pour lui permettre de garder son rôle social : adaptation du poste de travail, faire le lien avec des associations, trouver des loisirs adaptés... Il peut proposer des aides techniques ou des aménagements pour compenser le handicap de la personne (CAOT, s.d).

L'une des compétences de la profession d'ergothérapie est la préconisation d'aide technique et l'aménagement du domicile. L'ergothérapeute fait le lien entre les capacités et les incapacités du patient, son environnement et ses habitudes de vie afin de lui proposer des aménagements adaptés lui permettant de favoriser son autonomie et son indépendance. L'ergothérapeute explique au patient les aides préconisées pour garantir sa sécurité. (ANFE, 2021). Une visite à domicile est régulièrement réalisée afin de définir les besoins en aides techniques et aides humaines pour envisager un retour à domicile sécurisé. Certains aménagements peuvent être envisagés afin de faciliter et sécuriser l'environnement de la personne (installations de barre d'appui et/ou de rehausseur de toilettes pour éviter les chutes et pour faciliter le transfert assis/debout; aménagement de l'espace pour faciliter le passage d'un fauteuil roulant). L'ergothérapeute peut également préconiser des aides techniques à mettre en place pour sécuriser les transferts dans la salle de bain ou pour favoriser l'autonomie du patient (fauteuil de douche, brosse à long manche...). L'objectif est de favoriser l'autonomie et l'indépendance du patient (OEQ, 2009).

L'ergothérapeute réalise un argumentaire, en collaboration avec l'assistante sociale, pour que les aides préconisées soient prises en charge par la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH). La MDPH intervient auprès des patients âgés de moins de 60 ans. Au-delà de 60 ans, les personnes bénéficient d'une aide du conseil départemental pour l'attribution de l'Allocation Personnalisée de l'Autonomie. Cet argumentaire est réalisé dans le cadre où la prise en charge par la sécurité sociale n'est pas optimale. (CNSA, 2022)

Les proches ont un rôle important lors de la prise en soin du patient. En effet, l'ergothérapeute aide la famille à comprendre les difficultés rencontrées par le patient lors de ses activités de la vie quotidienne. L'ergothérapeute accompagne et renseigne l'entourage du patient sur les risques qu'engendre le rôle d'aidant et sur l'importance de maximiser l'autonomie et l'indépendance du patient. (CAOT, s.d). L'Education Thérapeutique du Patient (ETP) et de son entourage est envisagée dès la phase aiguë de la prise en soin afin de favoriser l'évolution du patient. L'ETP permet au patient d'acquérir des compétences de prévention et de rééducation nécessaires pour comprendre et apprendre à vivre avec sa pathologie dans la vie de tous les jours. (HAS, 2012).

Enfin, le rôle de l'ergothérapeute est de permettre au patient d'effectuer toutes les tâches de la vie quotidienne, de retrouver partiellement ou totalement son autonomie et son indépendance d'avant.

L'ergothérapeute s'appuie sur des modèles conceptuels pour réaliser un diagnostic ergothérapique et un plan d'intervention.

c. Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO)

Afin d'accompagner le patient dans la reprise professionnelle, l'ergothérapeute peut s'appuyer sur des modèles conceptuels. Le MCREO est un modèle conceptuel utilisé en ergothérapie. D'après Marie-Chantal Morel Brack (2017), un modèle conceptuel est "une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique".

Le MCREO a été publié pour la première fois en 1983 sous le nom "Modèle canadien du rendement occupationnel" (MCRO) (voir annexe n°1). Le concept d'engagement a été ajouté en 2007 afin de montrer l'intérêt à la fois de l'engagement occupationnel mais aussi du rendement occupationnel. (Law et al., 2014).

La vie d'une personne est rythmée par ses occupations. Le terme "occupation" en anglais désigne les activités humaines signifiantes et significatives pour la personne. Les activités signifiantes et significatives sont un ensemble d'activités, qui ont une valeur socioculturelle et un sens personnel pour la personne. Elles comprennent 3 domaines : les soins personnels, la productivité et les loisirs. (Law et al., 2014).

Ses occupations peuvent affecter sa santé et son bien-être, lui donner un sens à sa vie et lui donner un cadre temporel et structurant. Les occupations d'une personne lui sont personnelles. L'occupation a une place centrale dans la prise en soin de l'ergothérapeute. La promotion de l'activité permet de maintenir la santé et contribuer à éprouver un sentiment de satisfaction en préservant le contrôle sur sa vie. (Caire & Rouault, 2017).

Il existe un outil d'évaluation intitulé "Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel" (MCRO) utilisé par certains ergothérapeutes (voir annexe n°2). L'objectif de cet outil est d'identifier les problématiques occupationnelles. Les cinq activités prioritaires pour le patient sont mises en évidence. La mesure de cet outil s'effectue sous forme de cotation de 1 à 10. Pour commencer, le patient doit coter l'importance de cette activité sur une échelle de 1 à 10 (1 correspond à une activité pas du tout importante pour lui et 10 une activité très importante pour lui). Le patient doit par la suite coter le rendement (sa capacité à réaliser l'activité) et sa satisfaction. Une réévaluation est nécessaire au cours de la prise en soin afin de mesurer les changements perçus par le patient au niveau de son rendement et de sa satisfaction. La passation de cet outil est réalisée sous la forme d'un entretien semi-directif (Law et al, 2014).

L'utilisation de cet outil n'est pas toujours possible. En effet, « la difficulté la plus grande pour la personne et son entourage est de réussir à exprimer leurs problèmes occupationnels » (Marchalot, 2016). L'anosognosie est un trouble secondaire à un AVC, ces patients auront des difficultés à identifier leurs problématiques occupationnelles.

La reprise d'une activité professionnelle peut être une activité signifiante pour le patient. Suite aux déficiences de l'AVC, l'intervention d'un ergothérapeute est nécessaire afin d'accompagner le patient dans la reprise de son activité professionnelle.

III. La reprise professionnelle suite à un accident vasculaire cérébral

a. Quelques notions de législation

D'après l'article 5213-1 du Code du travail, "Est considérée comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique."

L'article L5212-2 du Code du travail annonce que "tout employeur emploie des bénéficiaires de l'obligation d'emploi mentionnés à l'article L. 5212-13 dans la proportion minimale de 6% de l'effectif total de ses salariés".

Cette loi s'appliquait aux entreprises de plus de 20 salariés mais depuis le 20 janvier 2020, une nouvelle réforme applique cette loi à tous les employeurs quel que soit le nombre de salariés (DICOM, 2021).

La personne handicapée doit faire une demande auprès de la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH) afin d'être reconnue en tant que travailleurs handicapés (RQTH). Le dossier rempli comprend une partie administrative et une partie médicale expliquant ses déficiences. Cette reconnaissance peut permettre de compenser le handicap en bénéficiant d'un aménagement du véhicule, d'une adaptation du poste de travail, de favoriser l'embauche ou la reconversion et/ou d'accompagner les personnes dans leur projet de reprise professionnelle. Cette reconnaissance s'accompagne d'une orientation par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) vers (Fricotté, 2017):

- Un établissement ou un service d'aide par le travail
- Le marché du travail
- Centres de Réadaptation Professionnelle (CRP).

Ces aides sont financées par l'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH), les Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP) ou par l'Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés (OETH). Ces personnes ont aussi accès à des mesures d'aides

à l'emploi, à des formations ou à des aménagements comme les contrats d'apprentissage ou les contrats uniques d'insertion. (Fricotté, 2017).

D'autres dispositifs sont mis en place pour apporter une aide aux personnes en situations de handicap :

- AGEFIPH est une association créée en 1987 destinée au secteur privé. Elle est dirigée par des représentants de salariés, d'employeurs et de personnes en situation de handicap. Cette association a plusieurs missions (DICOM, 2017) :
 - Développer des parcours professionnels et sécurisés
 - “Renforcer l'accès des personnes handicapées à la formation de droits communs”
 - “Agir sur le système d'acteurs de l'emploi, de la formation, de l'orientation et du travail”.
- Le FIPHFP est défini comme le « catalyseur de l'action publique en matière d'emploi des personnes en situation de handicap ». Cette aide est à destination des employeurs dans la fonction publique ou des agents du service public en situation de handicap. La mission du FIPHFP est de créer une dynamique et d'inciter les employeurs publics à agir dans le but d'encourager au recrutement, à l'accompagnement et au maintien dans l'emploi. (D'Apolito, 2019)

Certaines déficiences peuvent avoir un impact sur la reprise professionnelle d'une personne.

b. *Déficiences post AVC et reprise professionnelle*

En France, 27,1 millions de personnes exercent une activité professionnelle. Un AVC peut survenir et affecter la carrière professionnelle.

Le délai de reprise professionnelle des patients gardant des séquelles physiques ou cognitives est parfois long et difficile, ce délai peut s'étendre jusqu'à 3 ans. Pour les patients avec peu de séquelles, un délai d'un à deux mois après l'AVC est nécessaire pour envisager une réinsertion professionnelle. La reprise d'une activité professionnelle suite à un AVC varie de 11 à 85% et dépend de la gravité de l'AVC (Schnitzler & Pradat-Diehl, 2006). Une étude

plus récente a montré que 25% des patients avec des troubles cognitifs et comportementaux reprennent une activité professionnelle (Annoni & Colombo, 2011).

Certaines déficiences peuvent persister à la suite d'un AVC et la personne peut être limitée dans la réalisation de ses activités. La motivation du patient est essentielle pour la réalisation d'un projet professionnel. En effet, l'activité professionnelle n'est pas signifiante pour tous. Les personnes pour qui leur travail contribue à leur occupation, seront demandeurs rapidement lors de leur prise en soin en SSR.

D'après Morin (2009), plusieurs facteurs sont à prendre en compte pour envisager la reprise d'une activité professionnelle :

- La profession du patient
- L'existence de troubles cognitifs
- Le marché du travail
- La fatigabilité du patient
- L'employeur

D'autres auteurs évoquent des facteurs similaires impactant la reprise professionnelle. D'après Charanton (2018), les déficiences motrices peuvent impacter la reprise d'une activité professionnelle notamment pour les professions manuelles car elles nécessitent une coordination bimanuelle et une dissociation des doigts. Certaines personnes sont également limitées dans leurs déplacements que ce soit pour se rendre au travail ou pour se déplacer sur le lieu de travail. Les déficiences cognitives peuvent limiter la reprise ou le maintien d'une activité professionnelle (troubles du langage, troubles des fonctions exécutives, troubles attentionnels, troubles de la mémoire). De nombreuses professions nécessitent une capacité à travailler en double tâche ou de pouvoir s'adapter à une nouvelle consigne. Dans le cadre de déficiences motrices ou cognitives, il faudra envisager un moyen de transport adapté à la personne pour se rendre sur son lieu de travail.

Une étude réalisée en 2020 a montré que les employeurs ont peu de connaissances sur le handicap d'une personne. Plus de connaissances permettraient de soutenir le projet du patient (Guzik et al., 2020). En effet, l'entreprise peut être un obstacle à une éventuelle reprise professionnelle. Si l'employeur est en opposition à mettre en place de nouveaux aménagements alors la reprise peut s'avérer difficile. Une fatigabilité est souvent présente et peut entraîner des difficultés à cette reprise (Annoni & Colombo, 2011).

L'intervention d'une assistante sociale, pendant la période de prise en soin du patient, est essentielle pour effectuer les démarches sociales. Son rôle est d'apporter son savoir sur les droits des patients et sur les différents organismes pouvant intervenir dans la reprise professionnelle. (Charanton, 2018).

L'ergothérapeute est un professionnel de santé pouvant accompagner le patient dans une démarche de reprise professionnelle.

c. Rôle de l'ergothérapeute dans la reprise professionnelle

L'ergothérapeute est au centre du processus de reprise professionnelle. Il collabore avec le patient, le personnel médical et le milieu professionnel (employeurs et salariés). (Ribas, 2014).

Il doit prévoir un aménagement de poste en identifiant les obstacles et les éléments facilitateurs à une reprise professionnelle optimale pour le patient. Ces aménagements permettront un retour dans la vie active adaptée (OEQ, 2009).

Ce processus de reprise professionnelle peut être divisé en 3 phases.

- Phase d'évaluation : l'ergothérapeute réalise un bilan fonctionnel et cognitif afin d'évaluer les difficultés du patient. L'objectif est de faire le lien avec les attentes du poste de travail du patient. Toutes ces évaluations permettent de définir les objectifs de rééducation à travailler en séance et les aménagements nécessaires à mettre en place.
- Phase de rééducation : lors de cette phase, l'ergothérapeute propose deux formes d'exercices pour rééduquer les fonctions déficitaires.
 - La première forme est dite « classique » avec différents moyens analytiques (papier-crayons, jeux).
 - La deuxième forme d'exercice est dite « écologique » avec des mises en situation en lien avec la profession du patient. Il évaluera l'évolution des performances du patient au cours de sa prise en soin.

En parallèle, un aménagement du poste de travail est envisagé afin d'anticiper la reprise professionnelle. Les aménagements sont réalisés en fonction des incapacités du patient.

- La dernière phase est le retour thérapeutique au travail. Les obstacles et les facilitateurs à la reprise professionnelle sont définis par l'ergothérapeute lors des phases précédentes. Le patient est mis en situation réelle avec un accompagnement personnalisé. Cet accompagnement est organisé par un ergothérapeute. Celui-ci définit des objectifs avec le patient en fonction de leurs demandes. Selon les obstacles identifiés par l'ergothérapeute, un mi-temps thérapeutique pourra être envisagé car certains patients ne pourront pas reprendre leur emploi à temps complet. Ces objectifs sont réévalués tous les mois afin de voir l'évolution du patient, son accompagnement sera adapté à ses besoins (Ribas, 2014).

L'ergothérapeute travaille en collaboration avec l'équipe pluriprofessionnelle (médicale et paramédicale).

Les patients peuvent être orientés vers des réseaux et des filières spécialisées dans la réinsertion et la reprise professionnelle.

d. Différentes structures tournées vers la reprise professionnelle

L'activité professionnelle est une occupation majeure et importante dans notre vie quotidienne. Plusieurs structures ont été créées et travaillent en collaboration afin d'accompagner le patient dans la reprise d'une activité professionnelle suite à un AVC.

Plusieurs dispositifs existent en France afin d'accompagner les personnes dans la réinsertion et la reprise professionnelle (D'Apolito, 2019).

Les Centres de Réadaptation Professionnelle (CRP) consistent à proposer des formations sur orientation de la CDAPH. Ces formations permettent à la personne de bénéficier d'une formation qualifiante avec rémunération. Elles permettent un accompagnement vers un emploi en milieu ordinaire. (D'Apolito, 2019). Depuis le décret n°2020-12-16, les CRP sont renommés « Etablissements et Services de Préorientation et de Réadaptation Professionnelle » (ESRP).

Les Unité d'Evaluation, de Réentraînement et d'Orientation Socioprofessionnelle (UEROS) est un dispositif médico-social s'adressant aux personnes cérébrolésées souhaitant s'engager dans une démarche d'insertion sociale et professionnelle. Il existe 2 modes de fonctionnement afin d'intégrer ce dispositif : les accompagnements externes ne nécessitant

pas l'orientation de la CADPH et les accompagnements sur recommandations de la CDAPH. Un accompagnement de 6 à 26 semaines est proposé au patient avec divers objectifs (Meimon Nisenbaum, 2018).

- Evaluer les aptitudes, l'environnement et la participation sociale de la personne
- Construire et mettre en œuvre un programme de réentraînement afin d'acquérir l'autonomie de la personne
- Construire le projet d'insertion en se basant sur l'évaluation et le programme de réentraînement
- Mettre en place un suivi du projet construit

Les organismes de placement spécialisés qui comprennent le Service d'Aide au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés (SAMETH) et CAP emploi. Ces deux organismes se sont associés depuis 2018.

L'objectif de SAMETH est d'assurer les besoins des patients concernant l'aide au maintien dans l'emploi, l'aide à la mobilisation des différents dispositifs de droits communs ou spécifiques. Ces droits sont financés par l'AGEFIPH ou le FIPHFP.

CAP EMPLOI est un service dédié aux personnes sans emploi. L'objectif est de conseiller et d'accompagner les personnes en demande d'emploi (définir leur projet professionnel, trouver une formation, apporter une aide dans la recherche d'emploi et les informer sur les aides et les dispositifs existants) (D'Apolito, 2019).

L'association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées (LADAPT) est une association loi 1901 spécialisée dans l'accompagnement des personnes handicapées. On retrouve 117 établissements spécialisés dans des services de formation d'insertion (comme les ESAT, les formations scolaires,...) après validation médicale. Depuis 1987, une semaine pour l'emploi des personnes handicapées est organisée par LADAPT afin de « sensibiliser, informer et agir sur l'employabilité des personnes en situation de handicap » (D'Apolito, 2019).

COMÈTE France est une structure d'accompagnement à la réinsertion professionnelle. En France et en outre-mer, on recense 52 associations COMETE France au sein de certains services de SSR. L'accompagnement du patient se fait à son rythme et dépend de différents

critères (son évolution médicale, son acceptation à reprendre une activité professionnelle différente de celle exercée auparavant...). (COMETE FRANCE, 2021).

Une équipe pluriprofessionnelle collabore au sein de cette structure (AUGE and al., 2019) :

- Le médecin coordinateur fait le lien entre la structure, les différents rééducateurs, le patient et le médecin du travail.
- L'ergothérapeute évalue les capacités du patient et réalise des mises en situation afin d'effectuer des préconisations pour compenser le handicap.
- L'ergonome analyse les situations de travail pouvant interférer dans la reprise professionnelle en se déplaçant sur le lieu de l'entreprise. Elle évalue également l'accessibilité du lieu de travail.
- La psychologue du travail intervient auprès des patients et évalue l'aspect cognitif. Elle intervient lors des visites dans l'entreprise pour les aménagements organisationnels en cas de troubles cognitifs chez le patient.
- L'assistante sociale constitue le dossier administratif et le dossier financier. Elle s'occupe également du suivi social tout au long de la prise en soin du patient.
- La secrétaire a pour rôle de coordonner les rendez-vous de consultations entre le patient et la structure.

Cette structure accueille les personnes en âge de travailler afin de les accompagner dans la mise en œuvre d'un projet d'insertion professionnelle en milieu ordinaire ou de formation. L'accompagnement par l'équipe COMETE France débute lors de l'hospitalisation du patient dans le service de SSR lors de la phase subaigüe. (D'Apolito, 2019).

Tous ces dispositifs ont pour but de permettre aux personnes en situation de handicap de trouver un travail adapté répondant à leurs attentes tout en favorisant leur épanouissement.

Conclusion du cadre conceptuel

L'ergothérapeute peut intervenir dans le processus de rééducation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes (ANFE, 2010). Il accompagne le patient atteint d'un AVC dans la reprise de ses activités de la vie quotidienne comme l'activité professionnelle.

Le processus d'intervention de l'ergothérapeute, défini par le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel, est composé de huit étapes. L'une des étapes consiste à évaluer et analyser afin de définir les objectifs et le plan d'intervention. (CAIRE and al., 2017). Afin d'évaluer le patient, l'ergothérapeute peut utiliser différents outils. La MCRO est un outil permettant d'identifier les problématiques occupationnelles et d'évaluer le rendement occupationnel d'une personne (Law et al., 2014).

L'intervention d'un ergothérapeute est nécessaire pour accompagner le patient avec un projet de reprise professionnelle car ces patients peuvent garder des séquelles à la suite de leur accident (CHARANTON, 2018). L'ergothérapeute est au centre du processus d'intervention, son rôle va être d'évaluer le patient et de rééduquer (avec des mises en situation et des aménagements techniques ou organisationnels) afin de permettre un retour thérapeutique au travail (RIBAS, 2014).

L'intervention d'une structure de reprise professionnelle peut parfois être nécessaire afin d'accompagner le patient dans son projet. En France, plusieurs dispositifs existent afin d'accompagner ces personnes (D'APOLITO, 2019).

C'est pourquoi, suite à la question de recherche :

Comment l'accompagnement de l'ergothérapeute, en service de soins de suite et de réadaptation, permet la reprise professionnelle d'un patient atteint d'un accident vasculaire cérébral ?

J'émet l'hypothèse suivante :

L'utilisation de l'outil MCRO peut permettre à l'ergothérapeute, en collaboration avec différentes structures, d'orienter la reprise professionnelle d'un patient atteint d'un accident vasculaire cérébral.

Afin de vérifier mon hypothèse, j'ai élaboré un outil d'enquête présenté dans la partie suivante.

PHASE EXPLORATOIRE

Cette partie présentera la méthodologie de recherche, puis l'analyse des résultats et enfin la discussion.

I. Méthodologie de recherche

a) Objectifs

L'objectif de cette phase exploratoire est de répondre à ma question de recherche et de confirmer ou infirmer mon hypothèse. Cette enquête va permettre de mettre en lien les données théoriques du cadre conceptuel présenté précédemment avec la pratique professionnelle des ergothérapeutes interrogés.

Les objectifs de l'enquête auprès de la population interrogée sont de :

- Recueillir l'expérience des ergothérapeutes exerçant en service de soins de suite et de réadaptation avec des patients ayant eu un AVC et souhaitant reprendre leur activité professionnelle.
- Connaître les différents moyens utilisés pour évaluer le patient avec un projet de reprise professionnelle.
- Identifier si ces ergothérapeutes collaborent avec des structures de reprises professionnelles et connaître l'intérêt de cette collaboration.

b) Choix de la population

Le sujet de mon mémoire porte sur les moyens utilisés par l'ergothérapeute pour accompagner la reprise professionnelle d'un patient après un AVC. Mon mémoire d'initiation à la recherche est centré sur les ergothérapeutes exerçant en service de Soins de Suite et de Réadaptation. Il me semble pertinent d'interroger des ergothérapeutes Diplômés d'Etat exerçant dans un secteur « neurologique » en SSR en Ile de France. J'ai ciblé ce secteur car l'AVC est une pathologie neurologique. De nombreux SSR existe dans cette région, il me semblait alors suffisant de ne pas élargir mes recherches vers d'autres régions.

Un autre critère d'inclusion à ma recherche est d'interroger des ergothérapeutes avec au minimum 3 ans d'ancienneté afin que cette enquête soit plus enrichissante par leur

expérience professionnelle. Ces ergothérapeutes doivent exercer auprès de personnes atteintes d'un AVC en âge de travailler et pratiquant une activité professionnelle avant la survenue de leur AVC.

c) Choix de l'outil

Afin de réaliser mon enquête, j'ai opté pour un outil qualitatif par la réalisation d'entretien. D'après Van Campenhoudt et ses co-auteurs (2017), l'entretien implique « des processus fondamentaux de communication et d'interaction humaine ». De plus d'après Tétrault (2014), l'entretien est défini comme « une méthode qui donne un accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions ou représentations ».

Il existe 3 formes d'entretiens : entretien directif, semi-directif et non directif. J'ai décidé de réaliser des entretiens semi-directifs. Cette forme d'entretien permet une flexibilité dans l'ordre des questions prédéfinies au préalable. L'ergothérapeute aura ainsi la possibilité d'approfondir certains sujets évoqués lors de l'entretien. (Tétrault, 2014).

J'ai réalisé quatre entretiens auprès d'ergothérapeutes afin d'obtenir une diversité d'expériences professionnelles. Les entretiens se sont déroulés entre le 24 Mars et le 11 avril, d'une durée de 30 à 45 minutes. Chaque entretien a eu lieu par téléphone. En amont, j'ai transmis à chaque ergothérapeute un formulaire de consentement pour l'enregistrement et la retranscription anonyme de l'entretien (voir annexe n°4). Pour réaliser l'entretien, j'ai utilisé un dictaphone.

d) Elaboration de l'outil d'enquête

Pré-questionnaire

J'ai décidé d'élaborer un pré-questionnaire (voir annexe n°3). L'objectif est de sélectionner des ergothérapeutes répondant à mes critères de recherche définis précédemment. Ce pré-questionnaire m'a permis de connaître les structures avec lesquelles ces ergothérapeutes collaborent pour la reprise professionnelle. J'ai posté sur les réseaux sociaux mon pré-questionnaire sur différents groupes de mémoire d'ergothérapie. En parallèle, j'ai transmis mon pré-questionnaire à 20 SSR situé en Ile de France. J'ai également contacté certains lieux par téléphone car je n'avais pas eu de retour à mes mails.

Guide d'entretien

Une fois mon pré-questionnaire réalisé, j'ai débuté l'élaboration de mon guide d'entretien avec les différents concepts à aborder en lien avec ma question de recherche et mon hypothèse. Ce guide d'entretien comporte plusieurs thèmes avec des questions de relance pour recentrer l'entretien si besoin ou s'il manque des éléments de réponses.

Mon guide d'entretien présenté en annexe n°5 est composé de quatre parties :

- L'expérience des ergothérapeutes afin de connaître le parcours professionnel du thérapeute et les différentes formations dont il a pu bénéficier.
- La reprise professionnelle des patients atteints d'un AVC. Les questions permettent de connaître l'intérêt d'une prise en soin précoce en ergothérapie et le processus d'intervention du patient avec un projet de reprise professionnelle.
- L'utilisation de l'outil MCRO. Les questions abordées dans cette partie permettent de connaître la manière dont l'ergothérapeute utilise cet outil, de connaître ces bénéfices et ces limites et de savoir si l'utilisation de la MCRO peut jouer un rôle dans la reprise professionnelle.
- La dernière partie concerne la collaboration avec les différentes structures de reprise professionnelle. Les questions permettent de connaître le déroulé du suivi du patient après sa prise en soin en SSR et les difficultés rencontrées lors de la reprise professionnelle.

A la fin de l'entretien, je demande aux professionnels s'ils souhaitent ajouter des éléments supplémentaires qu'ils n'auraient pas évoqués.

Les questions sont majoritairement ouvertes afin de laisser émerger les pensées de l'ergothérapeute. Le guide d'entretien a été validé par ma maître de mémoire.

II. Analyse des résultats

Avant d'analyser les entretiens réalisés, je les ai tous retranscrits. La retranscription de l'entretien n°3 se trouve en annexe n°6. Une fois la retranscription réalisée, j'ai mis en lien les éléments recueillis. J'ai réalisé une analyse thématique. Les ergothérapeutes seront nommés E1, E2, E3 et E4. La présentation et l'analyse des résultats sont présentées ci-dessous.

a) *Expérience professionnelle des ergothérapeutes interrogés auprès de la population AVC*

J'ai réalisé quatre entretiens auprès d'ergothérapeute exerçant dans des centres différents. Les premières questions de l'entretien ont pour but d'identifier les caractéristiques des ergothérapeutes interrogées (Tableau I).

	E1	E2	E3	E4
Année d'obtention du diplôme d'Etat	2018	2016	2016	2014
Nombre d'années d'expérience auprès de patients post-AVC	4 ans	3 ans et demi	6 ans	5 ans, deux structures différentes.
Formation complémentaire auprès de cette population	Aphasie et orthèse	MCRO, COOP, suivi du patient de l'UNV jusqu'au retour à domicile	MCREO, MCRO, aménagement du domicile	Non
Type de service	MPR neurologie et traumatologie	SSR neurologie, orthopédie, traumatologie	SSR neurologie, orthopédie, traumatologie	SSR neurologie et traumatologie

Tableau I : Profils des ergothérapeutes interrogées

Les ergothérapeutes interrogées sont toutes des femmes diplômées depuis minimum 4 ans. Leur expérience professionnelle auprès de patients atteints d'un AVC varie de 3 ans et demi à 6 ans. Cette variété d'expérience professionnelle permet d'enrichir cette enquête.

Trois d'entre elles (E1, E2, E3) ont bénéficié de formation complémentaire au cours de leur parcours professionnel. La diversité des formations reçues permet à chaque ergothérapeute d'apporter des réflexions différentes.

E1 a bénéficié de formation sur l'aphasie pour « *mieux communiquer avec les patients aphasiques* » et sur les orthèses afin de se perfectionner.

E2 et E3 ont suivi une formation sur l'utilisation de l'outil MCRO. Selon E2, l'objectif de cette formation était « *de permettre une meilleure adhésion à la prise en charge et revoir les objectifs formalisés par les patients sur leur prise en charge* ». La formation COOP reçue par E2 avait pour but de « *mettre en place une rééducation sur les objectifs qui étaient formulés au niveau occupationnel* ».

En plus de la formation sur l'outil MCRO, E3 a suivi une formation sur l'aménagement du domicile pour « *bénéficier de plus de savoir-faire, technique et théorique, dans le cadre des visites à domiciles et la préconisation d'aménagement du domicile* ».

E3 est ergothérapeute référente de l'unité COMETE de son service de SSR. Son expérience auprès de l'unité comète est un atout pour cette étude.

b) La reprise professionnelle après un AVC

i. Intérêt d'une prise en soin précoce

D'après les quatre ergothérapeutes, il est important d'intervenir de manière précoce dans la prise en soin du patient après un AVC. Plusieurs objectifs à cette prise en soin précoce ont été mis en avant par les ergothérapeutes.

Un des objectifs principaux est de prévenir les troubles cutanés trophiques et l'apparition de la spasticité « *il faut prévenir aussi l'enraidissement des membres, de la posture* » (E4).

L'ergothérapeute favorise l'autonomie et l'indépendance du patient dans ses activités de la vie quotidienne. Cette prise en soin précoce permet à l'ergothérapeute de « *l'aider à trouver des solutions pour être autonome rapidement* » (E1) et de « *favoriser son indépendance à l'instant T* » (E2).

Selon trois des ergothérapeutes (E1, E2 et E3), l'image de soi est importante car le patient doit apprendre à vivre avec son handicap. Il est alors important de rassurer le patient et de lui apporter un soutien psychologique.

Les quatre ergothérapeutes ont le même objectif, ils accompagnent la récupération du patient. L'intérêt est de pouvoir « *intervenir pour favoriser la qualité de vie de la personne, son confort et optimiser un maximum la récupération fonctionnelle dans un premier temps* » (E3).

D'après ces quatre ergothérapeutes, cette prise en soin permet d'optimiser la reprise professionnelle. Selon trois ergothérapeutes, la notion de reprise professionnelle n'est pas abordée dans un premier temps. Cette notion est abordée en fonction de l'atteinte du patient. D'après E1 et E4, il faut compter au minimum 6 mois après l'AVC pour envisager une reprise professionnelle. Avant de parler de reprise professionnelle, il est important que le patient soit autonome et indépendant dans les activités de base de la vie quotidienne. Ces activités sont essentielles pour envisager une reprise professionnelle car il faut être en capacité de « *s'habiller seul, se laver, se déplacer* » (E1).

E3 quant à elle pratique dans sa structure la Démarche Précoce d'Insertion (DPI), elle aborde la notion de reprise professionnelle dès les premières semaines d'hospitalisation. Aborder la reprise professionnelle de manière précoce permet à l'ergothérapeute de rassurer le patient quant à la question de la reprise professionnelle.

Selon les quatre ergothérapeutes, la prise en soin précoce du patient permet d'optimiser sa rééducation et notamment la notion de reprise professionnelle même si cette notion n'est pas abordée au même moment. Selon E4, il faut être vigilant aux troubles cognitifs qui peuvent être une limite à la reprise professionnelle.

ii. Champs d'intervention de l'ergothérapeute auprès du patient avec un projet de reprise professionnelle

	E1	E2	E3	E4
Nombre de patients avec un projet de reprise professionnelle	Plus de 10 patients par an	Moins de 5 patients par an	Plus de 10 patients par an	Entre 5 et 10 patients par an

Tableau II : Nombre de patients atteints d'un AVC avec un projet de reprise professionnelle

Le nombre de patients avec un projet de reprise professionnelle varie en fonction des ergothérapeutes (Tableau II). Cette diversité s'explique par la population rencontrée. Le faible nombre de E2 est lié à une majorité de patients retraités. E3 rencontre plus de 10

patients par an, elle précise même en rencontrer 5 par mois. Ce taux élevé peut s'expliquer par la présence d'une unité COMETE au sein de la structure dans laquelle elle travaille.

Le processus d'intervention pour le patient avec un projet de reprise professionnelle est composé de trois phases d'après les ergothérapeutes interrogées. La première phase consiste en une évaluation (E1, E2, E3, E4). La deuxième phase est la rééducation (E1, E2, E3) et la dernière phase est la réadaptation (E1, E2, E3, E4).

Evaluation

Pour évaluer le patient au cours de sa prise en soin afin de permettre la reprise professionnelle, les ergothérapeutes citent différents outils :

- Recueil d'informations (E1, E3, E4).
- Mise en situation (E1, E2, E3, E4).
- MCRO (E1, E3, E4).
- Bilan non normé (E1).

Pour trois des ergothérapeutes, une première phase consiste à un entretien. Cet entretien a pour objectif de recueillir les informations concernant leur poste de travail en détaillant les tâches requises. Ce recueil d'information permet d'évaluer les compétences et les capacités nécessaires pour envisager une reprise professionnelle.

La mise en situation est le moyen cité par les quatre ergothérapeutes. Les mises en situation permettent de s'assurer que la personne est en capacité de réaliser les activités de manière autonome et indépendante. Elles sont réalisées soit dans le service de SSR soit en entreprise. L'objectif est de « *simuler les tâches du travail* » (E3) et de « *se rapprocher un maximum de ce que la personne va être amenée à faire* » (E4). E4 ajoute que les mises en situation permettent de se rendre compte des capacités réelles de la personne. Certaines personnes sont en difficultés lors de certains exercices mais elles ont les capacités nécessaires lors des mises en situation. Lorsque les patients sont mis en situation, certains gestes effectués sont des automatismes car ils avaient l'habitude de les réaliser auparavant. Pour E3 et E4, ces mises en situations peuvent être réalisées dans le service de SSR ou directement sur le lieu de travail de la personne. En ce qui concerne E1 et E2, les mises en situations sont directement réalisées dans le service de SSR par manque de temps.

La MCRO est un moyen cité par trois ergothérapeutes. Au cours de la MCRO, « *le patient va déterminer ses propres objectifs donc ça va être au cours d'un entretien motivationnel où on va faire ressortir des points avec lui sur l'hygiène personnel, sur les loisirs, sur le travail qui lui pose des soucis et ceux sur quoi il a envie de travailler* » (E4). E2 utilise cet outil de manière générale, la reprise professionnelle apparaît comme un objectif global. Le patient ne détaille pas les tâches requises au travail.

E1 utilise, en plus de la MCRO et des mises en situation, un bilan non normé. Ce bilan consiste en une « *description d'une journée type, le patient décortique toutes les tâches du travail* ». L'objectif étant de pouvoir cibler les problématiques rencontrées.

Rééducation

D'après E1, cet entretien permet de cibler les objectifs de rééducation pour que le patient puisse réaliser des gestes fonctionnels qui lui permettront de reprendre son activité professionnelle. Selon E2, « *faire de la rééducation analytique permet par la suite de réaliser des mises en situations écologiques en lien avec le travail de la personne* ».

Réadaptation

La réadaptation est la dernière phase du processus d'intervention évoqué par les ergothérapeutes. Deux d'entre-elles ont la possibilité de se rendre sur le lieu travail du patient avec les autres professionnels intervenants dans le projet de reprise professionnelle. L'objectif est de définir les conditions de retour au travail avec l'employeur. Les adaptations possibles sont des mi-temps thérapeutique, des aménagements d'horaires ou des tâches de travail. Pour E2, l'endroit où elle travaille ne lui permet pas de se rendre sur le lieu de travail de la personne. Elle oriente donc les patients vers des structures spécialisées.

Ces quatre ergothérapeutes abordent la notion de reprise professionnelle à des moments différents de la prise en soin.

Temporalité dans le processus d'intervention

La reprise professionnelle est envisagée à long terme par E1 et E4 (environ 6 mois après l'accident) mais elles peuvent commencer à aborder le sujet plus tôt dans le processus d'intervention. Avant cette période le patient est dans l'optique de « *réapprendre à s'habiller et à se laver. C'est un peu comme si c'était la pyramide de Maslow* » (E1), il « *n'est pas capable de se projeter dans ses capacités qu'il aura plus tard* » (E4). E1 explique que le travail n'est pas la priorité des patients car l'AVC est « *un bouleversement dans leur vie* ».

Son rôle est d'accompagner les patients à réfléchir à la notion de reprise professionnelle mais ce sont « *les associations ou les structures comme COMETE qui aide à reprendre le travail* ».

E2 n'a pas su définir de moment précis pour intervenir. Elle intervient en fonction de la stabilisation du patient et lorsqu'il est dans une demande de reprise professionnelle.

Concernant E3, elle intervient le plus souvent en phase 2 après la phase d'accueil et d'évaluation de la DPI. Cette phase est l'élaboration du projet qui se déroulera pendant des entretiens avec le patient et son entourage. Elle intervient lors de la dernière phrase du processus qui est la phase de mises en situation. Les mises en situation peuvent avoir lieu au sein du centre ou en entreprise. En tant qu'ergothérapeute « *on a un regard un petit peu plus centré sur les capacités, les incapacités, les problématiques occupationnelles de la personne* » (E3).

c) *L'utilisation de l'outil MCRO pour la reprise professionnelle*

i. Utilisation de l'outil MCRO par les ergothérapeutes

	E1	E2	E3	E4
Utilisation de l'outil MCRO depuis	3 ans et demi	4 ans	5 ans	4 mois
Apprentissage de l'outil	Institut de formation d'ergothérapeute	Formation MCRO	Formation MCRO	Former en interne par une collègue

Tableau III : *Utilisation et apprentissage de l'outil MCRO*

E4 n'a pas eu de formation mais elle estime que suivre la formation permet d'être « *serein sur son entretien motivationnel pour pouvoir ressortir des objectifs concrets* ». (Tableau III)

ii. Utilisation de l'outil au cours de l'intervention

Les quatre ergothérapeutes utilisent cet outil avec des objectifs et à des moments différents de la prise en soin.

Lors de l'utilisation de la MCRO, E1 questionne le patient uniquement sur l'importance de l'activité et sa satisfaction à réaliser l'activité. Elle ne pose pas la question du rendement car elle n'a pas l'occasion de faire une réévaluation. E2 utilise cet outil le plus souvent après le retour à domicile car les activités sont plus significantes pour les patients. E4 attend que la première sortie thérapeutique ait eu lieu pour réaliser la MCRO. Elle utilise en premiers lieu,

l'occupationnel questionnaire qui « *détermine une journée type pour que le patient puisse se projeter dans sa journée par exemple avec la reprise professionnelle* ». Ce questionnaire va permettre d'apporter des éléments pour la MCRO. E3 utilise cet outil pour « *cibler les demandes premières et plus urgentes de la personne* ». La personne doit définir les 5 activités les plus importantes pour lesquelles elle rencontre des difficultés. Si les personnes abordent plus de 5 problématiques occupationnelles, il ne faut pas les négliger. Il est important de les aborder lors de l'accompagnement en ergothérapie.

Les ergothérapeutes définissent la passation de la MCRO comme « *un entretien motivationnel où le patient détermine les activités importantes, on cote l'importance, le rendement et la satisfaction* » (E4). Le patient détermine ses propres objectifs de prise en soin. L'échelle de 1 à 10 permet au patient de se rendre compte de son évolution lors de la réévaluation. E3 réévalue la MCRO 4 à 6 semaines. De nouvelles problématiques occupationnelles peuvent émerger au moment de la réévaluation, une nouvelle MCRO peut être envisagée.

Elles utilisent la MCRO à des moments différents de la prise en soin du patient. E3 l'utilise en début de prise en soin et en fonction du type d'hospitalisation. Pour l'hospitalisation de jour, les patients sont rentrés à domicile, ils peuvent « *facilement cibler les problématiques occupationnelles* » (E3). La MCRO peut donc être réalisée lors de la première semaine d'hospitalisation de jour. Pour l'hospitalisation complète, la MCRO est réalisée lors du premier mois de prise en soin. E4 ne l'utilise pas de manière précoce mais plutôt après la première sortie thérapeutique. E2 l'utilise lorsqu'elle manque d'objectif après le retour à domicile. Concernant E1, elle l'utilise plutôt en fin de prise en soin, aux alentours de 6 mois.

iii. Les bénéfices et les limites de cet outil

	E1	E2	E3	E4
Bénéfices	<ul style="list-style-type: none"> • Prise de conscience • Adaptation de l'outil 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise de conscience 	<ul style="list-style-type: none"> • Cibler les activités occupationnelles • Facile d'accès sans formation • Adaptation de l'outil 	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer ses propres objectifs • Acteur • Engagement
Limites	<ul style="list-style-type: none"> • Aphasie • Troubles cognitifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Anosognosie • Difficultés d'auto-évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> • Problématiques langagières, comportementales et cognitives • Contrainte temporelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne peut être utilisé en précoce • Anosognosie

Tableau IV : Les bénéfices et les limites de l'outil MCRO

Les ergothérapeutes ont mis en avant de nombreux bénéfices à l'utilisation de cet outil. Le patient est « *acteur des objectifs qu'il se fixe, il va les prioriser et ça va vraiment l'engager dans sa prise en charge* » (E4). Cet outil permet de cibler les problématiques occupationnelles de la personne et évite au thérapeute de « *mettre en avant nos propres représentations* ». (E3). Certaines activités vont nous sembler importantes alors qu'elles ne le seront pas pour le patient. D'après E1 et E2, cet outil permet aux patients de prendre conscience de leurs difficultés, et de « *revoir toutes les activités qui peuvent être réalisées au travail et voir celles pour lesquelles ils rencontreraient des difficultés* » (E2). La MCRO permet de connaître les activités importantes du patient afin de fixer des objectifs de prise en soin.

Les troubles cognitifs sont une limite pour les quatre ergothérapeutes, notamment l'anosognosie car la MCRO ne sera pas représentative. En ce qui concerne les autres troubles cognitifs comme l'aphasie, certains ergothérapeutes adaptent la passation de l'outil. « *On a parfois la possibilité d'adapter, d'avoir par exemple des réglettes ou il y a une cotation qui est adaptée par exemple avec des smileys ou des choses comme ça* » (E3). E3 évoque également la contrainte temporelle puis ajoute « *ce n'est pas pour moi une limite. J'ai aucun soucis à faire passer ce bilan sur plusieurs séances si on a besoin de prendre du temps pour creuser, pour réfléchir, ensemble c'est pas du tout un souci* ».

d) *La collaboration entre l'ergothérapeute du SSR et les structures de reprise professionnelle*

i. La collaboration interprofessionnelle au sein du SSR

Au sein du SSR, l'ergothérapeute collabore avec différents professionnels pour la reprise professionnelle. Le médecin et l'assistante sociale sont les deux professionnels ayant été cités par tous les ergothérapeutes. Selon E4, les acteurs principaux sont l'orthophoniste, la neuropsychologue et la psychologue « *je pense que la prise en charge psychologique est très importante* ». Dans le service où exerce E3, la démarche précoce d'insertion (DPI) est une « *philosophie de pensée* ». Chaque professionnel intervient dans le cadre de la DPI. En ce qui concerne la reprise professionnelle, les acteurs principaux sont les professionnels intervenant au sein de l'unité COMETE (médecin, chargé d'insertion ergonomique, ergothérapeute, assistante sociale et psychologue). Elle finit par ajouter que « *l'ensemble des*

professionnels que ce soit en staff ou en synthèse à son mot à dire concernant la reprise professionnelle de la personne ».

ii. Collaboration avec les structures de reprise professionnelle

	E1	E2	E3	E4
Collaboration	Non	Non	Oui	Oui
Types de structures	/	/	ESAT hors les murs DEA COMETE UEROS	Infrastructure militaire UEROS COMETE
Rôle	Orientation vers COMETE	Orientation vers UEROS	Accompagnement	Accompagnement

Tableau V : Collaboration avec des structures de reprise professionnelle

Comme précisé dans le tableau ci-dessus (Tableau V), E1 et E2 ne collaborent pas avec des structures de reprise professionnelle. Cela s'explique par l'absence de structure de reprise professionnelle rattachée au SSR. E1 explique « *orienter les patients vers COMETE* » mais elle n'a pas de suivi après l'orientation. L'ergothérapeute n'est pas en contact avec ces structures, elle ne réalise pas de transmissions pour poursuivre le suivi. E2 souhaiterait collaborer avec UEROS d'une autre structure mais malheureusement « *il favorise les reprises professionnelles des patients qui sont déjà suivi dans leur centre, on est assez limité pour trouver des structures adaptées* ». Lorsqu'un transfert vers une structure spécialisée dans la reprise professionnelle est possible, elle leur transmet tous les documents importants concernant le suivi du patient. Le patient est toujours suivi dans le service de SSR par le médecin MPR. Il réalise des consultations avec le patient pour connaître les conditions et le ressenti du patient sur le retour au travail afin d'évaluer si une levée de mi-temps thérapeutique est envisageable. Les patients peuvent être vus en hôpital de jour pendant leur mi-temps thérapeutique pour évaluer les difficultés rencontrées au travail afin de trouver des solutions.

Ces deux ergothérapeutes estime qu'une collaboration avec une structure de reprise professionnelle peut être bénéfique pour la poursuite de la prise en soin du patient « *c'est vraiment un grand frein qu'on a de ne pas réussir à avoir de vrai suivi derrière* » (E2). Toujours d'après ces deux ergothérapeutes il serait intéressant de « *communiquer avec les collègues ou les employeurs des patients* » (E1) et d'avoir des personnes avec un temps dédié « *pour pouvoir aller faire des mises en stages, ça serait une grande ressource* » (E2).

E3 et E4 sont en collaboration avec différentes structures de reprise professionnelle. Elles estiment que travailler avec ces structures est un grand avantage car « *ils ont une expertise dans la reprise professionnelle, ils vont accompagner le patient* » (E4) ; « *facilement communiquer avec eux et de pouvoir faire du lien avec ces structures c'est une chance* » (E3). Elles n'ont pas notifié de désavantages à travailler avec ces structures. Elles insistent sur le fait qu'il est « *hyper important de faire appel à des services spécialisés que ce soit pour la reprise professionnelle ou [...] pour la reprise de la conduite par exemple. C'est hyper important* » (E4) et que le fait de « *de pouvoir passer ce type de relai, c'est très constructif et très important pour la suite du patient* » (E3).

E3 est référente de l'unité COMETE de sa structure, elle m'explique que le suivi se passe uniquement sur 3 – 4 ans et que pour certaines personnes, il faut davantage de temps pour qu'une personne puisse reprendre son travail. Elle travaille en collaboration avec l'ESAT et le DEA lorsque la reprise professionnelle en milieu ordinaire n'est pas envisageable au vu des séquelles du patient. L'ESAT est une structure soumise à la MDPH, « *on a des personnes qui souhaitent reprendre un emploi mais qui doivent attendre la commission de la MDPH et qui doivent donc attendre 8-9 mois d'avoir une notification MDPH pour être orienté vers ce type de structure* » (E3) Elle ajoute qu'ils « *n'hésite pas, nous en tout cas à intervenir avec l'unité COMETE et quand notre champs d'intervention est limité, à faire le relai à d'autres structures* ».

E4 m'explique que les ergothérapeutes du SSR ont la possibilité de suivre le patient même après sa sortie. Le médecin joue un rôle d'« *interlocuteur* » (E4). Lors de sa consultation avec le patient, il est possible que les ergothérapeutes soient amenés à le revoir pour poursuivre les séances.

Concernant le déroulé du suivi, E3 m'informe qu'après le suivi en hospitalisation complète et en hôpital de jour, le patient est toujours suivi par l'équipe COMETE. Le système utilisé est COMETE DPI « *la personne est encore dans nos bases de données, elle est encore suivie mais on la voit ponctuellement pour faire un point régulier* ». Le médecin voit le patient de manière ponctuelle en consultation et la chargée d'insertion ergonomique est régulièrement en contact avec la structure pour s'assurer du bon déroulement du suivi. Le patient est également suivi par mail ou par téléphone par le chargé d'insertion ergonomique.

iii. Les facteurs impactant la reprise professionnelle

Plusieurs difficultés ont été mises en avant par les différents ergothérapeutes (Tableau VI) :

	E1	E2	E3	E4
Difficultés	Séquelles motrices Troubles cognitifs et attentionnels Fatigabilité	Anosognosie Employeur	Employeur Séquelles Impact psychologique Télétravail Difficultés de concentration	Employeur Fatigabilité

Tableau VI : Les difficultés rencontrées impactant la reprise professionnelle

L'employeur est la difficulté la plus mentionnée par les ergothérapeutes. Il peut être un frein à la reprise professionnelle du patient, « *quand on va faire une reprise professionnelle alors parfois on va demander un temps de travail adapté avec des reprises à mi-temps et ce n'est pas toujours accepté* » (E4), « *son employeur avait refusé pas mal d'adaptation de poste* » (E2). Certains employeurs demandent également plus de missions que prévu au patient « *les entreprises parfois sont un petit peu en demande parfois un petit peu beaucoup sans forcément se rendre compte des capacités et des difficultés de la personne donc à nous de réintervenir* » (E3).

La fatigabilité est un élément à prendre en compte lors de la reprise professionnelle, « *parce que l'AVC, ça fatigue beaucoup* » (E1) ; « *ça va être la fatigabilité qui va être un frein à la reprise professionnelle parce que, non pas que la personne elle n'est pas capable mais la fatigabilité va jouer énormément* » (E4).

Pour certains patients, l'acceptation de leur handicap peut s'avérer compliqué. L'AVC peut entraîner de nombreuses séquelles, qu'elles soient motrices ou cognitives. Ces séquelles peuvent avoir un impact sur le patient.

« *Du fait de l'anosognosie, y'avait vraiment un refus de certains troubles* » (E2). « *En lien avec les compétences de la personne parfois la personne ne peut pas reprendre son poste actuel mais est reclassé* » (E3).

Le fait d'être reclassé peut parfois être dévalorisant pour la personne car les responsabilités ne sont pas les mêmes, « *on a des patients qui le vivent extrêmement mal* » (E3). Cette

dévalorisation peut avoir un impact psychologique sur le patient car il doit faire le deuil de son ancien poste de travail.

Le télétravail est un élément qui a été abordé par E3 « *on a des personnes qui le vivent pas toujours très très bien de se retrouver isolées chez eux* ». Certains patients avec des troubles attentionnels auront plus de mal à se concentrer chez eux, dans leur milieu de vie, avec les enfants aux alentours par exemple.

e) Utilisation de la MCRO pour orienter la reprise professionnelle

Avant de conclure l'entretien, j'ai demandé à chaque ergothérapeute « que pensez-vous de l'utilisation de la MCRO pour orienter la reprise professionnelle ? ».

Les réponses ressorties sont que la MCRO permettrait de :

- Prendre confiance en soi « *La MCRO ça pourrait l'aider à se rendre compte qu'il est capable de faire les choses et que c'est important pour lui donc ça pourrait permettre à certains patients de reprendre confiance en eux et de prendre conscience de ses difficultés* » (E1).

- Cibler les problématiques occupationnelles qui pourront être rencontrées au travail pour se projeter sur une reprise professionnelle « *la MCRO nous permettant de fixer nos objectifs, ça nous permet de manière très concrète de pouvoir constater des difficultés de la personne dans ces occupations et [...] de se projeter sur une certaine reprise professionnelle* » (E3).

- Fixer des objectifs de rééducation en fonction du projet professionnel « *La MCRO va nous permettre de mettre en évidence certains objectifs* » (E4)

L'objectif sera de travailler chaque objectif lors des séances d'ergothérapie afin de favoriser la reprise professionnelle.

D'après E1, la MCRO est un outil pouvant être utilisé lors de la reprise professionnelle « *la MCRO peut aider à ce début de réflexion* ».

III. Discussion

Cette partie consiste à mettre en lien les informations de la partie théorique avec les données recueillies suite à l'analyse des différents entretiens. L'objectif est de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse de recherche et d'apporter des éléments de réponses à la question de recherche. Les limites de cette étude seront ensuite exposées.

a) Mise en lien du cadre théorique avec les résultats obtenus

L'objectif de cette étude était de savoir si l'outil MCRO pouvait être utilisé dans le cadre de la reprise professionnelle. Le deuxième objectif était d'identifier si une collaboration entre les ergothérapeutes du SSR et les structures de reprise professionnelle pouvaient être bénéfique pour la poursuite de la prise en soin du patient.

i. La reprise professionnelle après un AVC

D'après les ergothérapeutes, la reprise professionnelle n'est pas un sujet abordé de manière précoce. Selon elles, les objectifs principaux sont de favoriser l'autonomie et l'indépendance du patient. D'après la HAS (2012), il est important de débiter la prise en soin de manière précoce, intensive, continue, répétitive, diversifiée et orientée vers les activités de la vie quotidienne. L'objectif est d'obtenir un meilleur pronostic de récupération. Lorsque le patient aura récupéré son autonomie et son indépendance, la notion de reprise professionnelle pourra être envisagée.

Dans la littérature, le délai de reprise professionnelle des patients gardant des séquelles physiques ou cognitives peut s'avérer long et difficile. Ce délai peut s'étendre jusqu'à 3 ans pour certains patients. Pour les patients avec peu de séquelles, un délai de un à deux mois après l'AVC est nécessaire pour envisager une réinsertion professionnelle. (Schnitzler & Pradat-Diehl, 2006). Les ergothérapeutes E1 et E4 ont également mis en avant la reprise tardive d'une activité professionnelle. Dans le processus d'intervention, elles abordent la notion de reprise professionnelle seulement 6 mois après le début de la prise en soin.

Les ergothérapeutes interrogées ont pour rôle de rassurer le patient et lui apporter un soutien psychologique. Le patient pourra avoir des séquelles qui auront un impact lors des activités de la vie quotidienne et notamment lors de la reprise professionnelle. Il devra apprendre à vivre son handicap et accepter sa nouvelle image de soi. Le patient pourra avoir

des difficultés à accepter le regard des autres, les changements liés à son AVC, l'interruption de son travail ou une reclassification professionnelle (De Morand, 2014). En cas de non reprise de l'activité professionnelle exercée auparavant, un travail de deuil sera nécessaire. En effet selon l'INSERM (2019), le patient est soumis à une autre image de lui et il peut se sentir dévalorisé car sa place dans la société est bouleversée suite à son AVC. De plus, 30% des patients sont atteints de dépression dans l'année suivant l'accident.

Pour accompagner le patient avec un projet de reprise professionnelle, l'ergothérapeute va jouer un rôle important. D'après les ergothérapeutes interrogées leurs champs d'actions sont la phase d'évaluation, la phase de rééducation et la phase de réadaptation. Selon Ribas (2014), les ergothérapeutes ont également trois champs d'actions : l'évaluation, la rééducation et le retour thérapeutique au travail. La réadaptation est incluse dans la phase de rééducation. La phase de retour thérapeutique au travail consiste en une mise en situation réelle avec un accompagnement personnalisé et adapté aux besoins du patient.

Les ergothérapeutes interrogées lors des entretiens utilisent plusieurs outils afin d'évaluer le patient avec un projet de reprise professionnelle : l'entretien, les mises en situation ou la MCRO. La mise en situation est le moyen le plus utilisé. L'objectif est d'évaluer l'évolution des performances du patient au cours de sa prise en soin en réalisant des mises en situations en lien avec sa profession (Ribas, 2014). La mise en situation est un outil permettant d'évaluer les capacités et les incapacités du patient afin de se rapprocher au maximum de son milieu de vie habituel. Les mises en situations en lien avec l'activité professionnelle permettent à l'ergothérapeute d'observer les difficultés du patient. De plus, comme nous l'avons vu dans le cadre conceptuel, l'anosognosie peut survenir à la suite d'un AVC (De Morand, 2014). Ces patients pourront ainsi prendre conscience de leurs troubles et de leurs difficultés à l'aide des mises en situations.

L'utilisation de la MCRO est un outil d'évaluation utilisé pour les patients avec un projet de reprise professionnelle.

ii. L'utilisation de l'outil MCRO pour la reprise professionnelle

La MCRO est utilisée par trois ergothérapeutes pour évaluer le patient avec un projet de reprise professionnelle. L'objectif est de fixer des objectifs de rééducation en lien avec la reprise professionnelle. La MCRO permet de définir « les domaines problématiques du rendement occupationnel » (Law et al., 2014).

Dans le protocole d'utilisation, 5 étapes sont mises en avant (Law et al, 2014) :

- Définition du problème avec identification de la nature des difficultés
- Emettre une cotation, sous la forme d'une échelle, mesurant l'importance de la difficulté.
- Attribution d'une cotation pour le rendement
- Attribution d'une cotation pour la satisfaction
- Réévaluation

Cet outil doit être utilisé au début de la prise en soin afin de déterminer des objectifs à travailler lors des séances d'ergothérapie (Law and al., 2014). Au cours de leur pratique professionnelle, les ergothérapeutes adaptent le protocole. Les ergothérapeutes n'ont pas toujours la possibilité d'effectuer une réévaluation par manque de temps. Seulement E3 l'utilise au début de la prise en soin (environ 1 mois après l'hospitalisation complète). Les autres ergothérapeutes l'utilisent plus tardivement. E4 estime que le patient sera en capacité de se projeter dans ses occupations car il prend conscience des difficultés rencontrées dès sa première sortie thérapeutique.

Conformément à la littérature, les résultats des entretiens mettent en évidence des freins à l'utilisation de la MCRO. D'après Marchalot (2016), la personne ne sera pas toujours en capacité d'exprimer ses problématiques occupationnelles dues à certains troubles secondaires à l'AVC comme les troubles cognitifs. Lors des entretiens, les ergothérapeutes ont également mis en avant les troubles cognitifs comme étant un frein à l'utilisation de cet outil. L'aphasie et l'anosognosie sont les troubles évoqués le plus souvent cités.

iii. La collaboration entre l'ergothérapeute du SSR et les structures de reprise professionnelle

La collaboration avec une structure de reprise professionnelle est essentielle d'après les ergothérapeutes interrogées. En France, plusieurs dispositifs existent afin d'accompagner les personnes dans la réinsertion et la reprise professionnelle (D'Apolito, 2019). Les résultats obtenus lors des entretiens démontrent que la collaboration avec des structures de reprise professionnelle n'est pas toujours réalisable. Cette situation est due à un manque de structure de reprise professionnelle par rapport au nombre de service de SSR. Certaines ergothérapeutes n'ont pas la possibilité de se rendre sur le lieu de travail du patient afin de les accompagner dans leur reprise (manque de temps, charge importante de travail...). Certains services de SSR n'ont également pas pour projet de collaborer par la suite avec le lieu de travail ou les structures de reprises professionnelles.

Deux des ergothérapeutes collabore avec UEROS et COMETE. Ces deux structures ont pour objectif d'accompagner le patient dans leur projet de reprise professionnelle. UEROS est un dispositif médico-social pour les personnes cérébrolésées. Il accompagne ces patients sur une durée de 6 à 26 semaines dans une démarche d'insertion sociale et professionnelle. L'objectif est d'évaluer les aptitudes, l'environnement et la participation de la personne afin de mettre en place le suivi du projet construit (Meimon Nisenbaum, 2018). COMETE France est une structure accueillant les personnes en âge de travailler afin de les accompagner dans la mise en place de leur projet d'insertion professionnelle. (D'Apolito, 2019). En France et en outre-mer, on recense 52 associations COMETE France. L'accompagnement du patient se fait à son rythme en fonction de ces besoins (COMETE FRANCE, 2021).

Enfin, la reprise d'une activité professionnelle peut être impactée par divers facteurs. Les ergothérapeutes interrogées lors des entretiens ont mis en évidence des facteurs identiques à ceux recensés dans la littérature. D'après Charanton (2018) et Morin (2009), les troubles cognitifs et attentionnels, les séquelles motrices, l'employeur et la fatigabilité peuvent engendrer un impact lors de la reprise professionnelle.

E3 mentionne le télétravail, qui n'apparaît pas dans la littérature citée précédemment. En effet, le taux de télétravail a augmenté suite à la crise sanitaire du covid-19. Les deux ouvrages ayant été rédigés avant 2020, le télétravail n'était pas un facteur influençant la reprise professionnelle d'une personne. Il faut prendre en compte les facteurs

environnementaux pour que la reprise en télétravail soit réalisée dans les meilleures conditions.

b) Retour sur l'hypothèse

Je vais à présent revenir sur l'hypothèse émise à la suite de mon cadre conceptuel et vérifiée au cours de la phase exploratoire. Pour rappel, la question de recherche était : **Comment l'accompagnement de l'ergothérapeute, en service de Soins de Suite et de Réadaptation, permet la reprise professionnelle d'un patient atteint d'un Accident Vasculaire Cérébral ?**

Afin de répondre à cette question de recherche, j'ai émis l'hypothèse que **l'utilisation de l'outil MCRO peut permettre à l'ergothérapeute, en collaboration avec différentes structures, d'orienter la reprise professionnelle d'un patient atteint d'un accident vasculaire cérébral.**

L'enquête réalisée au cours de ce mémoire d'initiation à la recherche permet de valider partiellement mon hypothèse.

La MCRO est un outil utilisé par les ergothérapeutes afin de déterminer les problématiques occupationnelles et de définir des objectifs de rééducation. Trois domaines sont décrits dans la MCRO pour classer les activités de la vie quotidienne : les soins personnels, la productivité et les loisirs. Le travail rémunéré est une activité de la vie quotidienne, il appartient au domaine de productivité. Au cours de l'entretien de la MCRO, les ergothérapeutes pourront aborder la notion de reprise professionnelle avec le patient. Cet outil peut également être utilisé dans le cadre d'une reprise professionnelle car il peut permettre de fixer des objectifs en lien avec le projet professionnel de la personne.

Au cours des entretiens, j'ai constaté que la collaboration avec des structures de reprise professionnelle n'est pas toujours possible. Certaines structures sont déjà affiliées à des services de SSR, il est alors difficile pour certains ergothérapeutes de collaborer avec ces structures. En effet, en France, peu de structures de reprises professionnelles existent comparé au nombre de service de SSR. Les ergothérapeutes ont évoqués l'intérêt de la collaboration pour le suivi du patient afin que son projet de reprise professionnelle soit optimal. Certains patients pourront reprendre une activité professionnelle mais sans suivi, l'ergothérapeute ne pourra pas intervenir en fonction de ses besoins.

Cette étude comporte certaines limites qui seront présentées dans la partie suivante.

c) Les limites

Lors de la passation des deux premiers entretiens, je me suis aperçue que certaines questions pouvaient être regroupées en une seule. La construction de mon guide d'entretien avec les questions principales et de relance n'était pas adaptée car certaines étaient trop ciblées. Modifier certaines questions principales en question de relance aurait alors permis d'éviter une répétition lors du déroulé de l'entretien. De plus, certaines questions ont nécessité une reformulation car les réponses données par les ergothérapeutes manquaient de précision. Un entretien test aurait permis d'ajuster ou de préciser certaines questions.

L'une des limites de mon enquête concerne les modalités de passation. Tous les entretiens se sont déroulés par téléphone. Les ergothérapeutes ont préféré réaliser les entretiens par téléphone, au vu de la situation sanitaire et de leur importante charge de travail. Des entretiens par visioconférence auraient été préférables car la communication non verbale permet de reformuler les questions si besoin.

Lors de cette enquête, je me suis axée sur la pratique professionnelle des ergothérapeutes exerçant uniquement dans des services de SSR. Je pense qu'il aurait pu être intéressant de réaliser un ou deux entretiens auprès d'ergothérapeutes exerçant dans des structures de reprise professionnelle. L'objectif aurait été de prendre connaissance de la collaboration avec les ergothérapeutes du SSR en réalisant une seconde grille d'entretien.

CONCLUSION

La survenue d'un accident vasculaire cérébral est un évènement bouleversant le quotidien de la personne. Les séquelles vont impacter les activités de la vie quotidienne et plus particulièrement leur vie professionnelle.

Ce mémoire d'initiation à la recherche a porté sur les moyens utilisés par l'ergothérapeute pour accompagner le patient, en SSR, atteint d'un AVC dans une démarche de reprise professionnelle.

L'ergothérapeute a un rôle très important dans l'accompagnement des patients par l'évaluation, la rééducation et la réadaptation.

Dans le cadre de cette recherche, j'ai formulé l'hypothèse que l'utilisation de l'outil MCRO peut permettre à l'ergothérapeute, en collaboration avec différentes structures, d'orienter la reprise professionnelle d'un patient atteint d'un accident vasculaire cérébral.

Afin de valider ou d'invalider mon hypothèse, j'ai réalisé quatre entretiens auprès d'ergothérapeutes Diplômé d'Etat exerçant en SSR avec des patients atteints d'un accident vasculaire cérébral ayant un projet de reprise professionnelle.

L'analyse de ces résultats m'a permis de valider partiellement mon hypothèse. Les ergothérapeutes mettent en évidence plusieurs outils pour évaluer un patient avec un projet de reprise professionnelle comme les recueils d'informations, les mises en situation ou l'utilisation de l'outil MCRO. De plus, les ergothérapeutes interrogées lors des entretiens souligne l'intérêt d'une collaboration avec une structure de reprise professionnelle pour favoriser le suivi du patient après sa sortie d'hospitalisation. Cette collaboration n'est pas toujours réalisable.

Ce mémoire m'a permis d'acquérir des compétences en matière de recherche bibliographique. J'ai développé des capacités d'analyse et de synthèse. Ces compétences seront primordiales au cours de ma pratique professionnelle. En effet, en tant qu'ergothérapeute, je devrais poursuivre l'analyse réflexive de ma pratique professionnelle. Ce mémoire d'initiation à la recherche m'a également permis d'approfondir mes connaissances sur l'AVC et sur l'accompagnement que l'ergothérapeute peut apporter à ces patients afin de favoriser leur autonomie et leur indépendance.

Ce travail m'a apporté différentes réflexions sur les outils utilisés par l'ergothérapeute en lien avec la reprise professionnelle. En effet, l'outil MCRO a pour objectif de déterminer les problématiques occupationnelles. Certains ergothérapeutes peuvent adapter cet outil pour fixer des objectifs en lien avec le projet professionnel du patient. Néanmoins cet outil n'est pas spécifique à la reprise ou à la réinsertion professionnelle.

Suite à différentes recherches, une autre méthode permet d'évaluer la reprise professionnelle. Cet outil n'a pas été abordé lors des entretiens réalisés, il s'agit de l'Evaluation Systémique des Aptitudes Professionnelles (ESAP). L'ESAP peut être utilisée par l'ergothérapeute ou l'équipe pluridisciplinaire. Il permet de répondre aux besoins du patient, quelle que soit l'origine de sa situation de handicap, afin de reconstruire un projet professionnel. Cette méthode pourrait-elle permettre un meilleur accompagnement du patient avec un projet de reprise professionnelle ?

BIBLIOGRAPHIE

Articles

- Annoni, J.-M., & Colombo, F. (2011). *Troubles cognitifs et comportementaux après lésion cérébrale : impact sur la reprise professionnelle*. *Revue Medicale Suisse*. Consulté le 15 février 2022, à l'adresse <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2011/revue-medicale-suisse-293/troubles-cognitifs-et-comportementaux-apres-lesion-cerebrale-impact-sur-la-reprise-professionnelle>
- AUGE, C., D'APOLITO, A-C., & MASSONEAU, A. (2019). L'intérêt de la double compétence ergonome-ergothérapeute au sein de l'unité d'insertion socio-professionnelle Comète France de Garches. *ergOTHérapies*, 74, p. 33-40.
- Béjot, Y., Touzé, E., Jacquin, A., Giroud, M., & Mas, J. L. (2009). Épidémiologie des accidents vasculaires cérébraux. *médecine/sciences*, 25(8-9), 727-732. <https://doi.org/10.1051/medsci/2009258-9727>
- D'APOLITO, A-C (Juillet 2019). Fiche explicative sur des acteurs du maintien dans l'emploi. *ergOTHérapies*, (74), 7-8.
- Marchalot, I. (2016). Stratégie d'intervention en ergothérapie et rendement occupationnel. *ergOTHérapies*, 62, 19-24.
- Guzik, A., Kwolek, A., Družbicki, M., & Przysada, G. (2020). Return to work after stroke and related factors in Poland and abroad : A literature review. *Work*, 65(2), 447-462. <https://doi.org/10.3233/wor-203097>
- Ribas, C. (2014) Déficiences cognitives de l'accident vasculaire cérébral et retour dans l'emploi : le rôle de l'ergothérapeute. *Expérience en ergothérapie* (27^e ed). p. 406-412.

Schnitzler, A., & Pradat-Diehl, P. (2006). Reprise du travail après un accident vasculaire cérébral. *La Lettre du Neurologue*, 4, 126-132.

Ouvrages

Caire, J.-L., & Rouault, L., (2017). Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO) dans M.-C. Morel-Bracq (dir.) *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. 85-97. Paris : De Boeck Supérieur, 2ème édition

Charanton, J., Crop, S., Jégard, S., Poncet, F., Pradat-Diehl, P., & Weiss, J.-J., (2018). Vie quotidienne après un accident vasculaire cérébral. Mas, J.-L., Leys, D. (ed.) *Accidents vasculaires cérébraux Thérapeutique* (p. 642-643). DOIN EDITEUR.

Crassard, I., & Woimant, F. (2018). Filières de prise en soin. Mas, J.-L., Leys, D. (ed.) *Accidents vasculaires cérébraux Thérapeutique* (p. 3-14). DOIN EDITEUR.

De Morand, A. (2014). 1 - Le patient hémiparétique. In *Pratique de la rééducation neurologique* (p. 1 -75). Elsevier Masson.

Fricotté, L. (2017). Cadre juridique de l'insertion professionnelle. In *Droit des personnes handicapées* (p. 117-132). Collection Neret.

Law, M., McColl, M.-A., Carswell, A., Pollock, N., & Baptiste, S. (2014). La mesure canadienne du rendement occupationnel (5^e éd.). *CAOT Publications ACE*.

Morel-Bracq, M.-C. (2017). Introduction dans M.-C. Morel-Bracq (dir.) *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. 1-11. Paris : De Boeck Supérieur, 2ème édition

Morin, C. (2009). *Le retour à domicile après un accident vasculaire cérébral : Guide pour le patient et sa famille. (French Edition)*. JOHN LIBBEY.

Tétrault, S., (2014). Entretien de recherche, dans Tétrault, S., Guillez, P. (dir.), *Guide pratique de recherche en réadaptation*. 215-245. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, 1ère édition.

Townsend, E., & Polatajko, H., (2013). *Habiliter à l'occupation. Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. 27. CAOT Publication ACE, 2ème édition.

Van Campenhoudt, L., Marquet, J., & Quivy, R. (2017). L'observation – l'entretien. *Manuel de recherche en sciences sociales*. 241-246. Paris (France) : DUNOD

Sites internet

ANFE (2010). La profession. *Association nationale française des ergothérapeutes*.
<https://anfe.fr/la-profession/>

ARS (2020). Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC). *Agence Régionale de la Santé*.
<http://www.iledefrance.ars.sante.fr/accidents-vasculaires-cerebraux-avc>

CAOT (s.d). L'ergothérapie et les accidents vasculaires cérébraux. *Association canadienne des ergothérapeutes*. <https://www.caot.ca/document/4119/Stroke%20-%20FS.pdf>

CNSA. (2022, 21 avril). Droits des personnes handicapées vieillissantes. *Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/droits-des-personnes-handicapees-veillissantes>

Comète France. (2021). Unités d'insertion socioprofessionnelle | Comète France. *Comète France | Démarche Précoce d'Insertion socioprofessionnelle*.
<https://www.cometefrance.com/equipes>

DICOM, F. (2021). Obligation d'emploi des travailleurs handicapés, ce qui change en 2020. *Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion*. <https://travail-emploi.gouv.fr/emploi-et-insertion/emploi-et-handicap/article/obligation-d-emploi-des-travailleurs-handicapes-ce-qui-change-en-2020>

ErgOT. (2020). L'ergothérapie. <https://ergot-dh.com/ergotherapie/>

Ergothérapeute. (2012). *Ministère des solidarités et de la santé*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/ergotherapeute>

Les facteurs de risques (2022). *Fondation pour la recherche sur les AVC*. Consulté le 18 février 2022, à l'adresse <http://www.fondation-recherche-avc.org/les-facteurs-de-risque>

FRANCE AVC (2021.). C'est quoi un AVC ? *France AVC – Association d'aide aux victimes d'Accident Vasculaire Cérébraux*. Consulté le 7 Novembre 2022, à l'adresse <https://www.franceavc.com/franceavc-avc-infos>

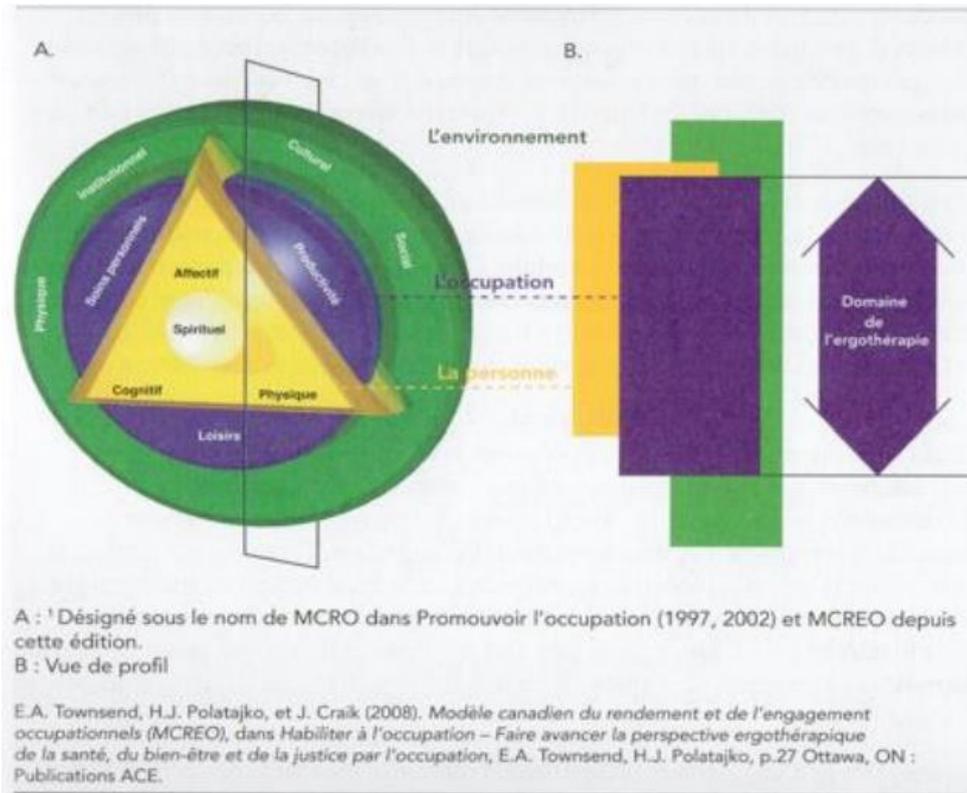
GERCAH-IDF (s.d). *La consultation médicale*. Consulté le 10 février 2022, à l'adresse <https://sites.google.com/site/gercahidf/accueil/démarches-dévaluation/la-consultation-médicale>

- HAS (2020). Parcours de rééducation/ adaptation des patients après la phase initiale de l'AVC. *Haute Autorité de Santé*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-09/rapport_parours_de_reeducation_readaptation_des_patients_apres_la_phase_initiale_de_lavc.pdf
- HAS (2013). Accident vasculaire cérébral (AVC). *Haute Autorité de Santé*. https://www.has-sante.fr/jcms/r_1501300/fr/accident-vasculaire-cerebral-avc
- HAS (2012). Accident vasculaire cérébral : méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte. *Haute Autorité de Santé*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1334330/fr/accident-vasculaire-cerebral-methodes-de-reeducation-de-la-fonction-motrice-chez-l-adulte
- HAS (2007). Accident vasculaire cérébral. *Haute Autorité de Santé*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/07-042_traceur_guide-adl-avc.pdf
- Inserm. (2019). Accident vasculaire cérébral (AVC). *INSERM La science pour la santé*. Consulté le 28 Septembre 2022, à l'adresse <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/accident-vasculaire-cerebral-avc>
- Meimon nisenbaum, C. (2018). Unité d'Evaluation de Réentraînement et d'Orientation Sociale. <https://www.meimonnisenbaum.com/fr/lexique-juridique/id-1507-unite-d-evaluation-de-reentrainement-et-d-orientation-sociale-ueros->
- OEQ. (2009). L'ergothérapie et les accidents vasculaires cérébraux (AVC). *Ordres des ergothérapeutes du Québec*. <https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/6-lergothérapie-et-les-accidents-vasculaires-cerebraux-avc-.html>

ANNEXES

Annexe I : Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels..	I
Annexe II: La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel	II
Annexe III : Pré – questionnaire	IV
Annexe IV : Formulaire de consentement.....	V
Annexe V : Guide d'entretien	VI
Annexe VI : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute E3	VIII

Annexe I : Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (Townsend & Polatajko, 2013).



Annexe II: La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (Law et al., 2014)

COTATION

RENDEMENT (Comment coteriez-vous la façon dont vous accomplissez cette activité actuellement?)
 1 = Incapable d'exécuter l'activité ← → 10 = Capable d'exécuter parfaitement l'activité

SATISFACTION Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon dont vous exécutez cette activité actuellement? 1= Pas satisfait du tout ← → 10 = Extrêmement satisfait

1^{er} TEMPS (évaluation initiale) : ____/____/____ 2^e TEMPS (réévaluation) : ____/____/____

Difficultés quant au rendement occupationnel	Impt	Rendement	Satisfaction	Rendement	Satisfaction
		T ₁	T ₁	T ₂	T ₂
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
		Cote totale Rendement T ₁	Cote totale Satisfaction T ₁	Cote totale Rendement T ₂	Cote totale Satisfaction T ₂
COTE TOTALE					
		Cote totale rendement T ₁	Cote totale satisfaction T ₁	Cote totale rendement T ₂	Cote totale satisfaction T ₂
COTE MOYENNE (Total des cotes / nombre de difficultés)					
		Changement dans le rendement		Changement dans la satisfaction	
CHANGEMENT DANS LA COTATION (T ₂ -T ₁)					

NOTES SUPPLÉMENTAIRES ET OBSERVATIONS

Évaluation initiale

Réévaluation

MCR0 

La mesure canadienne du rendement occupationnel

La **Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO)** soutient et contribue à l'excellence d'une pratique ergothérapeutique centrée sur le client, fondée sur l'occupation. La MCRO est une mesure individualisée élaborée pour déceler les changements perçus par le client dans son rendement occupationnel, au fil du temps. La MCRO a été conçue pour servir de mesure de résultats. Et comme telle, elle doit être administrée au début de la prestation des services afin d'établir les objectifs de l'intervention, puis à nouveau à des intervalles pertinents de façon à déterminer les progrès et les résultats.

La MCRO permet de :

- déterminer les domaines problématiques du rendement occupationnel;
- fournir une échelle de grandeur quant aux priorités du client concernant son rendement occupationnel;
- évaluer le rendement et le sentiment de satisfaction associés aux difficultés identifiées;
- servir d'assise pour déterminer des objectifs ergothérapeutiques; et
- mesurer les changements perçus par le client quant à son rendement occupationnel durant l'intervention ergothérapeutique.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLIENT

Nom du client : _____

Date de naissance du client : ____/____/____

Évaluation initiale : ____/____/____ Réévaluation : ____/____/____

Nom du thérapeute : _____

MCRO
La mesure canadienne du rendement occupationnel

L'administration de la MCRO est constituée de 5 étapes :

1. Définition du problème — identifier la nature des difficultés. L'identification d'une difficulté se définit ainsi : **une occupation qu'une personne VEUT RÉALISER, DOIT RÉALISER ou DEVRAIT RÉALISER mais N'ARRIVE PAS À RÉALISER ou NE RÉALISE PAS À SA PROPRE SATISFACTION.**
2. Lorsque les difficultés spécifiques quant au rendement occupationnel ont été cernées, le client doit les coter en fonction de l'IMPORTANCE qu'elles revêtent dans sa vie. L'importance est cotée à partir d'une échelle à dix échelons. La cote 1 = pas important du tout
La cote 10 = extrêmement important.
3. Demander au client de choisir jusqu'à cinq difficultés qui lui semblent les plus urgentes à traiter ou les plus importantes selon les cotes attribuées.
4. Cotation : du RENDEMENT (comment coteriez-vous la façon dont vous accomplissez cette activité actuellement?) et le sentiment de SATISFACTION (dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon dont vous exécutez cette activité actuellement?)
5. Déterminer une date pour la réévaluation.

LA PRODUCTIVITÉ

Elle inclut les occupations visant à la préserver les revenus, à maintenir le foyer et la famille, à rendre service aux autres ou à développer ses habiletés personnelles. La MCRO mesure trois types d'activités productives : le travail rémunéré ou non, la gestion du foyer ainsi que le travail scolaire et le jeu.

L'IMPORTANCE

Le travail rémunéré ou non

La gestion du foyer

Le travail scolaire et le jeu

LES SOINS PERSONNELS

Ils comprennent les occupations qu'une personne réalise afin de se maintenir dans un état lui permettant de fonctionner. Dans la MCRO, nous mesurons trois aspects concernant les soins personnels : l'hygiène, la mobilité fonctionnelle et la vie communautaire.

L'IMPORTANCE

L'hygiène personnelle

La mobilité fonctionnelle

La vie communautaire

LES LOISIRS

Ils regroupent les occupations réalisées par une personne lorsqu'elle est libérée de son obligation d'être productive. La MCRO comprend les activités récréatives paisibles, les loisirs actifs et la vie sociale.

L'IMPORTANCE

Les activités récréatives paisibles

Les loisirs actifs

La vie sociale

La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (Law et al., 2014)

Annexe III : Pré – questionnaire

[AVC, MCRO, reprise professionnelle]

Bonjour,

Je suis étudiante en 3ème année à l'école d'ergothérapie ADERE. Je réalise mon mémoire d'initiation à la recherche sur la **reprise professionnelle** d'un patient atteint d'un **AVC**. Je souhaite réaliser des entretiens auprès d'ergothérapeute exerçant en service de **Soins de Suite et de Réadaptation** (SSR) en Ile-de-France. Ces entretiens pourront être réalisés en fonction de vos disponibilités (journée, soirée et week-end) d'une durée d'environ 45 minutes par téléphone ou en visioconférence.

Pour cela, j'ai réalisé un pré-questionnaire. Le temps de réponse est estimé à 3 minutes. Les réponses sont anonymes et confidentielles.

Je vous remercie par avance pour l'intérêt que vous porterez à mon enquête.

Cordialement,

Charlène BONNEREAU

- 1) Dans quel service travaillez-vous ?
- 2) Depuis combien d'années travaillez-vous dans votre service ?
 - a. Moins de 3 ans
 - b. Plus de 3 ans
- 3) Travaillez-vous auprès de patients atteint d'un AVC exerçant une activité professionnelle ?
 - a. Oui
 - b. Non
- 4) Utilisez-vous la MCRO dans votre pratique professionnelle ?
 - a. Oui
 - b. Non
- 5) Avec quelles structures êtes-vous en collaboration pour la reprise professionnelle du patient ?
- 6) Accepteriez-vous d'être contacté dans le cadre de mon mémoire pour effectuer un entretien ?
 - a. Oui
 - b. Non
- 7) Si oui, pourriez-vous me communiquer vos coordonnées (nom, adresse mail ou numéro de téléphone) pour que je puisse vous contacter ?

Annexe IV : Formulaire de consentement



Formulaire de consentement pour
l'enregistrement audio et l'exploitation des
données enregistrées

Je souhaite réaliser un entretien avec vous dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche du Diplôme d'État d'ergothérapeute.

Cet entretien sera enregistré et retranscrit afin d'exploiter les données enregistrées. La retranscription sera anonyme. La durée de l'entretien sera d'environ 45 minutes.

Je vous remercie à l'avance de mentionner votre accord ci-dessous :

Je soussigné(e) _____

- autorise l'étudiante Charlène BONNEREAU à enregistrer en audio l'entretien
- autorise l'utilisation de ces données dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute de l'étudiante Charlène BONNEREAU

Signature :

Fait à : _____

Le : _____

Annexe V : Guide d'entretien

Bonjour, je vous remercie du temps que vous m'accordez pour la réalisation de cet entretien. Je vous rappelle que les données enregistrées seront utilisées dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche et que les données seront anonymes. L'entretien va se dérouler autour de 4 grands axes. Nous pouvons commencer ?

Nous allons débiter cet entretien avec vos expériences professionnelles.

1. Décrivez-moi votre parcours professionnel.
 - Depuis combien d'années êtes-vous diplômé ?
 - Dans quel service exercez-vous ?
 - Avez-vous travaillé dans d'autres services ?
 - Depuis combien d'années exercez-vous auprès de patients victimes d'AVC

2. Avez-vous suivi des formations pour la prise en soin de ces patients ? Justifiez.
 - Lesquelles ? Quelles étaient le but ?
 - Ressentez-vous le besoin d'être formé ?

AVC et reprise professionnelle

3. Quel est l'intérêt pour vous d'une prise en soin précoce post AVC ?

4. Cette prise en soin précoce, permet-elle d'optimiser la reprise professionnelle du patient ? Justifiez.

5. Combien de patients rencontrez-vous par an avec un projet de reprise professionnelle ?
 - Moins de 5 personnes an
 - Entre 5 et 10 personnes par an
 - Plus de 10 personnes par an

6. Quel est le processus d'intervention pour un patient qui a un projet de reprise professionnelle ?
 - Quels sont vos champs d'actions pour la reprise professionnelle ?

7. A quel moment du processus d'intervention intervenez-vous pour le projet de reprise professionnelle du patient ?
 - Pourquoi intervenez-vous à ce moment du processus d'intervention ?

MCRO et reprise professionnelle

8. Comment évaluez-vous le patient au cours de sa prise en soin afin de permettre la reprise professionnelle ?
 - Quels outils d'évaluations utilisez-vous ?

9. Depuis combien d'années utilisez-vous l'outil MCRO dans votre pratique professionnelle ?
 - Avez-vous suivi une formation à l'utilisation de la MCRO
 - Si non, comment avez-vous appris à l'utiliser ?
 - ♣ Dans votre institut de formation, par vos pairs ?
10. Comment utilisez-vous la MCRO au cours de votre intervention ?
 - A quel moment de la prise en soin l'utilisez-vous ?
11. Quels sont les bénéfices et les limites de cet outil pour la prise en soin en ergothérapie et pour le retour à la vie professionnelle ?

MCRO et collaboration entre le SSR et les structures de reprise professionnelle

12. Travaillez-vous avec des structures de reprise professionnelle ?
 - Quels sont les avantages et les inconvénients ?
 - Si non, pensez-vous qu'une collaboration avec une structure de reprise professionnelle pourrait être bénéfique pour la poursuite de la prise en soin de vos patients ?
13. Comment se déroule le suivi du patient après sa prise en soin en SSR ?
 - Transfert de données sur le suivi en SSR puis arrêt de ce suivi
 - Poursuite du suivi
 - Etes-vous en collaboration avec d'autres professionnels du SSR ?
14. Quelles difficultés avez-vous rencontré lors de la reprise professionnelle de certains de vos patients ?
15. Que pensez-vous de l'utilisation de la MCRO pour orienter la reprise professionnelle ?
16. Pour finir, avez-vous d'autres informations à me communiquer ?

Annexe VI : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute E3

Entretien téléphonique réalisé le lundi 4 Avril 2022.

Les phrases en caractères gras désignent les moments où je parle et les autres phrases sont celles où l'ergothérapeute s'exprime.

Bonjour.

Pour commencer, je voulais vous remercier du temps que vous m'accordez pour la réalisation de cet entretien.

Je vous en prie, pas de problème. Je vous ai envoyé par mail normalement le formulaire de consentement.

Oui je l'ai bien reçu, je vous remercie.

D'accord.

Je vous rappelle que les données enregistrées seront utilisées dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche.

D'accord.

Et que les données seront anonymes. L'entretien va se dérouler autour de 4 grands axes. Pouvons-nous commencer ?

Oui, tout à fait.

Nous allons débiter cet entretien par vos expériences professionnelles. Décrivez-moi votre parcours professionnel.

Alors, je suis diplômée depuis bientôt 6 ans à l'IFE de [REDACTED] à [REDACTED]. Moi je travaille dans un SSR depuis mon diplôme, au même endroit dans [REDACTED], à [REDACTED]. J'ai débuté par un CDD qui s'est finalement transformé par un CDI quand l'une de mes collègues a quitté son poste donc j'ai cette expérience depuis bientôt 6 ans au SSR. J'accompagne des patients adultes des services de neurologie, d'orthopédie et de traumatologie dans le cadre de la rééducation, réadaptation et réinsertion socio-professionnelle. J'ai bénéficié de différentes formations dont la formation sur le MCREO et l'utilisation de la MCRO. J'ai été formé. C'est une formation d'équipe dont on a bénéficié en 2017 et pour laquelle là actuellement dans l'équipe, étant donné qu'il y a beaucoup de Turn over, je suis la dernière à être formée puisque mes collègues sont toutes diplômées après moi ont seulement eu une formation, une initiation en tout cas à l'utilisation de la MCRO dans leur cursus scolaire

puisqu'on est un petit peu formés à l'école. Mais elles n'ont pas bénéficié de cette formation-là de manière intensive et en plus de leur parcours scolaire. Et voilà ! Et puis j'ai bénéficié d'une formation sur l'aménagement du domicile dans le cadre de nos interventions à domicile puisqu'on est vraiment vivement encouragé et on est tout à fait autorisé à intervenir directement au domicile des patients ce qui est vraiment une plu value en tout cas en ergo. J'estime cela comme une véritable plu-value. Je suis aussi ergothérapeute référente de notre unité COMETE qui est l'unité permettant la réinsertion socio-professionnelle.

D'accord. Vous m'avez parlé des différentes formations dont vous avez bénéficié. Mais quels étaient le but ?

Alors la formation sur le MCREO et la MCRO c'était une formation d'équipe dont on a bénéficié il y a quelques années. L'objectif était vraiment qu'on applique cet outil là et qu'on le mette en application dans notre pratique d'équipe. Comment dire... que ça fasse vraiment parti d'une pratique et qui soit même appliqué, je veux dire investi par l'établissement puisque pour moi c'est aussi une pratique institutionnelle. C'est un outil qu'on trace dans le dossier donc c'est un outil qui est maintenant devenu familier pour nos collègues paramédicaux et même par les médecins. C'était vraiment pour qu'on puisse bénéficier de cet outil là et c'était vraiment une demande de l'équipe d'ergothérapeute de pouvoir avoir cette formation-là qui a lieu me semble-t-il sur 4 jours si mes souvenirs sont bons et la formation sur l'aménagement de logement c'est vraiment une formation que j'ai demandé de manière individuelle pour pouvoir finalement bénéficier de plus de savoir-faire, technique et théorique, dans le cadre des visites à domicile et la préconisation d'aménagement du domicile.

D'accord. Et quel est l'intérêt pour vous d'une prise en soin précoce post AVC ?

Nous on pratique quelque chose qui s'appelle la DPI, la démarche précoce d'insertion donc c'est-à-dire que très rapidement on reçoit les patients généralement très vite après leur stabilisation dès qu'ils sont hospitalisés en aigue et dès que leur situation de santé est relativement stabilisée, ils sont envoyés chez nous. On a donc des personnes qui, généralement, ce n'est pas sectorisé mais on a globalement des personnes qui viennent à peu près Sud 92, Sud Paris et limitrophe 78. L'intérêt c'est de pouvoir très très rapidement intervenir pour favoriser déjà la qualité de vie de la personne, son confort et optimiser un maximum la récupération fonctionnelle dans les premiers temps donc nous on applique quelque chose qu'on appelle la démarche précoce d'insertion et c'est vraiment une

philosophie de pensée dans le centre de rééducation c'est-à-dire que très rapidement, on va aborder, même après un accident qui est relativement récent, la question du retour à domicile, de la réinsertion socio-professionnelle et souvent de l'aborder très vite, de manière très précoce c'est quelque chose qui rassure aussi beaucoup les patients puisque c'est des questions souvent qui se pose. Les personnes qui ont pour le coup les capacités de se formuler ce genre de question-là, sont souvent inquiet dès leur arrivée en nous disant mais faut que je rentre chez moi, faut que je reprenne mon travail donc c'est quelque chose qu'on aborde. On est très rassurant envers les patients de ce côté-là donc c'est souvent quelque chose qui leur permet de pouvoir s'impliquer plus facilement et d'être complètement, psychiquement disponible pour s'investir dans leur processus de rééducation et de réadaptation.

D'accord. Donc cette prise en soin précoce, permet-elle d'optimiser la reprise professionnelle du patient ?

Je pense que comme je vous ai dit, le fait de l'aborder très tôt c'est quelque chose qui est rassurant pour les patients. On a la chance d'avoir une unité COMETE dans nos murs et c'est vraiment une aide puisqu'on est en contact permanent avec notre collègue qui est chargée d'insertion ergonome et qui très vite va expliquer, va recevoir ces patients là même très tôt après l'accident même si, il y a des incapacités tel qui font que la personne ne peut actuellement pas du tout reprendre son emploi actuel mais au moins lui expliquer puisque le suivi de COMETE se fait vraiment en plusieurs phases. Lui expliquer la phase 1 qui est la phase de recueil d'information, d'échange autour du projet professionnel, des habitudes de travail... des tâches, du rythme, et du coup ça permet vraiment de cibler très rapidement le profil professionnelle de la personne et de pouvoir si besoin mettre en place des démarches et d'entamer très rapidement les démarches administrative si besoin, que ça concerne les indemnités journalières. Donc ça permet vraiment je pense, en tout cas d'avoir un accompagnement qui est très précoce. J'imagine que ça peut permettre en tout cas un retour dans de bonnes conditions plus tôt, plus précocement je ne sais pas mais en tout cas le retour ce fait vraiment de manière, la plupart du temps, de manière optimale.

D'accord. Combien de patients rencontrez-vous par an avec un projet de reprise professionnelle ?

Par an... Ça va être compliqué...

Oui, c'est vrai que ce n'est pas évident :

- **Moins de 5 personnes an**
- **Entre 5 et 10 personnes par an**
- **Plus de 10 personnes par an**

Donc des personnes ayant subi un AVC avec un projet de reprise professionnelle ?

Oui

Ah mais on en a extrêmement régulièrement. Nous on reçoit des personnes adultes, alors effectivement parfois on a des personnes considérées comme âgées mais la plupart des patients qu'on reçoit, enfin pour beaucoup, ont 40, 50 ans donc moi je dirais que toutes les semaines j'ai quasiment des nouveaux patients avec un... en âge de travailler et qui ont un projet de reprise professionnelle.

D'accord, donc là par exemple, on serait plus en termes de mois.

Par mois je dirais que je dois en avoir, je dirai 5 nouveaux patients, au moins 5 nouveaux patients en âge de travailler et ayant un projet de reprise professionnelle. Au moins 5 patients par mois. Au moins.

D'accord, ah oui.

Donc voilà c'est assez conséquent.

Oui c'est ce que je vois. Et donc quel est le processus d'intervention pour un patient qui a un projet de reprise professionnelle ?

Et bien justement, comme je vous le disais. Moi je reçois les patients déjà en entretien, je recueille toute sorte d'information y compris les informations concernant leur projet professionnelle, leur poste antérieur en tout cas à l'accident ou leur poste actuel du coup puisqu'ils sont seulement en arrêt de travail. J'identifie déjà toutes les informations, quel métier, comment la personne se rend au travail, quels sont ses conditions de travail quel soit environnementales de manière matériel, humaines, ses horaires et finalement je vais faire le lien avec notre chargée d'insertion ergonomique mais de toute façon la politique nous de notre établissement c'est que à partir du moment où une personne nous est orienté et suivi au centre, elle est automatiquement, et si c'est une personne qui est en âge de travailler, elle est automatiquement inscrite sur une base de donnée, un tableau finalement, qui fait que notre chargée d'insertion ergonomique sait que c'est une personne qui sera amenée à rencontrer et à suivre ou pas en fonction du projet professionnelle à un moment donné. On a ce signalement

qui est fait automatiquement et nous après en tant que thérapeute, on hésite pas à faire le lien avec notre chargée d'insertion ergonomique pour pouvoir lui dire de rencontrer la personne pour lui expliquer la démarche et puis après entamer un suivi, souvent en binôme avec le chargé d'insertion et le patient.

D'accord.

Donc ça c'est pour notre signalement, après lorsqu'on estime que cela est judicieux et que la personne est suffisamment... à récupérer suffisamment, en tout cas, de facultés on va dire... de capacités pour pouvoir envisager un projet de reprise professionnelle, on réalise des mises en situations au centre de rééducation pour simuler les tâches de travail, au maximum de la personne. Par exemple, quelqu'un qui travaille sur poste informatique, quelqu'un qui est manutentionnaire, ça c'est des choses qu'on peut totalement simuler au centre dans un objectif à postériori de pouvoir proposer des mises en situations directement en entreprise donc là un lien est fait avec la médecine du travail, avec l'entreprise etc pour pouvoir permettre des mises en situation. Donc la personne est toujours en arrêt de travail mais réalise des mises en situation soit dans son service avec les collègues qu'elle avait l'habitude de fréquenter, soit dans un service différent, soit dans une entreprise différente si c'est envisageable. Parfois les personnes ne souhaitent pas faire de mises en situation directement dans leurs entreprises habituelles, ce qui peut se comprendre, si ça ne se passe pas très bien. Et on accompagne avec le chargée d'insertion ergonomique parfois la neuropsychologue si besoin et l'ergothérapeute bien évidemment, sur site pour définir un peu les conditions de retour définitif au travail que ce soit en mi-temps thérapeutique, que ce soit en aménageant les horaires ou les tâches de travail etc.

D'accord.

Voilà

Et à quel moment du processus d'intervention intervenez-vous pour le projet de reprise professionnelle du patient ?

Alors moi j'interviens justement plutôt en phase, en phase 2 c'est-à-dire la phase d'élaboration du projet concret c'est-à-dire qu'on va avoir des entretiens en équipe avec le patient bien évidemment et son entourage si besoin qu'on reçoit bien volontiers. A ce moment-là on fait des entretiens, on discute un petit peu du projet professionnel. Si c'est une personne qui souhaite complètement changer de travail on essaie d'envisager ensemble en

fonction des capacités de la personne un nouveau projet professionnel en utilisant un outil qui s'appelle parcouréo qui est une sorte de bilan de compétences qui nous permet un petit peu de savoir quels sont les intérêts de la personne, ses habitudes concernant la question professionnelle donc on est présent dès la phase 2 et après en phase 3 qui est la phase de mises en situation, là on est beaucoup plus présent que ce soit lors des mises en situation en centre ou en entreprise.

D'accord, et pourquoi intervenez-vous à ce moment-là du processus d'intervention ?

Pourquoi ? Parce que je pense qu'en tant qu'ergothérapeute on a notre rôle à jouer concernant la réinsertion professionnelle et on a nous un regard un petit peu plus centré sur les capacités, les incapacités, les problématiques occupationnelles de la personne. Chose que n'a pas le chargé d'insertion ergonomique. Il a pas accès à tout ça donc c'est nous notre regard en tant qu'ergothérapeute qui permet de cibler d'avantage les capacités de la personne, ce qu'elle pourrait, en tout cas ce qu'on peut supposer qu'elle sera capable de réaliser en entreprise et lors des mises en situations donc ça c'est notre véritable plu-value, de pouvoir apprécier en tout cas les capacités de la personne dans un environnement qui soit un environnement enfin à domicile ou au travail. Parfois, on a aussi en entreprise un rôle de entre guillemets former ou informer le collectif de travail de la personne concernant les difficultés de la personne, expliquer aux collègues parfois et au supérieur hiérarchique de la personne mais sans rentrer dans les détails, sans bien sûr donner de données médicales car il y a le secret médical mais en tout cas expliquer les difficultés de la personne et comment ça pourrait avoir un impact sur les tâches de travail que ce soit des difficultés de concentration, de lenteur, une fatigue et du coup expliquer ces troubles là et leurs retentissements et essayer de réfléchir tous ensemble à limiter l'impact de ces troubles et permettre à la personne de reprendre dans les meilleures conditions possibles.

D'accord, et comment évaluez-vous le patient au cours de sa prise en soin afin de permettre la reprise professionnelle ?

Alors nous on réalise, déjà notre bilan à l'entrée qui est un recueil d'information, recueils de données qui s'appuie sur le MCREO à savoir que on a complètement, on avait une pratique qui s'appuyait d'avantage sur le MDH-PPH2 mais depuis notre formation en 2017 sur le MCREO, on a une pratique qui ce centre d'avantage sur ce modèle-là. Donc on a déjà un bilan d'entrée suivi du coup sur personne – environnement – occupation et sur les problématiques occupationnelles de la personne qu'on identifie très rapidement. Et dans les

jours, ou quelques semaines... Je dirais dans les 2 semaines qui suivent, on fait passer lorsqu'il n'y a pas de contre-indication qu'elle soit cognitif, comportementale ou langagière, on fait passer une MCRO pour pouvoir cibler ensemble les problématiques, les activités importantes aux yeux de la personne qui lui sont actuellement difficiles ou impossible pour pouvoir nous construire notre projet d'intervention pour lequel, sur lequel nos objectifs vont être basés vraiment sur la MCRO, au maximum. Et après au cours de notre suivi, moi j'ai tendance à m'éloigner de plus en plus, mais ça c'est une pratique personnelle de tous les bilans analytiques qu'on peut être, qu'on pouvait être amené à réaliser avant à savoir le Box and Bloks, le purdue etc... pour moi ça n'a pas de, c'est très analytique et c'est assez éloigné du quotidien et des occupations de la personne donc c'est quelque chose quand ça m'est demandé d'avoir des données chiffrées que ce soit par le médecin ou par le patient bien évidemment je le fais parce que parfois les données chiffrées ça permet aussi au patient de constater d'une évolution parfois ça peut aider. Mais du coup j'essaie vraiment de faire passer plutôt des bilans fonctionnels, bilan 400 points des choses comme ça, qui ont beaucoup plus de sens pour la personne et après on se base vraiment, on a une pratique qui tend vraiment à s'appuyer sur les sciences de l'occupation à savoir réaliser un maximum de mise en situation concrète donc on évalue pas tant le patient mais on est très souvent amené à faire des mises en situation, à les répéter pour pouvoir comparer et pouvoir percevoir une potentielle évolution en tout cas.

D'accord, et donc depuis combien d'années utilisez-vous l'outil MCRO dans votre pratique professionnelle ?

Et bien depuis 5 ans.

Et comment utilisez-vous la MCRO au cours de votre intervention ?

Alors du coup, comme je vous l'ai un petit peu expliqué, je l'a fait passer assez rapidement après mon bilan d'entrée pour pouvoir un petit peu cibler les demandes premières et plus urgentes de la personne et c'est sur quoi on va vraiment travailler très rapidement dans la mesure du possible. C'est vrai que parfois malheureusement il y'a des personnes qui ont des demandes qui sont difficilement traitable tout de suite après l'accident mais c'est quelque chose qu'on a en tête et que bien évidemment on dit au patient qu'on va l'aborder au moment venue mais que là effectivement à l'heure actuelle, si on doit prioriser certaines des problématiques occupationnelles qu'elle met en avant on va peut-être pouvoir axer notre travail sur telle et telle activité. Mais on fait passer une MCRO et c'est quelque chose qu'on

réévaluée au bout de 1 mois, 4 semaines, 4 à 6 semaines à peu près pour pouvoir, pour que la personne puisse aussi se rendre compte de cette évolution qu'elle perçoit pas forcément de prime abord mais qu'elle va pouvoir constater lorsque par exemple je sais pas elle se cote à 2 au début et que là une semaine, enfin une semaine, 1 mois après elle se cote à 7, la donnée chiffrée ça va vraiment lui permettre de se rendre compte que elle a évolué, que son ressenti est complètement différent donc voilà et si on constate l'émergence de nouvelles problématiques occupationnelles et on a aucun souci à refaire une nouvelle MCRO par la suite.

D'accord

On va bien sûr aborder de manière prioritaire entre guillemet, les 5 activités qui ont été mises en avant, les 5 activités les plus importantes puisque c'est l'intérêt de pouvoir aussi coter l'importance dans cet outil là mais ça n'empêche que si la personne à cibler 10 – 15 problématiques occupationnelles, c'est des choses qu'on ne va absolument pas négliger et qu'on va aussi aborder lors de notre accompagnement.

D'accord, et donc au début vous m'avez dit que vous faites passer la MCRO assez rapidement, après les bilans d'entrée. Vous la faites passer dès la première semaine de prise en soin ?

Alors tout dépend parce que nous on accompagne les patients en hospitalisation complète et en hôpital de jour. Les personnes en hôpital de jour, je ne sais pas quelle patientèle, quel type de patient vous cibler vous dans votre écrit mais pour les hôpitaux de jour c'est assez facile parce que c'est déjà des personnes qui sont rentrées à domicile et qui ont déjà un certain recul puisqu'elles ont déjà la possibilité de reprendre leurs activités du quotidien, leurs habitudes de vie et de pouvoir très facilement cibler les problématiques occupationnelles. Donc pour les patients en hospitalisation de jour, la MCRO c'est quelque chose effectivement qu'on peut faire passer très vite dans la semaine qui suit leur admission. Pour les personnes en hospitalisation complète qui viennent quand même de l'aiguë, qui sont stabilisées mais pour lesquelles parfois y'a quand même des problématiques de santé et des troubles qui sont quand même assez conséquents, très importants, on l'a fait plutôt passer je dirais dans le mois, dans le mois qui suit l'admission.

D'accord. Quels sont les bénéfices et les limites de cet outil pour la prise en soin en ergothérapie et pour le retour à la vie professionnelle ?

Alors moi je ne vois pas trop de limites à cet outil-là, Ya certains patient avec lesquels on ne peut pas faire passer la MCRO parce qu'il y'a quand même des critères d'exclusion. Moi j'estime qu'à partir du moment, peu importe la pathologie, on est plus dans le membre supérieur pour l'ergo et le membre inférieur pour le kiné. A partir du moment où il y a une problématique occupationnelle, on a vraiment notre rôle à jouer peu importe la pathologie. Donc pour une personne qui a eu un AVC c'est tout à fait indiqué lorsque effectivement il y a des problématiques comportementales, langagières et cognitives tel que ça nous permet pas de pouvoir faire passer cet outil-là effectivement bah on est un peu limité mais voilà il y'a peut-être la contrainte temporelle qui fait que ça prend un petit peu de temps mais pour moi c'est vraiment pas une contrainte, ce n'est pas pour moi une limite. J'ai aucun soucis à faire passer ce bilan sur plusieurs séances si on a besoin de prendre du temps pour creuser, pour réfléchir, ensemble c'est pas du tout un souci.

Mais par exemple pour certains patients avec certains troubles. Vous m'avez parlé des problématiques langagières et cognitives.

On a parfois la possibilité d'adapter, d'avoir par exemple des réglottes où il y a une cotation qui est adapté par exemple avec des smileys ou des choses comme ça. On essaye au maximum mais parfois on a nous des personnes qui sont extrêmement en difficultés, qui ont des troubles extrêmement importants, complètement confus, complètement désorientées et c'est pas du tout possible de faire passer cet outil là dans ce cas-là. Si on constate une évolution et c'est quand même ce qui est recherché, ce qui est attendu dans l'idéal, c'est quelque chose qu'on proposera plus tard ce n'est pas grave si c'est fait dans les 2 3 mois après ce n'est pas indispensable. Un suivi sans MCRO c'est pas non plus, je veux dire c'est pas grave, on choisit nos moyens, on choisit nos bilans, on arrive à proposer un suivi qui est adapté à la personne sans utiliser la MCRO c'est pas un souci du tout donc voilà dans l'idéal c'est quelque chose qu'on propose donc pour moi y'a beaucoup davantage à utiliser cet outil-là, cibler les activités importantes pour la personne et ne pas mettre en avant nos propres représentation en tant que thérapeute ce qui est parfois un risque... Qu'il y ait un glissement de point de vue. On va estimer qu'une certaine activité est importante à réaliser alors qu'au final la personne elle s'en fiche complètement donc ça c'est quelque chose qui est très important. Et parfois on est très étonné de se rendre compte de l'importance qu'accordent les personnes à certaines activités. De pouvoir coter leurs capacités et leur satisfaction par rapport à ça, pour moi, c'est vraiment crucial et capital, c'est hyper important. Et je trouve que c'est un outil qui est quand même facilement, qu'on peut appréhender assez facilement.

Mes collègues sont pas formées mais étant donné que moi j'ai été formé, j'ai pu assez facilement, sans être formatrice, leur expliquer bah l'utilisation de cet outil-là et elles ont vraiment pu se l'approprier très facilement. Donc pour moi c'est un outil qui peut vraiment s'utiliser très simplement même si j'estime quand même qu'une formation c'est vraiment un atout énorme puisque malgré tout même si ça semble facile d'utilisation, le fait de pouvoir être formé à notamment l'entretien, du recueil de ces problématiques à la formulation de ces problématiques là ce n'est pas forcément tout le temps évident. Mais malgré tout pour moi c'est un outil qui est vraiment facile d'accès pour tout le monde. Donc ça pour moi c'est une vrai plu-value, un vrai avantage. Dans le cadre de la réinsertion professionnelle, l'avantage c'est de pouvoir très vite prendre en considération pour des personnes qui sont notamment, pour des personnes en hôpital de jour qui sont un petit peu à distance de leur accident ou qui ont en tout cas les capacités leur permettant de pouvoir rentrer à domicile. La question de la reprise professionnelle est assez rapidement souvent mise en avant parce que il y a parfois des contraintes financières, il y a aussi le fait de la représentation du travail dans la société, c'est important de nos jours d'avoir un emploi etc. Donc c'est formulé assez rapidement et ça nous permet de constater ou pas de l'importance qu'à le travail pour la personne et de le coter et de savoir un petit peu quand c'est une personne par exemple qui travaillait sur poste informatique et qui a des difficultés de frapper au clavier, pouvoir constater si c'est important pour elle qu'on puisse aborder cette question-là. Je ne sais pas moi quelqu'un qui est manutentionnaire et pour qui le port de charge c'est plus possible aujourd'hui enfin voilà. Toutes ces choses-là c'est assez important et c'est des choses qu'on va vraiment pouvoir relier au quotidien mais aussi à la situation professionnelle donc c'est assez global, c'est assez intéressant je trouve. Ce n'est pas forcément que pour la reprise professionnelle de manière générale que ce soit toutes les activités, toutes les occupations de la personne, pour moi c'est important de les aborder pendant la MCRO.

D'accord. Et travaillez-vous avec des structures de reprise professionnelle ?

Alors nous on est, le centre de rééducation, enfin l'association dans laquelle je travaille, on partage notre bâtiment. Donc on a d'un côté le SSR et d'un autre côté un ESAT hors les murs et un DEA qui est le dispositif emploi accompagné. Nous au maximum, on accompagne les patients à la reprise de travail en milieu ordinaire mais pour les personnes qui malheureusement ne peuvent pas reprendre leur poste antérieur du fait des troubles et des séquelles, on va pas hésiter à faire le relai vers si besoin effectivement l'ESAT hors les murs ou vers le dispositif emploi accompagné qui est un dispositif assez nouveau, qui a

quelques années maintenant, mais qui est assez récent et qui a pour but d'accompagner les personnes tout au long de leur vie à la différence de l'unité COMETE qui elle, a une durée d'intervention limitée à quelques années. Là le but c'est vraiment d'accompagner la personne si besoin dans un besoin de formation, de création d'un nouveau projet professionnel etc. Et de l'accompagner effectivement de manière intensive ou pas puisqu'ils ont différents modes d'interventions, qui soit plus actif ou en mode veille, je crois que c'est comme ça qu'ils appellent ça, quand tout ce passe bien, ils sont un peu plus en retrait mais d'avoir un accompagnement qui est quand même assez présent, plus présent que nous en tout cas avec l'unité COMETE. Et après on n'hésite pas à faire des relais si besoin, je sais que pour plusieurs patients, j'ai été amené à faire le lien avec des UEROS. Voilà donc on n'hésite pas, nous en tout cas à intervenir avec l'unité COMETE et quand notre champs d'intervention est limité, à faire le relai à d'autres structures. Le fait d'avoir un ESAT hors les murs et un DEA juste à côté, c'est vraiment quand même une chance pour nous et vraiment, ça facilite vraiment la communication entre nous.

D'accord. Et donc quels sont les avantages et les inconvénients de ces structures ?

De quelles structures ?

De celles dont vous venez de me parler, de l'ESAT, du dispositif emploi accompagné. Enfin ma question concerne plutôt les avantages et les inconvénients de travailler avec ces différentes structures.

Bah pour moi, y'a beaucoup d'avantage de faire des relais avec ce type de structure là. Comme je vous ai dit un petit avant nous aussi on a nos limites malheureusement le suivi COMETE est sur 3 ans normalement 3 à 4 ans après l'accident. Et parfois ce n'est pas nécessaire parfois on se rend compte que les personnes ont besoin davantage de temps et que la reprise professionnelle se fait de manière complexe donc le fait de pouvoir passer ce type de relai, ce relai là c'est très pour moi constructif et très important pour la suite du patient. Moi je ne connais pas vraiment les limites et les avantages de ce type de structures là puisque je n'ai jamais travaillé dans ces types de structures là. Mais en tout cas de pouvoir vraiment facilement communiquer avec eux et de pouvoir faire du lien avec ces structures c'est une chance. L'une des limites effectivement peut être que je pourrais mettre en avant c'est pour certaines structures qui sont notamment par exemple les ESAT, qui sont soumis à une validation de la MDPH. On a des personnes qui souhaitent reprendre un emploi mais qui doivent attendre la commission de la MDPH et qui doivent donc attendre 8-9 mois d'avoir

une notification MDPH pour être orientées vers ce type de structure. Donc ça peut être quand même une contrainte assez importante pour des structures qui nécessite une orientation MDPH. Après voilà pour moi c'est très important de passer le relais et d'avoir connaissance de nos limites et de se dire, de ne pas hésiter à passer le flambeau à d'autres structures lorsqu'on estime que c'est nécessaire et que ce sera plus adapté en tout cas pour le patient.

D'accord. Et, comment se déroule le suivi du patient après sa prise en soin en SSR ?

Comment se déroule quoi, pardon ?

Comment se déroule le suivi du patient après sa prise en soin en SSR pour la reprise professionnelle ?

Je pense que j'ai déjà répondu un petit peu à la question. Ils sont reçu par le chargé d'insertion et ensuite nous au moment où on juge opportun d'intervenir en tout cas quand les capacités de la personne lui permette d'aborder la question de la reprise professionnelle de manière plus sereine et plus adapté. On participe à l'élaboration du projet de reprise avec la personne et avec l'équipe. C'est quelque chose qu'on échange avec toute l'équipe pluriprofessionnelle, en staff ou en synthèse avec le patient et l'entourage et ensuite si les conditions nous le permettent on réalise des mises en situation sur site et aussi en entreprise par le biais d'un outil. Alors il y'a l'essai encadré par la sécurité sociale mais qui est un petit peu plus compliqué à mettre en place parce que ça nécessite un retour de la sécurité sociale. Nous on a créé un outil qui s'appelle la mise en situation thérapeutique à visée professionnelle et la personne est toujours en arrêt de travail et assurée par notre structure ce qui fait que c'est beaucoup plus simple de mettre ça en place et c'est sur une durée de 14 jours réparti un petit peu comme on veut, à la journée ou à la demi-journée donc ça peut vraiment s'étendre sur plusieurs semaines et nous on a la possibilité de venir sur place au début, au milieu, à la fin de la mise en situation. Généralement y'a aucun soucis avec ça donc on est présent à ce moment-là et on s'assure que la reprise se fasse vraiment dans de bonnes conditions. Et quelque chose qu'on aborde aussi et qui finalement est aussi en lien avec la reprise professionnelle c'est la conduite automobile puisque beaucoup de personnes finalement conduisent pour se rendre au travail et parfois n'ont pas les moyens de se rendre au travail en transports en commun donc la conduite c'est quelque chose qui est assez indispensable pour la reprise professionnelle. Du coup c'est quelques chose que nous on aborde on a grâce au réseau, à l'association COMETE France un véhicule aménagé et donc on réalise des mises en situations en collaboration avec une auto-école. On réalise des mises

en situations sur route pour permettre au patient de se mettre en condition, de conduite réelle suite à son accident puis l'obligation quand même c'est de passer devant un médecin agréé par la préfecture pour pouvoir reprendre la conduite automobile dans les meilleures conditions.

Je suis en entretien là. Et du coup... pardon j'ai perdu le fil.

Pas de soucis

J'ai été un peu coupé par l'une de mes collègues. Du coup on réalise des mises en situation et on fournit un avis consultatif au patient qui est un avis consultatif médical et un compte rendu lui permettant de se présenter auprès du médecin agréé donc ça pour moi, ça favorise aussi parfois pour certains patients la reprise professionnelle.

D'accord. Et quand vous orientez les patients vers les structures UEROS par exemple, comment se déroule le suivi ? Est-ce que vous poursuivez le suivi en parallèle ?

Alors oui, on a nous un système qui s'appelle le suivi COMETE DPI donc on a le suivi en hospitalisation complète, en hôpital de jour et le suivi COMETE DPI c'est-à-dire que la personne est encore dans nos bases de données, elle est encore suivie mais on la voit ponctuellement pour faire un point régulier alors déjà notre chargé d'insertion ergonomiste est régulièrement en contact, prend des nouvelles de manière ponctuelle par téléphone ou par mail pour s'assurer que le relai avec le UEROS se passe bien, pour faire un point régulier. Et nous le médecin voit le patient de manière ponctuelle en consultation donc les personnes sont encore suivies mais de manière très ponctuelle que ce soit une fois tous les 2 – 3 mois en présentiel, en physique mais elles sont également suivies en distanciel par notre chargée d'insertion ergonomiste par mail ou par téléphone pour s'assurer que le relai se fasse bien.

D'accord. Et tout à l'heure vous m'avez dit qu'en staff vous abordiez le sujet de reprise professionnelle pour les patients. Je me demandais donc, avec quels professionnels du SSR êtes-vous en collaboration pour la reprise professionnelle ?

Alors la démarche précoce d'insertion, la DPI, pour le coup tout le monde intervient dans le cadre de la DPI.

D'accord

C'est vraiment comme je vous l'ai dit, une philosophie de pensée et d'aborder la question de reprise professionnelle en favorisant l'autonomie et l'indépendance de la personne que ce

soit pour les déplacements, pour toutes les activités du quotidien, ça impacte forcément un moment donné la reprise professionnelle de la personne. Si la personne n'est pas en capacité de s'habiller le matin pour se préparer pour aller au travail bah c'est une problématique qui malgré tout est en lien avec la reprise professionnelle. Donc tout un chacun qu'il soit soignant ou thérapeute paramédicaux fait partie, intervient dans le cadre de la DPI. En revanche, dans le cadre de la reprise professionnelle les unités comète, en tout cas nous notre unité comète, au sein de l'unité nous avons un médecin, un chargé d'insertion ergonomique, une ergothérapeute, une assistante sociale et une psychologue-neuropsychologue. Ça se sont les personnes qui sont les plus impliqués dans l'unité COMETE mais bien évidemment l'ensemble des professionnels que ce soit en staff ou en synthèse à son mot à dire concernant la reprise professionnelle de la personne. Si une personne qui a des problématiques langagière importante et bah bien sûr que l'orthophoniste va intervenir en staff et donner son avis concernant un potentiel retour à l'emploi avec les troubles actuels. Donc pour moi chaque personne intervient mais lors des mises en situation en tout cas sur site il est beaucoup plus souvent réalisé, les mises en situation avec chargé d'insertion ergonomique et ergothérapeute.

D'accord et quelles difficultés avez-vous rencontré lors de la reprise professionnelle de certains de vos patients ?

Alors parfois le fait que certaines entreprises en demande beaucoup, très vite au patient et les mette parfois en situation, sans forcément sans rendre compte, ils ont l'impression que ça se passe bien donc ils hésitent pas à en demander plus au patient et c'est là que parfois il y a des problèmes, il y a des boulettes, il y a des erreurs, et donc, ils nous appellent, les entreprises nous envoient un mail en nous appelant au secours pour pouvoir refaire un point ensemble alors qu'au final le patient lui a toujours les même difficultés, elles sont toujours présentes, y'a pas eu d'aggravation ou quoi que ce soit. Mais c'est aussi le fait que les entreprises parfois sont un petit peu en demande parfois un petit peu beaucoup sans forcément se rendre compte des capacités et des difficultés de la personne donc à nous de réintervenir et de dire bah non là vous avez demandé à cette personne-là de faire ça mais vous savez que c'est une personne qui est fatigable, qu'a des difficultés à se concentrer. La prise de décision est parfois un petit peu difficile, la gestion de plusieurs tâches est parfois compliqué donc là si vous lui demandez ça, c'est normal qu'elle se retrouve en difficulté et qu'il y ait des erreurs, donc à vous de remettre le curseur un petit peu vraiment en lien avec les capacités de la personne sans lui en demander trop et la mettre en difficulté.

D'accord.

On a ce genre de problématique là après on a parfois des problématiques un petit peu interne enfin interne... pas forcément en lien avec l'entreprise mais plus en lien avec les compétences de la personne parfois la personne ne peut pas reprendre son poste actuel mais est reclassée au sein de la même entreprise mais à un poste qui est malheureusement entre guillemets inférieur en terme de responsabilités et de tâches que son poste antérieur et parfois la personne, on a des patients qui le vivent extrêmement mal. Et une autre chose, depuis la crise sanitaire, on a beaucoup de personnes qui sont en télétravail et ça c'est quelque chose d'assez nouveau. Et donc, on est amené à faire des visites à domicile aussi pour s'assurer que le poste de travail et de télétravail est adapté. Donc ça c'est quelque chose d'assez nouveau par rapport à avant. Et on a les personnes pour qui, ils le vivent pas très bien le télétravail et l'isolement, des personnes qui avaient l'habitude de travailler en équipe, avec beaucoup de monde autour. Et ben on a des personnes qui le vivent pas toujours très bien de se retrouver isolées chez eux et effectivement parfois dans un environnement matériel et architectural qui font que ils se retrouvent à travailler sur la table du salon, sur une chaise et donc du coup c'est compliqué, elles sont pas bien installée, ça génère des douleurs, des difficultés de concentration parce que y'a les enfants qui courent autour etc. donc voilà, parfois c'est pas tout rose bien évidemment la reprise professionnelle, il y'a des embuche, ça ne se passe pas toujours très bien. Mais c'est aussi notre rôle et l'intérêt de suivre les patients quand même au long court même si on a une durée déterminée, c'est de pouvoir s'assurer que même 6 mois 8 mois après ça se passe toujours de manière optimale.

D'accord.

Voilà.

Et que pensez-vous de l'utilisation de la MCRO pour orienter la reprise professionnelle ?

Pour orienter la reprise professionnelle ?

Oui

Je dirai que la MCRO nous permettant de fixer nos objectifs, ça nous permet de manière très concrète de pouvoir constater des difficultés de la personne dans ces occupations et comme je disais tout à l'heure de se projeter sur une certaine reprise professionnelle en lien avec certaines activités qui sont problématiques que ce soit du port de charge, de l'informatique,

je sais pas moi, de quelqu'un qui faisait le ménage d'avoir des difficultés. Justement nous on a la possibilité de faire passer l'aspirateur, de faire du repassage, faire beaucoup de choses qui peuvent s'apparenter à certains métiers, la MCRO va nous permettre de cibler ces problématiques là et donc de pouvoir nous nous projeter de manière beaucoup plus concrète sur une potentielle reprise professionnelle même si bien évidemment on est pas magicien, on est pas devin et parfois on est agréablement surpris et tant mieux.

Oui, d'accord. Et pour finir, avez-vous d'autres informations à me communiquer ?

Je ne pense pas, je pense avoir fait le tour.

Oui, je pense aussi.

Ouais ? C'est assez complet, c'est bon pour vous ?

Oui

Ca va vous donner de la matière à étudier.

Oui, c'est sûr.

Ok super. Bah du coup c'est bon pour moi également.

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de réaliser cet entretien.

Je vous en prie. Bon courage pour la suite de votre mémoire.

Merci beaucoup, bonne journée.

Bonne journée, au revoir.

L'accompagnement de l'ergothérapeute dans la reprise professionnelle post-AVC

Mots clés : Ergothérapie – AVC – Reprise professionnelle – MCRO – Collaboration

En France, 150 000 personnes sont atteintes d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) chaque année. L'AVC est un enjeu majeur de santé publique, entraînant des séquelles ayant une répercussion sur les activités de la vie quotidienne. Le retour à la vie professionnelle peut notamment être impacté. L'ergothérapeute intervient dans le processus d'intervention du patient pour favoriser son autonomie et son indépendance. L'objectif de cette étude est de comprendre comment l'ergothérapeute peut accompagner le patient atteint d'un AVC dans sa reprise professionnelle. Des entretiens semi-directifs, auprès de quatre ergothérapeutes exerçant en SSR et utilisant l'outil MCRO, ont été réalisés dans le but d'obtenir des résultats qualitatifs. Les résultats mettent en évidence que l'outil MCRO permet d'identifier des problématiques occupationnelles en lien avec la reprise professionnelle du patient. Cependant, des mises en situations ou un recueil d'information en lien avec l'activité professionnelle de la personne sont également utilisés pour évaluer le patient. Ces outils sont plus adaptés à la reprise professionnelle. La collaboration avec des structures de reprises professionnelles est un atout pour la poursuite de la prise en soins du patient car elle permet d'optimiser le retour à la vie active. Néanmoins, cette collaboration n'est pas toujours possible.

Key words : Occupational therapy – Stroke – Return to work – COPM – Collaboration

In France, 150,000 people are affected by a cerebral vascular accident each year. Stroke is a major public health issue, leading to after-effects that have an impact on the activities of daily life. In particular, the return to professional life may be impacted. Occupational therapists are involved in supporting patients in order to promote their autonomy and independence. The aim of this study is to understand how occupational therapists can assist stroke patients in their return to work. Semi-structured interviews with four occupational therapists practising in a follow-up care and rehabilitation department and using the COPM tool were conducted in order to obtain qualitative results. The results show that the COPM tool makes it possible to identify occupational problems related to the patient's return to work. However, situations or information gathering related to the person's professional activity are also used to evaluate the patient. These tools are more adapted to the professional recovery. The collaboration with professional recovery structures is an asset for the continuation of the patient's care because it allows for an optimal return to active life. However, this collaboration is not always possible.

Charlène BONNEREAU

Sous la direction de Madame Géraldine DEUDON