

**MEMOIRE D'INITIATION A LA RECHERCHE EN VUE DE L'OBTENTION DU
DIPLOME D'ETAT D'ERGOTHEREPEUTE.**



L'intervention de l'ergothérapeute dans un contexte de résilience auprès des personnes âgées ayant subi un accident vasculaire cérébral, prises en charge en établissement de soins de suite et de réadaptation.

Sous la direction de Stéphanie LOTITO

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 65 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

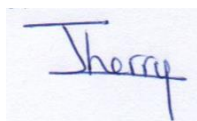
Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussigné (e),* HERRY Justine étudiant(e) en 3^{ème} année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informé(e) des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le 29/05/2020

Signature :



*NOM, Prénom

Note aux lecteurs

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

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier ma maître de mémoire, Stéphanie LOTITO, qui a accepté de me suivre tout au long de cette année. Merci pour tous les conseils et les encouragements qui ont su me motiver.

Je remercie également tous les membres de l'IFE de Créteil qui nous ont épaulés pendant ces 3 ans de formation et durant cette année de mémoire. Toujours avec de l'humour et le sourire. Merci de votre aide malgré cette période compliquée.

Merci à Chantal TAILLEFER et Anne MOREAU pour votre accompagnement lors des cours de méthodologie du mémoire et pour vos conseils précieux qui m'ont aidée plus d'une fois.

Je remercie également tous les professionnels de santé qui m'ont permis de réaliser mon enquête.

Je tiens à remercier mon copain qui m'a apporté beaucoup durant cette année, qui m'a épaulée, motivée et qui a toujours cru en moi.

Merci à ma famille, ma belle famille et mes amis pour votre soutien quotidien. Merci de croire en moi.

Enfin, merci à mes deux chiens qui ont su m'apaiser dans les moments de stress et me donner de la bonne humeur.

« La résilience c'est l'art de naviguer dans les torrents. »

Boris CYRULNIK

Table des matières

REMERCIEMENTS	4
GLOSSAIRE	8
INTRODUCTION	9
Situation d'appel.....	9
Problématique.....	11
Hypothèse	11
1- Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO)	12
1-1 Généralité	12
1-1-1 La Personne	13
1-1-2 L'environnement	14
1-1-3 L'occupation	14
2- Explication des termes du sujet de mémoire par le biais de la MCREO	15
2-1 La personne âgée.....	15
2-1-1 L'âge d'entrée dans la vieillesse.	15
2-1-2 Caractéristique de la personne âgée	16
2-2 Accident Vasculaire Cérébral (AVC)	17
2-2-1 Def.....	17
2-2-2 Etiologie et physiopathologie	17
2-2-3 Epidémiologie.....	18
2-2-4 Sémiologie, facteurs de risques.....	18
2-2-5 Séquelles et complications des AVC.....	20
2-3 Prise en charge des patients en établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR).	22
2-3-1 : Définition	22
2-3-2 Evolution des prises en charge des patients en soins de suite et de réadaptation.....	23
2-3-3 : Prise en charge des différentes phases de l'AVC.....	23
2-4 Rôle de l'ergothérapeute en SSR.	24
2-4-1 Définition globale de l'ergothérapeute	24
2-4-2 L'ergothérapeute et la collaboration avec l'équipe interprofessionnelle	25
2-4-3 L'ergothérapeute et le sujet âgé	26
2-4-4 L'ergothérapeute en SSR et dans la prise en charge du sujet âgé ayant subi un AVC	27
2-4-5 Adaptation d'activités significatives	29
2-5 La résilience.....	30
2-5-1 Définition du concept de résilience	30
2-5-2 La notion de traumatisme dans la résilience.....	31
2-5-3 Les mécanismes de résilience	32

2-5-4 La notion d'acceptation dans la résilience	32
2-5-5 Les ressources internes et externes	33
2-5-6 La résilience chez la personne âgée.....	34
2-5-7 Résilience et établissement soins de suite et de réadaptation	35
2-5-8 L'ergothérapeute et la résilience	35
2-5-9 Les facteurs favorisant la résilience	36
3- Dispositif méthodologique.....	38
Rappel de la problématique et de l'hypothèse.	38
Problématique	38
Hypothèse	38
3-1 La méthodologie de l'enquête.....	38
3-2 Objectifs de l'enquête et critères d'évaluation.....	39
3-3 Population et choix de l'outil d'enquête	39
3-4 Modifications de l'enquête	41
4 - Analyse de l'enquête	42
4-1 Population, échantillon	42
4-2 Prises en charges	44
4-3 Affinement de l'enquête.....	46
4-3-1 La connaissance et la pratique sur la résilience	46
4-3-2 La collaboration selon les points de vue	50
4-4 Finalité de l'enquête	52
5 – Discussion	54
5-1 Rappel de la question.....	55
5-2 Interprétation concernant le questionnaire	55
5-3 Interprétation de l'enquête.....	56
5-4 Limites de l'enquête	57
5-5 Intérêts de l'enquête.....	57
Conclusion	58
Bibliographie.....	60
LEXIQUE	63
ANNEXES.....	65
ANNEXE I : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO).	65
ANNEXES II : Les différents cercles de la résilience.	66
ANNEXE III : Questionnaire	67

GLOSSAIRE

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UHR : Unité d'Hébergement Renforcé

MES : Mise En Situation

INTRODUCTION

Je vous présente mon travail d'initiation à la recherche en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'ergothérapeute. Je vous parlerai de la situation d'appel, le contexte dans lequel m'est venue l'idée de ce sujet. Je vous exposerai ensuite ma partie conceptuelle ainsi que mon enquête répondant à ma problématique et mon hypothèse. Tout d'abord, voici l'origine de ce sujet d'étude.

Situation d'appel

Mon premier stage de deuxième année, de septembre à octobre 2018, se déroulait en SSR gériatrique (établissement de Soins de Suite et de Réadaptation). Ce stage m'avait particulièrement plu car, tout d'abord, il concernait une population âgée, avec qui je me sens plus à l'aise pour travailler. De plus, cela se passait dans le domaine de la rééducation, dans lequel je souhaiterais exercer après l'obtention du Diplôme d'Etat. Dans ce service de rééducation, l'ergothérapeute avait l'occasion de prendre en charge des patients, que ce soit en groupe ou en séance individuelle. En effet, j'ai pu réaliser plusieurs séances avec les patients et certaines m'ont questionnée.

Un des patients de ce centre avait fait un AVC (Accident Vasculaire Cérébral), c'est-à-dire une défaillance de la circulation sanguine qui affecte une région plus ou moins importante du cerveau. L'AVC survient à la suite de l'occlusion ou de la rupture d'un vaisseau sanguin et induit la mort des cellules nerveuses privées d'oxygène et d'éléments nutritifs essentiels à leurs fonctions. Ce patient venait en séance individuelle et en ce jour, c'était avec moi. Après son attaque cérébrale, le patient avait développé une hémiparésie droite, c'est-à-dire une atteinte motrice touchant l'hémicorps et se traduisant comme une forme mineure de l'hémiplégie. Je travaillais ainsi avec lui l'hémicorps droit dont l'utilisation de son bras droit, en position assise ou à la station debout, tout en plaçant les objets à sa droite. Le patient avait quelques difficultés à rester debout ou encore à tenir fermement les objets qu'il avait en main, par exemple, nous travaillions avec des pinces à linge de différentes forces. C'est par la suite que mon questionnement a commencé. Devant ses difficultés, le patient se sentait attristé et m'a dit « *De toute façon, je ne serai plus jamais comme avant.* ». J'étais émue et je me sentais aussi impuissante. C'est ensuite, avec une autre patiente que cette idée m'est à nouveau revenue, lorsqu'elle me dit « *Avant d'avoir mon AVC, j'y arrivais sans problème.* », elle parlait de marcher sur un long périmètre de marche sans devoir se tenir ou s'arrêter à cause des vertiges. Pour poursuivre, une autre patiente verbalisait lors d'une séance en cuisine thérapeutique « *J'arrivais très bien à éplucher mes légumes mais avec cette main qui ne fonctionne plus comme avant.* ». C'est après toutes ces remarques, qui se sont présentées proches les unes des autres, que j'ai commencé à m'interroger sur les changements dus aux AVC et sur la façon de l'ergothérapeute de travailler sans mettre le patient en échec.

En effet, j'ai entrepris mes recherches en m'appuyant sur des témoignages de personnes, sur la vie après un accident vasculaire cérébral. Alors j'ai essayé de me pencher sur le terme d'acceptation. C'était un terme qui me plaisait car en effet je cherchais à savoir comment une personne pouvait accepter ce changement, accepter de ne plus être comme avant. Il y avait aussi cette appréhension de ne pas être réellement protégé de ce phénomène, en effet « *l'AVC reste une « roulette russe* » » (Docteur P. Le Coz, 2016) et nous ne pouvons pas toujours être épargnés de cela et de ses séquelles, parfois irréversibles. C'est en continuant mes recherches que je suis tombée sur un neuropsychiatre français, Boris Cyrulnik, ancien animateur d'un groupe de recherche en éthologie clinique au centre hospitalier intercommunal de Toulon-La-Seyne-sur-Mer et directeur d'enseignement du diplôme universitaire (DU) « Clinique de l'attachement et des systèmes familiaux » à l'université du Sud-Toulon-Var. Ce dernier est surtout connu pour avoir popularisé le concept de « résilience » (renaître de sa souffrance) qu'il a soutiré des écrits de John Bowlby¹. Ce qui m'a donc amenée à me plonger dans le phénomène de résilience.

C'est dans un premier temps, grâce à ce terme plus précis, que j'ai pu entamer des recherches plus approfondies sur la résilience, puis la résilience chez les personnes âgées. En effet, la résilience est un événement psychologique qui consiste, pour un individu ayant subi un traumatisme, à prendre acte de cet événement pour ne plus, ou ne pas, avoir à vivre dans la dépression et pour pouvoir se reconstruire d'une façon socialement acceptable.

Après avoir parcouru les pages du livre *Résilience, vieillissement et maladie d'Alzheimer* d'Antoine Lejeune, Claire Maury-Rouan et Boris Cyrulnik, j'ai pu découvrir que les facteurs de résilience chez le sujet jeune et le sujet âgé sont différents. En effet, elle est dite plus « *historique et verbale* » chez la personne âgée et plus « *sensorielle et biologique* » chez le sujet jeune, étant donné que les expériences de la vie n'ont pas été les mêmes et n'ont pas eu la même durée. En poursuivant mes lectures sur les ouvrages de Boris Cyrulnik, j'ai eu l'occasion de prendre connaissance de son livre *De chair et d'âme*. Un ouvrage dans lequel il explique pourquoi la vie est une conquête permanente, jamais fixée d'avance (pour chacun d'entre nous). Il nous emmène dans une forme de résilience et le fait de pouvoir avancer « *On peut découvrir en soi, et autour de soi, les moyens qui permettent de revenir à la vie et d'aller de l'avant tout en gardant la mémoire de sa blessure.* » (Cyrulnik, 2006). J'ai également pu prendre connaissance de son ouvrage *La Résilience ou comment reconnaître de sa souffrance ?* en collaboration avec Claude Seron, où il évoque comment un être humain peut-il retrouver un équilibre lui permettant d'assurer son développement, des suites d'un traumatisme. C'est à la suite de mes lectures sur ces ouvrages que j'ai pu insérer, de manière concrète et certaine, le terme de « résilience » à mon sujet. J'ai ensuite décidé de porter mes futures recherches sur le phénomène de résilience dans un contexte « *post-AVC* ». Dans l'ouvrage, *Résilience, vieillissement et maladie d'Alzheimer*, cité précédemment, Boris

¹ Psychiatre et psychanalyste britannique.

Cyrulnik porte un intérêt sur l'interaction de l'aidant qui dépend de plusieurs facteurs comme sa personnalité et sa relation avec le patient, ce qui m'a amenée à m'interroger sur l'interaction de l'ergothérapeute, aidant professionnel, dans un contexte de résilience.

Je souhaiterais par la suite développer le rôle de l'ergothérapeute dans le domaine de la rééducation, plus particulièrement pour les personnes ayant subi un AVC, afin de l'approfondir dans un contexte de résilience. En effet, ayant réalisé un stage en SSR, j'ai pu observer et pratiquer l'ergothérapie. J'élargirai sur ses actions et la manière dont il permet aux patients d'adapter leur quotidien afin d'accepter plus facilement leur(s) traumatisme(s). L'ergothérapie est « *un fil qui permet de tisser toute une vie* » (Nicol Korner-Bitensky, 2009, Revue canadienne d'ergothérapie). En effet, comme l'indique N. Korner-Bitensky, l'ergothérapie va permettre de se reconstruire, voir se construire, de développer ou maintenir ses capacités et son autonomie. « *Le paradoxe de la condition humaine, c'est qu'on ne peut devenir soi-même que sous l'influence des autres.* » (Cyrulnik, 1993, Les nourritures affectives). J'étudierai ainsi comment l'ergothérapeute agit et par quels moyens (comme par exemple la cuisine thérapeutique avec des adaptations).

Afin de vous parler de cette théorie, je vais m'appuyer sur le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) pour étayer mes recherches de notions fondamentales.

Problématique

De quelle manière l'ergothérapeute intervient-il dans un contexte de résilience auprès des personnes âgées, ayant subi un accident vasculaire cérébral, prises en charge en établissement de soins de suite et de réadaptation ?

Hypothèse

L'ergothérapeute collabore avec l'équipe interprofessionnelle dans un objectif commun de résilience auprès des personnes âgées ayant subi un accident vasculaire cérébral, prises en charge en établissement de soins de suite et de réadaptation.

1- Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO)

1-1 Généralité

Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) est un modèle humaniste ergothérapeutique. Il a été conçu par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes en 1991 dans le but de clarifier le rôle de l'ergothérapeute.

Dans un premier temps, le modèle a été publié en anglais et en français en 1997, avant d'être révisé plusieurs fois. D'abord en 2007 par le biais d'un écrit complémentaire : *Enabling Occupation II : Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation* (Elizabeth Townsend, Helene J. Polatajko, 2007). La version française publiée en 2008 aboutit à la traduction suivante : « *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation* » (Helene J. Polatajko, Elizabeth Townsend, 2008).

Dans un même temps, le nom du modèle devient : « *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement* ». Traduit en français par : « *Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de Participation (MCRO-P)* ». C'est finalement en 2013 que cette notion de Participation sera remplacée par la notion d'Engagement pour aboutir à la terminologie suivante: « *Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO)* ».

Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel prend en compte subjectivité, désirs et besoins de la personne. La relation entre la personne et le thérapeute représente une collaboration visant l'engagement du client. Ici le terme de "client" est évoqué car au Canada, ainsi qu'au Québec, le terme de "clientèle" est d'usage courant. Il désigne aussi les personnes qui ont recours aux soins de santé. « *Comme ce ne sont pas tous des malades, ce terme paraît plus large et plus inclusif.* » (Phaneuf, 2014). En France, nous parlons de "patient" car nous le définissons comme une personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale.

Le MCREO met en œuvre quatre compétences du référentiel de compétence de formation au Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute qui sont :

- ✚ Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement (Compétence 2).
- ✚ Mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie (Compétence 3).
- ✚ Relation thérapeutique (Compétence 6).

- ✚ Former et informer (Compétence 10) : afin de faire connaître et valoir la profession d’ergothérapeute auprès des autres professionnels de santé.

Cette pratique centrée est basée sur la personne. Elle permet une écoute active comme point essentiel pour le développement d’une relation thérapeutique. L’écoute active est une technique de communication qui consiste à utiliser le questionnement et la reformulation “*afin de s’assurer que l’on a compris au mieux le message de son interlocuteur et de le lui démontrer*” (Rogers). Cette pratique permet également d’utiliser le temps avec les patients pour les écouter et essayer de comprendre leurs besoins et leurs désirs, de respecter les valeurs de la personne, ses préférences et ses besoins et de reconnaître ses forces, ses compétences et son expertise. Ce modèle permet d’« *illustrer le rendement occupationnel qui est le résultat des interactions entre la **personne**, **l’environnement** et **l’occupation*** ». (Law M., Baptiste S., Carswell A., Mc Coll M.A., Polatajko H., Pollock N, 2011)

Ce modèle canadien est illustré en 3 dimensions (disponible également en ANNEXE I) : la Personne, l’Occupation et l’Environnement.

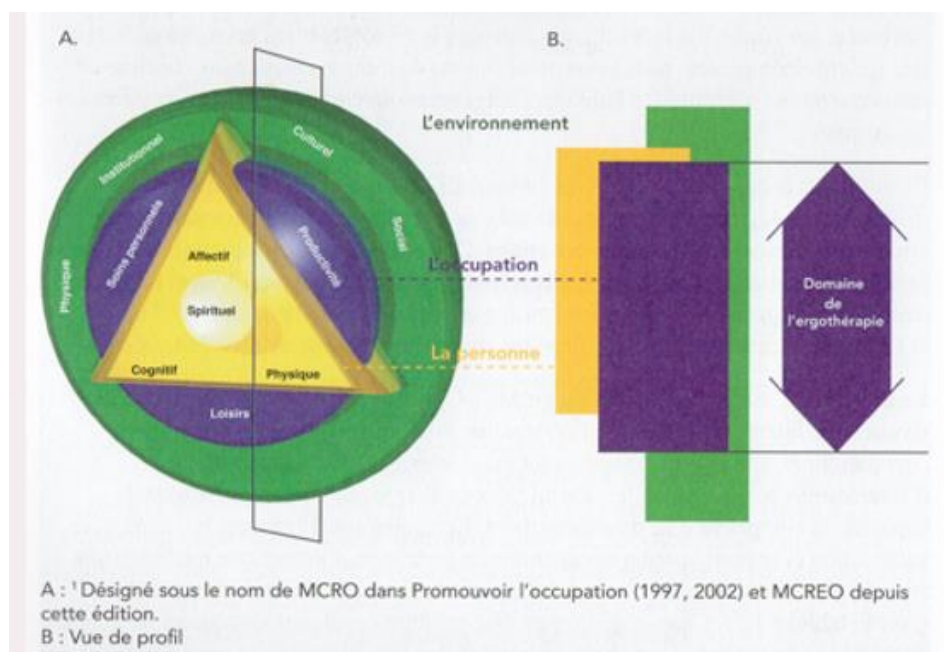


Figure 1 : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (Townsend, E.A ; Polatajko, H.J ; Craik, J, 2008).

1-1-1 La Personne

La définition propre de la personne désigne un être humain, sans distinction de sexe (Larousse, 2005). Le MCREO prend en compte toutes les dimensions de la personne :

- ❖ La dimension **physique** : les fonctions sensori-motrices, qui relèvent à la fois des fonctions sensorielles et de la motricité.
- ❖ La dimension **cognitive** : les fonctions cérébrales.
- ❖ La dimension **affective** : la gestion des émotions et des sentiments.
- ❖ La dimension **spirituelle** : les croyances, les valeurs, les projets de vies.

Cette vision globale aide à comprendre la personne dans toutes ses dimensions, ses fonctions, ses activités, ses besoins et ses habitudes de vie. La pratique centrée sur le patient est fondamentale dans ce modèle prenant en compte la subjectivité, les désirs et les besoins propres de la personne.²

Lorsque l'on dit que la personne est prise dans toutes ses dimensions, on entend également l'environnement dans lequel elle vit et évolue.

1-1-2 L'environnement

A travers le MCREO est également pris en compte l'environnement global de la personne. Il correspond au contexte dans lequel le rendement occupationnel va se produire. Il se constitue de quatre items :

- ❖ L'environnement **social** : liens sociaux et familiaux.
- ❖ L'environnement **culturel** : collectivités, accomplissement dans un groupe.
- ❖ L'environnement **institutionnel** : politique, économique ; règles de vie en communauté, etc.
- ❖ L'environnement **physique** : environnement naturel, constructions.

Selon Isabelle Marchalot « *le MCREO insiste sur la relation entre l'occupation et l'environnement : c'est l'engagement dans l'occupation (activité signifiante ou significative), dans l'environnement approprié, qui produit naturellement la participation et peut même induire une performance* » (Marchalot, 2016).

1-1-3 L'occupation

Le MCREO a pour hypothèse fondamentale que « la vie de toute personne est fondée sur l'occupation, le rendement occupationnel et la participation ». (Morel-Bracq, 2009)

La promotion des activités signifiantes et significatives (Leontiev in Morel-Bracq, 2013), représentant le terme « d'occupation », selon la terminologie anglophone (Occupational Therapist), permet le maintien de la santé et contribue à redonner un sentiment de contrôle sur sa vie. L'activité a un potentiel

thérapeutique grâce au lien existant entre la personne, son environnement, ses activités, sa santé et son bien-être.³ L'occupation signifie un « *Ensemble d'activités et de tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification.* » (Townsend, Polatajko, 2013, p.444).

Le MCREO classe l'occupation en trois catégories distinctes :

- ❖ Les activités de productivité.
- ❖ Les activités de loisir.
- ❖ Les activités de soin personnel.

L'occupation et les activités sont donc les références et le support thérapeutique de l'ergothérapie.⁴

2- Explication des termes du sujet de mémoire par le biais de la MCREO

2-1 La personne âgée

2-1-1 L'âge d'entrée dans la vieillesse.

Le terme « personne âgée » est souvent employé. Dès lors, il est donc normal de se poser la question suivante: à quel âge sommes-nous “âgés” ?

En 1962, le rapport Laroque considérait comme « personne âgée » les personnes de 65 ans et plus. En vue de l'espérance de vie moyenne, qui était à l'époque de 70 ans, ceci était plutôt cohérent. La notion de personne âgée serait peut-être relative à l'espérance de vie du moment donné.

De plus, P. Bourdelais, propose de définir un seuil d'entrée dans la vieillesse, c'est-à-dire “*l'âge précédent de cinq ans l'échéance de l'espérance de vie du moment*” (Bourdelais, 1999). Soit 82,4 ans aujourd'hui, d'après des statistiques réalisées par l'INSEE en janvier 2017. Le seuil d'entrée dans la vieillesse serait donc 77,4 ans.

³ Ibid

⁴ ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHERAPEUTE. 1997. Le modèle canadien du rendement occupationnel.

Il est aussi exposé que l'âge d'entrée dans la vieillesse serait défini par “*celui où des incapacités commencent à apparaître*” (FNG, 2013). Or biologiquement, il est impossible de définir précisément un seuil d'entrée dans la vieillesse.

Nous ne pouvons alors pas parler de groupe « personnes âgées » car cela sous-entendrait que ce groupe présente une certaine homogénéité, or ce n'est pas le cas. Il ne faut pas oublier les inégalités sociales, c'est-à-dire les différences de situation entre des individus de par leurs ressources (revenus, capital social, éducation, etc.) ou de leurs pratiques (santé, logement, situation d'emploi, etc.). En effet, il y a des différences entre les femmes et les hommes. Ensuite, ces femmes et ces hommes ont eu des vies socioprofessionnelles différentes. En effet, ce n'est pas pareil d'être une « *femme âgée veuve, ancienne femme de ménage et un homme âgé marié ancien cadre supérieur* » (Ennuyer). De plus, l'environnement personnel, soit le lieu où vivent ces personnes influe, “*ce n'est pas la même chose de vivre en ville ou en milieu rural*”. (Ennuyer, 2012).

Concernant des données plus récentes, l'OMS présente une personne considérée comme « âgée », à partir de 60 ans (OMS, 2016). D'ailleurs, en France, en 2020, l'âge légal pour partir à la retraite est 62 ans.

Une personne en situation de handicap devient, à partir de ses 60 ans, une « personne âgée dépendante », en ayant le droit de toucher l'APA⁵. Cela démontre un décalage entre la vieillesse dite biologique (qui évolue dans le temps) et la vieillesse dite sociale (âge minimal de la vieillesse pour la société), et montre encore une fois combien il est difficile de définir le terme « personne âgée ».

2-1-2 Caractéristique de la personne âgée

“La personne âgée est par nature vulnérable, soumise au processus de vieillissement, aux transitions, au cumul des pertes (veuvage, maladies, perte de revenus...)” (Paillard, 2019).

En effet, durant l'évolution de la vie, avec l'avancée en âge, ces pertes sont plus nombreuses : perte du travail (retraite), perte du rôle familial, perte d'autonomie, perte de l'image de soi, etc.

La retraite induit la perte de l'activité professionnelle, des revenus et surtout de rôle social. Ceci entraîne une modification du rythme de vie avec un temps libre quotidien.

De plus, les enfants (quand il y en a) sont grands et ont quitté le “nid familial” alors la solitude lors de l'inactivité peut prendre place, à part si la personne est mariée.

⁵ APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie. Destinée aux personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie.

Une partie importante chez la personne âgée est son autonomie. En effet, avec l'âge, les capacités ont tendance à diminuer, que ce soit dans la sphère physique et/ou cognitive. La vieillesse provoque tôt ou tard un état de dépendance, intervenant de façon plus ou moins progressive (dégradation très lente dans le cas des maladies dégénératives). La dépendance implique ainsi le besoin de l'autre, ce qui peut s'avérer très difficile à vivre.

L'avancée de l'âge implique également le risque de maladies cardiovasculaires, qui représente la troisième cause de décès après les cancers, comme l'accident vasculaire cérébral qui touche environ 150 000 personnes en France, par an.

2-2 Accident Vasculaire Cérébral (AVC)

2-2-1 Def

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une affection neurologique définie selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « *un déficit brutal d'une fonction cérébrale focale sans autre cause apparente qu'une cause vasculaire* » (HAS, 2012). L'AVC correspond à l'arrêt brutal de la circulation sanguine au niveau d'une partie du cerveau, se produisant en général quand un vaisseau sanguin éclate ou est bloqué par un caillot. D'après l'OMS « *L'apport en oxygène et en nutriments est stoppé, ce qui endommage les tissus cérébraux.* » Le diagnostic de l'AVC doit être confirmé par imagerie cérébrale comme le préconise la Haute Autorité de Santé (HAS, 2014).

2-2-2 Etiologie et physiopathologie

Les AVC ont plusieurs causes possibles, il en existe deux principaux types⁶ :

- AVC ischémiques (environ 80%)
- AVC hémorragiques (environ 20%)

Les AVC ischémiques correspondent à un manque d'apport en oxygène dans une partie du cerveau. Ils peuvent être la conséquence d'une obstruction d'origine thrombotique (occlusion, plaque d'athérome) ou d'origine thromboembolique (caillot). Les AVC ischémiques peuvent également être transitoires (Accident ischémique transitoire : AIT), il s'agit alors d'un « *déficit neurologique focal transitoire d'installation brutale d'origine ischémique dont les symptômes régressent totalement en moins de 24*

⁶ COLLÈGE DES ENSEIGNANTS DE NEUROLOGIE. Accidents vasculaires cérébraux.

heures » (HAS, 2015). La prise en charge aigüe d'un AIT sera identique à celle d'un AVC ischémique dit « constitué » car le risque de récurrence précoce dans les 24 heures qui suivent est très important.

Les AVC dits hémorragiques représentent la rupture d'un vaisseau sanguin au niveau du cerveau. Le pronostic se révèle parfois meilleur étant donné qu'une forme d'irrigation est maintenue.

L'AVC est une urgence médicale, le pronostic est dû à plusieurs facteurs essentiels : le diagnostic précoce, la prise en charge rapide dans une structure adaptée et l'intensité de la rééducation. Le Collège des Enseignants de Neurologie (2017) explique que *“le pronostic immédiat (vital) et ultérieur (fonctionnel) dépend de la rapidité et de la qualité de la prise en charge”* et que *“l'essentiel de la récupération se fait dans les trois premiers mois, mais elle se poursuit jusqu'à 6 mois. Au-delà, l'amélioration fonctionnelle est possible et tient à une meilleure adaptation au handicap résiduel”*.

2-2-3 Epidémiologie

Dans la population de 60 ans et plus, $\frac{3}{4}$ de ces personnes ont été victime d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC), en France.

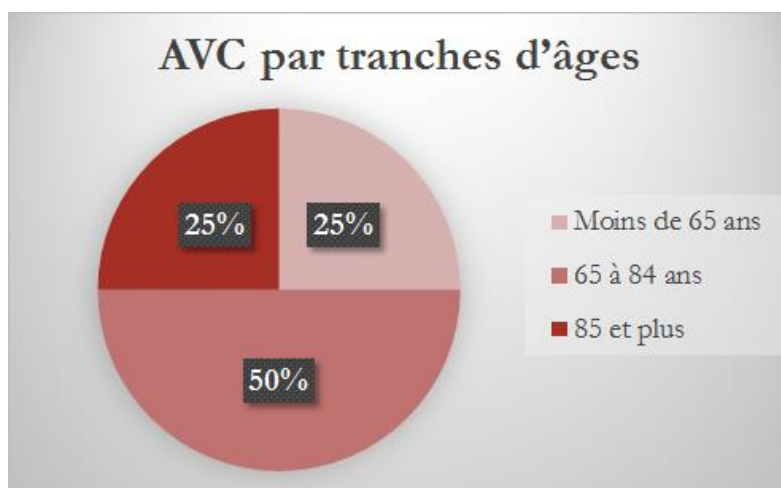


Figure 2: OMS. (s.d.). Accident Vasculaire Cérébral (AVC).

Ce diagramme montre que la population des moins de 65 ans représente le quart restant des AVC en France. La population d'AVC la plus importante est celle des 65 à 84 ans, représentant la moitié de la France.

2-2-4 Sémiologie, facteurs de risques

Selon l'Agence Régionale de Santé (ARS), l'AVC émet *“une apparition brutale de signes sous-jacents avec ou sans maux de tête.”* (ARS).

Les symptômes les plus fréquents sont, par exemple :

- Une faiblesse musculaire ou paralysie.
- Un engourdissement ou perte de sensibilité.
- Des troubles du langage : propos incohérents ou confus, difficultés soudaines à parler, impossibilité à articuler, difficultés à se faire comprendre.
- Une perte d'une partie de la vision partielle ou totale.

Un seul symptôme suffit, pour alerter le SAMU (15).

La fréquence des AVC augmente avec l'âge, le vieillissement du cerveau et du système artériel. Ces raisons peuvent être accélérées par les **principaux facteurs de risques**, exerçant une influence directe ou indirecte sur l'état de santé d'une personne ou d'une population (HAS), appelés également **déterminants de la santé**. Ces derniers ont un impact sur le risque d'AVC.

Il existe des déterminants endogènes qui sont propres au sujet, biologiques ou génétiques et parfois héréditaires. Dans le cas de l'AVC, ils correspondent à l'âge, l'hypertension artérielle, le diabète, un taux élevé de cholestérol, la fibrillation auriculaire (des battements de cœur irréguliers), ou encore les antécédents familiaux d'AVC.

A l'inverse, les déterminants exogènes, également appelés déterminants environnementaux représentent le milieu extérieur, l'environnement physique et chimique. Dans le cas de l'AVC, ils correspondent à l'environnement professionnel, parfois impactant sur le rythme cardiorespiratoire.

De plus, les déterminants sociaux représentent un impact sur le risque d'AVC. Ils représentent le mode de vie et les habitudes au sein d'une communauté partageant une même culture et histoire. Ils sont liés aux conditions professionnelles et économiques. Le risque sera plus élevé pour une personne travaillant dans des conditions altérant ses capacités respiratoires. De plus, la prévention des AVC devrait être connue de tous mais ce n'est pas toujours le cas.

En effet, c'est pour cela qu'il existe également des déterminants comportementaux liés à des facteurs sociaux-culturels, d'éducation à la santé et d'information. Dans les cas de l'AVC, ils sont représentés par l'obésité, une forte consommation d'alcool, le tabagisme, l'inactivité physique ou encore mauvaise hygiène alimentaire et d'hydratation.

Pour finir, les déterminants liés à l'offre de soins ont également un impact sur le risque d'AVC. Ils correspondent à la quantité, la qualité et l'accessibilité de l'offre de prévention et de soins.

Ces données montrent que les AVC constituent un problème majeur de santé publique. (Haute Autorité de Santé (HAS), 2012).

2-2-5 Séquelles et complications des AVC

En France, environ 150 000 personnes sont atteintes d'AVC chaque année, soit 1 AVC toutes les 4 minutes (OMS), avec 40 000 morts (soit environ 20%). Selon le rapport du docteur Elisabeth FERY-LEMONNIER (2009), les AVC représentent :

- La **première cause de handicap** acquis avec des patients qui gardent des **séquelles lourdes**.
- La **première cause de handicap moteur** chez l'adulte
- La **première cause de mortalité** chez les femmes.
- La **deuxième cause de déclin intellectuel** (démence).
- La **troisième cause de mortalité** après les cancers et d'autres maladies cardiovasculaires.

Les AVC sont à l'origine de déficiences multiples pouvant être associées ou isolées selon la localisation de la lésion.

Selon le collège français des Enseignants Universitaires de Médecine Physique et de Réadaptation (Cofemer)⁷, il peut s'agir de déficiences : (cf LEXIQUE)

- **Motrices** : hémiplégie, hémiparésie, troubles de déglutition.
- **Sensorielles** : hémianesthésie, hémiparesthésie.
- **Cognitives** : aphasie, apraxie, agnosie, négligence, troubles des fonctions exécutives.

Ces déficiences sont à l'origine d'incapacités importantes qui peuvent toucher et altérer des fonctions comme la marche, les sens, les préhensions, la cognition (attention, mémoire, etc) ou encore la continence vésico-sphinctérienne. Nous pouvons alors remarquer que les fonctions pouvant être touchées représentent les dimensions de la personne dans le MCREO.

Le collège des enseignants en neurologie (CEN), explique que ces incapacités peuvent également être amplifiées par des troubles associés :

- Trouble de tonus : hypotonie, spasticité.
- Troubles orthopédiques : subluxation de l'épaule, rétraction, enraidissement.
- Douleurs neuropathiques.

⁷ COFEMER. 2005. Objectif 133 : Accidents vasculaires cérébraux

- Troubles de l'humeur : dépression, anxiété.

- Troubles vésico-sphinctériens et ano-rectaux.

Les indicateurs de santé montrent qu'en Ile-de-France en 2010, on recensait 18 000 patients hospitalisés pour AVC et presque 21 000 séjours hospitaliers (MCO) par an et 3 000 séjours en SSR.

Pour le SSR, la durée moyenne de séjour s'élève à 35,6 jours selon les données du Ministère des Solidarités et de la Santé. Par ailleurs, l'essentiel de la récupération chez un cas AVC se fait dans les trois premiers mois et se poursuivant jusqu'à six mois. Ceci représente des coûts pour la Santé Publique.

Une étude de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) (BEH n° 1-2012 pp. 1-6) comptabilise en Ile-de-France durant la période 2008 à 2009:

- 100 000 personnes ayant fait un AVC dont 60 000 avec séquelles.
- 25 000 vivent à leur domicile et ont des difficultés pour au moins une activité de la vie quotidienne, comme les soins personnels (toilette, habillage) ou encore la préparation des repas.
- 6 000 à 7 000 sont placées en institutions comme des Maisons d'Accueil Spécialisées pour un public polypathologique, ou encore des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendants (EHPAD) pour un public gériatrique.

Les indicateurs de santé et mortalité montrent qu'en France, 750 000 personnes ont déjà survécu à un AVC.

Parmi elles, environ 60% gardent des séquelles neurologiques plus ou moins importantes sous forme de déficit moteur, de troubles du langage, de troubles sensitifs ou visuels (les plus fréquents).

1/3 des actifs peut reprendre une activité professionnelle.

Comme cité précédemment, les structures accueillant des personnes ayant subi des AVC comportent en partie les services de SSR.

2-3 Prise en charge des patients en établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR).

2-3-1 : Définition

L'établissement de Soins de Suite et de Réadaptation représente, au sein des parcours de santé, la fluidité de « l'après-hôpital ». Il décrit aussi la sphère de l'environnement de la personne, selon le MCREO, dans lequel le rendement occupationnel, que nous verrons par la suite (Morel-Bracq, 2009), va se produire.

D'après le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, le service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) a trois missions principales :

- ❖ **Rééducation** afin d'aider le patient à retrouver au plus près possible ses moyens physiques, cognitifs et psychologiques.
 - L'objectif est la restitution intégrale, autant que possible, de la partie lésée ou le retour optimal à sa fonction.
- ❖ **Réadaptation** “pour accompagner le patient si les limitations de ses capacités s'avèrent irréversibles”.
 - L'objectif est de lui permettre de s'adapter le plus possible à ces limitations et de pouvoir y faire face autant que possible.
- ❖ **Réinsertion** pour garantir au patient une réelle autonomie dans sa vie personnelle et professionnelle.
 - L'objectif est lui permettre de retrouver, autant que possible, les conditions de vie qui précédaient son séjour hospitalier.

En effet, d'après le Ministère des Solidarités et de la Santé “*la réinsertion représente donc l'aboutissement d'une prise en charge totalement personnalisée du patient.*”

2-3-2 Evolution des prises en charge des patients en soins de suite et de réadaptation.

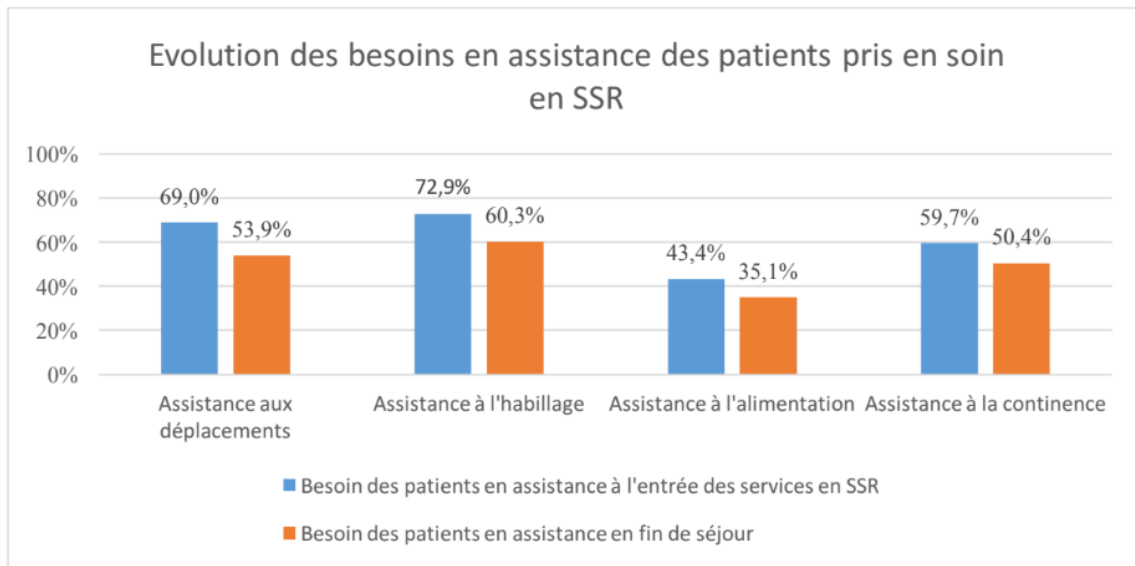


Figure 3 : Graphique de l'évolution de la dépendance durant l'hospitalisation en SSR.

Ce graphique de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2012) concernant “l'évolution des besoins en assistance des patients pris en soin en SSR” nous montre qu'un nombre important de patients victimes d'AVC ont besoin d'assistance dans les activités de vie quotidienne (déplacements, habillement, alimentation, continence).

Il évoque également qu'à l'aide d'une prise en charge en SSR, les besoins des patients ont diminué à la fin du séjour.

2-3-3 : Prise en charge des différentes phases de l'AVC

La Haute Autorité de Santé (HAS, 2013) décrit 3 phases de la prise en charge d'un patient AVC.

La phase aiguë, avant le 14^{ème} jour post-AVC, correspond à la prise en charge en urgence de la personne en structure hospitalière. Par la suite, selon le pronostic fonctionnel, la personne rentre à son domicile ou entre dans un établissement de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ou un Centre de Rééducation Fonctionnelle (CRF).

La phase subaiguë, entre le 14^{ème} jour et 6 mois post-AVC, où la prise en charge se fait dans un SSR ou un CRF. L'objectif étant de retrouver, autant que possible, les conditions de vie qui précédaient son séjour hospitalier. Pour cela, un travail de rééducation et de réadaptation va être réalisé.

Pour finir, la dernière phase correspond à la phase chronique, soit à partir des 6 mois post-AVC.

2-4 Rôle de l'ergothérapeute en SSR.

2-4-1 Définition globale de l'ergothérapeute

“L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé” (ANFE, 2019)

La profession d'ergothérapeute est réglementée par le Code de la Santé Publique (L4331-1 et R4331-1) et nécessite une formation de 3 ans fixée par les Ministères de la Santé et de l'Enseignement Supérieur. (ANFE, 2017)

L'ergothérapie est une branche du corps paramédical, méconnue pour beaucoup de monde. L'étymologie provient du grec «ergon» qui désigne activité et «therapia» qui signifie «soin», soit le soin par l'activité (CNRTL, 2015). En anglais, elle est traduite par “Occupational Therapist”. Ainsi, les ergothérapeutes sont considérés comme des professionnels de santé qui s'intéressent aux activités humaines, à l'occupation.

L'ergothérapie trouve son origine au début du XX^e siècle en Amérique du Nord, grâce aux médecins psychiatres qui développent l'activité comme une thérapie. “Elle s'étend progressivement à la réadaptation au travail, l'activité est utilisée pour son utilité dans la restauration des capacités physiques.” (ANFE, 2014)

Un ergothérapeute intervient généralement sur prescription médicale.

L'ergothérapeute va ainsi pouvoir agir sur cinq champs :

- ❖ La prévention et l'éducation
- ❖ La rééducation et la thérapie
- ❖ La réadaptation
- ❖ La réinsertion
- ❖ La télésurveillance médicale.

Selon le Docteur Claire Lewandowski il agit auprès de tous types de population, du nourrisson à la personne âgée dans toutes les situations de handicap, que ce soit neurologique, traumatologique, rhumatologique, psychique etc. Il peut être sollicité “dans les phases précoces (post traumatique/rééducation) et tardives (réadaptation) avec des moyens variés : activités de la vie quotidienne, confection d'attelles, aménagement du domicile/lieu de travail...” (Lewandowski, 2019).

En effet, l'ergothérapeute agit sur le quotidien des patients. Il permet le développement ou l'entretien des capacités d'une personne par le biais de la rééducation, d'activités thérapeutiques ou encore d'aides techniques (fauteuil roulant, canne, orthèse, pince à long manche, etc).

De plus, il prend en charge le patient dès lors qu'un problème de santé limite ses possibilités d'effectuer ses soins personnels, de se déplacer, de communiquer, de se divertir, de travailler ou encore d'étudier.

En effet, l'ergothérapeute permet aux personnes en situation de handicap, à mobilité réduite ou âgée de continuer leurs activités tout en prenant en compte le sujet dans sa globalité. ANFE, 2015).

L'ergothérapeute peut travailler en cabinet, en structure hospitalière (Services hospitalier, SSR, CRF...) ou encore en institution médico-social (MAS, EHPAD, UHR...). Une chose est sûre, malgré un métier propre à lui-même, sa collaboration avec l'équipe interprofessionnelle est primordiale.

2-4-2 L'ergothérapeute et la collaboration avec l'équipe interprofessionnelle

Les professionnels qui mobilisent leurs compétences vers des objectifs communs réalisent un travail interprofessionnel (Bioy, Bourgeois Et Negre, 2003), comme nous montre ce schéma ci-dessous.

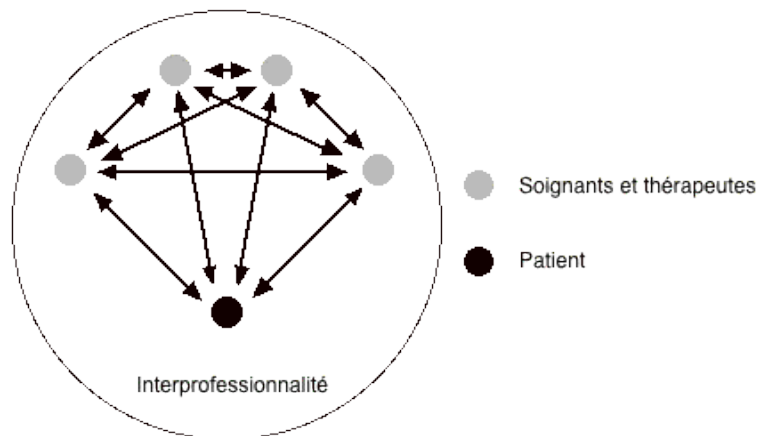


Figure 4. Source : Article GUIHARD, JP ; Interprofessionnalité.

Le travail de l'ergothérapeute est cohérent parce qu'il s'inscrit dans une dynamique interprofessionnelle. D'après le dictionnaire le Larousse, collaborer désigne l'action de participer à une œuvre avec d'autres, comme le montre le schéma ci-dessous.

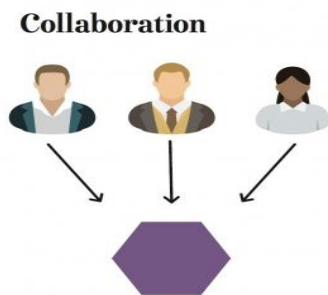


Figure 5 : La collaboration.

En effet, nous pouvons ainsi remarquer que la collaboration de l'équipe interprofessionnelle permet de nombreux échanges entre les soignants et les thérapeutes, dans le but d'une prise en charge la plus adaptée possible au patient.

2-4-3 L'ergothérapeute et le sujet âgé

Lorsque l'on prend de l'âge, nos besoins au quotidien peuvent être amenés à évoluer. En effet, au fil des années, il est possible de subir une perte d'autonomie progressive et certaines actions peuvent devenir de plus en plus complexes, voire impossibles. C'est pour cela que certaines personnes nécessitent l'aide d'un ergothérapeute.

Dans un objectif de prévention, et en prenant en compte la situation particulière de la personne âgée, l'ergothérapeute permettra à ce dernier de préserver son autonomie aussi longtemps que possible.

Si maintenir cette activité devient impossible, l'objectif de l'ergothérapeute sera la réadaptation de sorte que l'individu puisse continuer à s'adonner à ses activités, mais en procédant différemment.

C'est dans ce cadre-là que l'ergothérapeute pourra agir sur l'environnement quotidien de la personne âgée : installation d'un nouvel équipement adapté (lit médicalisé, aide au déplacement, etc), mise en place en collaboration avec un assistant social d'aides humaines, ou encore l'utilisation de technologies comme la téléalarme.

Tout ceci est réalisé dans le but de faciliter la vie de ces personnes âgées et de leurs aidants.

Lorsque l'ergothérapeute confronté à une pathologie spécifique qui empêche le patient de poursuivre ses activités, il agira dans un objectif de réinsertion. Ainsi, si une personne âgée est atteinte de la maladie d'Alzheimer, il l'accompagnera, au sein d'une structure adaptée, au quotidien, pour l'aider à réaliser l'ensemble de ses activités.

L'ergothérapeute intervient dans plusieurs structures auprès des personnes âgées, telles que les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), les Unités d'Hébergement Renforcés (UHR), et d'autres.

2-4-4 L'ergothérapeute en SSR et dans la prise en charge du sujet âgé ayant subi un AVC

Pour Amandine Cook, ergothérapeute, celui-ci a un rôle majeur à jouer dans la prise en charge des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral. De la phase aigüe jusqu'au retour à domicile et la réinsertion professionnelle, en passant par la phase de rééducation.

A la phase aigüe, c'est à dire à l'arrivée du patient dans les structures de SSR, il est fondamental de limiter les complications ostéoarticulaires. C'est ainsi que l'ergothérapeute va travailler en collaboration avec le kinésithérapeute pour éviter cela.

L'ergothérapeute a été formé sur plusieurs compétences et va être un acteur important au sein de cette structure.

A la phase post-aigüe, soit 48h après l'arrivée du patient au SSR, l'ergothérapeute va pouvoir réaliser des bilans.

Il va tout d'abord réaliser un bilan initial afin d'apprendre à connaître la personne en comprenant sa pathologie, l'histoire de sa maladie, quelques données personnelles, son logement, son autonomie dans les activités de vie quotidienne (antérieures et actuelles), ses loisirs et son projet de vie (exemple: retour à domicile, aménagement dans un foyer de vie, reprendre son activité professionnelle, reprendre ses loisirs, etc).

Il pourra par la suite rédiger un diagnostic ergothérapeutique, qui sera inscrit dans le dossier du patient et qui pourra être consulté par les autres professionnels du corps médical et paramédical.

Enfin, il sera en mesure d'établir projet d'intervention en ergothérapie avec des objectifs à court, moyen et long terme.

Exemple d'un cas concret :

Une patiente âgée de 78 ans, victime d'un accident vasculaire cérébral, ancienne institutrice. Elle était très active et aimait marcher quotidiennement avec ses amies lors de balades.

A la suite de son AVC, cette patiente a développé une hémiparésie gauche, avec une perte de la force musculaire dans tout le côté gauche du corps. Elle éprouve donc des difficultés pour la marche et a contracté une grande appréhension de la chute. Elle souhaite ainsi pouvoir atténuer ses appréhensions, récupérer une marche fluide et ainsi reprendre ses balades quotidiennes avec ses amies.

Pour ce cas, les objectifs de l'ergothérapeute seraient par exemple :

- A court terme, de faire de la prévention de chute, qui consiste à rassurer et conseiller la patiente sur ce point.*

Il pourra ainsi discuter avec elle, par le biais de groupes ou en individuel, des pièges de la maison et de ses extérieurs pour voir ensemble comment les éviter. De plus, il sera en mesure de la conseiller sur des aides techniques adaptées au déplacement, ainsi que sur le type de vêtements, chaussures, adaptés.

- *A moyen terme, il travaillera avec la patiente les déplacements sur un petit périmètre de marche, puis plus grand, en complément du kinésithérapeute et en continuant la prévention.*
- *Enfin, à long terme il pourra travailler sur le retour à domicile de la personne ainsi que sur la reprise de ses balades quotidiennes.*

L'ergothérapeute a plusieurs capacités et son métier au sein du SSR est très riche. En plus du bilan initial, il sera en mesure d'en réaliser d'autres, plus ou moins spécifiques à la pratique : bilan fonctionnel, bilan articulaire, bilan musculaire, bilan de préhensions, etc; ainsi que des mises en situation. Ces bilans, ainsi que ceux des autres professionnels, lui permettront d'évaluer les capacités et incapacités ainsi que les déficiences et intégrités du patient.

Il pourra par la suite évaluer ses besoins en aide technique, lorsque cela est nécessaire, lui permettant ainsi d'être plus indépendant dans ses activités de vie quotidienne, ainsi que pour ses transferts et ses déplacements.

L'ergothérapeute a également un rôle très important dans l'installation au lit et au fauteuil roulant pour le patient. En effet, il peut procéder à la mise en place de coussins adaptés, comme les mousses viscoélastiques (à mémoire de forme) ou les airs (favorisant la prévention des escarres), pour le fauteuil roulant. Il permet également, pour l'installation au lit, la mise en place de matelas à airs de prévention d'escarres, ainsi que l'adaptation de l'appel d'urgence ou autres besoins.

La suite de ces évaluations et observations lui permettra de mettre en place ce qu'il faut, en accord avec l'équipe interprofessionnelle.

L'ergothérapeute a principalement un rôle de rééducateur alors une rééducation complémentaire et en collaboration avec les autres intervenants rééducateurs sera mise en place pour favoriser au mieux les capacités et l'autonomie du patient.

Enfin, l'ergothérapeute a un rôle important à jouer en ce qui concerne le retour à domicile et la réinsertion professionnelle, pour un sujet qui était encore en activité avant l'AVC. Pour cela, il a plusieurs moyens à sa disposition comme la mise en place de visites à domicile.

Il pourra discuter des aménagements du domicile et du poste de travail ainsi que la coordination des intervenants extérieurs (HAS, 2010)⁸.

Un retour à domicile convenable pour le patient nécessite un certain niveau de performance dans les activités de rééducation et dans les mises en situation proposées.

L'ergothérapeute doit donc adapter et personnaliser sa prise en charge en fonction des objectifs et du projet de vie du patient. Il est ainsi nécessaire d'identifier les attentes du patient pour que l'intervention soit plus la pertinente vis à vis des activités qui seront signifiantes pour lui afin d'obtenir un engagement optimal.

2-4-5 Adaptation d'activités signifiantes

L'activité peut être définie de plusieurs façons. Le mot «occupation» est employé par les ergothérapeutes anglophones (Occupational Therapist) alors que les ergothérapeutes francophones parlent d'«activités signifiantes et significatives» (Leontiev in Morel-Bracq, 2013).

Dans le cadre des «activités significatives», elles ont une valeur et une importance aux yeux de la société, comme le fait de se laver ou encore de s'habiller.

Les «activités signifiantes» quant à elles, représentent des activités qui ont du sens pour la personne, comme les loisirs. “Ces activités sont essentielles pour l'Homme, et sont une manière d'exister à travers le regard des autres, de se sentir valorisé et utile dans la société.” ((Trouve, 2011), (Eakman, 2012)).

D'ailleurs, selon Francine Ferland, l'activité serait un «besoin fondamental d'agir, (...) aussi nécessaire à l'humain que boire et manger» (Ferland, 2014).

Lors de la prise en charge d'un patient, la réalisation d'activités signifiantes est un point fondamental et important pour la personne. Elle permet de favoriser l'engagement occupationnel de la personne.

L'engagement occupationnel est défini par Polatajko et al. comme étant “l'action de s'impliquer ou de prendre part à une occupation” (Polatajko et Al, 2008, p. 420).

En revanche, en 2008, Kielhofner donne un point de vue différent par rapport à ce concept. Il aborde brièvement l'engagement occupationnel comme le fait “de faire, de penser ou de ressentir quelque chose dans un environnement donné pendant une activité” (KIELHOFNER, 2008, p. 171).

C'est pour cela que l'ergothérapeute favorise les activités signifiantes, c'est ainsi que le patient prendra part plus volontairement à sa rééducation.

⁸ COOK, Amandine. 2010. Quel rôle tenez-vous en tant qu'ergothérapeute dans la prise en charge du patient atteint d'AVC ?

L'utilisation de ce type d'activités est un facteur essentiel au processus de Résilience des patients âgés en SSR.

2-5 La résilience

2-5-1 Définition du concept de résilience

Boris Cyrulnik est un neuropsychiatre français âgé de 82 ans. Il est connu pour avoir vulgarisé le terme de “Résilience” dont il s’était inspiré des écrits de John Bowlby. C’est à la fin des années 90 qu’il médiatise ce concept, à partir de l’observation des survivants des camps de concentration, puis de divers groupes d’individus, dont des enfants, de la rue, boliviens et des orphelinats roumains.

Boris Cyrulnik définit brièvement ainsi le concept de Résilience comme “*renaître de sa souffrance*”. Par ailleurs, la définition de la résilience la plus fréquemment utilisée pour Cyrulnik dans le domaine de la psychologie est: « *La capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d’une adversité qui comporte normalement le risque grave d’une issue négative.* » (CYRULNIK, 1999)

A travers leur ouvrage “*Résilience : Connaissances de bases*” (2012), Boris Cyrulnik et Gérard Jorland, philosophe français de 74 ans, définissent plusieurs types de Résiliences comme : (tous les chapitres ne seront cités)

- ❖ Résilience affective (Anaut, M ; p. 65).
- ❖ Résilience psychologique (De Tychev, C ; Lighezzolo-Alnot, J ; p. 85).
- ❖ Résilience et famille (Delage, M ; p. 97).
- ❖ Résilience et vieillissement (Lejeune, A ; Ploton L ; p. 115).

Ces chercheurs expliquent également, à travers cet ouvrage, que le processus de Résilience peut être vécu par tout le monde, y compris les animaux. En effet “*la domestication force l’animal à la Résilience*” car nous imposons à ce dernier d’abandonner une partie de leur “éthogramme naturel pour inventer un nouveau répertoire comportemental” (Cyrulnik, Jorland, 2012, p. 38). De plus, ils nous indiquent que “*Pour un chiot, devoir remplacer l’objet d’attachement primaire à deux mois par un autre individu d’une autre espèce demande une capacité prodigieuse à se construire après un violent traumatisme initial.*” (Cyrulnik, Jorland, 2012, p. 38)

Attention selon Gérard Ribes, on ne peut parler de résilience sans présence d’un traumatisme (Ribes, 2006).

En 1991, Terr, dans une description des signes cliniques du traumatisme chez l'enfant, différencie deux types de traumatisme :

- Type I : caractérisé par l'exposition à un événement unique soudain et fort.
- Type II : dû à une exposition à des événements “*répétés ou durables pouvant être anticipables*” (Terr, 1991).

Ces deux types de traumatismes peuvent s'appliquer à la clinique de l'adulte et de la personne âgée.

Pour compléter les écrits de Boris Cyrulnik, d'autres notions ont été apportées au concept de Résilience, afin d'énoncer des précisions supplémentaires.

En effet, selon Serge Tisseron également, il n'existerait pas «une résilience» mais «des résiliences» (Tisseron, 2008).

Norman Garmezy (Garmezy in Tisseron, 2008) décrit et identifie la résilience aux capacités d'adaptation et d'acceptation.

Michel Delage estime que la résilience fait l'objet de « *nombreuses confusions* » (Delage, 2014). En effet, il pense que la résilience n'est pas synonyme d'adaptation mais plutôt à l'idée de «rebondir» (Fine, 1991), selon son étymologie latine.

Enfin Kagan et Pellerin l'on définit comme “*un renouvellement psychique positif malgré les traumatismes de la vie*” (2014).

2-5-2 La notion de traumatisme dans la résilience

Les définitions des auteurs sur la résilience (Cyrulnik, Kagan, Tisseron, Delage...) abordent toutes le phénomène de traumatisme.

Couramment, le dictionnaire définit le traumatisme comme étant “un choc émotionnel très violent” (Larousse, 2005).

En 2006, Gérard Ribes évoque trois dimensions pour définir cette notion de traumatisme:

-La «*sidération de la pensée*»: la personne ne comprend pas ce qu'il lui arrive.

-L'«*effraction dans l'intimité* »: c'est la rupture de son «enveloppe psychique et physique».

-La «*rupture sociale*»: la personne abandonne son environnement social, «*elle se perçoit stigmatisée par le traumatisme*».

Néanmoins, la Résilience ne doit pas seulement être associée au traumatisme. En effet, en 2012, Serban Ionescu lors d'une interview s'explique sur le sujet: «contrairement à une opinion assez répandue, le mot «résilience» ne renvoie pas seulement aux traumatismes psychiques(...) ainsi, l'adversité peut prendre la forme d'un événement traumatique comme le tsunami ou peut être chronique comme lorsqu'on est en situation de chômage de longue durée.» (Senk, 2012).

2-5-3 Les mécanismes de résilience

Chez la personne résiliente, des moyens de défense internes sont mis en place tels que **le clivage**, c'est-à-dire la rupture de la réalité psychique en deux parties, quand le moi se divise en une partie socialement acceptée et une autre, plus secrète. En effet, c'est la conséquence d'un traumatisme psychologique qui place la partie de la personnalité touchée hors de la conscience.

Par ailleurs, il existe d'autres mécanismes de Résilience comme **le déni**, permettant de ne pas voir une réalité possiblement dangereuse ou de rendre plus banale une blessure douloureuse.

Il y a également **la rêverie**, correspondant à une modification de l'état de "veille" d'une personne sous la forme d'une déconnexion mentale momentanée de son environnement réel immédiat, qui est apparenté au « rêve éveillé ».

De plus, nous retrouvons **l'intellectualisation**, c'est-à-dire le "*Recours à l'abstraction et à la généralisation face à une situation conflictuelle qui angoisserait trop le sujet s'il reconnaissait y être personnellement impliqué.*" (Ionescu).

Enfin, les autres mécanismes de Résilience sont **l'abstraction** ainsi que **l'humour**.

Ces moyens de défense internes sont propres à chaque individu mais ils interfèrent dans le processus d'acceptation du nouveau "moi".

2-5-4 La notion d'acceptation dans la résilience

Couramment, le terme d' "acceptation" serait défini comme le fait d'agréer à un fait, une chose. En psychologie, il prend un sens plus significatif et propre à chaque individu.

Christophe André, médecin psychiatre à l'Hôpital Saint-Anne à Paris, décrit la notion d'acceptation comme étant « *la recherche d'un juste milieu entre la réaction impulsive et la résignation face aux événements désagréables ou douloureux.* » (André, 2013).

De plus, il nous explique que l'acceptation encourage à "un préalable mental" chaque fois que possible: « reconnaître que la situation est ce qu'elle est, l'observer sans les distorsions liées à la colère, la peur ou le découragement, et décider calmement de ce qu'il faut faire. » (André, 2013).

L'acceptation représente donc une étape préalable à l'action, soulageant ainsi nos émotions et clarifiant notre esprit.

En psychologie expérimentale, un travail est réalisé sur une dimension spécifique de l'acceptation nommée "acceptance". Cette dernière est décrite comme « la capacité, décidée ou spontanée, à accepter les émotions et expériences négatives, en s'efforçant de ne pas les juger, ni les rejeter, ni les ruminer. » (André, 2013).

Globalement, les recherches montrent que cet état d'esprit mental conduit, face à l'adversité, à réduire les émotions négatives, mais aussi à « atténuer les réactions physiologiques du système nerveux sympathique associé au stress. » (André, 2013).

Dans le processus de résilience, l'acceptation nécessite au préalable de se préparer pour ainsi pour identifier le l'épreuve, dans l'objectif de l'accepter.

En effet, la première chose à faire, lorsque l'on fait face à un événement de vie difficile, comme un traumatisme, est de l'identifier comme une épreuve le plus tôt possible. Pour nous protéger, nous avons tendance à le banaliser voire le nier. Par ailleurs, nier un problème, un traumatisme, ne le fait pas disparaître, mais cela affaiblit notre capacité à analyser, donc à réagir de manière adaptée.

Si cet évènement difficile est reconnu et accepté, il sera plus facile à l'individu résilient de réguler ses émotions, changer de regard sur la situation et de se faire aider. C'est ainsi, les ressources internes, dites individuelles et externes prendront place dans ce processus.

2-5-5 Les ressources internes et externes

Selon Delage, en 2014, le processus de résilience se concrétise à l'aide de ressources internes, individuelles, et externes.

L'histoire de la vie ainsi que les expériences personnelles construisent les ressources individuelles, dites internes, d'une personne. Chez un sujet âgé, les ressources sont plus variées et en plus grand nombre.

Les ressources externes comme les ressources humaines, soit l'environnement social ou physique, tiennent une grande place dans l'avancée des ressources internes. Si celles-ci sont sécurisantes, rassurantes et positives, elles aideront les ressources individuelles à faire face aux bouleversements (Cyrulnik, 2014).

Qu'en est-il de ce processus de résilience de la personne âgée ?

2-5-6 La résilience chez la personne âgée

Précédemment, a été évoquée la médiatisation du terme de résilience par Boris Cyrulnik à la suite d'observation d'enfants. En effet, la résilience a beaucoup été étudiée chez les enfants. C'est Emmy Werner, considérée comme une des pionnières du concept de résilience qui s'est longtemps intéressée au développement des enfants ayant vécu des bouleversements (Tisseron, 2008).

C'est par la suite que Cyrulnik, Anaut, Delage, Ribes, Ionescu, et d'autres chercheurs, ont commencé à porter leurs études chez la personne âgée résiliente. Lors d'une interview, Boris Cyrulnik précise que la vieillesse n'est pas un traumatisme (2009). Ce n'est pas la vieillesse en tant que telle qui est traumatisante, mais toutes les pertes qu'elle entraîne (la perte des capacités physiques et cognitives, la perte d'un proche...). C'est pour cela que Boris Cyrulnik précise que «cette résilience doit être considérée comme un réaménagement du monde mental altéré par les pertes» (Cyrulnik, 2014).

C'est à la suite de l'étude de ces points de vue sur les différentes tranches d'âges que la question de l'âge dans le processus de résilience se pose. Selon Boris Cyrulnik, le neuropsychiatre français, ce processus peut être vécu à n'importe quelle période (âge) de sa vie.

C'est à l'issue d'un entretien en 2012 avec la journaliste du Figaro, Pascale Senk, que Serban Ionescu évoque une étude effectuée en Belgique et en Suède décrivant que «le niveau de résilience augmente avec l'âge» (Senk, 2012).

Si le processus de résilience augmente avec l'âge, il serait donc plus facile pour une personne âgée de se reconstruire suite à un traumatisme et d'accepter ce qu'il lui arrive. Dans la vie, chaque personne acquiert de l'âge d'une manière différente, en étant plus ou moins en bonne santé et dans un environnement plus ou moins personnel. Le risque de traumatisme émotionnel et physique augmente et la nécessité de prise en charge hospitalière est parfois obligée. Par exemple, une personne âgée victime d'un accident vasculaire cérébral, vivra un traumatisme physique qui engendrera peut-être un choc émotionnel. Son processus de Résilience commencera dès lors que le traumatisme sera reconnu comme étant un problème, si c'est le cas. Ainsi, l'environnement dans lequel est cette personne lui permettra, en tant que ressource externe, d'avancer dans ce processus de résilience.

Dans le cadre de ce sujet de mémoire, il est décidé d'aborder l'environnement de rééducation, soit l'établissement de soins de suite et de réadaptation.

2-5-7 Résilience et établissement soins de suite et de réadaptation

L'environnement humain et social est essentiel dans le développement et la stimulation de la Résilience (Cyrulnik, 2014). Ainsi, le domaine des soins de suite et de réadaptation peut être un lieu favorisant à la capacité de «rebondir» à condition de rendre ce lieu sécurisant et facilitateur au processus de Résilience des patients.

Dans ce secteur, les patients sont entourés et rassurés par une équipe soignante et une équipe de rééducation dont le but est d'optimiser au maximum la prise en charge de leurs patients avec un objectif de retour à domicile et au travail (FHP; SSSR, 2011), quand c'est le cas, dans les meilleures conditions.

La Résilience doit être au centre du projet de la personne, comme exprime Hazif-Thomas « *cette brasse de résilience peut aussi être au cœur d'un projet de sollicitation (...)* » (Hazif-Thomas, 2015).

2-5-8 L'ergothérapeute et la résilience

L'ergothérapeute dispose de capacités relationnelles indispensables à la prise en charge, étant donné qu'il est au cœur des relations humaines. Selon une étude réalisée par la fondation Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé, l'écoute et la communication seraient les principales clés pour entretenir une «bonne relation» (MACSF, 2014). Pour Antoine Bioy, Françoise Bourgeois et Isabelle Negre, l'empathie c'est-à-dire la capacité à se mettre à la place de l'autre, « *favorise la communication entre soignant et soigné* » (Bioy, Bourgeois et Negre, 2003).

Michel Delage exprime, quant à lui, que les professionnels de santé peuvent « *constituer un niveau de résilience(...)* » en revanche « *cela nécessite de pouvoir être attentif à une clinique relationnelle, c'est-à-dire à une clinique capable de réfléchir à l'intersubjectivité* » (Delage, 2014). Le tuteur de résilience est une personne ressource pour la personne âgée. Jacques Gaucher et Gérard Ribes le définissent comme quelqu'un dont le « *regard porté sait se détourner des stéréotypes de fragilité, pathologie, dépendance (...)* », et attestent que « *le tuteur est un facilitateur par la parole et par ses actes(...)* » (Gaucher et Ribes, 2014)

A travers cette partie, il s'agit d'appréhender la place de l'ergothérapeute dans ce processus de Résilience sans qu'il en soit le tuteur à part entière. Tout d'abord parce que plusieurs personnes soutiennent le sujet âgé dans le processus de résilience. Ensuite parce qu'il est difficile pour l'ergothérapeute de se nommer tuteur de résilience. En effet, Ploton et Sirvan ont affirmé que « *quelles que soient les bonnes volontés et les intentions des tiers, la résilience reste une alchimie entre les différents acteurs qui n'est pas reproductible, et que nul ne pourra s'autoproclamer «tuteur labellisé»* » (Ploton et Sirvan, 2014). D'après Ploton (2012), tout le monde peut être tuteur de résilience à condition

de soutenir et rassurer la personne. Ainsi, un soignant, un thérapeute, un proche peuvent être des tuteurs pour la personne âgée et peuvent interagir ensemble. Michel Delage (Delage, 2014) identifie quatre cercles de résilience qui interfèrent conjointement. Ils sont représentés par un schéma disponible en annexe (ANNEXE II).

Par ailleurs, l'ergothérapeute optimise des facteurs de résilience à travers ses compétences spécifiques et par un travail en interprofessionnalité.

2-5-9 Les facteurs favorisant la résilience

Les facteurs de résilience sont différents selon les expériences et les histoires de chacun (Ploton et Servian, 2014). Cependant, ils se développent à travers les activités et l'entourage. Ainsi « la vie de toute personne est fondée sur l'occupation, le rendement occupationnel et la participation ». (Morel-Bracq, 2009) ce qui est important dans l'optimisation des facteurs de résilience.

Selon Jean-Marie Barbier, « *l'activité est l'ensemble des processus par et dans lesquels est engagé un être vivant, notamment un sujet humain, individuel ou collectif (...)* » (Barbier, 2015).

Les activités permettent de créer les compétences nécessaires à la Résilience comme la créativité, l'humour et la sociabilité. Marie Anaut (Anaut, 2014) marque l'importance de la créativité et de l'humour dans le processus de résilience.

La définition de la créativité selon le Larousse est « *la capacité à inventer, à développer l'imaginaire* » (Larousse, 2015). Elle est représentée lors d'activités dans lesquelles la personne s'investit. De plus, Anaut exprime en 2014 qu'il est possible d'être à la fois créatif en cuisinant, en dessinant, en écrivant ou en faisant bien d'autres activités.

Par exemple, une personne âgée qui apprécie faire un grand repas lors des repas avec sa famille, actionne sa créativité en choisissant la recette et ce qu'elle veut y mettre dedans. Un sentiment de valorisation sera instauré lorsque du moment du repas, quand elle verra toute sa famille à table manger et apprécier ce qu'elle a délicatement préparé.

“Finalement, pouvoir créer est une manière de donner un sens à sa vie, de laisser des empreintes de son passage” (Anaut, 2014).

En effet, « *Développer des centres d'intérêt maintient le sentiment d'appartenance et d'utilité tout en limitant l'isolement, la ségrégation, la sensation de dévalorisation et l'ennui. La participation volontaire à des réalisations créatives diversifiées et valorisantes (...) doit être favorisée.* »⁹

⁹ Article 6 de la Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

De plus, pour l'activité en groupe, elle conçoit des liens sociaux et peut réunir des personnes autour d'un projet commun.

Par ailleurs, l'utilisation de l'humour est aussi bénéfique. En effet, cela permettra à la personne âgée de relativiser sur ce qui lui arrive. Cela aura pour effet de favoriser ses relations sociales (Anaut, 2014). Il est donc très important d'être en interactions avec les autres afin de se sentir utile, de pouvoir imaginer et créer, pour pouvoir «rebondir».

La motivation est également un facteur essentiel dans un contexte de Résilience. Selon Hazif-Thomas Cyril « *la motivation renvoie au sens et un goût du mouvement de la vie, de l'élan vital* » (Hazif-Thomas et Thomas, 2014). Ainsi, la personne âgée doit pouvoir trouver du sens aux activités afin qu'elle ait l'envie et le plaisir d'y participer. Attention, les activités doivent être réalisables pour la personne âgée. En effet, Yves Kagan et Jérôme Pellerin affirment que « *la résilience est alors possible à condition de ne pas mettre en échec la personne en attendant d'elle ce qu'elle ne peut plus faire* » (Kagan et Pellerin, 2014).

Afin d'éviter de mettre une personne en échec, il est important d'analyser au préalable l'activité afin de l'adapter si nécessaire. En effet, l'ergothérapeute réalise «des soins et des activités à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion sociale» (Ministère de la Santé et du Sport, 2010). Ceci dans le but que la personne ait «un certain contrôle de sa vie» dans cette activité (Morel, 2006). Il s'appuie sur les ressources individuelles de la personne âgée et lui apporte des stratégies d'adaptation, notamment dans les activités et gestes de la vie quotidienne (ANFE, 2015). En effet, la préconisation de gestes et d'aides techniques par exemple est un excellent moyen d'adaptation. Boris Cyrulnik exprime qu'un «bon fonctionnement ne veut pas dire retour à l'état antérieur, il peut signifier aussi acceptation de la perte et l'optimisation compensatoire de ce qui fonctionne encore bien» (Cyrulnik, 2014). Ainsi, retrouver une activité et des habitudes de vie significatives et significatives pour la personne «améliore l'estime de soi et donne du sens à la vie» (Morel, 2006).

Afin d'argumenter mon travail de recherche théorique, je dirigerai la suite de mon mémoire sur une partie expérimentale afin de répondre à ma problématique et vérifier mon hypothèse.

3- Dispositif méthodologique

Rappel de la problématique et de l'hypothèse.

Problématique

De quelle manière l'ergothérapeute intervient-il dans un contexte de résilience auprès des personnes âgées, ayant subi un accident vasculaire cérébral, prises en charge en établissement de soins de suite et de réadaptation ?

Hypothèse

L'ergothérapeute collabore avec l'équipe interprofessionnelle dans un objectif commun de résilience auprès des personnes âgées ayant subi un accident vasculaire cérébral, prises en charge en établissement de soins de suite et de réadaptation.

3-1 La méthodologie de l'enquête

L'enquête dans la méthodologie du mémoire se définit par le fait d' « interroger un certain nombre d'individus en vue d'une généralisation » (Ghiglione, Matalon, 1998). Elle correspond, d'après ces derniers, à une « méthode interrogative », nous permettant déjà d'étudier certains points clés:

- Interroger : « *Poser une ou des questions à quelqu'un, lui demander un renseignement.* » (Larousse, 2009)
- Individus : « *Être humain, personne par opposition au groupe, à la société, à la collectivité* » (Larousse, 2009)

Cela implique que les réponses sont individuelles. L'enquête ne comprend pas les interactions sociales et les opinions qui peuvent se former dans des dynamiques de groupe.

- Généralisation : « *Action d'étendre les résultats de l'observation de quelques cas à l'ensemble des cas possibles.* » (Larousse, 2009). L'individu n'est pas l'objet en lui-même, il nous intéresse en ce qu'il est caractéristique d'un groupe plus large.

L'enquête consiste donc à interroger des gens et à susciter des réponses aux questions ou de manière plus précise à « *recueillir des données verbales auprès de groupes ou échantillons de sujets choisis en fonction d'objectifs précis, dans le but de décrire et d'analyser une situation particulière* » (Moser, 1998, p. 257). Elle peut être établie sous 3 formes : entretien, questionnaire, observation. Nous étudierons ces termes à l'occasion du choix de l'outil de l'enquête.

3-2 Objectifs de l'enquête et critères d'évaluation

Objectifs d'enquête	Exemples de critères d'évaluation
✓ <u>Analyser</u> s'il existe une collaboration entre les membres de l'équipe interprofessionnelle et par quel(s) moyen(s).	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Présence de vocabulaire faisant référence au cadre, outils et moyens (par exemple collaboration) mobilisés par l'équipe interprofessionnelle. ➤ Présence de vocabulaire en lien avec la résilience.
✓ <u>Évaluer</u> l'impact de cette prise en charge interprofessionnelle sur le phénomène de Résilience chez les personnes âgées ayant subi un accident vasculaire cérébral.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Variations observées par l'équipe sur la résilience ➤ Variations observées quant à l'acceptation des personnes âgées ayant été victime d'un accident vasculaire cérébral.

3-3 Population et choix de l'outil d'enquête

Afin de réaliser mon enquête, je souhaite utiliser l'outil questionnaire. Il correspond à une série de questions prédéfinies posées à un grand nombre de personnes (De Singly, 1992). La population ciblée pour mon enquête correspond à certains membres de l'équipe interprofessionnelle de deux Etablissements de Soins de Suite et de Réadaptation, dont les professionnels ont été choisis précédemment : Aide-Soignant(e) (AS), Assistant(e) Social, Cadre de Santé, Enseignant en Activité Physique Adaptée (EAPA), Ergothérapeute, Infirmier(ère) (IDE), Kinésithérapeute, Médecin, Neuropsychologue, Orthophoniste, Psychologue, Psychomotricien(ne).

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Membre de l'équipe dont la fonction correspond à la population ciblée.	Membre de l'équipe exerçant un autre métier que ceux prédéfinis précédemment.
Membre de l'équipe exerçant dans le service depuis minimum 6 mois.	Membre de l'équipe travaillant dans le SSR depuis moins de 6 mois ou venant d'arriver.
Membre de l'équipe interprofessionnelle ayant déjà travaillé avec un public âgé AVC.	Membre de l'équipe interprofessionnelle n'ayant jamais travaillé avec un public âgé AVC.
Membre de l'équipe ayant déjà travaillé avec 10 ou plus, patients âgés ayant subi un AVC.	Membre de l'équipe ayant déjà travaillé avec moins de 10 patients âgés ayant subi un AVC.

Membre de l'équipe étant formé ou connaissant le terme et les enjeux de la résilience.	Membre de l'équipe n'étant pas formé ou ne connaissant pas le terme et les enjeux de la résilience.
--	---

Un des critères d'inclusion a été modifié : celui d'exercer dans la structure depuis moins d'un an a été remplacé par « moins de 6 mois ». En effet, je souhaitais des avis encore plus variés.

Malgré les différentes fonctions des thérapeutes, les questions seront standardisées et posées dans le même ordre et de la même manière à toutes les personnes interrogées. C'est la condition pour que le questionnaire puisse mesurer les variations (croissances démographiques) dans la population. Il permet également d'identifier des déterminants.

Les questions réalisées seront majoritairement fermées afin que le traitement des données soit plus précis et plus quantitatif. En effet, cet outil est indispensable pour obtenir des données chiffrées sur une population ainsi que pour montrer des liens de causalité. Ces derniers réunissent 3 conditions : un fait générateur, un dommage, un lien de causalité entre le fait générateur et le dommage. Les dernières questions du questionnaire permettront à chaque professionnel de l'équipe de se distinguer les uns des autres, permettant ainsi de montrer leur place dans la collaboration interprofessionnelle et donc dans le phénomène de résilience des patients ayant subi un accident vasculaire cérébral.

Pour finir, les questionnaires devaient être donnés en mains propres aux cadres de santé de chaque établissement, avec lesquels j'avais déjà pris contact et ayant accepté cette demande mais ceci a été suspendu. En raison de la pandémie Covid-19 et du confinement instauré par le Président de la République, Emmanuel Macron, les questionnaires seront par conséquent adressés par mail aux cadres.

Dans le cas où les données seraient insuffisantes à mon enquête et ne me permettraient pas d'obtenir une réponse probante à mon hypothèse, je réaliserai un entretien avec un ergothérapeute en complément. Etant donné des circonstances de la pandémie, cet entretien se fera par téléphone ou par mail. Il permettra à l'ergothérapeute de développer davantage ses propos et d'expliquer si besoin ses dires. En effet, lors de l'entretien, les questions sont ouvertes et attendent des réponses développées. L'avantage d'un entretien est qu'il permet d'ouvrir le sujet de l'enquête à partir de l'expérience, des pratiques et des représentations de la personne interrogée (Blanchet, Gotman, 1992). Il veut comprendre le sens que l'individu donne à ses pratiques et comprendre ses représentations et sa vision des choses.

En revanche, l'entretien ne pourra seulement être réalisé qu'en complément du questionnaire, étant donné le nombre de praticiens qui seront interrogés ainsi que l'hypothèse d'une collaboration

interprofessionnelle. Une des limites de l'entretien est qu'il met seulement en jeu un petit échantillon et seulement une petite partie de l'équipe (les ergothérapeutes), ce qui n'est pas propice à une recherche sur la collaboration de l'équipe.

Concernant le dernier outil d'investigation possible pour une enquête, l'observation, il ne sera pas nécessaire à travers l'objet de cette enquête. L'observation est « *une méthode d'enquête par laquelle le chercheur observe directement, par sa présence sur le « terrain », les phénomènes sociaux qu'il cherche à étudier.* » (Arborio, Fournier, 1999). C'est un outil très détaillé et étendu sur plusieurs séances. Dans le cas de mon projet d'enquête, cet outil ne sera pas adapté car tout d'abord, la résilience est un « *phénomène de reconstruction* » (Cyrulnik, Jorland, 2012) qui peut prendre plusieurs mois voire plusieurs années, alors une observation de 3 mois maximum ne sera peut-être pas suffisante. De plus, cet outil ne pourra pas me permettre de mesurer des variations, ainsi que d'établir des relations ou des liens de causalité. Il ne permet également pas d'étudier les parcours, les représentations et la vision du monde des professionnels de santé. Pour le patient âgé ayant subi un accident vasculaire et étant en pleine résilience, il peut être dur d'être observé car il se révèle déjà parfois dur pour lui d'accepter ce qui lui arrive. Que ce soit l'observation à découvert ou incognito, ou encore l'observation participante ou plus en retrait.

Pour finir, en raison des mesures qui ont été prises concernant le Covid-19, les entrées sur les lieux de santé sont interdites aux visiteurs.

L'utilisation du questionnaire, voire de l'entretien si nécessaire, me suffiront donc à réaliser cette enquête.

3-4 Modifications de l'enquête

Durant la réalisation de mon enquête, j'ai dû faire preuve d'adaptation en raison de certaines circonstances. En effet, j'ai dû à faire face à certains obstacles comme le manque de temps, les relances sans réponses mais aussi la pandémie Covid-19.

Concernant les 2 établissements SSR préalablement choisis, à qui j'ai transmis les questionnaires, les résultats ne se sont pas révélés suffisants pour mon sujet de réflexion. Je n'avais que peu de réponses. Ceci s'est expliqué par le fait que certaines équipes avaient dû être réorganisées et que certains soignants (reconvertis en aides kiné) avaient dû reprendre le soin alors leurs disponibilités avaient diminuées. De plus, le service de rééducation était fortement réduit, ainsi le personnel ne travaillait pas tous les jours. Ayant eu peu de réponses mais aussi un échantillon ne me permettant pas de pouvoir les comparer, j'ai décidé de réadapter mon enquête.

En effet, j'ai pris la décision de transmettre mes questionnaires à un panel plus large que seulement 2 structures. J'ai ainsi envoyé cet outil à tous les praticiens concernant à la population choisie lors de mon

projet d'enquête, par le biais de mails et des réseaux sociaux. A l'issue de l'arrivée, au fur et à mesure, de certaines réponses, j'ai pu observer que le temps de travail en SSR variait de 6 mois à 19 ans. Par conséquent, j'ai décidé de modifier un des critères d'inclusion qui était "membre de l'équipe exerçant dans le service depuis minimum 1 an" par "membre de l'équipe exerçant dans le service depuis minimum 6 mois". Lors de la diffusion de mon questionnaire, je n'avais pas précisé ce critère d'inclusion car je voulais avoir le point de vue des arrivants récents. C'est par la suite que j'ai décidé d'établir ce nouveau critère étant donné les réponses pertinentes et importantes dans l'analyse de mon enquête. Ceci m'a également permis d'avoir des points de vue de plusieurs professionnels et pas seulement deux par professions car un avis de plus permet toujours d'assurer un point de vue lorsque celui-ci est indéterminé et entre deux positions.

4 - Analyse de l'enquête

4-1 Population, échantillon

La diffusion de l'outil d'investigation ainsi que ses retours permettent l'analyse de l'enquête expérimentale.

L'enquête a été réalisée auprès de plusieurs professionnels de santé exerçant en SSR, dans toute la France. Les réponses attendues n'ont pas toutes été données. Tous les corps de métier ne composent pas l'échantillon final. Au total 35 réponses données, entrant toutes dans les critères d'inclusion établis au préalable.

91,4% soit 32 réponses sur 35 ont été donnés par des femmes, donc 8,6% correspondent aux hommes. Ceci montrerait-il une majorité de femmes dans les métiers de la santé ? En effet, une étude statistique avait été réalisée par Sabine Bessière¹⁰ sur le pourcentage hommes/femmes pour chaque profession de santé. Elle a estimé que 76% de femmes exerçaient dans le champs médical, en 2003.

Pour mon enquête, je souhaitais obtenir les réponses des 12 corps de métier que j'avais choisis lors de mon projet. J'ai pu en revanche obtenir que 9 professions, ce qui correspond à plus de la moitié.

¹⁰ Administrateur INSEE, chargée des aspects démographiques des professions de santé au bureau des professions de santé à la DREES.

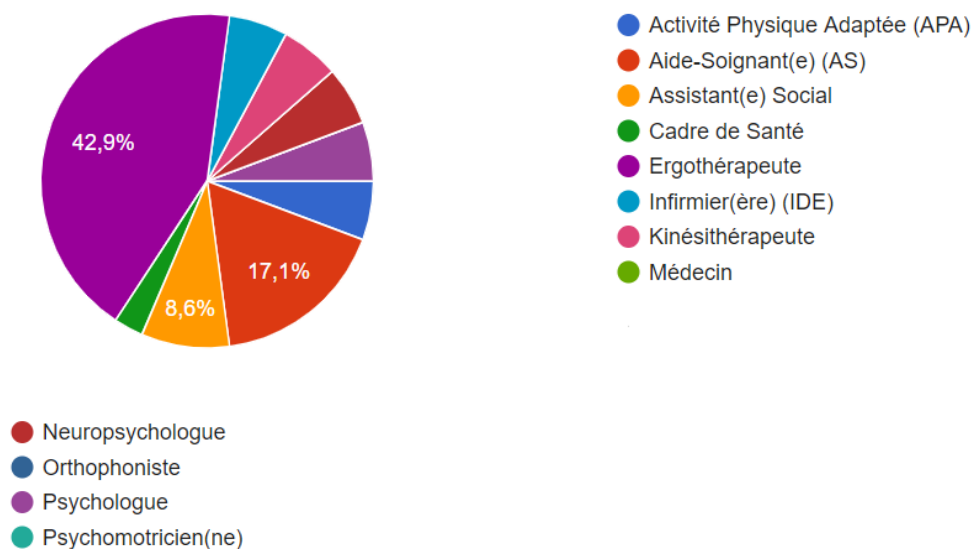


Figure 6 : Graphique des professions interrogées pour cette enquête.

La majorité des réponses, soit 15 sur 35, a été donnée par des ergothérapeutes. Il y a également 2 infirmier(ère)s diplômés d'État, 2 kinésithérapeutes, 2 neuropsychologues, 2 psychologues, 2 enseignants en activités physiques adaptées (précisé dans les réponses courtes), 6 aide-soignant(e)s (représentant la deuxième majorité), 3 assistant(e)s sociales ainsi qu'un(e) cadre de santé.

Après plusieurs recherches, j'ai trouvé un seul psychomotricien exerçant en SSR. J'ai ainsi demandé à ses collègues un moyen de le contacter mais en vain.

Concernant les médecins, j'ai démarché plusieurs structures mais sans réponses.

Au niveau des orthophonistes, plusieurs demandes ont été effectuées et après 3 relances, je n'ai toujours pas eu de réponses.

L'année d'obtention du diplôme des professionnels interrogés est comprise entre 1996 et 2019.

Lors de mon enquête, j'ai jugé nécessaire d'interroger les professionnels de santé sur leur durée d'exercice au sein d'une structure SSR. Ceci m'a permis de sélectionner les réponses dans le cadre des critères établis pour l'enquête.

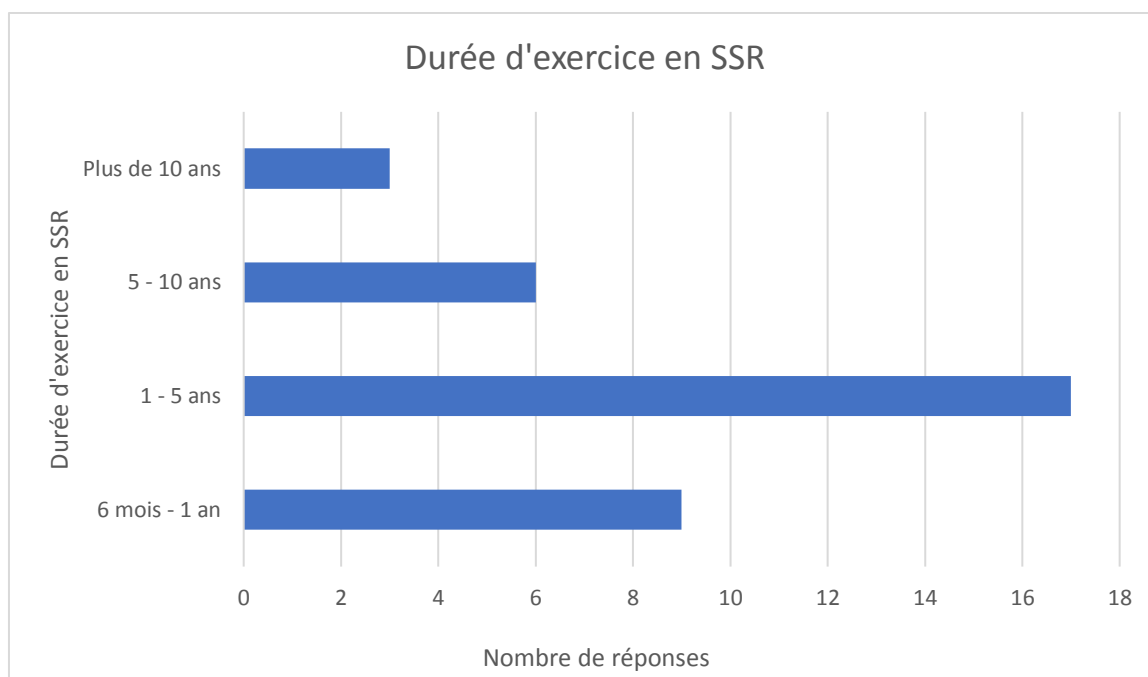


Figure 7 : Histogramme représentant la durée d'exercice en SSR des professionnels de santé interrogés.

La majorité des réponses correspond à 17 professionnels, pratiquant dans cette structure depuis entre 1 et 5 ans. Il y a également des professionnels exerçant depuis plus de 10 ans. Cela offre alors un large panel de points de vue, par rapport à leur vision de la pratique.

Chacun possède sa propre vision de la pratique et du travail en équipe. Chaque professionnel évolue, se construit avec le temps et parfois les expériences précédentes en sont un facteur.

J'ai demandé aux professionnels s'ils avaient eu d'autres expériences avant le SSR, afin de voir si cela a un impact sur leurs prises en charge, leur vision du travail en équipe et leurs connaissances et pratique concernant le processus de résilience. Plus de la moitié (57,1%) ont répondu que oui. Les réponses sont toutes dans le domaine médical, ce qui peut avoir un impact sur leur pratique et prises en charge en SSR.

4-2 Prises en charges

A travers ce travail d'enquête, il était important pour moi de prendre connaissance des chiffres concernant la population de patients choisis pour cette recherche. Cela permet d'avancer dans le fil de l'enquête afin d'affiner de plus en plus la recherche.

Questions	Pourcentage de la population	Moins de 25%	Entre 25 et 50%	Entre 50 et 75%	Plus de 75%	Je ne sais pas
Pourcentage, par an, de personnes de 60 ans et plus, prises en charge en SSR		1	1	10	22	1
Pourcentage, par an, de personnes ayant subi un AVC, prises en charge en SSR		13	14	5	1	2

Figure 8 : Tableau du nombre de réponses des professionnels de santé aux deux questions.

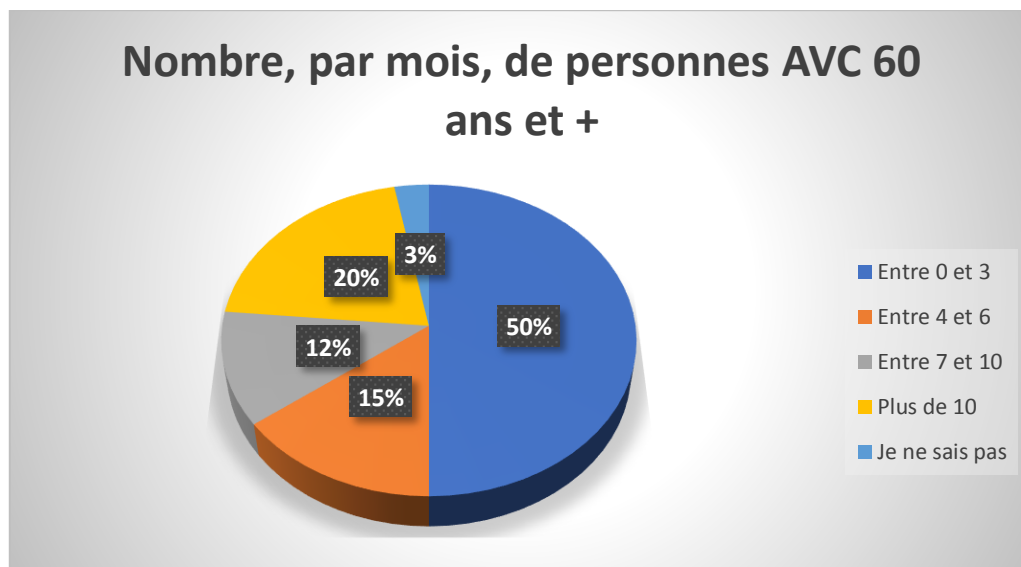


Figure 9 : Graphique de prises en charge, par mois, de personnes AVC de 60 ans et plus.

La majorité des réponses rapportent qu'ils ont, en moyenne, entre 0 et 3 patients âgés victimes d'AVC. 20% en ont plus de 10 et 15% entre 4 et 6. Ceci dépend des périodes et des structures.

Il existe beaucoup de traumatismes qui ont un impact dans la vie des personnes et la résilience en est un. Afin d'étudier mon hypothèse, j'ai décidé d'affiner encore plus l'enquête.

4-3 Affinement de l'enquête

4-3-1 La connaissance et la pratique sur la résilience

Faire ce travail de recherche sur le phénomène de résilience, tout d'abord me tenait à cœur, mais m'a également permis d'apporter des notions sur mes connaissances et un apport sur le sens de la pratique professionnelle d'ergothérapeute. Ayant voulu étudier sur ce sujet depuis ma deuxième année, j'ai pu ainsi lors de mon avant dernier stage, observer ce phénomène. J'ai également pu échanger avec les membres de l'équipe interprofessionnelle sur ce phénomène. Je me suis ainsi rendu compte que certains ne connaissaient pas ce terme mais en comprenaient le sens. Lors de mon enquête, j'ai donc voulu étudier la connaissance de ce terme mais aussi le sens que peuvent lui donner les professionnels. C'est pourquoi je leur ai d'abord demandé à quel(s) terme(s) associent-ils la résilience en leur proposant plusieurs choix. Ceci leur permet ainsi de se remettre dans le contexte (en plus de la connaissance de ma problématique) et de leur permettre de poser des mots dessus. J'ai trouvé intéressant d'étudier ce terme car il m'a amenée à trouver plusieurs définitions, de différents auteurs, ayant toutes un sens important de la résilience.

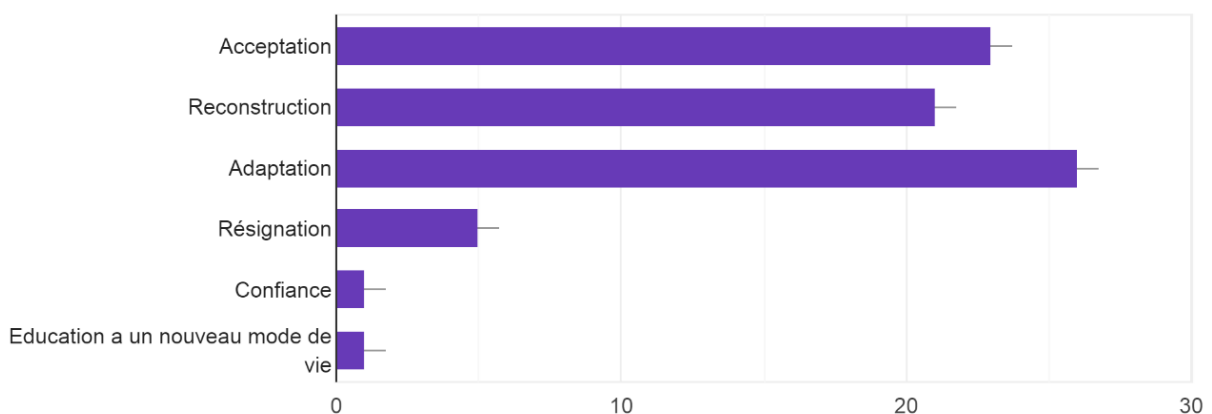


Figure 10 : La résilience en un mot, selon les professionnels de santé interrogés.

J'ai choisi, volontairement, de placer des mots qui, à mon sens, ont tous un intérêt dans la notion de résilience. Ceci m'a permis d'avoir le point de vue des professionnels de santé, sur ce phénomène qu'ils côtoient, pour certains, régulièrement.

Sur un échantillon de 35 personnes, 26 ont défini la résilience comme une capacité d'adaptation, comme le faisait référence le neuropsychiatre Boris Cyrulnik en 1999.

67,5%, soit 23 personnes, ont référencé la résilience à la capacité d'acceptation. En effet, accepter ce qu'il nous est arrivé est un facteur permettant de nous reconstruire de manière "socialement acceptable" (Cyrulnik, 1999).

La notion qui est ressortie le plus également est la reconstruction, fréquemment utilisée par les psychologues et neuropsychologues, comme Marie Anaut en 2004.

Lors de cette question, j'ai voulu leur proposer le terme de "résignation" afin de voir si certains donnaient cette notion au terme de résilience. 14,3%, soit 5 professionnels, lui ont associé ce terme. C'est intéressant de voir que chacun peut s'approprier un mot, une notion et surtout peut le comprendre différemment. C'est pour cela que ce taux de réponse n'est pas négligeable. A mon sens, le terme de "résignation" n'est pas approprié à la résilience car le fait de se résigner empêcherait la personne de se reconstruire. La résignation représente un facteur défavorable au phénomène d'acceptation, même si, pour des individus, il représente une étape du processus de résilience.

J'ai également laissé le choix de rajouter un mot pour ceux qui le souhaitaient afin d'avoir de nouvelles notions. Il est important de savoir que chaque notion se regroupent et définissent toutes la résilience. Il ne s'agit pas de définitions s'opposant mais se complétant.

Par la suite, j'ai demandé aux professionnels de santé s'ils pouvaient me définir le terme de résilience en quelques mots. Je voulais ainsi une définition plus personnelle.

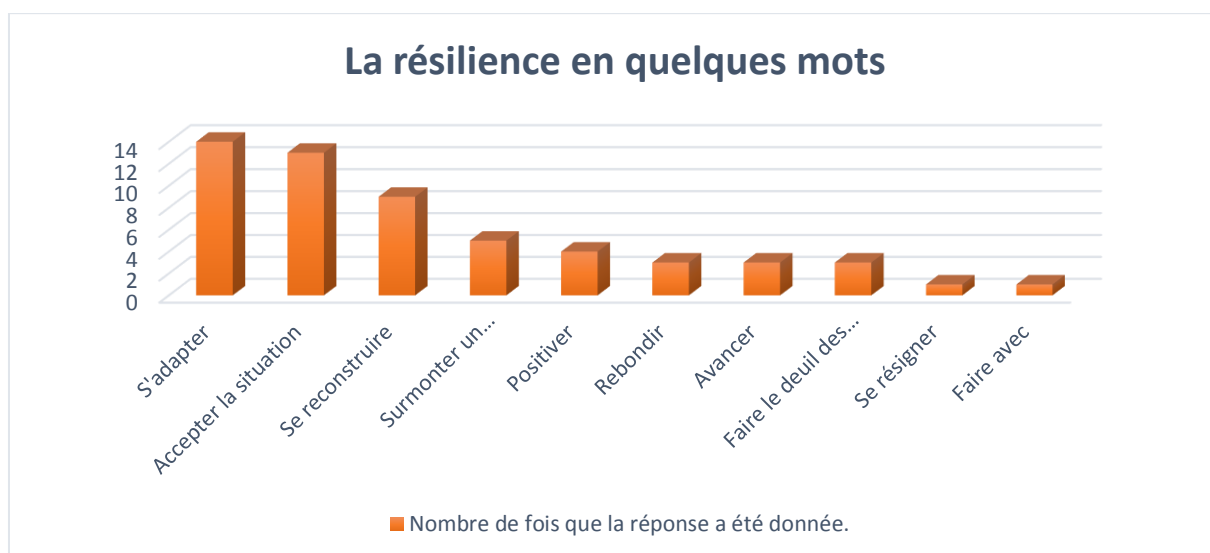


Figure 11 : Histogramme de la résilience en quelques mots, selon les professionnels de santé interrogés.

Sur ce graphique sont comptabilisés les mots chaque fois qu'ils sont cités et certaines phrases en ont utilisés plusieurs. Afin de mettre en valeur les réponses des professionnels de santé, j'ai trouvé plus parlant de le faire sous forme d'histogramme et graphique.

La majorité des réponses données rejoignent la question précédente concernant la capacité à s'adapter et à accepter la situation. L'adaptation étant fréquemment ressortie, j'ai donc réalisé un graphique sur les différentes notions apportées par les professionnels de santé.

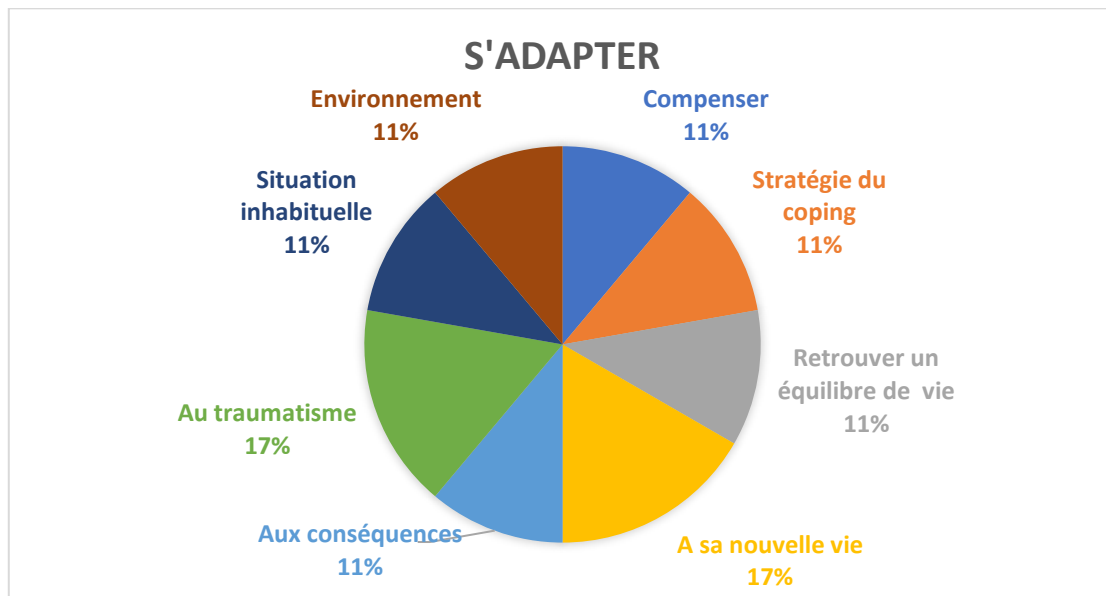


Figure 12 : Graphique : S'adapter, selon les professionnels de santé interrogés.

En lisant toutes ces réponses, l'une d'elle a soulevé un point important concernant l'engagement occupationnel d'une personne.

En effet, l'engagement occupationnel désigne nos actions pour « nous impliquer, nous investir ou devenir occupés » (ACE, 1997). Cette conception ouvre la notion de signifiante, de satisfaction, en lien avec la personne, son histoire et ses valeurs. Pour l'auteur de cette réponse, la résilience est la « *Capacité à s'adapter afin de retrouver un équilibre de vie et une participation dans les activités signifiantes malgré des changements (problèmes de santé, rupture sociale, modification de l'environnement, etc).* »

Lors de la lecture des retours à cette question, je peux constater que beaucoup de réponses indiquent que le fait d'accepter la situation peut aider la personne à rebondir et surmonter à ce traumatisme pour ensuite se reconstruire et avancer dans sa nouvelle vie, son environnement.

Les notions de positiver la situation et faire le deuil des capacités antérieures pour avancer est ressorti pour un petit groupe. En effet, faire le deuil des aptitudes passées permet d'avancer et de se reconstruire en mettant en place des stratégies d'adaptation.

Lire toutes ces réponses m'a permis de constater que ce terme était connu de toutes les personnes interrogées.

L'acceptation du traumatisme représente une étape importante au processus de Résilience. Je me suis donc interrogée sur le fait d'accepter les conséquences de l'AVC.

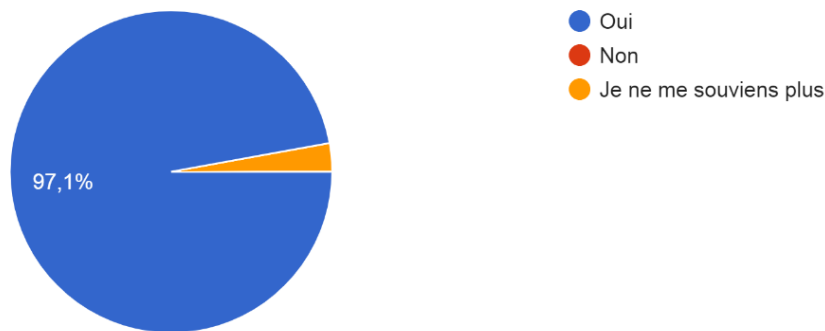


Figure 13 : Graphique du taux de réponse quant à la rencontre d'un patient âgé n'acceptant pas les conséquences de l'AVC.

34 réponses sur 35 indiquent avoir déjà rencontré un cas âgé n'acceptant pas les conséquences de l'AVC.

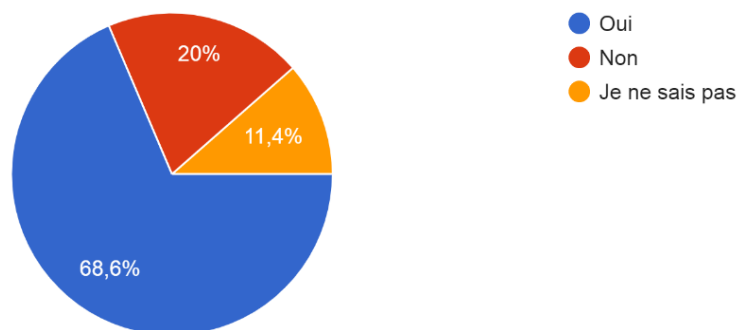


Figure 14 : Graphique de la fréquence d'un patient âgé résilient.

68,6% des professionnels de santé indiquent que le cas d'un patient âgé en plein processus de résilience est fréquent. Pour la majorité des réponses, entre 25 et 50% des personnes sont concernés par la résilience.

87,5% des praticiens ont déjà pris en charge des patients âgés résilients.

Concernant les prises en charges, j'ai exposé aux membres de l'équipe un exemple clinique afin d'avoir une idée de leurs prises en charge : *“Dans le cas d'un patient âgé pris en charge dans votre établissement des suites d'un AVC, n'acceptant pas ce qui lui arrive et les difficultés rencontrées dans ses Activités de Vie Quotidiennes (AVQ). Que pouvez-vous mettre en place et comment (personnellement et collectivement) ? (en quelques lignes)”*.

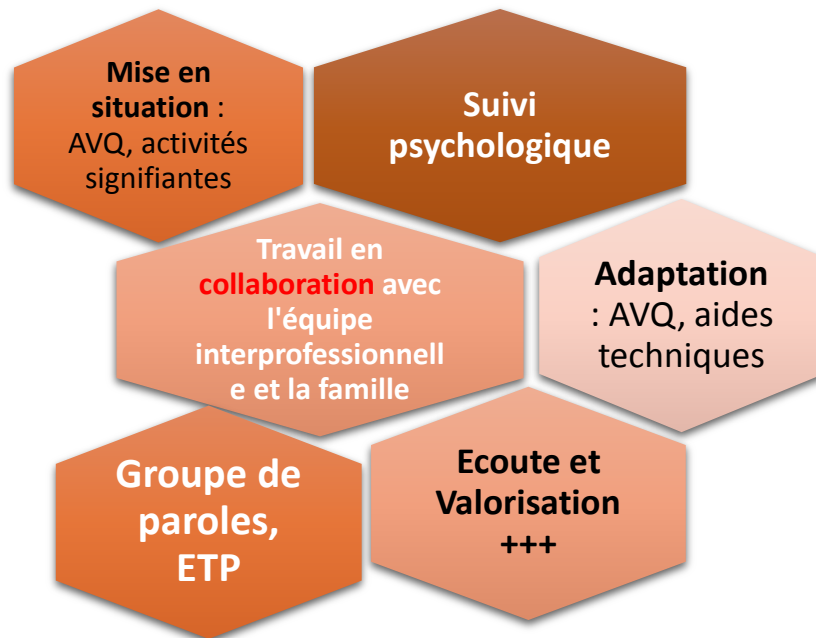


Figure 15 : Moyen mis en place pour un patient n'acceptant pas les conséquences de l'AVC.

Il est intéressant de voir que, malgré des professions différentes, les prises en charges se rejoignent. Les réponses à cette question m'apportent, tout d'abord, des points de vue quant à la pratique, que ce soit en ergothérapie ou pour les autres professions, concernant ce public choisi, mais aussi une mise en valeur de la collaboration de l'équipe interprofessionnelle. En effet, dans la majorité, le terme de collaboration en équipe interprofessionnelle est ressorti, que ce soit dans les mises en situations, l'accompagnement du patient ou encore le suivi psychologique. La collaboration est importante dans la prise en charge d'un patient et assure son suivi. De plus, cette question m'a permis de constater que le fait que l'équipe interprofessionnelle collabore, permet d'emmener le patient dans son processus de résilience et de l'y accompagner tout le long.

4-3-2 La collaboration selon les points de vue

Comme cité précédemment, la collaboration est importante, même indispensable. J'ai demandé aux membres de l'équipe s'ils estiment que la collaboration est importante et 91,4% disent que "oui absolument" et les 8,6% restants "pensent que oui".

Pour 62,9% nous ne pouvons « pas du tout » établir un projet d'intervention pour une prise en charge adaptée d'un patient seul et 34,3% « pensent que non » aussi. Par ailleurs, 2,9% soit une réponse, estime que "oui absolument" c'est possible.

En revanche, ils pensent tous que la collaboration est un moyen adapté d'établir une prise en charge pour un patient.

Afin de répondre au premier objectif de mon enquête, j'ai demandé aux soignants à quelle fréquence ils collaborent.

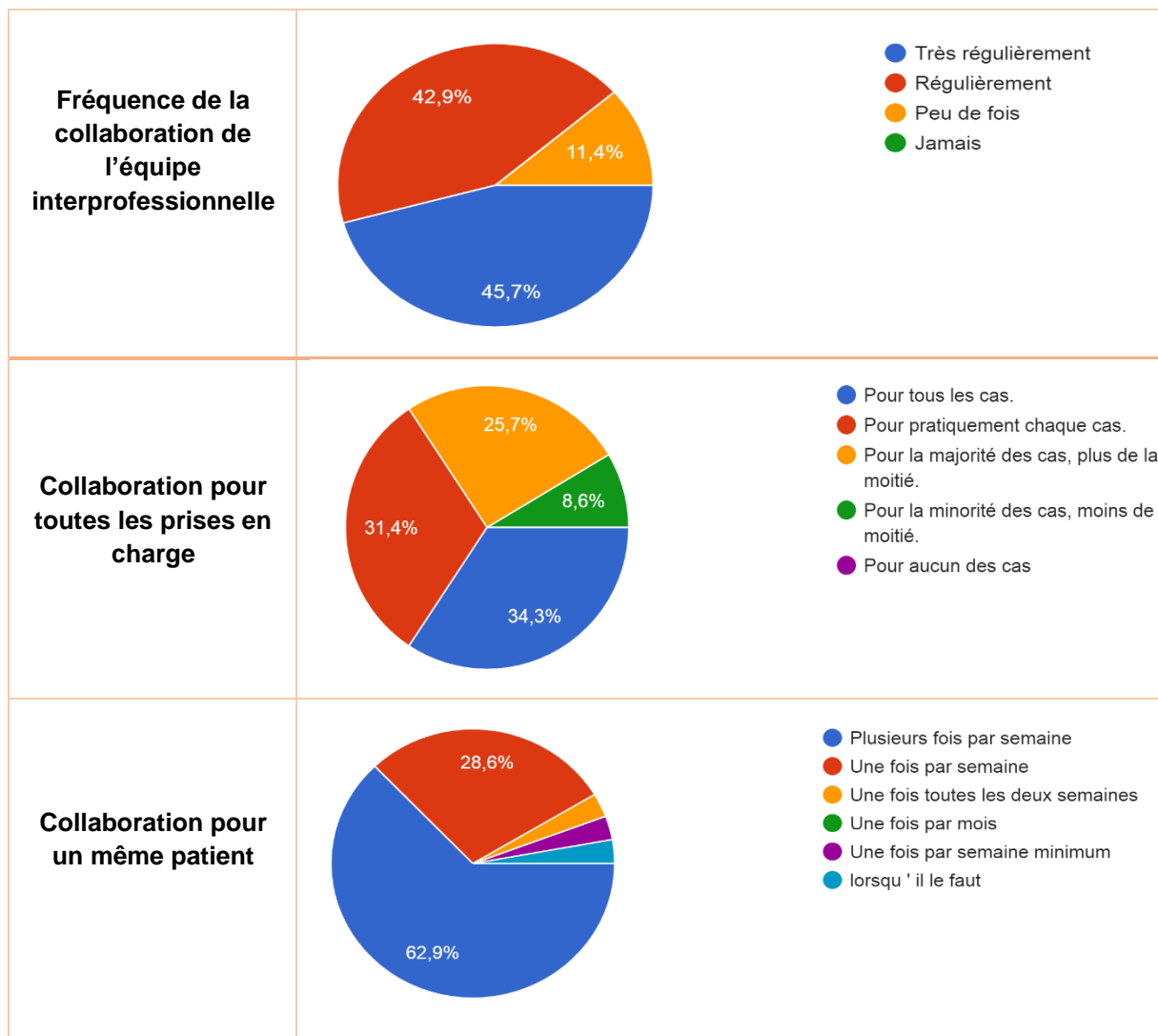


Figure 16 : Tableaux de la collaboration de l'équipe interprofessionnelle.

Les réponses expriment que la collaboration est réalisée régulièrement, voire très régulièrement pour la majorité. En revanche pour 11,4% des cas, elle est mise en place peu de fois.

A travers la question de la collaboration pour toutes les prises en charges, je cherchais à savoir si les équipes interprofessionnelles collaboraient pour toutes leurs prises en charge. Les réponses sont variées et réparties différemment. En effet 34,4% des professionnels de santé collaborent pour tous les cas et 31,4% pour pratiquement chaque cas.

27,5% collaborent pour plus de la moitié des cas alors que 8,6% pour moins de la moitié.

Par ailleurs, lorsque la collaboration est mise en place pour une prise en charge spécifique, elle est réalisée plusieurs fois par semaine pour 62,9% et une fois par semaine pour 28,6%. Cela montre que l'accompagnement et le suivi du patient est majoritaire lors de sa prise en charge.

J'ai ainsi voulu connaître leurs moyens de collaborer.

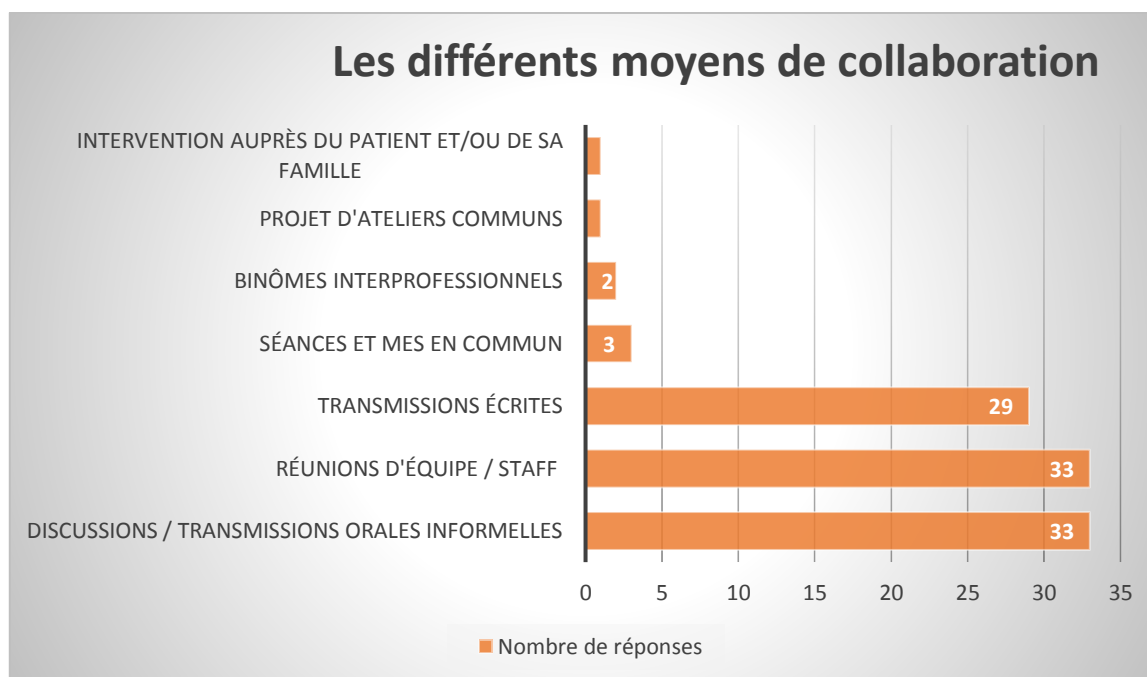


Figure 17 : Histogramme des différents moyens de collaboration.

Les moyens les plus utilisés sont les discussions orales, transmissions informelles, les réunions d'équipe et les transmissions écrites.

Ceci m'a amenée à m'interroger sur cette place de la collaboration dans le processus de Résilience des patients, notamment de 60 ans et plus ayant subi un AVC.

4-4 Finalité de l'enquête

Le premier objectif d'enquête étant validé, j'ai pu affiner davantage ma recherche afin d'étudier le deuxième et de valider, ou non, mon hypothèse.

Pour rappel, mon hypothèse est "L'ergothérapeute collabore avec l'équipe interprofessionnelle dans un objectif commun de résilience auprès des personnes âgées ayant subi un accident vasculaire cérébral, prises en charge en établissement de soins de suite et de réadaptation."

En effet, en posant mon hypothèse, je cherchais à déterminer si la collaboration de l'ergothérapeute et l'équipe interprofessionnelle a un impact ou non sur le processus de résilience.

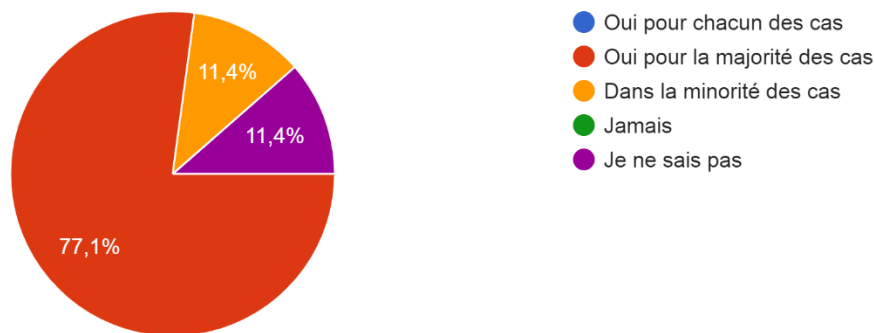


Figure 18 : Graphique de l'impact de la collaboration interprofessionnelle sur le processus de résilience.

77,1% soit 27 personnes interrogées sur 35 pensent que la collaboration a un impact sur le processus de résilience pour la majorité des cas de patients âgés, ayant subi un accident vasculaire cérébral, pris en charge en SSR. 11,4% pensent que c'est le cas pour la minorité des cas. Certains (11,4%) ne savent pas. Sachant que précédemment a été cité que 34 personnes sur 35 avaient déjà rencontré un cas de personne en plein processus de résilience et sachant qu'ils collaborent tous, peu importe à quelle fréquence, nous pouvons déjà voir que ce phénomène est traité en interprofessionnalité.

Afin d'en savoir plus sur leur travail avec le patient âgé résilient, j'ai voulu savoir, selon eux, les éléments les plus efficaces pour faciliter la résilience chez ces patients.

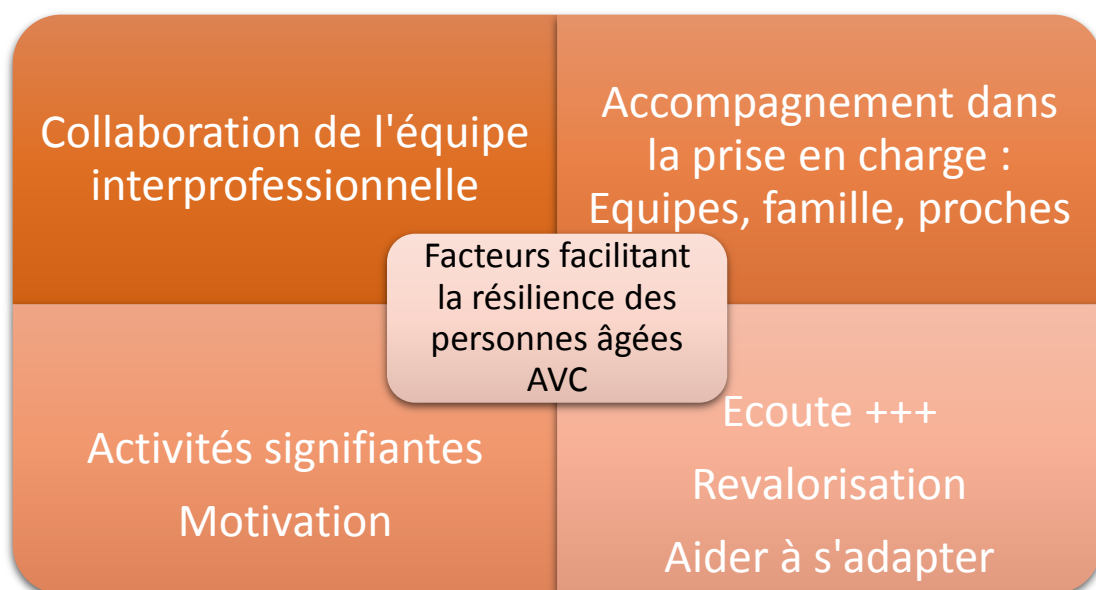


Figure 19 : Facteurs favorisant le processus de résilience.

Ce qui a été le plus cité est inscrit dans le tableau ci-dessus.

Pour conclure cette enquête, j'ai demandé aux professionnels de santé si, d'après eux, l'âge a un impact sur le processus de résilience. La majorité, qui correspond à 54,3% pense que oui car une personne âgée aurait moins de motivation à reprendre le dessus et partir en rééducation, ainsi que moins d'objectifs à long terme, avec des besoins différents. De plus, certains estiment que la présence de troubles cognitifs ne facilitent pas la prise de conscience de ces personnes.

En revanche, 40% pensent que l'âge n'a pas d'impact car la résilience dépend de chacun, de leur vie passée et de leur état psychologique.

En 1998, Boris Cyrulnik a expliqué une description du profil de l'individu résilient. Il explique que quel que soit son âge, une personne en pleine résilience serait un sujet présentant les caractéristiques suivantes:

- possédant un Q.I. élevé
- être autonome et efficace dans ses rapports à l'environnement
- ayant le sentiment de sa propre valeur
- ayant de bonnes capacités d'adaptation relationnelles et d'empathie
- capable d'anticiper et de planifier
- et ayant le sens de l'humour, afin de prendre cela de manière plus positive

D'après lui, cela leur permettrait d'accepter et de rebondir plus facilement.

Ensuite, pour finir, j'ai voulu savoir si l'âge avait un impact sur les moyens mis en place lors du processus de résilience du patient âgé. Cette fois, 71,9% pensent que oui et 25% disent que non. En effet, certaines réponses rejoignent les précédentes sur la motivation et les besoins des personnes. De plus il ne faut pas oublier le facteur de fatigabilité chez la personne âgée, avec parfois des séquelles d'AVC, portant son impact sur les moyens.

Par ailleurs, certains ont appuyé sur le fait que l'adaptation, les aides techniques et les moyens mis en place pour les seniors évitent la mise en échec. Par conséquent, si la prise en charge est adaptée, l'âge ne devrait pas avoir d'impact sur les moyens mis en place par l'équipe interprofessionnelle.

5 – Discussion

Suite à l'élaboration d'un travail théorique et à l'analyse des résultats d'enquête obtenus, je dois maintenant les interpréter à travers une discussion en les mettant en lien avec la partie conceptuelle de mon travail. Cette discussion me permettra ensuite de réfléchir aux intérêts et aux limites de mon travail

dont l'hypothèse propose que l'ergothérapeute collabore avec l'équipe interprofessionnelle dans un objectif commun de résilience auprès des personnes âgées, ayant subi un AVC, prises en charge en SSR. Afin de répondre de manière structurée et synthétique, les différentes parties de ma discussion seront en lien avec les objectifs établis lors de mon enquête.

5-1 Rappel de la question

Ce travail a permis de se demander de quelle manière l'ergothérapeute intervient dans un contexte de résilience auprès des personnes âgées, ayant subi un accident vasculaire cérébral, prises en charge en établissement de soins de suite et de réadaptation.

5-2 Interprétation concernant le questionnaire

Etant des résultats chiffrés, pour certaines questions, il a été plus facile pour moi de les quantifier et de les catégoriser. En revanche, lors des questions ouvertes, j'ai dû analyser en détail afin d'exploiter les réponses pertinentes, en lien avec les objectifs d'enquête.

Certaines réponses auraient pu se regrouper mais les associer faisaient perdre en détails. J'aurai peut-être pu proposer des catégories de réponses, pour les questions où il n'y en a pas, pour que les professionnels de santé cochent et complètent si besoin en ajoutant ou non d'autres catégories.

Par ailleurs, il est difficile de trouver une proposition juste qui correspond à la pratique sur le terrain, d'où la pertinence des questions ouvertes.

De plus, je me questionne sur la réputation des formations sur la résilience. En effet, c'est un terme courant en psychologie et cette approche est étudiée lors de la formation. En revanche, dans les autres professions, je doute de l'étude de ce terme. Après quelques recherches, j'ai pris connaissance d'une formation officielle réalisée par Boris Cyrulnik, sur ce phénomène. Il n'y a pas de restrictions pour y participer. En effet, il est indiqué que peuvent y assister les psychologues, psychiatres, psychothérapeutes, psychanalystes, médecins, sexologues, infirmiers psychiatrie, étudiants, travailleurs sociaux, professionnels intervenants, ... et toutes les personnes désirant en apprendre davantage sur la résilience. C'est une formation qui m'intéresse fortement.

Concernant le questionnaire, il m'a été suffisant afin de réaliser mon travail de recherche. En effet, je n'ai pas eu besoin de recourir à un entretien complémentaire.

5-3 Interprétation de l'enquête

Tout d'abord, la collaboration de l'équipe interprofessionnelle est au cœur de cette enquête, que ce soit pour les ergothérapeutes, les infirmiers ou encore les autres professionnels de santé interrogés. En effet, ils l'estiment tous la collaboration comme étant importante et comme ayant un impact sur la résilience (figure 18). Cela permet de comprendre à quel point il est important de collaborer afin d'accéder à une prise en charge optimale pour un patient. Travailler avec différentes professions permet d'apporter ses réflexions et ses points de vue afin de compléter ceux des autres. Cela permet aussi de réfléchir ensemble à des situations pouvant être compliqué à déterminer seule. De plus, collaborer avec les autres permet de connaître davantage leur pratique, faire valoir la profession mais aussi savoir vers qui se tourner ou orienter quelqu'un si le besoin se présente. L'enquête a permis de constater que la majorité utilisent les transmissions orales informelle, les réunions d'équipe et les transmissions écrites comme moyens de collaborer.

L'élaboration et la mise en place de mises en situation (MES) sont réalisées par les intervenants ensemble, parfois en binôme interprofessionnel. L'ergothérapeute peut alors travailler sur des MES toilette et habillage avec un aide-soignant, ou encore des MES, avec le kinésithérapeute, comme à la maison (aller du canapé au téléphone, puis à la chaise, brancher une prise, etc) afin d'évaluer les déplacements et l'équilibre.

C'est par le biais de cette collaboration interprofessionnelle, que l'équipe l'a définie comme un des facteurs efficaces pour faciliter le processus de résilience.

Concernant les facteurs facilitant la résilience, ils sont différents selon les histoires et les expériences de vie de chacun (Ploton et Servian, 2014). La majorité de ce qui est ressorti lors de l'enquête représente ceux cités dans la partie théorique : l'accompagnement de l'équipe et des proches, les activités significatives, la motivation, etc.

La notion de résilience selon les membres de l'équipe se renvoie à celles référencées en partie conceptuelle.

Pour en revenir à la collaboration de l'équipe interprofessionnelle, elle m'a permis de mesurer son impact auprès des patients et de voir qu'elle est indispensable. Chaque professionnels interrogés a montré, à travers ses réponses, que l'écoute est très importante et qu'elle est nécessaire au bon fonctionnement d'une prise en charge. C'est grâce à l'écoute des besoins, attentes et témoignages du patient qu'une équipe pourra optimiser son travail dans un cadre optimal.

L'hypothèse est par conséquent validée. Malgré un degré de réponses variables selon les professionnels, la collaboration de l'équipe interprofessionnelle a un impact sur le processus de résilience des personnes âgées (60 ans et plus), ayant subi un AVC et prises en charges en SSR. De plus, la collaboration entre l'ergothérapeute et les membres de l'équipe est importante puisqu'ils travaillent ensemble, pour le patient, donc dans un objectif commun de résilience de ce dernier. Ils permettent ainsi l'entrée dans ce processus ainsi que la continuité jusqu'à l'aboutissement, en l'accompagnant psychologiquement et physiquement, avec sa famille et ses proches.

5-4 Limites de l'enquête

La première limite de ce travail de recherche a été le fait de devoir changer de destinataires pour diffuser mon outil. En effet, les réponses étaient insuffisantes et certains praticiens, de base aides-soignants et reconvertis en aides kiné, avaient dû reprendre les soins lors pour la pandémie Covid-19 donc n'avaient pas le temps de répondre.

La deuxième limite de ce travail a été que tous les corps de métier choisis n'ont pas répondu à ce questionnaire. En effet, 9 professions sur 12 sont notées. Elles m'auraient permis d'avoir un point de vue encore plus grand sur ce travail de collaboration.

De plus, lors de la rédaction de mon questionnaire, j'ai pris la décision d'élargir les questions afin de comprendre le maximum sur la pratique et les connaissances des professionnels de santé. En effet, j'aurais pu leur poser mon hypothèse directement et leur demander une réponse mais je trouvais cela trop vague et non pertinent pour ma recherche. Cependant, la réponse à mon hypothèse a été donnée, par tous les professionnels, à l'issue de plusieurs questions, ce qui permet d'obtenir davantage de notions et d'idées qu'ils n'auraient peut-être pas pensé répondre s'il n'y avait qu'une question.

Ceci a donc mené mon enquête à des intérêts.

5-5 Intérêts de l'enquête

Tout d'abord, cette initiation à la recherche m'a permis d'acquérir des connaissances spécifiques sur le thème de la résilience, notamment chez les personnes âgées ayant subi un accident vasculaire cérébral, prises en charge en établissement de soins de suite et de réadaptation. En effet, ceci aura un apport pour ma pratique professionnelle étant donné que mon projet professionnel est le domaine du SSR.

De plus, la majorité des réponses a été donnée par des ergothérapeutes, qui met en valeur mon hypothèse quant à la collaboration de l'ergothérapeute avec l'équipe interprofessionnelle. Ceci m'a permis également un regard porté sur la pratique étant donné que dans mes premières analyses, dans les premiers retours, il n'y avait que des ergothérapeutes.

Malgré que certains professionnels n'ont pas pu répondre par manque de temps à cause de la reprise des soins Covid-19, ceci m'a permis de me réadapter. En effet, j'ai par conséquent décidé d'élargir mon panel de réponses, en voyant plus loin que 2 établissements. Ce choix fut pertinent car il m'a permis d'obtenir plus de réponses que souhaitées à la base et surtout des points de vue différents selon plusieurs structures de SSR.

Enfin, ce travail de recherche m'a amenée à réfléchir plus loin que mon sujet, afin d'apporter des notions supplémentaires, et à développer mon sens de l'analyse et du questionnement.

Conclusion

Ce mémoire de fin d'étude en ergothérapie m'a permis d'acquérir davantage de connaissances sur le processus de résilience chez le sujet âgé. Mes recherches se sont donc centrées sur la résilience de cette population âgée ayant subi un AVC, prise en charge en soins de suite et de réadaptation. Alors, **de quelle manière l'ergothérapeute intervient-il dans un contexte de résilience auprès des personnes âgées, ayant subi un accident vasculaire cérébral, prises en charge en établissement de soins de suite et de réadaptation ?**

J'ai développé le cadre théorique autour de grands concepts en lien avec le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO). En effet, j'ai abordé la personne âgée et l'accident vasculaire cérébral, représentant la dimension de la personne, la structure de SSR et l'ergothérapie correspondant à l'environnement et enfin la résilience, pour la sphère de l'occupation. J'ai porté beaucoup d'intérêt à ce phénomène de résilience et ses différentes notions et impact sur les personnes, notamment la personnes âgées de 60 ans et plus. De plus la prise en charge de ce public en structure SSR m'intéressait. Alors, j'ai émis l'hypothèse que **l'ergothérapeute collabore avec l'équipe interprofessionnelle dans un objectif commun de résilience auprès des personnes âgées, ayant subi un accident vasculaire cérébral, prises en charge en établissement de soins de suite et de réadaptation.**

Afin de vérifier mon hypothèse, j'ai construit une enquête sous forme d'outil d'investigation, le questionnaire. Ce dernier m'a permis d'analyser l'existence d'une collaboration au sein de l'équipe interprofessionnelle et les moyens utilisés. De plus, il m'a permis de constater son impact sur le processus de résilience des personnes âgées ayant subi un AVC, prises en charge en SSR.

Les résultats ont montré que pour tous les professionnels de santé, la collaboration est importante et qu'elle est mise en place de manière régulière, voire très régulière mais pour certains peu de fois. De

plus, les réponses obtenues ont permis d'analyser que les transmissions orales, écrites et les réunions d'équipes sont les moyens les plus utilisés pour collaborer. Donc mon premier objectif a été atteint.

Par la suite, les résultats ont montré que cette collaboration a un impact sur le processus de résilience du public concerné et qu'elle représente un facteur facilitant, en plus de la famille, les proches et l'accompagnement du patient.

Par conséquent l'hypothèse est validée grâce aux réponses obtenues par les professionnels de santé. Ce travail représente un apport théorique pour ma future pratique professionnelle. De plus, j'ai gagné en aisance pour faire des recherches de données fiables, ce qui me sera utile tout au long de ma carrière dans ma veille documentaire et mes connaissances.

Ce travail de recherche m'a énormément apporté. Il m'a également amenée à me questionner sur la place des proches dans le processus de résilience. Lors de l'enquête, l'entourage est ressorti principalement comme étant un facteur favorisant le processus, et je pense peu importe l'âge. En effet, Antoine Guédeney, pédopsychiatre et membre de l'Institut de psychanalyse de Paris, a écrit dans un ouvrage « *on n'est pas résilient tout seul, sans être en relation* ». Ainsi, pour lui, les facteurs affectifs ont un rôle très important dans la résilience. « *Ceux qui peuvent compter sur l'affection de leurs proches ont en eux des capacités pour surmonter un traumatisme.* » (Guedeney)

Bibliographie

- Anaut, M. (2005). *Le concept de résilience et ses applications cliniques*. (Vol. 82 : Recherche en soins infirmiers.). Consulté le 2020
- ANDRE, C. (2013, Septembre-Octobre). *Savoir accepter, pour mieux vivre*. Récupéré sur L'oeil du psy:
http://christopheandre.com/WP/ressources/emotions/acceptation_Cerveau_et_Psycho_2013.pdf
- Arborio, A.-M., & Fournier, P. (1999). *L'enquête et ses méthodes : l'observation directe*. Paris: Nathan.
- ARS. (2016, Novembre). *Les Accidents Vasculaires Cérébraux - Guide d'aide à l'orientation des malades et des familles*. Consulté le Février 2020, sur Agence Régionale de Santé Île-de-France: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/AVC-guide-orientation-malades-familles.pdf>
- ARS, Î.-d.-F. (s.d.). *Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC)*. Consulté le Janvier 02, 2020, sur ARS - Agence Régionale de Santé - Île-de-France: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/accidents-vasculaires-cerebraux-avc>
- Bessière, S. (2005). *La féminisation des professions de santé*.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris: Nathan.
- Bucki, B., Spitz, E., & Baumann, M. (2012). Prendre soin des personnes après AVC : réactions émotionnelles des aidants informels hommes et femmes. *Santé Publique*, pp. 143-156.
- CEN. (2016 , Septembre 21). *Accidents vasculaires cérébraux*. Consulté le Janvier 2020, sur Collège des Enseignants de Neurologie: <https://www.cen-neurologie.fr/deuxieme-cycle/accidents-vasculaires-cerebraux>
- Cyrulnik, B. (1993). *Les nourritures affectives*. Paris: Odile Jacob.
- Cyrulnik, B. (2006). *De chair et d'âme*. Paris: Odile Jacob.
- Cyrulnik, B., & Jorand, G. (2012). *Résilience Connaissances de Base*. Paris: Odile Jacob.
- Cyrulnik, B., & Jorland, G. (2012). *Résiliences : Connaissances de bases*. Paris: Odile Jacob.
- Cyrulnik, B., & Seron, C. (2003). *La Résilience ou comment renaître de sa souffrance ?* Paris: Fabert.
- De Singly, F. (1992). *L'enquête et ses méthodes : le questionnaire*. Paris: Nathan.
- Dr Lewandowski, C. (2019, Juin 18). *Ergothérapeute : qu'est-ce que c'est, ça soigne quoi ?* Récupéré sur Le Journal des Femmes Santé: <https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-sante-du-quotidien/2538008-ergotherapie-definition/>
- Ergothérapie pour personnes âgées : son rôle dans le maintien à domicile*. (s.d.). Récupéré sur Europ Assistance: <https://www.ea-lateleassistance.com/magazine/sante/ergotherapie-pour-personnes-agees-son-role-dans-le-maintien-domicile>

- FNG. (2011). *Gérontologie et Société - Vieillesse Ordinaire* (Vol. 34). (F. N. Gérontologie, Éd.)
 Consulté le Février 2020, sur <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2011-3.htm>
- Gabet, A., De Peretti, C., Woimant, F., Giroud, M., Béjot, Y., Schnitzler, A., & Oli, V. (2017, Janvier 11). *Évolution de l'admission en soins de suite et de réadaptation des patients hospitalisés pour accident vasculaire cérébral en France, 2010-2014*. Consulté le Janvier 2020, sur Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH):
http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/11/2017_11_1.html
- GAUCHER, J., & RIBES, G. (2014). *Le travail psychique de résilience chez l'agé*. Paris: Odile Jacob.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1998). *Les enquêtes sociologiques. Théories et pratique*. Paris: Armand Colin.
- Girard, S. (2014, Août 06). *Coopération et collaboration au travail, quelle est la différence?* Consulté le Octobre 13, 2019, sur Suzanne Girard - Conseils RH et coaching:
<http://conseilsrhcoaching.com/cooperer-et-collaborer-article/>
- Glover, A.-S. (2019, Juin). *Résilience*. Consulté le Avril 2020
- Guenier, A.-C. (2016). *Association Hémiparésie*. Récupéré sur hemiparesie.org:
<http://hemiparesie.org/page.html?url=definition-de-l-hemiparesie>
- GUIHARD, J. (s.d.). *Interprofessionnalité*. Récupéré sur <http://jp.guihard.pagesperso-orange.fr/articles/interpro/interpro.html>
- Harnagea, H. (2018). *Collaboration interprofessionnelle pour la santé buccodentaire des personnes âgées – esquisse de mise en œuvre* (Vol. 30). (S.F.S.P., Éd.)
 doi:<https://doi.org/10.3917/spub.183.0383>
- Hernandez, H. (2016). *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation. 2ème édition*. Paris: De Boeck supérieur.
- Image de soi*. (s.d.). Consulté le 02 2020, sur Psychologies: <https://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Image-de-soi>
- INSEE. (2018, Février 27). *INSEE*. Consulté le Janvier 2020, sur Tableaux de l'économie française:
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488>
- KAGAN, Y., & PELLERIN, J. (2014). *Grand âge, âgisme et résilience*. Paris: Odile Jacob.
- Korner-Bitensky, N. (2009). *Sage journals*. Consulté le Mai 25, 2019, sur journals.sagepub.com:
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/000841740907600404>
- Larousse. (2009). *Dictionnaire*.
- Lejeune, A., Maury-Rouan, C., & Cyrulnik, B. (2007). *Résilience, vieillissement et maladie d'Alzheimer*. Paris: Solal.
- Magali, D. (2012-2016). *Slide Player*. Récupéré sur slideplayer.fr:
<https://slideplayer.fr/slide/11865977/>

- Mariage, A. (2001). *Stratégies de coping et dimensions de la personnalité : étude dans un atelier de couture*. (Vol. 64 : Le travail humain.).
- MSS. (2016, Octobre 13). *Le dispositif réglementaire et juridique - Pour la prise en charge des malades atteints d'AVC*. Consulté le Février 2020, sur Ministère des Solidarités et de la Santé: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires/accident-vasculaire-cerebral-avc/article/le-dispositif-reglementaire-et-juridique>
- MSS. (s.d.). *Soins de suite et de réadaptation - SSR*. Consulté le Janvier 02, 2020, sur Ministère des Solidarités et de la Santé: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr>
- OMS. (s.d.). *Accident Vasculaire Cérébral (AVC)*. Consulté le Janvier 02, 2020, sur Organisation Mondiale de la Santé: https://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/fr/
- PAILLARD, C. (2019, Septembre 24). *Qu'est-ce qu'une personne âgée ?* Récupéré sur Infirmiers: <https://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/nos-collegues/qu-est-ce-qu-une-personne-agee.html>
- PHANEUF, M. (2014, Mai). *L'approche client, une voie humaniste pour les soins*. Récupéré sur Revue Infirmières: <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2014/04/Lapproche-client.pdf>
- PLOTON, L., & CYRULNIK, B. (2014). *Résilience et personnes âgées*. Paris: Odle Jacob.
- Poriel, G. (2018). *Les sciences de l'occupation*. Laval.
- Pourtois, J.-P., & Desmet, H. (2007). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines* (Vol. PSY-Théories, débats, synthèses). (Mardaga, Éd.)
- Roquet, C. (2007). *Le cadre et l'intégration : voyage au cœur d'une triangulation. Mémoire cadre de santé*. Rennes.
- Vilatte, J.-C. (2007). *La méthodologie de l'enquête par questionnaire. Formation "Evaluation"*. Université d'Avignon.

LEXIQUE

- ❖ **Agnosie** : trouble acquis de la reconnaissance. Une personne agnosique ne parvient pas à reconnaître un objet, un son, une odeur ou encore un visage connu.

- ❖ **Aphasie** : une personne qui a perdu la capacité d'utiliser ou de comprendre sa langue. Elle se produit lorsque le cerveau a subi un traumatisme, généralement après un accident vasculaire cérébral.
Elle se présente sous deux formes :
 - L'aphasie de **Broca** : difficulté de parler et de trouver les mots, en revanche la personne atteinte peut comprendre en grande partie ce qui est dit.
 - L'aphasie de **Wernicke** : possibilité de s'exprimer mais la compréhension est difficile et les propos n'ont pas de sens.

- ❖ **Apraxie** : trouble du mouvement qui se caractérise par une incapacité d'exécuter des mouvements volontaires adaptés à un but, sans lésion motrice ou sensorielle.

- ❖ **Hémi-anesthésie** : perte de la sensibilité au niveau d'un hémicorps.

- ❖ **Hémi-parésie** : paralysie incomplète qui engendre une diminution des capacités de mouvements, avec un déficit de la force musculaire d'un des deux côtés du corps.

- ❖ **Hémi-paresthésie** : trouble de la sensibilité au niveau d'un hémicorps (sensation de fourmillements, engourdissements...).

- ❖ **Hémiplégie** : paralysie d'un côté du corps. Elle peut concerner soit le côté gauche, soit le côté droit.

- ❖ **Hypotonie** : baisse du tonus musculaire. Quand ils sont stimulés ou sollicités, les muscles répondent peu, ou moins qu'ils ne le devraient.

- ❖ **Négligence** : anomalie due à une lésion de l'un des hémisphères cérébraux qui conduit la personne atteinte à négliger, c'est-à-dire "oublier" la moitié de l'espace qui l'entoure, c'est-à-dire les signaux qui lui sont présentés du côté opposé à celui qui est touché.

- ❖ **Spasticité** : trouble moteur caractérisé par des contractures musculaires involontaires touchant les muscles volontaires des membres, du tronc et se traduisant par une rigidité des mouvements.

- ❖ **Les troubles de la déglutition** ou **dysphagie** : défaut de protection des voies aériennes lors du passage d'aliments et liquides vers l'œsophage. Elle se caractérise par une sensation de gêne à la déglutition allant parfois jusqu'aux des fausses-routes.

- ❖ **Les troubles des fonctions exécutives** : trouble des capacités à élaborer, planifier et exécuter une action, sans stimuli extérieurs.

ANNEXES

ANNEXE I : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO).

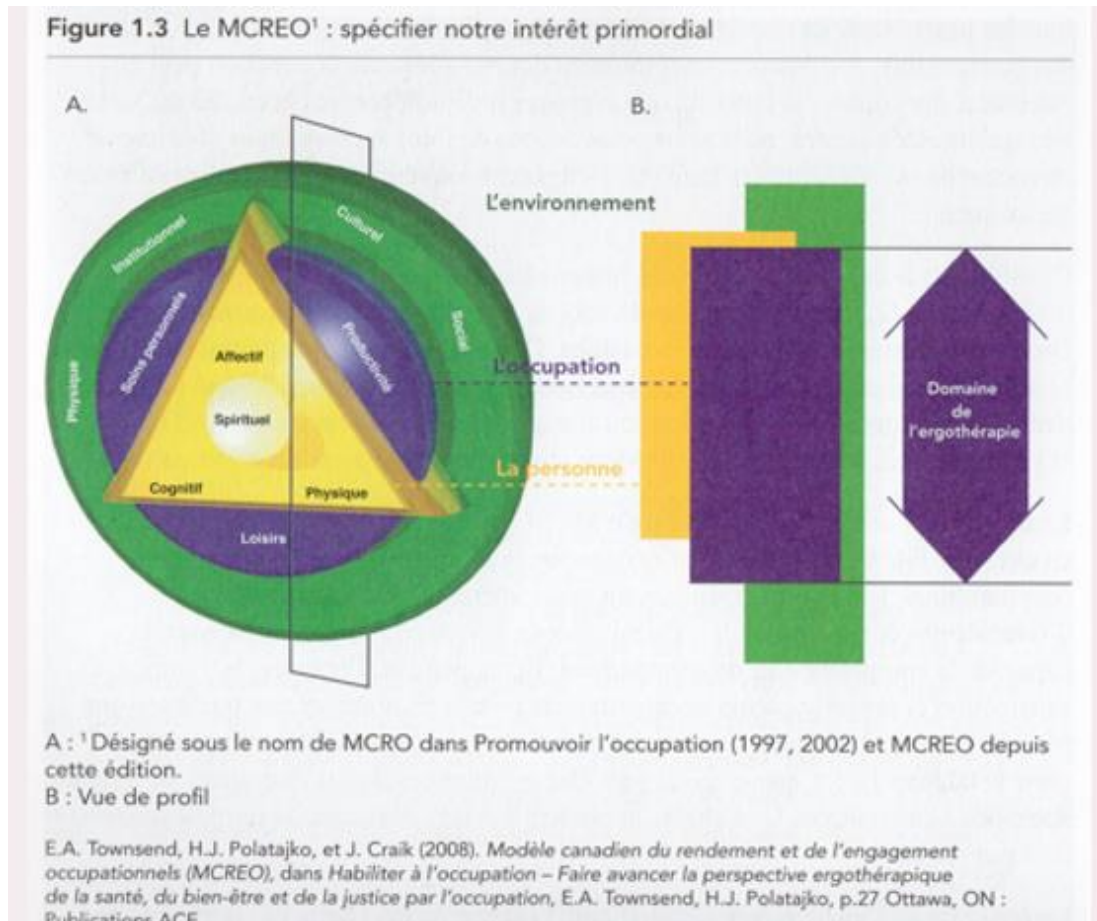
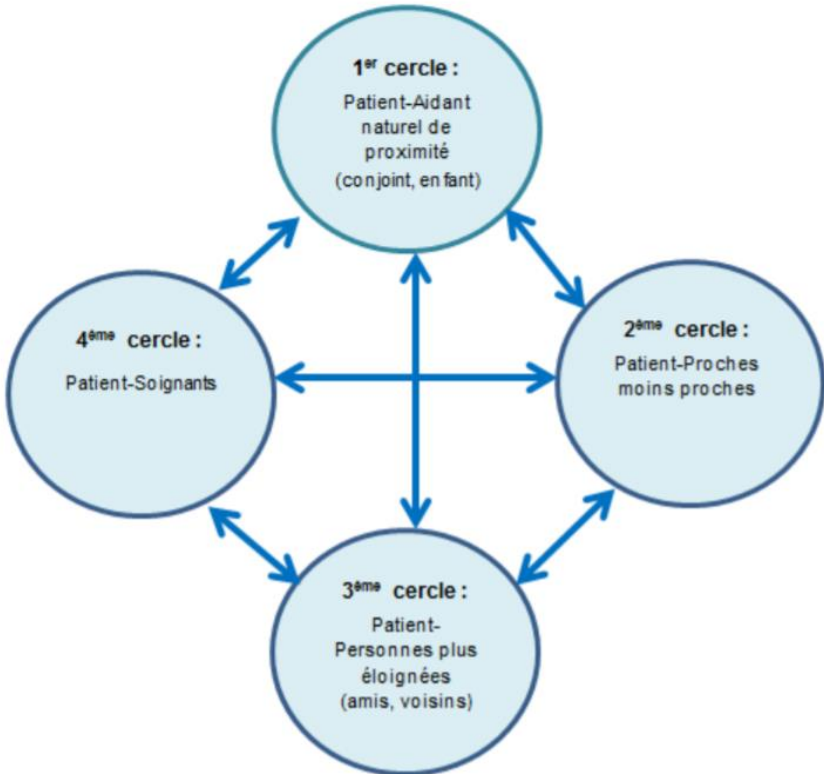


Figure 1 : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (Townsend, E.A. ; Polatajko, H.J. ; Craik, J, 2008).

ANNEXES II : Les différents cercles de la résilience.



ANNEXE III : Questionnaire

Questionnaire

I – PARLONS UN PEU DE VOUS

1) Êtes-vous ?

- Femme
- Homme

2) Quel métier exercez-vous ?

- Activité Physique Adaptée (APA)
- Aide-Soignant(e) (AS)
- Assistant(e) social
- Cadre de Santé
- Ergothérapeute
- Infirmier(ère) (IDE)
- Kinésithérapeute
- Médecin
- Neuropsychologue
- Orthophoniste
- Psychologue
- Psychomotricien(ne)
- Autre :

3) En quelle année avez-vous été diplômé(e) de votre pratique professionnelle ?

.....

4) Depuis quand travaillez-vous en Établissement de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ?

.....

5) Avez-vous eu d'autres expériences professionnelles au préalable ?

- Oui
- Non

Si oui, quelle(s) est/sont-elle(s) ?

.....

II – VOS PRISES EN CHARGE EN QUELQUES CHIFFRES

6) Quel est environ le pourcentage, par an, de personnes de 60 ans et plus, prises en charge dans votre établissement ?

- Moins de 25%
- Entre 25 et 50%
- Entre de 50% et 75%
- Plus de 75%
- Je ne sais pas

7) Quel est environ le pourcentage, par an, de personnes prises en charge dans votre établissement des suites d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) ?

- Moins de 25%
- Entre 25 et 50%
- Entre de 50% et 75%
- Plus de 75%
- Je ne sais pas

8) Quel est environ le nombre, par mois, de personnes que vous prenez personnellement en charge de plus de 60 ans, des suites d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) ?

.....

III – LA RESILIENCE

9) Qu'évoque le terme de "résilience" pour vous ? (Plusieurs choix de réponses possibles)

- Acceptation
- Reconstruction

- Adaptation
- Résignation
- Autre :

10) Pourriez-vous m'en donner une définition en quelques mots ?

.....

.....

.....

.....

.....

11) Avez-vous déjà été confronté(e) à un ou plusieurs cas de patients âgés n'acceptant pas les conséquences de l'AVC (par exemple: une hémiparésie, une hémiparésie, une capacité limitée à se déplacer, à parler, à utiliser ses mains, etc) ? (Les séquelles ne sont pas attendues)

- Oui
- Non
- Je ne me souviens plus

12) Selon vous quel est le pourcentage de patients âgés concernés par la résilience ?

- Moins de 25%
- Entre 25 et 50%
- Entre de 50% et 75%
- Plus de 75%
- Je ne sais pas

13) Avez-vous déjà pris en charge un patient âgé en plein processus de résilience ? Sachant que la résilience est un phénomène psychologique qui consiste, pour un individu affecté par un traumatisme, à prendre acte de cet événement, de manière à se reconstruire d'une façon socialement acceptable. Elle permet l'acceptation et la capacité d'adaptation d'une personne à la suite d'un traumatisme.

- Oui
- Non
- Je ne me souviens plus

14) Si vous avez répondu "Non" à la question précédente, pouvez-vous expliquer pourquoi ?

.....
15) Le cas d'un patient âgé en plein processus de résilience est-il fréquent ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

16) Dans le cas d'un patient âgé pris en charge dans votre établissement des suites d'un AVC, n'acceptant pas ce qui lui arrive et les difficultés rencontrées dans ses Activités de Vie Quotidiennes (AVQ).

Que pouvez-vous mettre en place (personnellement et collectivement) ? (en quelques lignes)

.....
.....
.....
.....
.....

Comment ? (personnellement et collectivement)

.....
.....
.....
.....
.....

IV – LA COLLABORATION

17) Peut-on établir seul un projet d'intervention pour une prise en charge adapté d'un patient ?

- Oui absolument
- Je pense que oui
- Je pense que non
- Non pas de tout

18) Selon vous, la collaboration entre les membres d'une équipe interprofessionnelle est-elle importante ?

- Oui absolument
- Je pense que oui
- Je pense que non
- Non pas de tout

19) Quel(s) moyen(s) utilisez-vous pour collaborer au sein de votre équipe ?

- Discussion/Transmissions orales informelles
- Réunions d'équipe mises en place
- Transmissions écrites
- Autre :

20) Selon vous, cette collaboration est-elle un moyen d'établir une prise en charge adaptée pour un patient ?

- Oui absolument
- Je pense que oui
- Je pense que non
- Non pas de tout

21) A quelle fréquence la collaboration entre les membres de votre équipe se fait-elle ?

- Très régulièrement
- Régulièrement
- Peu de fois
- Jamais

Si votre réponse à la question précédente a été "jamais", veuillez aller directement à la question 27).

22) La collaboration entre les membres de votre équipe interprofessionnelle est-elle mise en pratique pour toutes vos prises en charge ?

- Pour tous les cas.
- Pour pratiquement chaque cas.
- Pour la majorité des cas, plus de la moitié.
- Pour la minorité des cas, moins de la moitié.
- Pour aucun des cas

23) A quelle fréquence collaborer vous pour un même patient ?

- Plusieurs fois par semaine
- Une fois par semaine
- Une fois toutes les deux semaines
- Une fois par mois
- Autre :

24) Estimez-vous que cette collaboration permet l'aboutissement du processus de résilience d'un patient âgé, pris en charge dans votre établissement, des suites d'un AVC ?

- Oui pour chacun des cas
- Oui pour la majorité des cas
- Dans la minorité des cas
- Jamais
- Je ne sais pas

25) Quelles sont les éléments les plus efficaces pour faciliter la résilience chez ces patients selon vous ?

.....

.....

.....

26) Selon vous, l'âge a-t-il un impact sur le processus de résilience et/ou sur les moyens mis en place par vous ?

- Oui l'âge a un impact sur le processus de résilience
- Non l'âge n'a pas d'impact sur le processus de résilience
- Je ne sais pas

Pourquoi ?

.....

- Oui l'âge a un impact sur les moyens mis en place
- Non l'âge n'a pas d'impact sur les moyens mis en place
- Je ne sais pas

Pourquoi ?

27) Avez-vous quelque chose à rajouter ?

.....
.....
.....

Merci pour votre temps !

RÉSUMÉ

L'intervention de l'ergothérapeute dans un contexte de résilience, auprès des personnes âgées ayant subi un accident vasculaire cérébral, prises en charge en établissement de soins de suite et de réadaptation.

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une affection neurologique correspondant à l'arrêt brutal de la circulation sanguine au niveau d'une partie du cerveau. Il se produit en général quand un vaisseau sanguin éclate ou est bloqué par un caillot. Certains traumatismes, comme l'AVC, peuvent avoir un impact plus ou moins important sur une personne. C'est ainsi que le processus de résilience prend place. La résilience désigne la capacité à réussir à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, à la suite d'un traumatisme. Cette recherche tente de démontrer si la collaboration entre l'ergothérapeute et l'équipe interprofessionnelle a un impact psychologique dans le processus de résilience, chez les personnes âgées ayant subi un accident vasculaire, prises en charge en soins de suite et de réadaptation (SSR). Un questionnaire a été diffusé à plusieurs professionnels de santé (ergothérapeutes, kinésithérapeutes, infirmiers, etc) exerçant en SSR. 35 réponses ont été données. D'après la majorité des professionnels de santé, le pourcentage de patients âgés concernés par la résilience est compris entre 25 et 50% des cas. Pour tous les professionnels, la collaboration entre les membres de l'équipe médicale est importante. De plus, la majorité des réponses, soit 77,1%, a exprimé que la collaboration de l'équipe interprofessionnelle permet l'aboutissement du processus de résilience d'un patient âgé, pris en charge en SSR à la suite d'un AVC. L'ergothérapeute intervient donc en collaborant avec l'équipe afin de favoriser le processus de résilience. La place des proches ressort en grande partie comme facteur facilitant dans le processus de résilience et devrait être davantage mise en valeur à travers ce phénomène.

Mots-clés : ergothérapeute - résilience - accident vasculaire cérébral - soins de suite et de réadaptation - collaboration.

ABSTRACT

The occupational therapist intervention in a resilience context with elderly people who suffered a stroke, taken care of in follow-up care and rehabilitation centre.

The stroke is a neurological disease relevant to a sudden stop of the blood flow in a part of the brain. It usually happens when a blood vessel bursts or is blocked by a clot. Some trauma, as the stroke, may have an impact more or less important for someone, like the context of resilience. This represents the ability to succeed to live and to positively develop yourself, in a way socially acceptable, following a trauma. This research work tries to demonstrate if the collaboration between the occupational therapist and the interprofessional team has a psychological impact on the resilience process with elderly people who suffered a stroke, taken care of in follow-up care and rehabilitation centre. A questionnaire was circulated to many health professionals (occupational therapists, physiotherapists, nurses, etc) working in rehabilitation centre. According to the majority of health professionals, the elderly patients percentage concerned by the resilience is between 25 et 50% of cases. For all the professionals, the collaboration between the medical team members is important. Then, the majority of answers, 77.1%, expressed that the collaboration of the interprofessional team allows the outcome of the resilience process with this public in rehabilitation centre. The occupational therapists intervene by collaborating with the team in order to favor the resilience process. The place of relatives stands out as a facilitating factor in the resilience process and should also be more highlighted.

Key words : occupational therapist - resilience - stroke - follow-up care and rehabilitation - collaboration.