

BRILLAULT Emeline
04/06/2018

PRÉPARONS LE RETOUR A DOMICILE DU PATIENT VICTIME D'UN ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL

Mémoire en vue de l'obtention
du diplôme d'Etat en ergothérapie

Selon le code de la propriété actuelle, toute reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur est illégale

INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHÉRAPIE

Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'État en ergothérapie

Année scolaire 2017-2018

*Prendre conscience de ses capacités et incapacités ...
La clé du retour à domicile après un Accident
Vasculaire Cérébral!*



Mémoire soutenu par BRILLAULT Emeline

Sous la direction de Madame MILARD Gwenaëlle

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 50 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),* BRILLAULT Emeline 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 04/06/18

Signature : EBrillault

*NOM, Prénom

*« Quand on ne peut revenir en arrière, on ne doit que se
préoccuper de la meilleure manière d'aller de l'avant »*

Paulo Coelho

*« Tout obstacle renforce la détermination.
Celui qui s'est fixé un but n'en change pas »*

Léonard de Vinci

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui m'ont permis de réaliser ce mémoire de fin d'études en ergothérapie.

Dans un premier temps, je tiens à remercier mon maître de mémoire, Mme MILARD Gwenaëlle pour s'être rendue disponible au cours de nos nombreux échanges et pour m'avoir soutenue tout au long de ce travail.

En second lieu, je remercie l'ensemble des formateurs de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation d'Ergothérapie de Créteil, qui ont pris le temps de nous transmettre le savoir et la richesse de l'ergothérapie au cours de ces trois années de formation.

Je tiens également à remercier l'ensemble des ergothérapeutes, ainsi que les personnes atteintes d'un Accident Vasculaire Cérébral pour m'avoir consacré du temps et fait partager leur expérience.

Je remercie également ma famille et mes proches pour leur patience et écoute, ainsi que mes amies pour avoir partagé ensemble ces trois années de travail, d'études et de bonheur.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	P 1
DEMARCHE METHODOLOGIQUE	P 2
PARTIE CONCEPTUELLE	P 4
1. Processus des Accidents Vasculaires Cérébraux	P 4
1.1. Mécanismes des Accidents Vasculaires Cérébraux	P 4
1.2. Déficiences associées aux Accidents Vasculaires Cérébraux	P 4
1.3. AVC et santé publique	P 6
1.4. Parcours de soin du patient	P 7
2. Ergothérapie et activité signifiante	P 8
2.1. Compétences ergothérapeutiques face à l'Accident Vasculaire Cérébral	P 8
2.2. Modèle conceptuel : MDH – PPH2	P 10
2.3. Activité et occupation en ergothérapie	P 11
2.4. Place de l'activité signifiante	P 13
3. Retour à domicile et mises en situations écologiques	P 14
3.1. Perception du patient et retour à domicile	P 14
3.2. Perception de l'entourage et retour à domicile	P 15
3.3. Perception de l'équipe interprofessionnelle et retour à domicile	P 15
3.4. Mises en situations écologiques et capacités-incapacités	P 16
3.4.1. Evaluations écologiques situationnelles	P 18
3.4.2. Evaluations écologiques pratiquées dans le milieu de vie	P 19
3.4.3. Mises en situations d'activités écologiques	P 20
3.5. Conscience des aptitudes et situations de handicap	P 20
4. Rappel de la problématique et hypothèse	P 21
PARTIE EXPÉRIMENTALE	P 22
1. Méthodologie	P 22
1.1. Objectifs de l'enquête	P 22
1.2. Population ciblée	P 22
1.3. Choix de l'outil	P 23
1.3.1. Entretien	P 23
1.3.2. Questionnaire	P 25
1.4. Déroulement de l'enquête	P 26
1.5. Analyse des données	P 27

2. Résultats	P 27
2.1. Entretien	P 27
2.1.1. Présentation des patients	P 27
2.1.2. Résultats bruts	P 28
2.2. Questionnaire	P 30
2.2.1. Présentation des ergothérapeutes	P 30
2.2.2. Résultats bruts	P 31
3. Analyse des résultats	P 34
3.1. Evocation des activités signifiantes	P 34
3.2. Réalisation des activités signifiantes en mises en situations écologiques	P 35
3.3. Emergence de la prise de conscience des capacités et incapacités	P 36
3.4. Pratiques de mises en situations écologiques	P 37
3.5. Risques d'altération de la prise de conscience des capacités et incapacités	P 39
DISCUSSION	P 41
1. Interprétation des résultats	P 41
1.1. Activités signifiantes en ergothérapie	P 41
1.2. Mises en situations écologiques et capacités et incapacités	P 41
1.3. Lien entre activités signifiantes et mises en situations écologiques	P 43
1.4. Limites de la prise de conscience des capacités et incapacités	P 43
2. Retours sur la problématique et hypothèse	P 44
LIMITES ET INTERETS DE CETTE RECHERCHE	P 46
1. Limites	P 46
2. Intérêts	P 47
CONCLUSION	P 48
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	P 50
SOMMAIRE DES ANNEXES	

SOMMAIRE DES FIGURES

Tableau 1 : Récapitulatif des patients reçus en entretiens	P 27
Histogramme 1 : Années d'expérience des ergothérapeutes dans la profession, leur structure et auprès des patients AVC (n=16)	P 30
Diagramme 1 : Taux de réalisation d'évaluations écologiques protocolisées par les ergothérapeutes (n=16)	P 31
Diagramme 2 : Taux de réalisation de mises en situations écologiques à domicile par les ergothérapeutes (n=16)	P 31
Diagramme 3 : Répartition des avis des ergothérapeutes quant à l'intérêt, pour les patients, de réaliser leurs activités significatives en mises en situations écologiques (n=16)	P 32

INTRODUCTION

D'après l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé ((ANAES), 2002), l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) est la première cause majeure de handicap moteur acquis chez l'adulte et la troisième cause de mortalité après les cardiopathies et les cancers dans les pays industrialisés. Par conséquent, ce dysfonctionnement du corps humain témoigne d'un problème majeur de santé publique. Selon l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), 40% des patients ayant survécu conservent des séquelles considérables, tandis que 60% récupèrent une indépendance fonctionnelle. Les patients fréquentent des structures spécialisées avec un accompagnement à long terme. Aujourd'hui, 91% des patients retournent dans leur lieu de vie, 55 % de ces patients ont entre 18 et 64 ans et 31 % sont âgés de plus de 65 ans (Haute Autorité de Santé (HAS), 2006). Le retour à domicile se prépare au sein de la structure de rééducation avec les patients, la famille et l'ensemble des professionnels de la santé, car cette étape suscite de nombreuses appréhensions et inquiétudes. En effet, « *C'est habituellement au retour à domicile que se révèlent l'étendue et la profondeur de ce bouleversement* » (MORIN C. et al, 2009, p1).

L'AVC est « *avant tout un drame personnel et familial* » (BOUSSER M.-G., 2017, p7). Cet événement traumatisant altère l'autonomie et l'indépendance des patients. Lors de l'étape du retour à domicile, il les amène à réorganiser leurs habitudes de vie, à réadapter leur domicile et à se réinsérer dans leur vie familiale, sociale et professionnelle. D'après France AVC, « *Vivre après un accident vasculaire cérébral, lorsqu'on garde des séquelles motrices ou cognitives, c'est apprendre à vivre différemment, apprendre à s'adapter au mieux à une diminution d'autonomie* ». Il existe une importante discordance entre la vie avant et après, d'autant plus que l'équilibre familial, social et environnemental est fortement impacté.

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), l'ergothérapeute restaure et permet les activités ayant du sens pour la personne, dans un environnement sécurisé, de manière autonome et indépendante. Figurant parmi les professionnels de santé dans le parcours de soin du patient, il joue un rôle essentiel dans la préparation du retour à domicile, notamment par la pratique de mises en situations écologiques. Pour autant, il ne peut agir seul dans l'élaboration du projet de sortie des patients. « *L'entourage et l'équipe ont un rôle clé dans la construction et la réalisation de ce projet qui est élaboré en accord avec l'ensemble des partenaires* » (ANAES, Société Française de Médecine Physique Et de Réadaptation (SOFMER), 2004, p8). Cette étape requiert l'intervention de l'équipe interprofessionnelle et de la famille du patient.

DEMARCHE METHODOLOGIQUE

Ma réflexion a débuté au cours de mon premier stage dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), où j'ai pu faire la rencontre de patients cérébrolésés victimes d'AVC. Cette pathologie est également responsable d'importantes séquelles motrices et cognitives, entraînant plusieurs situations de handicap. Au cours de cette période de stage, j'ai effectué la prise en charge d'un patient hémiparétique gauche, ayant subi un AVC hémisphérique droit plusieurs mois au préalable. Les troubles moteurs au membre supérieur hémiparétique gauche, cognitifs et exécutifs étaient les principaux troubles associés. Ce patient avait également des antécédents psychiatriques, en particulier pour des épisodes réguliers dépressifs. A mon arrivée, ce dernier bénéficiait déjà de longs mois de rééducation dans le service de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) et de prise en charge en ergothérapie. A chaque début de séance, je procédais à des étirements et à des positionnements de son membre supérieur gauche. Simultanément à ces étirements, je proposais à ce patient différents exercices, afin de travailler ses capacités attentionnelles, de concentration, ses prises d'initiative et ses stratégies d'organisation. L'objectif principal à atteindre était le retour à domicile. Au préalable, les sous-objectifs correspondaient à l'acquisition d'une autonomie et indépendance dans les activités de vie quotidienne et à l'amélioration des déficits cognitifs et exécutifs persistants.

Au cours de mes échanges avec ma tutrice de stage, l'ensemble des ergothérapeutes et l'équipe rééducative, j'ai pu constater que la majorité des patients victimes d'un AVC redoutait l'étape du retour à domicile. Ils ressentaient de l'anxiété et de l'appréhension, à l'idée de devoir se débrouiller seul en autonomie. Il en est de même pour l'entourage du patient. Les proches ont souvent un sentiment d'inquiétude : va-t-il y arriver ? Devrais-je l'aider ? Comment pourrais-je l'aider sans trop en faire ? S'il n'y arrive pas, dois-je lui rappeler qu'il lui reste encore des difficultés et qu'il ne peut pas le faire seul ? Comment l'encourager ?

En ce qui concerne le patient, les équipes médicale et paramédicale ont jugé ses capacités suffisantes pour d'éventuelles permissions de retour à domicile sur un week-end, afin d'aboutir vers un retour à domicile définitif. Cependant, le travail de l'équipe interprofessionnelle m'a interpellée sur plusieurs points. Tout d'abord, j'ai été étonnée que l'ergothérapeute n'évoque pas avec le patient ses habitudes de vie, au vu de ses permissions de retour à domicile. Ceci lui aurait permis de parler de ses appréhensions et difficultés, puis de réfléchir avec l'ergothérapeute aux éventuelles adaptations à mettre en place.

Puis, j'ai été également surprise de remarquer que le patient effectuait très peu de mises en situations de la vie quotidienne. Celles-ci lui auraient permis de mettre davantage à contribution ses fonctions cognitives et exécutives. Enfin, j'ai été étonnée que l'ergothérapeute n'effectue pas de réunion en équipe interprofessionnelle, ni de rencontre avec la famille du patient pour l'informer quant aux progrès et difficultés de son proche. Suite à ces réflexions et à mes premières lectures, j'ai pris conscience que l'AVC est une pathologie entraînant d'importantes séquelles motrices et cognitives. Il bouleverse brusquement le quotidien d'une personne et remet en question son autonomie et indépendance pour chaque activité qu'elle entreprend. C'est pourquoi, l'accompagnement médical et paramédical dans l'étape de la préparation au retour à domicile du patient me semble primordial. Pour comprendre davantage cette étape de prise en charge, je me suis posée différentes questions.

- En premier lieu, je me suis questionnée sur l'importance de connaître les activités les plus importantes pour les patients et leurs habitudes de vie, afin de mettre en place un accompagnement spécifique adapté à leurs besoins.
- En second lieu, je me suis interrogée sur le bénéfice et l'apport des mises en situations pratiquées par les patients, selon leurs activités privilégiées et habitudes de vie, dans le cadre de la préparation de leur retour à domicile.

L'ensemble de mes expériences de stage et les enseignements reçus au cours de mes années de formation à propos de l'AVC m'amènent à articuler ce travail autour de la problématique suivante :

DANS QUELLE MESURE LES MISES EN SITUATIONS ÉCOLOGIQUES EN ERGOTHÉRAPIE FAVORISENT-ELLES LA PRÉPARATION D'UN RETOUR A DOMICILE DE L'ADULTE VICTIME D'UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL ?

Tout d'abord, ce travail met en avant un cadre théorique afin de définir les différents aspects de l'AVC. Ensuite, cette démarche aborde une partie expérimentale, dans laquelle figurent une enquête, les résultats obtenus et leur analyse. Cette présentation est suivie d'une discussion autour de l'enquête, la problématique, l'hypothèse, ainsi que sur les limites et intérêts de cette démarche de recherche. Une conclusion clôture enfin ce travail.

PARTIE CONCEPTUELLE

1. Processus des Accidents Vasculaires Cérébraux

1.1. Mécanismes des Accidents Vasculaires Cérébraux

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un AVC ou attaque cérébrale est le résultat de l'arrêt de la circulation sanguine dans le cerveau, causé lorsqu'un vaisseau sanguin éclate ou est bouché par un caillot. L'apport en oxygène et en nutriments est interrompu, endommageant les tissus cérébraux. Ce dysfonctionnement d'origine artérielle ou veineuse peut s'avérer mortel. D'après France AVC, il existe deux catégories d'AVC : l'AVC hémorragique et l'AVC ischémique.

- L'AVC Hémorragique (10 à 15% des cas) correspond à une rupture d'une artère cérébrale. Dans 10% des cas, ce dysfonctionnement entraîne une hémorragie intracérébrale, tandis que dans 5% des cas, il déclenche une hémorragie méningée (BEZANSON C., 2016).
- L'Ischémie Cérébrale Aiguë (80% des cas) avec occlusion vasculaire par un caillot sanguin, survient généralement dans un territoire artériel (BEZANSON C., 2016). Selon le site France AVC, il s'agit de l'arrêt de la circulation sanguine, dû à l'occlusion d'une artère cérébrale par un caillot sanguin, thrombus, ou embolie. Lors de sa survenue, une zone cérébrale connaît un défaut d'irrigation.

Selon l'ANAES (2004), un Accident Ischémique Transitoire (AIT) (10 à 15% des cas) « est un épisode bref de dysfonction neurologique dû à une ischémie focale cérébrale ou rétinienne, dont les symptômes cliniques durent typiquement moins d'1 heure, sans preuve d'infarctus aigu ». L'équipe médicale considère ce dysfonctionnement comme une urgence thérapeutique, en vue du risque de survenue de l'Infarctus Cérébral. La symptomatologie et le traitement diffèrent de l'AVC (BOUSSER M.-G., 2017).

D'après l'INSERM, « compte tenu de l'urgence médicale que constitue un AVC, il est très important d'en connaître les symptômes ». Le patient peut présenter une hémiparésie gauche ou droite, une hypoesthésie ou paresthésie gauche ou droite, un trouble de la vision ou Hémianopsie Latérale Homonyme, une aphasie (ANNEXE I), ou encore un manque d'équilibre et un trouble de la coordination. Des maux de tête soudains, inhabituels, associés à des vomissements, une confusion mentale et un trouble attentionnel sont aussi des signes avant-coureurs de l'AVC.

1.2. Déficiences associées aux Accidents Vasculaires Cérébraux

AZOUVI P., BUSSEL B. (2004) estiment que les AVC mettent en évidence un handicap et des complications secondaires graves et une forte probabilité d'engagement du pronostic vital.

Le pronostic dépend des répercussions fonctionnelles et séquelles persistantes, voire définitives. Les lésions cérébrales vasculaires révèlent des déficiences neurologiques associées latéralisées spécifiques, affectant le côté opposé du corps à la lésion. Un AVC hémisphérique droit provoque une hémiplégie ou hémiparésie spastique ou hypotonique gauche, une hémignégligence, une anosognosie, une hémiasomatognosie, une apraxie par trouble conceptuel, des troubles attentionnels, des troubles visuels, telle que l'hémianopsie et des troubles de la représentation spatiale. D'après SEVE-FERRIEU N. (1995), l'anosognosie est une méconnaissance de la pathologie et des déficits qui y sont associés. Elle peut s'exprimer partiellement ou totalement. Associée à des troubles des fonctions exécutives, l'anosognosie se manifeste à travers des troubles attentionnels, cognitifs et comportementaux divers. L'intégration des informations émises par les soignants est altérée, impactant fortement la prise en charge des patients. Les troubles sensitifs superficiels et profonds, les douleurs, la fatigue et les maux de tête sont des troubles associés à un AVC hémisphérique droit. (ANNEXE I). Un AVC hémisphérique gauche provoque une hémiplégie ou hémiparésie spastique ou hypotonique droite, une aphasie, une apraxie par trouble de production et une acalculie (ANNEXE I) (MORIN C., 2009, DE MORAND A., 2010). Dans les deux types d'AVC, plusieurs troubles apparaissent tels que des troubles mnésiques, affectifs, dépressifs, de la personnalité, de la douleur et un syndrome dysexécutif. (ANNEXE I)

Selon l'étendue des lésions cérébrales et leurs différentes topographies, les déficits neurologiques s'expriment de manières différentes (BOUSSER M.-G., 2017). Un an après la déclaration de cette pathologie, il est essentiel d'adopter un nouveau regard quant aux conséquences engendrées par ce dysfonctionnement. DAVIET J.C. (2006) met en évidence que les patients post-AVC sont réévalués à J+360. Selon France AVC, un AVC perturbe brutalement l'autonomie, l'indépendance et le quotidien du patient. « *Ces accidents vasculaires entraînent des atteintes encéphaliques avec d'importantes répercussions personnelles, professionnelles, sociales et financières* » (BEZANSON C., 2016, p63). Les déficiences impactent brusquement ses habitudes de vie, ainsi que ses activités de vie quotidienne, tels que les déplacements, la préparation et prise des repas, l'hygiène personnelle, l'habillement, l'entretien ménager, ou l'activité professionnelle. La préparation du retour à domicile nécessite la prise en compte de l'ensemble de ces répercussions, dans le cadre d'une prise en charge interprofessionnelle coordonnée. D'après MORIN C. (2009), l'AVC se répercute sur les plans physique, mental, psychologique, matériel, environnemental, social, financier et administratif. Cette pathologie rompt l'équilibre familial et influence les capacités d'autonomie dans le quotidien du patient et sa réinsertion sociale, (PRADAT-DIEHL P. PESKINE A., 2006), en particulier dans le cadre du retour à domicile.

1.3 AVC et santé publique

Selon l'INSERM, l'AVC est la seconde cause de démence après la maladie d'Alzheimer et la deuxième cause de mortalité. Ce trouble survient à l'âge moyen de 70 ans chez les hommes et 76 ans chez les femmes. (BEZANSON C., 2016). En 2013, selon le Ministère des solidarités et de la santé, le nombre de décès s'élève à 32 659 pour les maladies cérébro-vasculaires. Chez les femmes de 45-64 ans, une diminution de l'incidence de l'AVC et une prise en charge au sein des Unités NeuroVasculaires (UNV) permettraient de diminuer le taux de mortalité de ce type de population (LECOFFRE C. et coll, 2017). Les autorités se penchent sur de nombreuses problématiques, depuis quelques années. En effet, 150 000 nouveaux cas d'AVC par an sont déclarés en France et un survient toutes les quatre minutes. Le développement des missions, l'organisation et le financement des services neurovasculaires voient le jour en 2007, sous forme de circulaire. En découle rapidement un rapport parlementaire d'évaluation concernant la prise en charge précoce des AVC. En 2009, un rapport se penche sur la prévention et la prise en charge des AVC (MINO J.C., DOUGUET F., GISQUET E., 2015). La loi du 21 juillet 2009 inscrit une nouvelle gouvernance dans le système de santé. Celle-ci met en évidence la réforme de l'hôpital relative à la santé, aux patients et aux territoires, loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) (Plan AVC 2010-2014, 2010). Cette loi participe à la mutualisation des hôpitaux.

La loi HPST impacte la prise en charge du patient. En avril 2010, le ministère de la santé et des sports questionne l'organisation de la prise en charge des soins, par le biais d'un « plan d'actions national AVC 2010-2014 ». Ce plan a été élaboré, car cette pathologie est une priorité nationale de santé publique. En effet, « *le sujet est méconnu et mésestimé, alors qu'il est une part importante du domaine « cardio-vasculaire »* » (Plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 », 2010, p7). Elle nécessite une prise en charge en urgence. 20% des patients victimes d'un AVC sont pris en charge en UNV. Le plan AVC améliore « *la prévention et l'information de la population avant, pendant et après l'AVC* », met en œuvre « *des filières de prise en charge et les systèmes d'information adaptés* », assure « *l'information, la formation et la réflexion des professionnels* », promeut « *la recherche* » et enfin veille « *aux équilibres démographiques* » (Plan AVC 2010-2014, 2010). Ce plan d'actions national rassemble de nombreux acteurs, comme l'Agence Régionale de Santé (ARS), l'État, la HAS et l'Assurance Maladie, afin de sensibiliser l'ensemble de la population vis à vis de l'AVC. Depuis la mise en place de ce plan d'actions, les unités neurovasculaires connaissent un essor considérable. Les pouvoirs publics prennent conscience de l'importance de ce trouble, de sa forte fréquence et du coût engendré (3,5 milliards d'euros en 2013 remboursés par l'assurance maladie) (LECOFFRE C. et coll, 2017). Chaque « territoire de santé » français est constitué d'une filière neurovasculaire et les capacités d'accueil dans les différentes structures augmentent remarquablement.

Aujourd'hui, de nombreux points sont remis en question, telles que la priorité donnée face à la phase initiale de l'AVC, ainsi que les séquelles (MINO J.C., DOUGUET F., GISQUET E, 2015).

1.4. Parcours de soin du patient

La gravité de l'AVC met en évidence la complexité d'une prise en charge multidimensionnelle et interprofessionnelle dans le parcours de soin spécifique et unique du patient. Ce dernier s'engage, dès lors que ce trouble fait son apparition. Lors de sa survenue, la personne est transportée d'urgence dans les UNV. 51,5% des AVC ischémiques et 33,2% pour les AVC hémorragiques intracérébraux correspondent à la proportion des patients admis en UNV en 2014 (LECOFFRE C. et coll, 2017). Le personnel de santé pratique de nombreux examens et administre les éventuels traitements, dans le but de stabiliser le patient. Ces unités instaurent des mesures et traitements spécialisés, afin de limiter le taux de mortalité et handicap (CROZIER S., cité par HIRSCH E., 2014).

LE BRETON F. (2010) estime que les UNV ont trois caractéristiques communes: une équipe spécialisée et formée régulièrement dans la prise en charge des AVC, qui assure une coordination des soins (médecins, infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychologues et assistantes sociales), une organisation rigoureuse de la filière depuis la phase préhospitalière jusqu'au retour à domicile et une participation active de la part du patient et de ses proches dans le processus de soin. Le patient est transféré au sein d'un SSR ou en MPR, deux à trois semaines après le séjour en UNV. Lors de son parcours, les axes de prise en charge principaux consistent à « *garder le patient en vie, limiter les déficits immédiats, prévenir la récurrence, débiter la rééducation fonctionnelle, prendre en charge psychologiquement la détresse du patient et de ses proches* » (BEZANSON C., 2016, p65). Dans ce nouveau service, les professionnels constatent les troubles et le patient dispose d'une rééducation et d'une réadaptation intensive. L'AVC se révèle être une des pathologies neurovasculaires qui nécessite une prise en charge coordonnée entre les professionnels de santé. L'objectif est de favoriser la récupération de la fonction motrice des membres hémiparétiques ou hémiparétiques, ainsi que de l'ensemble des fonctions cognitives de l'hémisphère cérébral lésé. De plus, les professionnels aident le patient à trouver des stratégies de compensation, afin de réduire les limitations d'accomplissements d'actes (BEZANSON C., 2016). Lors de cette étape, un soutien psychologique est aussi mis à disposition du patient et de l'entourage. Suivant l'évolution de l'état, des capacités et des difficultés du patient, celui-ci a la possibilité de retourner chez lui avec ou sans hospitalisation à domicile. Selon PETRILLI et al (2002), les patients rentrent à domicile environ trois mois post-AVC après leur hospitalisation en service de rééducation. « *Lorsqu'on parle de « retour précoce* », *il convient de comprendre le retour le plus tôt possible et le mieux organisé possible* » (ANAES, 2003, p7).

D'après cet organisme, si une équipe spécialisée en rééducation et réadaptation intervient au domicile, le retour précoce est possible dès lors que le temps et les moyens sont suffisants. Ce retour peut s'accompagner d'une hospitalisation de jour, afin d'optimiser la récupération et travailler la réinsertion socio-professionnelle auprès d'une équipe interprofessionnelle. Le patient peut être suivi par des professionnels libéraux, tout en bénéficiant du soutien de ses aidants et de sa famille. Après ce retour à domicile, un suivi en consultations MPR est organisé régulièrement. (SOFMER, SFNV, SFGG, 2008; MINO J.C., DOUGUET F., GISQUET E, 2015).

2. Ergothérapie et activité signifiante

2.1. Compétences ergothérapeutiques face à l'Accident Vasculaire Cérébral

Selon l'ANFE, l'ergothérapie ou *Occupational Therapy* restaure et permet les activités humaines de façon sécurisée, autonome et performante, afin de les maintenir sur le long terme. L'ergothérapeute prend en compte les habitudes de vie du patient, tout en réduisant les situations de handicap qu'il peut rencontrer. Ce thérapeute est « *l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société* » (ANFE). Face à ces situations, ce professionnel de la santé aide à trouver des solutions efficaces pour que le patient retrouve une qualité de vie suffisante. L'ergothérapeute met en place des entretiens, évaluations, bilans et mises en situations écologiques. De cette façon, il récolte de précieuses informations quant à la manière dont le patient réalise ses activités dans un environnement familial. Selon l'OMS, celui-ci met en place des soins et une relation thérapeutique de confiance, afin de débiter une prise en charge adaptée aux difficultés rencontrées par le patient. Pour cela, il planifie des interventions basées sur la rééducation, réadaptation et l'éducation thérapeutique. L'ergothérapeute favorise la participation de la personne à ses activités, dans son propre milieu de vie.

Il s'engage à travailler sur l'accessibilité par le biais d'adaptations, telle que la préconisation d'aides techniques et/ou humaines et/ou matérielles pour cet environnement. L'ergothérapeute tient un rôle essentiel dans la préparation du retour à domicile du patient. Au cours de la prise en charge du patient post-AVC, il met en place un plan de traitement de rééducation aux objectifs spécifiques, en accord avec le patient : améliorer la force de préhension et la dextérité manuelle de la main hémiparétique ou hémiparétique, encourager la coordination bimanuelle, favoriser l'intégration du membre supérieur hémiparétique ou hémiparétique dans les actes de la vie quotidienne, améliorer l'endurance à la marche fonctionnelle, optimiser les prises d'initiative et les stratégies d'organisation, favoriser l'attention et la concentration et encourager les capacités d'autonomie et d'indépendance. Pour parvenir à ces objectifs, ce professionnel propose au patient une prise en charge avec différents exercices et activités analytiques, fonctionnels et proches de ses habitudes de vie.

« Dans le cadre de la rééducation, on utilise une activité que le malade aime particulièrement » (WOLSKI-QUERE M., 2008, p93). Ce thérapeute propose au patient, si nécessaire, des systèmes de compensation par le biais d'aides de diverses natures. Elles permettent de limiter ses situations de handicaps, en vue de sa réhabilitation sociale et de sa préparation au retour à domicile. Dans le cadre de la préparation de son retour, ce professionnel a pour rôle « *d'apprendre au patient à vivre sa nouvelle situation* » (WOLSKI-QUERE M., 2008, p93). C'est pourquoi l'ergothérapeute propose de mettre le patient en situation de vie réelle, à travers des évaluations écologiques et mises en situations d'activités écologiques spécifiques. L'équipe interprofessionnelle a également pour rôle d'informer régulièrement la famille de la personne, sur l'avancée de la préparation du retour à domicile de leur proche.

Plusieurs études prouvent que cette prise en charge en ergothérapie permet au patient de favoriser et d'améliorer ses compétences fonctionnelles dans les différentes activités de la vie quotidienne qu'il entreprend. Il en va de même pour les loisirs (WALKER, 2004 ; STEULTJENS, 2003; LEGG, 2006; RICHARDS, 2005 cité par TROUVE E. et al, 2012). Une autre étude révèle que les individus ayant reçu un traitement ergothérapeutique, en complément d'un autre traitement, sont plus indépendants et autonomes, en termes d'habillement, de soins personnels, d'alimentation, ainsi que dans les déplacements (Legg, 2006 cité par TROUVE E. et al, 2012). Selon LOGAN (2007 cité par TROUVE E. et al, 2012), les ergothérapeutes ont un effet bénéfique sur le patient victime d'un AVC, car ils l'aident à gérer son retour à domicile dans son environnement proche de sa vie quotidienne. En ce qui concerne les troubles cognitifs, l'ergothérapeute s'intéresse aux impacts de ces troubles dans le quotidien de la personne. Comme le démontrent plusieurs écrits et PRADAT-DIEHL P. (2006 cité par TROUVE E. et al, 2012), la complémentarité des neuropsychologues, orthophonistes et ergothérapeutes est mise en évidence dans l'exploration et le traitement des impacts causés par les troubles cognitifs dans la vie quotidienne. Par conséquent, l'ergothérapeute joue un rôle majeur dans l'accompagnement du patient au cours de la préparation de son retour à domicile, en lui permettant de regagner ses capacités d'autonomie et d'indépendance, avec d'éventuelles aides techniques. La collaboration avec l'assistante sociale s'avère également indispensable pour la mise en place d'aides humaines ou encore financières.

Selon l'Ordre des Ergothérapeutes du Québec (OEQ), « *la collaboration interprofessionnelle s'appuie sur la compréhension et le respect du champ d'exercice des professionnels et de leurs activités réservées, la communication efficace entre les intervenants et sur une définition claire des rôles et des responsabilités de chacun.* ». L'ergothérapeute se coordonne et collabore avec l'équipe interprofessionnelle, afin d'effectuer une prise en charge efficace et étendue à son champ d'exercice, tout en considérant le rôle des autres professionnels de l'équipe médicale et paramédicale.

2.2. Modèle conceptuel : MDH – PPH2

Un modèle conceptuel se définit comme « *une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique* » (MOREL-BRACQ M.-C., 2009, p14). Le choix et la connaissance du modèle conceptuel jouent un rôle majeur dans la prise en charge du patient. Celui-ci a des conséquences sur les évaluations réalisées et le plan d'intervention mis en œuvre pour la personne. « *Les grands principes à respecter sont de connaître suffisamment bien les modèles que l'on utilise pour éviter des incohérences [...]. Il est également important de préserver la cohérence des théories et idées philosophiques sous-jacentes élaborées dans le cadre du modèle* » (MOREL-BRACQ M.-C., 2009, p18). Les modèles conceptuels permettent aux ergothérapeutes de prendre en charge le patient dans un cadre d'intervention structuré.

Le Modèle du Développement Humain (MDH) démontre le processus interactif entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux, dimension essentielle à la compréhension des situations de handicap. Ce modèle permet de déterminer la performance en termes de réalisation des habitudes de vie, selon les caractéristiques du patient. « *Le MDH constate l'impossibilité des êtres humains à se développer en tant que « personne » sans interagir avec un environnement physique, social et culturel* » (MOREL-BRACQ M.-C., 2017, p27). La réalisation des actes de la vie quotidienne et l'accomplissement des rôles sociaux reposent sur le développement des différentes potentialités s'élaborant grâce à cet écosystème. Le Processus de Production de Handicap (PPH) est un modèle systémique dynamique établi par une équipe québécoise, pilotée par FOUGEYROLLAS P. en 1998 et en application du modèle anthropologique du développement humain de BRONFENBRENNER, le MDH. Il correspond à un modèle général interprofessionnel non linéaire, qui met en évidence l'interaction entre les facteurs personnels, environnementaux et les habitudes de vie de la personne. Celle-ci influence la survenue d'éventuelles situations de handicap. Le PPH a pour objectif d'identifier et de comprendre les causes et conséquences du dysfonctionnement au développement du patient, ainsi que la dynamique des situations de handicap du patient. Ce modèle est le fondement du Dossier du Patient en Ergothérapie, validé par l'ANAES (MOREL-BRACQ M.-C. cité par CAIRE J.-M., 2008).

Le Modèle de Développement Humain-Processus de Production de Handicap 2 (MDH-PPH 2) (ANNEXE II), proposé en 2010 par FOUGEYROLLAS P., est un modèle du handicap (MOREL-BRACQ M.-C., 2017) et une nouvelle version du PPH. Il est élaboré à partir de modèles systémiques multidimensionnels. Il s'agit d'une conception universelle, qui s'applique à tout être humain. Ce modèle permet un langage commun entre les professionnels favorisant la collaboration interprofessionnelle et l'analyse de la situation de l'individu.

Il met en évidence le concept de résilience « *comme une réaction à une rupture vécue au cours de l'existence ainsi qu'en relation avec le processus de construction identitaire continu propre à tout être humain.* » (FOUGEYROLLAS P., 2011, p16). Ce modèle vise à décrire le phénomène du handicap à l'aide d'une approche interactive entre les facteurs personnels, environnementaux et les habitudes de vie des patients. Les facteurs personnels sont subdivisés en trois domaines : l'intégrité et la déficience du système organique, la capacité et l'incapacité des aptitudes et les facteurs identitaires de la personne. Le domaine conceptuel des facteurs environnementaux est divisé en trois dimensions : micro, méso et macro. Il inclut les facilitateurs et obstacles, qui influencent la survenue d'éventuelles situations de handicap. Les habitudes de vie participent à l'épanouissement de l'individu au cours de son existence et correspondent à une activité ou un rôle social occupé et qu'il valorise (MOREL-BRACQ M.-C., 2009). Elles sont subdivisées en deux domaines : les activités courantes et les rôles sociaux et prennent en compte la participation sociale et les situations de handicap. Ce modèle expose également le flux temporel en termes d'interactions (MOREL-BRACQ M.-C., 2017).

L'ensemble des concepts de cette initiation à la recherche est présenté selon le MDH-PPH 2. La réalisation d'activités courantes et/ou de relations sociales caractérisent la participation sociale (TROUVE E., 2016). Dans le cadre de la prise en charge ergothérapique du patient victime d'un AVC, il est essentiel d'axer une partie du travail sur les activités, afin de lui permettre de retrouver une autonomie et indépendance dans les activités de vie élémentaires et dans les activités de vie instrumentales.

2.3. Activité et occupation en ergothérapie

MEYER S. (2013, p7) définit l'activité comme « *une chaîne de séquences d'actions formant un tout et orientée vers un but* ». C'est également « *l'ensemble des processus par et dans lesquels est engagé un être vivant, notamment un sujet humain, individuel ou collectif, dans ses rapports avec son environnement (physique, social et /ou mental) et transformations de lui-même s'opérant à cette occasion* » (BARBIER J.M., 2011, p1, cité par MOREL-BRACQ M.C. et al, 2015). Dans le domaine du soin, PIBAROT I. (2013, p72) assimile l'activité à l'agir, comme le souligne « *cet agir est l'activité « princeps » de l'homme* ». Elle met en évidence l'investissement du patient tout au long de sa prise en charge, en particulier en ergothérapie. L'activité constitue la composante principale de l'ergothérapie. En effet, le fondement de la pratique en ergothérapie est centré sur le lien entre l'activité humaine et la santé. COEUR-LARREUR M., MALIFARGE D., LEFEBRE S. (2010) estiment que l'accompagnement en ergothérapie envisage l'activité, comme un moyen efficace pour le patient de se réapproprier l'espace, ainsi que le temps dans un objectif de projet de sortie.

Les « *ergothérapeutes jouent un rôle essentiel dans l'acquisition de l'autonomie, notamment par le recours à des stratégies de compensation centrées sur les activités de la vie quotidienne [...]* » (BOUSSER M.G., 2016, p113). L'ergothérapeute travaille à partir de la détermination des habitudes de vie du patient, soit des activités qui ont du sens pour lui. En effet, comme l'énonce MOREL-BRACQ M.C (2015, p179), « *[...] la perspective systémique de l'ergothérapeute dépasse le domaine strictement médical, prenant en compte à la fois la personne avec ses troubles mais aussi sa motivation et ses atouts, l'activité qui a du sens pour elle et pour la société dans laquelle elle vit, ainsi que son environnement humain et matériel* ». D'autant plus qu'« *au-delà des questionnements autour de la santé principale préoccupation du malade, source d'inquiétude également pour la famille, le patient hospitalisé va rapidement découvrir que son niveau d'activité quotidienne va chuter considérablement* ». (SUREAU P., cité par CAIRE J.-M., 2008, p188). Il revient aux ergothérapeutes de travailler avec le patient l'ensemble de ses habiletés, afin d'augmenter sa performance et son indépendance dans sa vie quotidienne. L'activité encourage l'engagement du patient, améliore sa participation sociale et favorise son gain d'indépendance et d'autonomie. Une vie souhaite participer à la mise en œuvre de la cité, plutôt qu'à être reconnue (LE BLANC G., 2009). Au sein des territoires anglo-saxons, l'activité a un sens différent. L'European Network Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE) la définit comme « *a structured series of actions or tasks that contribute to occupations* », c'est-à-dire la réalisation d'une suite structurée d'actions ou de tâches qui contribuent aux occupations (traduction libre faite par moi-même).

Les termes d'occupation et d'activité sont différenciés. Ils n'ont pas la même signification selon la culture. En France, l'occupation est perçue telle une distraction. En Angleterre, ce terme souvent utilisé soulève une notion supplémentaire de travail. Selon l'ENOTHE, l'occupation est « *a group of activities that has personal and sociocultural meaning, is named within a culture and supports participation in society. Occupations can be categorised as self-care, productivity and / or leisure* ». En d'autres termes, est considérée comme une occupation « *un groupe d'activités, culturellement dénommées, qui ont une valeur socioculturelle et qui est le support de la participation à la société. Les occupations peuvent être classées en soins personnels, productivité et loisirs* » (MEYER S., 2013, p16). PIERCE D. (2016, p25) estime que l'occupation « *est une expérience spécifique, individuelle, construite personnellement et qui ne se répète pas* » et correspond aux activités subjectives. L' « *activité est un élément de base de l'occupation ou que l'occupation englobe l'activité* » (AOTA, 2008 cité par MEYER S., 2013, p57). Autrement dit, l'occupation est l'équivalence des activités signifiantes et significatives en France. Elles font référence aux habitudes de vie du patient.

2.4. Place de l'activité signifiante

Les activités signifiantes reposent sur la théorie de l'activité de LEONTIEV. « *Une activité est signifiante lorsqu'elle a un sens pour la personne.* » (LEONTIEV cité par ROCHEX, 1995, cité par MOREL-BRACQ, 2006, p3). Avoir un sens signifie que l'activité donne satisfaction au patient au niveau de ses besoins personnels, au même titre qu'elle restaure plusieurs de ses dimensions : physique, psychologique, intellectuelle, ou encore sociale. Les activités signifiantes sont en lien avec les intérêts personnels, le vécu, les expériences, les habitudes de vie du patient et rythment son quotidien pour lui permettre d'obtenir une reconnaissance, tant professionnelle que sociale.

Dans le cadre de la prise en charge ergothérapique, le thérapeute privilégie les activités signifiantes du patient (TOWNSED, POLATJKO, 2008, cité par MEYER S., 2013). ORSONNEAU C. (2009) estime que la réalisation d'activités signifiantes en ergothérapie a un réel intérêt, qui n'est plus à prouver. En effet, « *L'identification des habitudes de vie valorisées par la personne [...] sont susceptibles de réorienter son projet de vie en lui donnant un sens, une source de motivation et de renaissance d'un intérêt essentiel [...]* » (FOUGEYROLLAS P., 2011, p19). Des outils d'évaluation, des bilans et des entretiens permettent de recueillir des informations sur les besoins et désirs du patient. Ils contribuent aussi à comprendre la manière dont le patient réalise ses activités, ainsi que sa satisfaction. Ils permettent également aux ergothérapeutes de proposer des évaluations écologiques et mises en situations d'activités écologiques adaptées aux demandes spécifiques du patient, afin de mettre en place la réalisation de leurs activités signifiantes. Comme le soulignent CŒUR-LARREUR M. et al (2010), ces activités permettent de retisser un lien avec les autres et l'environnement, dès lors que l'on retrouve confiance en soi et en ses capacités, que l'on accède au processus de reconnaissance de soi et que l'on recrée un lien avec nous-même. Selon MOREL-BRACQ M.-C. (2006, p3), « *permettre à une personne en situation de handicap de réaliser des activités qui sont importantes pour elle dans son environnement peut être thérapeutique et améliorer la gestion du quotidien* ». En effet, leur réalisation permet au patient de s'investir au maximum à chaque séance et d'optimiser son efficacité tout au long de sa prise en charge. Ces activités lui permettent également de comprendre le sens de sa thérapie, ainsi que l'ensemble de ses objectifs et d'éviter l'abandon. Ces activités courantes et essentielles lui sont proposées au cours de mises en situations écologiques évaluées ou non, car celles-ci dépendent de ses habitudes de vie, de ses difficultés exprimées et de ses impératifs de vie.

L'évaluation écologique et la mise en situation d'activité écologique, moyens thérapeutiques déterminants de l'ergothérapeute, illustrent la réalisation des activités signifiantes dans des conditions propres ou similaires du milieu de vie ordinaire du patient.

Elles s'inscrivent dans le processus de réadaptation de la prise en charge. Selon l'OMS, la réadaptation correspond à un « *ensemble de moyens mis en œuvre pour aider le patient à s'adapter à ces incapacités lorsqu'elles deviennent stabilisées et persistantes* ».

3. Retour à domicile et mises en situations écologiques

3.1. Perception du patient et retour à domicile

La préparation du retour à domicile marque une étape supplémentaire dans la prise en charge du patient. Elle se concrétise par la formulation de son projet de sortie. Celui-ci fait appel au processus de reconstruction du patient. Il s'agit d'un « *assemblage de moyens et une harmonisation de méthodes confrontés à la réalité, autour de la personne handicapée et de son projet de vie, tenant compte de trois axes : la personne handicapée; le monde hospitalier; l'entourage sanitaire et social* » (ANAES, SOFMER, 2004, p7). Ce projet doit être régulièrement révisé et revu en équipe, en présence du patient et de ses proches (ANAES, 2003). L'ANAES (2003, p8) estime que « *La sortie se prépare dès l'admission dans une vision systémique intégrant les dimensions médicale, sociale et psychologique. Cette préparation suit un plan d'action intégrant le patient et son entourage [...]* ».

La préparation du retour à domicile du patient peut être vécue comme un objectif motivant de rééducation. Il se prépare à rentrer chez lui pour retrouver son « cocon familial », puis à reprendre ses habitudes de vie dans un environnement familier avec sa famille. Il s'agit d'un lieu privé et particulièrement affectif. En d'autres termes, il réintègre un cadre rassurant et identitaire. Or, « *Rentrer chez soi est évidemment un progrès : cela signifie que le patient a récupéré une certaine autonomie. Mais cela ne signifie pas qu'il est totalement guéri* » (MORIN C., 2009, p4). En présence de troubles neurologiques qui perturbent son autonomie et indépendance, il se voit affronter sa vie quotidienne, en particulier ses activités routinières comme l'habillage, les soins personnels, la préparation des repas ou encore les déplacements. Dans ce cas, le retour au domicile peut être vécu comme éprouvant, puis telle une sanction, voire un échec jusqu'à une véritable appréhension, comme l'explique PARE C. (2015, p31) « *[...] c'est en avril 94 (10 mois après le jour de cet AVC), en fauteuil roulant que j'appréhende mon retour à la maison* ». Cette étape de prise en charge peut être rejetée par le patient autant qu'elle peut être attendue (ANAES, SOFMER, 2004), car à son domicile il est confronté à ses éventuelles difficultés et à ses capacités. Les mises en situations écologiques évaluées ou non sont des moyens, dans l'étape de réadaptation, qui permettent au patient de mettre à contribution ses capacités d'ajustement et d'adaptation, face à ses situations de handicap. Selon MORIN C. (2009, p5) « *La réadaptation, c'est apprendre à « faire avec » les troubles, séquelles et capacités résiduelles de l'AVC. Celle-ci nécessite un véritable apprentissage de la part du patient.*

3.2. Perception de l'entourage et retour à domicile

Le retour à domicile est une étape de prise en charge éprouvante pour l'entourage du patient. En effet, la sortie « *peut être très attendue ou être rejetée par la personne ou son entourage* » (ANAES, SOFMER, 2004, p7). La famille n'a fréquemment pas conscience des difficultés rencontrées par le patient, tant les troubles associés à l'AVC sont nombreux. L'arrêt de la récupération motrice et cognitive est source de confusion chez l'entourage, si bien qu'il « *peut le taxer de mauvaise volonté ou mal supporter son irritabilité* ». (MORIN C., 2009, p144). Les proches vivent également dans l'angoisse d'éventuelles complications et craignent que le patient ne soit plus capable de faire comme avant. La famille appréhende de ne pas être à la hauteur de ses attentes et de ne pouvoir répondre à l'aide qu'il pourrait solliciter. Par conséquent, l'entourage peut se montrer envahissant envers le patient, jusqu'à lui réaliser ses habitudes de vie. En ce sens, celui-ci éprouve des difficultés à identifier ce qui relève de ses capacités et incapacités. La famille doit être capable de redonner une place familiale à son proche. Or, celui-ci conserve le statut de personne « handicapée », compte tenu de ses séquelles motrices et cognitives liées à l'AVC et ses difficultés rencontrées. Par ailleurs, les patients et leurs familles « *expriment le souhait de disposer de plus de soutien et d'aide dans leurs démarches pour organiser les prises en charge soignante et médico-sociale.* » comme le suggère BLETON J.P. (2005 cité par DE MORAND A., 2010, p8). Les proches se retrouvent très souvent livrés à eux-mêmes face aux incapacités et situations de handicap du patient, voire même exclus de sa prise en charge. L'intervention de l'ergothérapeute auprès de la famille s'avère nécessaire. En effet, ce professionnel de la santé informe l'entourage des capacités et limitations d'activités du patient et évoque avec lui les éventuelles aides mises en place. L'intervention de l'équipe interprofessionnelle permet de compléter les informations délivrées par l'ergothérapeute.

3.3. Perception de l'équipe interprofessionnelle et retour à domicile

Le retour à domicile est un objectif primordial pour l'ensemble des équipes médicale et paramédicale. En effet, « *son organisation et sa mise en œuvre reposent sur le partage des savoirs de la personne handicapée, de son entourage et des professionnels* » (ANAES, SOFMER, 2004, p8). Sa préparation requiert l'intervention d'une importante coordination et collaboration interprofessionnelle entre le médecin neurologue, les aides-soignantes, les infirmières, les ergothérapeutes, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les psychologues et les assistantes sociales, à l'aide d'un accompagnement à long terme. Le projet de sortie du patient est mis en place dès le début de son admission, afin qu'il ne représente pas une rupture soudaine avec la structure de soin. Le retour à domicile marque également la fin de la prise en charge du patient au sein de la structure spécialisée et médicalisée. Ainsi, l'équipe soignante intrahospitalière passe le relais à l'équipe soignante extrahospitalière pour la suite des soins. (ANAES, 2003).

La collaboration de l'ergothérapeute auprès de l'équipe interprofessionnelle s'avère indispensable, afin qu'il puisse mettre en place des évaluations écologiques et mises en situations d'activités écologiques adaptées aux besoins, aptitudes et restrictions de participation du patient.

3.4. Mises en situations écologiques et capacités-incapacités

La mise en situation écologique, évaluée ou non évaluée, repose sur l'observation du patient en activité proche de la vie réelle, au sein d'un environnement semblable au sien ou au sein de son propre environnement ou encore dans un lieu inconnu. Les ergothérapeutes, par le terme « écologique », mettent en évidence des mises en situations proches de la vie quotidienne (SEVE – FERRIEU N., 1998 cité par CAIRE J.-M., 2008). D'après CARLINO B. (2011), la mise en situation écologique évalue le patient selon ses facteurs personnels, ses habitudes de vie actuelles et antérieures, ses rôles familiaux et sociaux et l'ensemble de ses activités pratiquées. Selon le guide de bonne pratique et le dossier du patient en ergothérapie, elle évalue les incapacités et déficiences du patient en lien avec ses facteurs personnels, environnementaux et contextuels en activités de vie quotidienne. A l'instar du MDH-PPH2, elle permet de décrire le phénomène du handicap à travers les facteurs personnels, environnementaux et les habitudes de vie des patients. Les interactions entre le patient et ses environnements humain, architectural et matériel sont également évaluées. Cette mise en situation proche de la vie quotidienne favorise le fonctionnement du patient dans un environnement particulier, comme la structure d'hospitalisation, afin qu'il se projette dans son environnement propre. En effet, le patient et son environnement sont en interaction permanente.

La mise en situation a un véritable apport et bénéficie au cours de la réadaptation de la personne, en particulier pour la phase de préparation de retour à domicile. En effet, « [...] *c'est dans le cadre de la préparation du retour à domicile ou dans le milieu de vie de la personne [...] qu'une telle évaluation va s'avérer la plus opérante* » (SEENE M. cité par CAIRE J.-M., 2008, p169). Certains patients obtiennent des résultats très satisfaisants et encourageants lors de la passation de bilans écrits. Pour autant, ils échouent lors de la réalisation d'une activité dans un environnement proche de leur vie quotidienne. Celle-ci permet d'identifier des difficultés que les bilans classiques papier-crayon ne mettent pas en évidence et inversement. C'est pourquoi, la mise en situation écologique, évaluée ou non évaluée, est complémentaire des évaluations classiques. « *Cette mise en situation écologique permet l'observation des comportements du sujet face à l'environnement* » (TROUVE E., 2016, p363). Elle constitue un comparatif avec les capacités du patient en amont de l'AVC et permet d'observer l'influence que l'environnement social, physique, culturel, temporel et/ou phénoménologique a sur la réalisation de l'activité, à savoir la performance occupationnelle (SEENE M. cité par CAIRE J.-M., 2008). Elle permet également au patient de se rendre compte du niveau de difficulté engendré par l'activité.

La mise en situation écologique, évaluée ou non évaluée, met précisément en évidence les situations de handicap du patient, ainsi que la répercussion de ses déficiences motrices et cognitives associées à la pathologie. C'est pourquoi, ces interactions entre l'homme et son environnement lui permettent de mettre en place des systèmes de compensation face aux obstacles de l'activité en situation nouvelle et de tester d'éventuels besoins en aides matérielles et humaines. DEVOS L., TAILLEFER C. et PONCET F. (2014) estiment qu'elle met en évidence le besoin en type d'aides humaine et technique. Ces aides techniques sont préconisées par l'ergothérapeute, dans un objectif de réaménagement du quotidien et du domicile du patient. Il est tenu d'expliquer le fonctionnement de ces aides et d'indiquer les situations, où elles sont bénéfiques au patient. Les inquiétudes quant aux incapacités, limitations d'activités et situations de handicap sont également prises en charge par ce professionnel de santé. Dans le cadre de l'accompagnement du patient dans son projet de sortie, la formulation d'objectifs thérapeutiques proches de ses habitudes de vie et de son environnement est permise par la réalisation de mises en situations écologiques, évaluées ou non évaluées (SEENE M. cité par CAIRE J.-M., 2008). Des entretiens post-mises en situations entre le patient et l'ergothérapeute permettent au patient d'obtenir des retours sur le déroulé et de réajuster avec ce professionnel de la santé les objectifs en lien avec la préparation de son retour à domicile.

Il existe trois types de mises en situations écologiques :

- Evaluations écologiques modélisées protocolisées : elles intègrent le contexte environnemental et se réalisent dans l'établissement de prise en charge du patient.
- Evaluations écologiques libres, qualitatives ou de « vie réelle » protocolisées : elles analysent la gestion des contraintes liées au propre environnement du patient et à l'utilisation de ses ressources. Elles mettent en évidence son fonctionnement dans son environnement (CARLINO B., 2011), car elles s'effectuent au lieu de vie habituel du patient, c'est-à-dire à son domicile ou dans un lieu de vie transitoire, tel qu'un appartement thérapeutique. Dans son cadre de vie, le patient est directement confronté à ce qu'il est capable ou non de faire seul.

Les évaluations écologiques modélisées et libres et qualitatives mettent en évidence une marge de progression du patient, constituent un comparatif bénéfique au cours de sa réadaptation et sont protocolisées et évaluées. Elles mettent en pratique des activités spécifiques, qui peuvent se révéler significantes pour certains patients et non significantes pour d'autres.

- Mises en situations d'activités écologiques : elles permettent la réalisation des habitudes de vie du patient. Cependant, elles ne sont pas protocolisées ni pratiquées en tant qu'évaluation.

3.4.1. Evaluations écologiques situationnelles

Ces évaluations écologiques modélisées et protocolisées s'effectuent en environnement contrôlé par l'ergothérapeute, car elles se pratiquent au sein des établissements de soins. L'intervention du thérapeute est minimale. La planification et le but sont imposés et formulés pour l'ensemble des tâches complexes. Le Test des Errances Multiples (TEM) (ANNEXE III) est un outil de mesure décrit par SHALLICE et BURGESS et adapté par LE THIEC et al en français. Selon CHEVIGNARD M. et al (2009), ce test permet d'évaluer les fonctions exécutives du patient, lorsqu'il réalise des activités plus ou moins familières, routinières et nécessaires à l'autonomie, rendues complexes par l'énoncé de la consigne. Le syndrome dysexécutif est une conséquence fréquente de l'AVC. Au cours de l'évaluation, le patient reçoit des instructions sur les consignes à respecter et les tâches à accomplir. Il les réalise dans un environnement inconnu et proche de l'hôpital. « *C'est au patient de planifier, organiser et exécuter son plan d'action afin d'aboutir au résultat, tout en respectant toutes les règles.* » (CHEVIGNARD M. et al, 2009, p53). Ces tâches sollicitent les fonctions exécutives du patient, telles que la planification, l'exécution, ainsi que la vérification de la tâche. Le TEM mesure la performance de l'individu dans cette tâche. Selon ces auteurs, les erreurs sont classées en différentes catégories, comme l'inefficience, les ruptures de règle, les erreurs d'interprétation, ou encore l'arrêt ou l'échec lors de la réalisation de la tâche. Ils affirment que cette évaluation permet d'observer les interactions existantes entre le patient, son environnement et son comportement dans les situations de la vie quotidienne, pendant qu'il réalise plusieurs tâches simultanées sous contrainte temporelle. Une « *des limites de ce type d'évaluation réside dans les consignes fournies au patient, qui sont artificiellement très explicites et contraignantes [...]* » (CHEVIGNARD M. et al, 2009, p54). Le TEM est un test validé, non normé ni standardisé. (DEVOS L., TAILLEFER C., PONCET F., 2014).

L'Évaluation des Fonctions Exécutives en Ergothérapie (EFEE) ou « *cooking task* » (ANNEXE IV), constitue une évaluation écologique des répercussions du syndrome dysexécutif lors d'une activité de la vie quotidienne. Elle est généralement réalisée par les ergothérapeutes (CHEVIGNARD M. et al 2009). Ce test consiste en l'accomplissement d'une tâche en cuisine. En effet, le patient a pour consigne de réaliser un gâteau au chocolat et une omelette, au sein de la cuisine de l'établissement de soin. L'absence de l'intervention de l'ergothérapeute est nécessaire. Au cours de cette évaluation, les erreurs du patient sont classées en erreurs quantitatives et neuropsychologiques. En d'autres termes, les conditions dans lesquelles les erreurs sont commises sont prises en compte. Une analyse qualitative de la tâche est également réalisée : observation de la planification, exécution, vérification de chaque action, comportement et dépendance au thérapeute. (DEVOS L., TAILLEFER C., PONCET F., 2014). Cette mise en situation est un test riche en informations, notamment pour la préparation du retour à domicile.

En effet, il évalue la performance d'une activité en environnement inhabituel et évalue sensiblement les incapacités rencontrées par le patient. L'EFEE quantifie ses situations de handicap, ainsi que ses limitations d'activités lors de la réalisation d'une activité proche de la vie quotidienne. Il est également plus sensible que les bilans classiques papier-crayon neuropsychologiques, dans le sens où il permet au patient de se confronter à ses troubles et à leurs conséquences dans sa vie quotidienne (CHEVIGNARD M. et al, 2000 cité par PONCET F., 2015). La formation spécifique, ainsi que la réalisation d'une activité routinière constituent deux limites de cette évaluation (PONCET F., 2015). L'EFEE est une évaluation validée, normée et standardisée (DEVOS L., TAILLEFER C., PONCET F., 2014).

3.4.2. Evaluations écologiques pratiquées dans le milieu de vie

Ces évaluations écologiques libres, qualitatives ou de « vie réelle » protocolisées s'effectuent dans l'environnement propre du patient, sans aucune intervention extérieure de l'ergothérapeute. Elles lui permettent d'accéder au processus de valorisation et de reprise de confiance en lui. La planification et le but sont imposés et formulés pour l'ensemble des tâches complexes. D'après l'ANFE, le Profil des Activités de la Vie Quotidienne (PAVQ) (ANNEXE V) est un outil qui évalue l'indépendance et la participation du patient, dans le cadre de ses habitudes de vie en lien avec son environnement et ses facteurs personnels. Il met en évidence l'interaction entre les caractéristiques du patient et celles de son propre environnement. Il nécessite de documenter les habitudes de vie, d'identifier les éléments obstacles et facilitateurs à ses habitudes de vie et de recueillir la participation du patient. Selon France traumatisme Crânien, ce profil évalue ses capacités à participer à ses activités de vie quotidienne, dans les domaines des soins personnels (6 tâches), des activités domiciliaires (5 tâches) et des activités sociales (8 tâches). Le patient exprime le but des activités. Au préalable, une entrevue semi-dirigée est réalisée avec le sujet évalué, ainsi qu'une autre personne significative (DEVOS L., TAILLEFER C., PONCET F., 2014). Le PAVQ évalue les conséquences du syndrome dysexécutif sur le patient, l'importance des difficultés qu'il rencontre et évoque ses capacités précises à réaliser ses activités, tout en prenant en compte sa satisfaction. Le PAVQ permet d'identifier l'éventuel besoin en aide de différentes natures. Cette évaluation est riche, car elle évalue le patient dans ses activités routinières, non routinières et d'actions, dans son environnement habituel (DUTIL et al, 1990, cité par PONCET F., 2015) et de comprendre ses situations de handicap. Le Profil des AVQ recueille des données qualitatives et quantitatives. Il requiert une formation particulière. De plus, le temps constitue une des limites à cette évaluation (PONCET F., 2015). Cet outil d'évaluation écologique est normé, validé et non standardisé (DEVOS L., TAILLEFER C., PONCET F., 2014).

Le Profil des Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne (PAIVQ) (ANNEXE VI) comporte deux aspects : une mise en situation en lien avec les activités domiciliaire et sociale et un questionnaire permettant d'évaluer les situations pré et post-traumatiques, quant à la participation aux activités de la vie quotidienne (DEVOS L., TAILLEFER C., PONCET F., 2014). Cet outil permet de mesurer la capacité du patient à formuler, planifier, initier et réaliser un plan d'actions dans les activités de vie quotidienne et ce, dans des environnements divers. Le PAIVQ évalue les conséquences du syndrome dysexécutif sur le patient, sa participation dans les activités routinières, non routinières et les routines d'action dans son environnement habituel. Il permet également d'évaluer le besoin en aide humaine et de recueillir la perception du patient quant à sa performance dans la réalisation de la tâche. Cet outil de mesure demande une formation spécifique (BOTTARI et al, 2009, cité par PONCET F., 2015). Cette évaluation comporte les mêmes limites que le Profil des AVQ. Cet outil écologique est normé, validé et non standardisé (DEVOS L., TAILLEFER C., PONCET F., 2014).

3.4.3. Mises en situations d'activités écologiques

La toilette, l'habillage, la préparation de repas, le fait d'effectuer des achats, la gestion du budget, les tâches administratives, la conduite, les loisirs ou encore les activités de reprise professionnelle sont des exemples de mises en situations d'activités écologiques de la vie quotidienne très fréquents, dès lors que le retour à domicile se précise (CARLINO B., 2011).

Celles-ci peuvent s'effectuer soit au sein de l'établissement de soin, soit au sein du domicile du patient, ainsi que sur ses lieux de vie. L'intervention du professionnel de la santé est minimale et comptabilisée. Elles permettent à l'ergothérapeute de recueillir des observations et analyses spécifiques, quant aux capacités, aptitudes, incapacités et situations de handicap du patient essentielles à la préparation du retour à domicile. Le professionnel de santé met également en évidence une marge de progression du patient. Ces mises en situations d'activités écologiques ne sont pas protocolisées ni réalisées en tant qu'évaluation, à l'inverse des évaluations écologiques situationnelles et pratiquées dans le milieu de vie. Par conséquent, elles donnent la possibilité de réaliser l'ensemble des activités signifiantes du patient, selon ses habitudes de vie.

3.5. Conscience des aptitudes et situations de handicap

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), la conscience correspond à une « *organisation de son psychisme qui, en lui permettant d'avoir connaissance de ses états, de ses actes et de leur valeur morale, lui permet de se sentir exister, d'être présent à lui-même* ». Il s'agit d'une véritable opération psychologique, qui s'opère dès lors que le patient débute sa rééducation et sa réadaptation post-AVC. Au cours de l'étape de préparation de son retour à domicile, ce processus s'avère indispensable.

MORON P. (2017, p117) estime que « *la règle d'or en matière d'estime de soi* » c'est « *prendre conscience de ses capacités et de ses limites* ». La restauration de l'estime de soi est essentielle dans la projection du retour à domicile du patient. Elle leur permet d'avoir leur propre ressenti quant à leurs capacités et incapacités. Elle permet également de réduire le décalage existant entre l'idéalisation du retour à domicile faite par le patient et la réalité de cette étape de prise en charge.

4. Rappel de la problématique et hypothèse

L'ensemble des lectures permet d'approfondir les connaissances sur l'AVC et de comprendre le rôle de l'ergothérapeute au cours de la prise en charge d'un patient victime de cette attaque cérébrale. Ce professionnel paramédical de la santé utilise l'activité comme moyen de réadaptation. Il met à contribution les activités signifiantes du patient, afin de mettre en place des mises en situations écologiques dans des conditions environnementales proches des siennes ou dans son propre environnement. Ces moyens thérapeutiques témoignent d'un apport bénéfique dans le cadre de la préparation du retour à domicile du patient. Ils permettent également l'intervention et la concertation de l'équipe interprofessionnelle et de la famille du patient.

Le recensement de la littérature permet d'élaborer cette **problématique** :

DANS QUELLE MESURE LES MISES EN SITUATIONS ÉCOLOGIQUES EN ERGOTHÉRAPIE FAVORISENT-ELLES LA PRÉPARATION D'UN RETOUR A DOMICILE DE L'ADULTE VICTIME D'UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL ?

L'**hypothèse** déduite est :

La réalisation d'activités signifiantes en mises en situations écologiques permet au patient victime d'un AVC de prendre conscience de ses capacités et incapacités.

PARTIE EXPERIMENTALE

1. Méthodologie

Ce mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie a pour but de mettre en évidence la prise de conscience des capacités et incapacités du patient victime d'un AVC en phase de préparation de retour à domicile, dès lors qu'il réalise ses activités significatives en évaluations écologiques protocolisées ou en mises en situations d'activités écologiques. Le recensement de la littérature a permis de compléter les connaissances sur l'AVC et de comprendre le rôle et compétences spécifiques de l'ergothérapeute dans la prise en charge de cette pathologie neurologique. Par ailleurs, l'ensemble des lectures a permis d'identifier trois types de mises en situations écologiques, qui se réalisent au sein de la structure de soin ou au sein de l'environnement du patient. L'ergothérapeute les met en place selon les activités significatives et habitudes de vie du patient.

1.1. Objectifs de l'enquête

Ce travail a pour objectifs :

- D'identifier si le patient prend conscience de ses capacités et incapacités lors de la réalisation de mises en situations écologiques, mettant en jeu ses activités significatives, dans le cadre de la préparation de son retour à domicile.
- Savoir si les mises en situations écologiques sont en lien avec les activités significatives du patient victime d'un AVC, lors de l'étape de préparation de retour à domicile.
- Connaître la perception des ergothérapeutes sur la réalisation des activités significatives en mises en situations écologiques, chez un patient victime d'un AVC en phase préparatoire de retour à domicile.

Il s'agit de comparer les données extraites de la littérature avec celles de l'enquête, à l'aide d'outils spécifiques, tels que des entretiens destinés aux patients, complétés par des questionnaires destinés aux ergothérapeutes. L'enquête permettra de valider ou d'invalidier l'hypothèse initiale.

1.2. Population ciblée

Pour mener l'enquête, je me suis d'abord penchée auprès de patients victimes d'un AVC, car le cœur de ce travail consiste à démontrer la prise de conscience de leurs capacités et incapacités, dès lors qu'ils réalisent leurs activités significatives en évaluations écologiques protocolisées ou en mises en situations d'activités écologiques, dans le cadre de la préparation de leur retour à domicile.

Dans un second temps, je me suis intéressée aux ergothérapeutes travaillant auprès de patients victimes d'un AVC, afin de compléter les informations recueillies auprès des patients. En effet, il s'agit de comprendre leur pratique autour de la préparation du retour à domicile et de recueillir leur point de vue quant à la réalisation d'activités significatives en mises en situations écologiques par rapport aux patients dans cette étape de prise en charge.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Patients

Les patients adultes victimes d'un AVC, côté indifférencié, en phase de préparation de retour à domicile, ayant bénéficié d'ergothérapie et réalisé des mises en situations écologiques ont été privilégiés pour les entretiens semi-directifs. La date de survenue de l'AVC n'a pas d'importance. Les patients ayant moins de 30 ans et plus de 70 ans, ayant une pathologie psychiatrique ou d'importants troubles cognitifs liés à l'AVC, tels qu'une aphasie, une anosognosie, une prise de médicaments régulière risquant d'altérer leurs capacités attentionnelles et de concentration, en phase aiguë de l'AVC et n'ayant pas réalisé de mises en situations écologiques ont été exclus. Trois patients constituent l'échantillon. Cette diversité permet d'entrecroiser chaque idée et d'établir des points communs et des divergences. L'échantillon a été choisi sur un terrain de stage proposé par l'Institut de Formation d'Ergothérapie (IFE).

Ergothérapeutes

Les ergothérapeutes qui interviennent au sein d'un SSR, un centre de rééducation fonctionnel, un hôpital de jour auprès de patients victimes d'un AVC en phase préparatoire de retour à domicile ont été privilégiés pour les questionnaires informatisés. Ont été exclus les ergothérapeutes qui n'interviennent pas au niveau de la préparation du retour à domicile. Une quinzaine de structures, à raison de quatre à cinq ergothérapeutes par équipe, constitue l'échantillon, afin de pouvoir récolter plusieurs perceptions des pratiques ergothérapeutiques. Cette diversité permet également d'entrecroiser les idées communes et divergentes. L'échantillon d'ergothérapeutes s'est constitué à partir d'une liste d'établissements préétablie.

1.3. Choix de l'outil

1.3.1. Entretien

L'entretien destiné aux patients est « *un procédé d'investigation scientifique, utilisant un processus de communication verbale, pour recueillir des informations, en relation avec le but fixé* » (GRAWITZ M., cité par DEPELTEAU F., 2010, p314). C'est un outil d'enquête qualitatif, qui permet une liberté d'expression.

Cet outil permet un accès direct aux ressentis, émotions, idées, perceptions et représentations des personnes. La dimension relationnelle est présente. Cet outil permet une meilleure compréhension et analyse du discours. L'entretien donne la possibilité de comprendre le ton de la voix, les temps d'hésitation, ainsi que les gestes, avec adaptabilité et souplesse. L'entretien « *modifie aussi la nature de l'information produite. D'une information qui constituait une réponse ponctuelle à une question directe de l'enquêteur, on est passé à une réponse-discours obtenue par des interventions indirectes de l'employeur* » (BLANCHET A., GOTMAN A., 2010, page d'introduction).

Entretien destiné aux patients

Cet outil me permet de comprendre si les patients parviennent à identifier et à prendre conscience de leurs capacités et incapacités, dès lors qu'ils réalisent leurs activités significatives en évaluations écologiques protocolisées ou en mises en situations d'activités écologiques. Il me permet également de savoir si celles-ci correspondent aux activités significatives des patients. Par ailleurs, il me permet de prendre connaissance de la nature des mises en situations écologiques réalisées par les patients. Chaque entretien se constitue de questions ouvertes qui portent sur des faits personnels, organisationnels, des opinions et permettent de recueillir des informations directement sur l'interviewé et sur l'organisation à laquelle il fait partie. L'entretien est établi selon un modèle. Les patients ont la possibilité de rajouter des informations qui leur semblent nécessaires à la fin. Tout d'abord, il est doté d'une introduction, qui a pour but de me présenter auprès des patients et de leur expliquer clairement le sujet de mon investigation. Leur consentement est recueilli au préalable. Puis, il est scindé en deux parties. La première consiste à prendre contact avec les patients pour faire davantage connaissance avec eux. Elle comporte quatre questions. La seconde permet de prendre connaissance des moyens avec lesquels les patients prennent conscience de leurs capacités, aptitudes, incapacités et situations de handicap. Elle permet également de connaître le type de mise en situation écologique réalisé et s'il s'appuie sur les activités significatives des patients. Elle comporte neuf questions (ANNEXE VII).

Trois personnes extérieures au domaine de la santé, puis une personne travaillant au sein d'un SSR ont testé l'entretien. L'ensemble des questions a été revu, suite à diverses incompréhensions dans la formulation, ainsi que des incohérences dans les temps de conjugaison. Deux questions ont été ajoutées sur les activités significatives et la nature des mises en situations écologiques, pour être davantage en lien avec l'hypothèse. Ces passations sont intéressantes, car elles permettent d'améliorer et d'enrichir le contenu de l'entretien et d'éliminer les risques d'incompréhension des questions. Leur reformulation a bénéficié d'une attention spécifique, particulière et ajustée. Les entretiens étaient semi-directif, se sont établis à partir de questions introductives et ont été accompagnés de différentes relances : déclaratives, interrogatives et répétitives.

Il a également été possible de réorienter et d'approfondir certains points de l'entretien. Les entretiens ont permis aux patients une liberté d'expression, avec un cadre précis, par le biais de l'élaboration d'une grille d'entretien adaptée. L'anonymat a été préservé pour la totalité des participants, qui ont accepté d'être enregistrés. Les entretiens se sont déroulés au sein de la structure de prise en charge des patients en chambre. Cet outil occupe le premier plan de cette partie expérimentale.

1.3.2. Questionnaire

Le questionnaire correspond à une suite de questions standardisées, qui sont destinées à normaliser et à faciliter le recueil de témoignages et « *les questions [...] sont disposées dans un ordre que ni l'enquêteur ni l'enquêté ne peut modifier [...]* » (DEPELTEAU F., 2010, p326). Cet outil d'enquête quantitatif permet de recueillir à plus grande échelle plusieurs informations auprès des ergothérapeutes, tout en conservant leur strict anonymat. Il accorde une liberté dans le choix des réponses. Le questionnaire « *d'administration directe* » passe par l'écriture, ce qui limite la censure. « *L'enquête par questionnaire est une enquête dans laquelle on utilise le questionnaire généralement présenté sous forme de papier/crayon* » (EVOLA R., 2013, p19). Celui-ci a pour objectif de mettre en évidence les actions faites et réalisées par les individus.

Questionnaire destiné aux ergothérapeutes

L'élaboration de ce questionnaire permet de connaître la perception des ergothérapeutes à plus grande échelle sur la réalisation d'activités signifiantes en évaluations écologiques protocolisées ou en mises en situations d'activités écologiques, lors de la préparation du retour à domicile des patients. Cet outil permet également de comprendre le point de vue des ergothérapeutes sur la prise de conscience des capacités et incapacités des patients lors des mises en situations écologiques. Par ailleurs, il permet de prendre connaissance du type de mises en situations écologiques organisé par les ergothérapeutes. Il présente des questions ouvertes à choix multiples, avec la possibilité pour les ergothérapeutes de rajouter des informations et commentaires supplémentaires. Le questionnaire est établi selon un modèle. En premier lieu, il est doté d'une introduction pour informer les ergothérapeutes de mon sujet d'investigation, ses caractéristiques et recueillir leur consentement. Puis, celui-ci est scindé en deux parties. La première concerne les généralités, afin de faire davantage connaissance avec ces professionnels de santé. Elle comporte cinq questions. La deuxième permet de connaître les évaluations par les mises en situations écologiques pratiquées par les ergothérapeutes, de savoir si elles s'appuient sur les activités signifiantes des patients et de connaître la perception des ergothérapeutes quant à la restauration de l'estime des patients, lors de ces évaluations écologiques. Elle comporte cinq questions (ANNEXE IX).

Quatre personnes extérieures au domaine de la santé ont testé le questionnaire. Par la suite, une équipe de sept ergothérapeutes travaillant en SSR l'a expérimenté. Suite à ces tests, une question a été ajoutée à la fin du questionnaire, notamment celle de la restauration de l'estime des patients et une question sur les activités signifiantes a été reformulée. Ces tests sont bénéfiques, car ils permettent à la fois d'améliorer le contenu des questions, de les finaliser et d'éliminer tout risque d'incompréhension. Leur formulation a bénéficié d'une attention particulière, individualisée et ajustée. Une grille d'analyse a été mise en place. Ce questionnaire a été informatisé et l'ensemble des réponses est resté anonyme. Une grille d'analyse adaptée à la population cible et aux objectifs d'enquête a été mise en place. L'ensemble des questionnaires a été envoyé par mail, après un contact téléphonique. L'anonymat est préservé pour la totalité des participants. Cet outil est secondaire dans cette partie expérimentale.

1.4. Déroulement de l'enquête

En ce qui concerne l'entretien, de nombreux échanges ont été nécessaires avec ma tutrice de mémoire et avec des ergothérapeutes exerçant en SSR pour définir un nombre d'entretiens suffisants et nécessaires à la validation de l'hypothèse. Trois entretiens ont été mis en place avec des patients en phase de préparation de retour à domicile. Ils m'ont permis d'entrecroiser véritablement chaque idée et d'établir des points communs et des divergences, à l'aide d'une grille d'analyse spécifique. Pour constituer mon échantillon, les trois patients ont été contactés par l'intermédiaire d'ergothérapeutes d'un terrain de stage, proposé par l'IFE. Cette structure accueille principalement des patients victimes d'un AVC. Un mail a été envoyé à ces professionnels de santé, ainsi qu'à leur cadre, afin d'obtenir leur accord pour la passation d'entretiens auprès de leurs patients. Leur consentement a également été recueilli avant la passation, ainsi que pour leur enregistrement. Ces derniers ont été réalisés dans la chambre de chaque patient.

En ce qui concerne le questionnaire, plusieurs échanges avec ma tutrice de mémoire ont également été nécessaires. Nous avons convenu de privilégier une quinzaine de structures, à raison de quatre à cinq ergothérapeutes par équipe. Ceci m'a permis de diversifier les types d'établissements et les pratiques des ergothérapeutes, afin de récolter différentes perceptions. Au même titre que les patients, cette diversité m'a également permis d'enrichir les analyses et davantage entrecroiser les idées communes et divergentes. Une liste d'instituts prenant en charge des patients victimes d'un AVC et où interviennent des ergothérapeutes a été établie sur un échelon national. Ces structures ont été contactées par l'intermédiaire d'un rendez-vous téléphonique, afin d'obtenir l'adresse mail de ces professionnels de santé. L'outil leur a été, par la suite, transmis par mail. Une quinzaine de structures a été contactée, à raison de quatre à cinq ergothérapeutes par équipe.

1.5. Analyse des données

En ce qui concerne l'analyse des trois entretiens, une retranscription sur Word a d'abord été effectuée pour chacun d'entre eux (ANNEXE VIII). Ensuite, une grille d'analyse thématique et fréquentielle a été élaborée sur un autre fichier Word, afin de faire émerger par thème les principales idées et notions, en rapport avec la problématique de recherche et l'hypothèse initiale. Cette grille d'analyse a permis d'entrecroiser les différents éléments émergents et d'établir leur fréquence de récurrence par thème. Tout d'abord, les entretiens ont été traités de façon individuelle, puis comparés par la suite les uns par rapport aux autres.

Concernant les questionnaires, deux outils d'analyse ont été élaborés pour différencier les questions fermées des questions ouvertes. Dans un premier temps, les réponses aux questions fermées ont été inventoriées dans un tableau d'analyse sur un fichier Word (ANNEXE X), pour en faire émerger différents pourcentages et fréquences sur le logiciel Excel. Dans un second temps, les réponses aux questions ouvertes ont été référencées dans un autre fichier Word (ANNEXE XI), puis dans une grille d'analyse thématique et fréquentielle sur ce même logiciel. Cette grille a permis de faire ressortir les principaux éléments par thème, leur fréquence de récurrence et d'entrecroiser les différentes notions abordées, en lien avec la question de recherche et l'hypothèse initiale. En premier lieu, les questionnaires ont été analysés séparément, puis comparés les uns par rapport aux autres.

2. Résultats

2.1. Entretien

2.1.1. Présentation des patients

	Patient 1	Patient 2	Patient 3
Structure d'hospitalisation	Hospitalisation complète en SSR	Hospitalisation complète en SSR	Hospitalisation complète en SSR
Age survenu AVC	46 ans	67 ans	69 ans
Côté hémiparalysé	Hémiparalysie gauche et droite	Hémiparalysie droite	Absence d'hémiparalysie
Côté dominant	Droit	Droit	Droit
Age	47 ans	67 ans	69 ans

Tableau 1 : Récapitulatif des patients reçus en entretiens

Ce tableau présente l'ensemble des patients interviewés, selon leur structure d'hospitalisation, l'âge de survenue de leur AVC, leur âge biologique, leur côté hémiparalysé et leur côté dominant.

2.1.2. Résultats bruts

Les tableaux évoquent les principales idées abordées par les patients à propos de l'évocation de leurs activités significatives et de la préparation de leur retour à domicile.

Date	Interviewé
<p>Thème 2 Evoquer les activités significatives du / de la patient(e)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Patient 1 : Double AVC • Patient 2 : AVC gauche • Patient 3 : AVC gauche
<p>Informations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nature des activités • Evocation activités avec ergothérapeute • Moment évocation 	<p>Réponses</p> <ul style="list-style-type: none"> • P1 : « j'aime bien <u>utiliser mon téléphone surtout internet pour regarder des vidéos de ce que j'aime [...]</u> regarder mes <u>mails</u> et de <u>garder des contacts pour mon travail</u> [...] j'aime vraiment bien <u>bouger et me déplacer</u> » • P2 : « j'aime beaucoup <u>marcher, je suis randonneuse [...]</u> je faisais de la <u>natation</u> donc si pas beaucoup en ce moment [...] j'aime <u>lire</u> et ça je peux toujours [...] j'aime le <u>tricot</u> [...]. Il y a aussi <u>l'écriture qu'on a parlé [...]</u> ne stresse que pour <u>signer les papiers importants</u> ou euh ... <u>remplir des documents</u> » • P3 : « par rapport à mon quotidien, je prends plaisir à <u>aller faire des courses</u> [...] j'aime bien <u>aller au marché</u> [...] <u>discuter en même temps avec les commerçants</u> [...] j'allai à la piscine pour me détendre et faire un peu de longueurs » • P1 : « j'en ai parlé avec l'ergo [...] de façon <u>spontanée pendant que je faisais des exercices en séance je crois. On en a parlé plusieurs fois</u> [...] <u>naturellement</u> » • P2 : « On en a parlé pendant des exercices de rééducation comme ça ... c'est venu <u>au fur et à mesure</u>. » • P3 : « on en a parlé [...] plutôt <u>en fin de séances</u> quand j'avais fini de faire ce qu'elle me demandait. » • P1 : « Ça va faire <u>un an que je suis ici</u> donc je dirai que c'était en milieu de prise en charge. » • P2 : « <u>à la fin oui oui à la fin. Oui parce que au début ça ne voulait rien dire et j'arrivais à rien faire</u> » • P3 : « ça fait <u>trois mois que j'ai eu mon AVC</u> [...] un mois un mois et demi après être arrivé ici »

Date	Interviewé
<p>Thème 3 Préparation du retour à domicile</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Patient 1 : Double AVC • Patient 2 : AVC gauche • Patient 3 : AVC gauche
<p>Informations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préoccupation RAD • Prise de conscience capacités et incapacités 	<p>Réponses</p> <ul style="list-style-type: none"> • P1 : « c'est vraiment les <u>transferts ... les transferts du lit au siège enfin au fauteuil et du fauteuil à lit [...]</u> mon logement n'est pas adapté par rapport aux handicaps que j'ai et ça ça me préoccupe beaucoup. » • P2 : « Il y a peut-être la <u>lourdeur des portes</u> [...] j'ai une douche anti-dérapante il y a juste le carrelage bon je vais mettre un tapis antidérapant et puis ça ira ou je prendrai mes chaussures de douche. » • P3 : « je suis locataire de mon appartement et que j'ai lâché le bail [...] j'ai plusieurs rendez-vous avec l'assistance sociale pour me trouver une place en foyer. » • P1 : « la première fois où je me suis rendu compte que je pouvais et que j'étais capable c'est quand on a fait de la <u>pâtisserie</u> euh parce que c'est vraiment beaucoup de coordination et euh de choses en ... de choses simultanées [...] ça c'était le déclic et puis après ça s'est enchaîné [...] se brosser les dents ou se raser seul ça ça était aussi une espèce de libération ... de comprendre que j'étais capable de le faire. » • P2 : « pendant longtemps j'ai pas voulu sortir [...] je me rends compte quand même que les courses c'est compliqué c'est pas évident à faire pour moi [...] le trajet bah je crois que au début j'avais réussi trois cents mètres j'étais heureuse mais j'étais fatiguée [...] descendre de bus par contre ça me pose encore problème mais bon ... il suffit de faire des essais mais il faut du temps. [...] on a fait de la cuisine et j'ai marché sans canne très longtemps [...] j'étais fatiguée parce que j'ai évolué des pommes et je suis restée debout longtemps [...] j'y suis arrivée j'ai vu que j'en étais capable mais alors ... ça était terrible. » • P3 : « j'ai fait des courses au magasin à côté de l'hôpital et j'ai aussi fait une sortie au parc Montsouris [...] j'étais content parce que ça s'est bien passé [...] j'ai fait un gâteau et une omelette dans le cuisine et c'est vrai que le gâteau c'est pas un truc que j'ai l'habitude de faire [...] j'y suis arrivé au bout du compte [...] je sais bien que j'aurai besoin d'aides pour ce que je n'arrive pas mais euh ... bon au moins je sais que maintenant je peux faire des gâteaux et même des choses simples à manger »

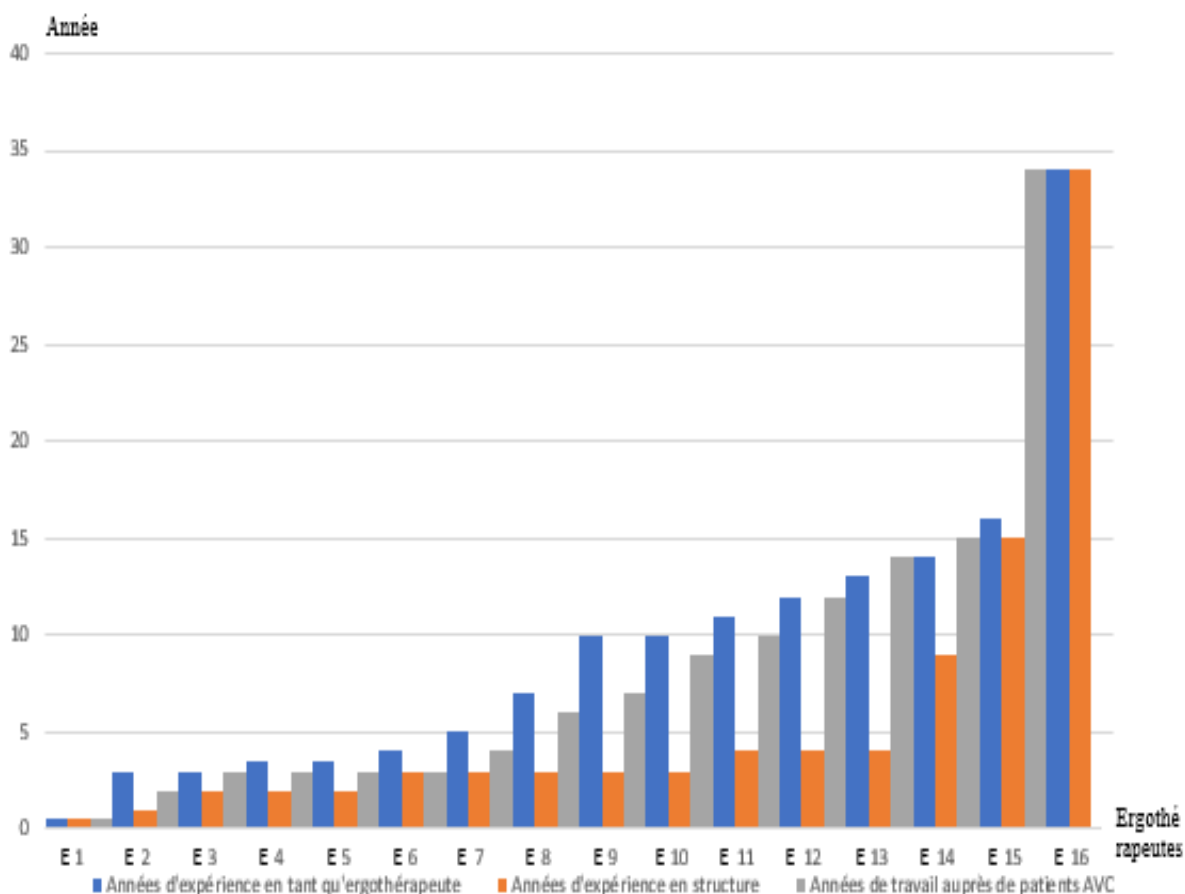
Date	Interviewé
<p>Thème 3 Préparation du retour à domicile</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Patient 1 : Double AVC • Patient 2 : AVC gauche • Patient 3 : AVC gauche
<p>Informations</p> <ul style="list-style-type: none"> • MES • Liens MES et activités significantes 	<p>Réponses</p> <ul style="list-style-type: none"> • P1 : « j'en ai <u>réalisé plusieurs mises en situations d'activités depuis que je suis arrivé ici</u> [...] Un moment j'ai fait une <u>sortie extérieure</u> [...] où on a pris le <u>bus pour aller jusqu'à un cinéma</u> [...] à un autre moment aussi j'ai <u>préparé une galette des rois</u> et [...] la <u>pâtisserie</u> qui m'a permis de me rendre compte euh que je pouvais faire des choses. » • P2 : « <u>oui j'en ai réalisé pas mal d'activités en situations</u> [...] la réalisation de la <u>tarte aux pommes</u> et puis on est <u>sortie aussi au magasin faire des courses</u> [...] je pense que j'ai <u>marché à un bon rythme</u> [...] c'est le fait de <u>pas sentir si les pommes étaient molles ou mûres</u> qui m'a gênée mais sinon pour porter ça était » • P3 : « l'<u>ergothérapeute m'a dit que l'omelette et le gâteau au chocolat ça s'appelait une mise en situation écologique</u> [...] je crois que c'est ça <u>EFEE</u> [...] j'ai fait la <u>sortie courses et la visite au parc Montsouris</u> » • P1 : « Oui, parce que par exemple <u>d'avoir pris le bus bah cette question de mobilité c'est important pour moi pouvoir se déplacer seul dans la ville c'est important vraiment pour ma vie future</u> [...] même la <u>pâtisserie ça correspond à mes attentes</u> et aussi à ce j'aime faire en temps normal. » • P2 : Oui ... le fait <u>d'aller faire des courses ça me fait marcher et comme je l'ai dit je suis une grande marcheuse, donc j'étais très contente.</u> [...] faire des essais comme j'ai fait avec l'ergo c'est important ... parce que ça permet de <u>comprendre que finalement on peut faire comme les autres qui sont de l'autre côté du mur</u> [...] par contre <u>faire la cuisine n'est pas aussi important pour moi, mais il faut bien manger tous les jours</u> [...] je peux comprendre qu'on nous le fasse travailler en mise en situation. » • P3 : « oui je trouve ... [...] par exemple <u>marcher j'ai pu le faire en allant au parc et pendant les courses</u> [...] non <u>la cuisine pas trop parce que j'en faisais pas beaucoup</u> mais bon comme j'ai dit c'est pas mal de faire ça parce que maintenant je sais que je suis capable de faire des trucs basiques à manger. »

Date	Interviewé
<p>Thème 3 Préparation du retour à domicile</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Patient 1 : Double AVC • Patient 2 : AVC gauche • Patient 3 : AVC gauche
<p>Informations</p> <ul style="list-style-type: none"> • MES et activités significantes à domicile • Oui 	<p>Réponses</p> <ul style="list-style-type: none"> • P1 : « <u>Non parce que je ne peux pas accéder à chez moi.</u> » • P2 : « Depuis mon hospitalisation je suis retournée deux fois à domicile pour une journée mais je n'en ai pas fait chez moi. [...] oui un moment j'y ai pensé mais bon on a pas trop eu le temps » • P3 : « <u>Non du coup parce que j'ai lâché le bail de mon appartement euh ... je n'y ai plus du tout accès et puis bon mon logement n'était pas forcément accessible alors euh ... je ne sais même pas si on aurait pu en réaliser.</u> » • P1 : « ce serait plus pour <u>valider des points de sécurité</u> et tout ça vraiment plus pour une <u>aide technique.</u> [...] c'est plus pragmatique [...] je dirai que je prends conscience de ce que je peux faire ou pas ici euh dans l'hôpital et que chez moi ce serait pour <u>valider des aides techniques.</u> [...] il faut absolument adapter le domicile et là je préfère faire appel à quelqu'un qui s'y connaît et euh qui peut <u>apporter des solutions auxquelles je n'ai pas forcément pensées.</u> » • P2 : « qu'elle me montre ce qui n'est pas évident chez moi et effectivement peut-être encore plus m'aider à me rendre compte de ce que j'étais capable de faire ou pas avec euh ... quelques aides techniques. [...] On retrouve vite les gestes du quotidien bon avec quelques difficultés mais ... on les retrouve. » • P3 : « Oui j'aurai bien aimé [...] ne stresse juste remarquer dans mon quartier pour retrouver petit à petit mes habitudes, retrouver les chemins des commerces euh ... et refaire deux trois courses [...] reprendre confiance en ce que je pourrai être capable de faire ou pas et dans le cas où je ne pourrai euh ça aurait été pour véritablement tester les adaptations que l'on me proposerait »

2.2. Questionnaire

2.2.1. Présentation des ergothérapeutes

Seize ergothérapeutes ont accepté de répondre au questionnaire en ligne. Six d'entre eux ont entre vingt et trente ans, huit ont entre trente et quarante-cinq ans et deux ergothérapeutes ont plus de quarante-cinq ans. Huit ergothérapeutes exercent en SSR, deux en MPR et deux en Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle (CRRF). On dénombre trois ergothérapeutes qui travaillent en Centre Hospitalier Universitaire (CHU) et un en Hôpital Public. Un ergothérapeute travaille au sein d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et un autre en SSR Locomoteur. (ANNEXE X) L'ensemble de ces structures intervient au sein de la prise en charge des personnes ayant été victimes d'un AVC.



Histogramme 1 : Années d'expérience des ergothérapeutes dans la profession, dans leur structure et auprès des patients AVC (n=16)

Cet histogramme démontre les années d'expérience des professionnels de la santé en tant qu'ergothérapeute, puis au sein de leur établissement de soin et auprès des patients AVC.

2.2.2. Résultats bruts

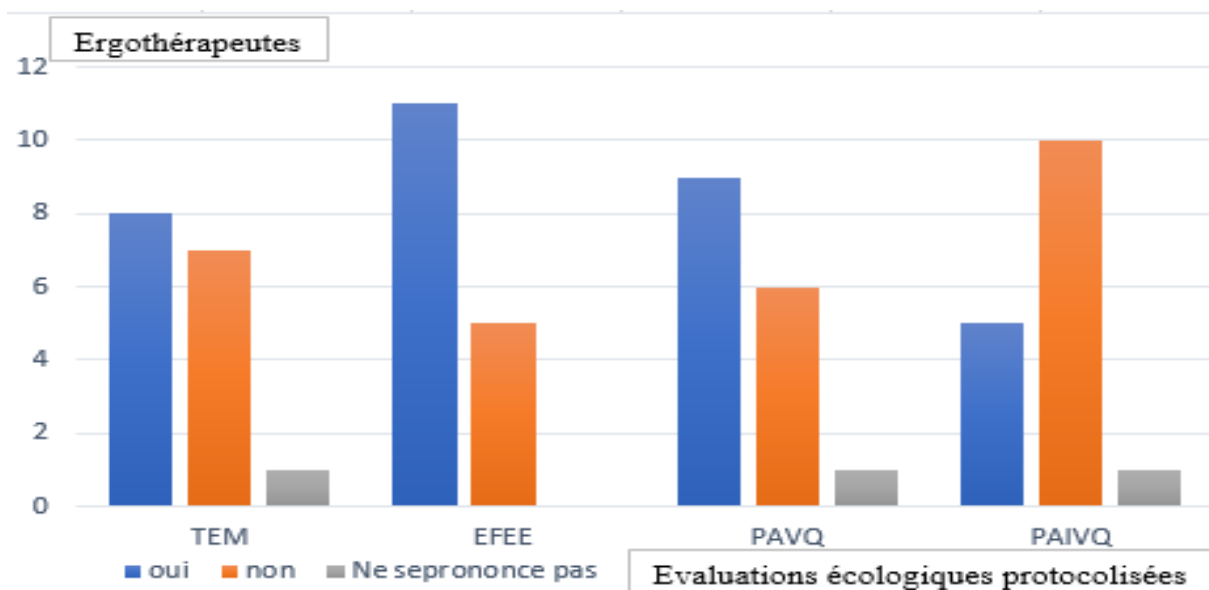


Diagramme 1 : Taux de réalisation d'évaluations écologiques protocolisées par les ergothérapeutes (n=16)

Ce diagramme met en évidence le nombre d'évaluations écologiques protocolisées réalisées par l'ensemble des ergothérapeutes interrogés.

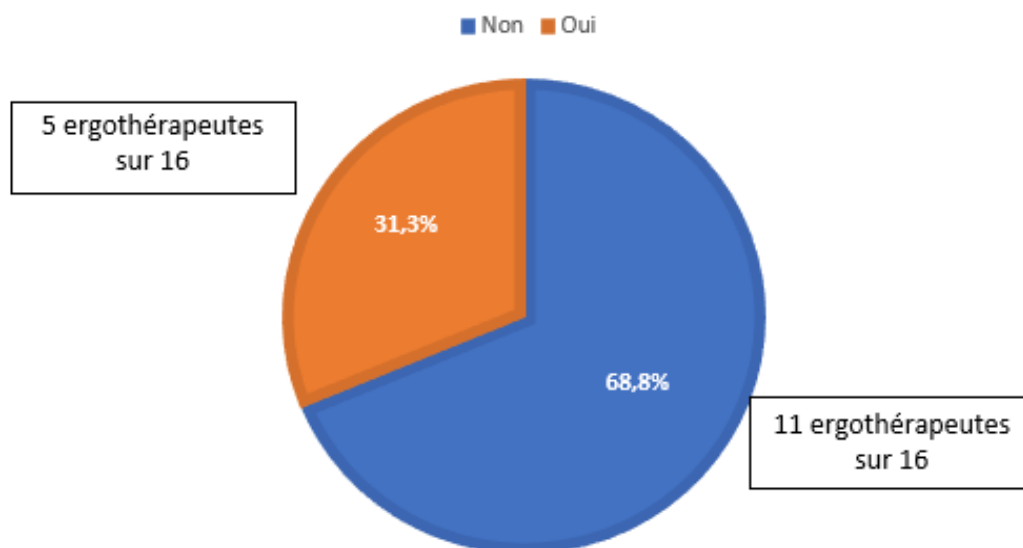


Diagramme 2 : Taux de réalisation de mises en situations écologiques à domicile par les ergothérapeutes (n=16)

Ce diagramme présente le nombre d'ergothérapeutes réalisant des mises en situations écologiques à domicile ou non.

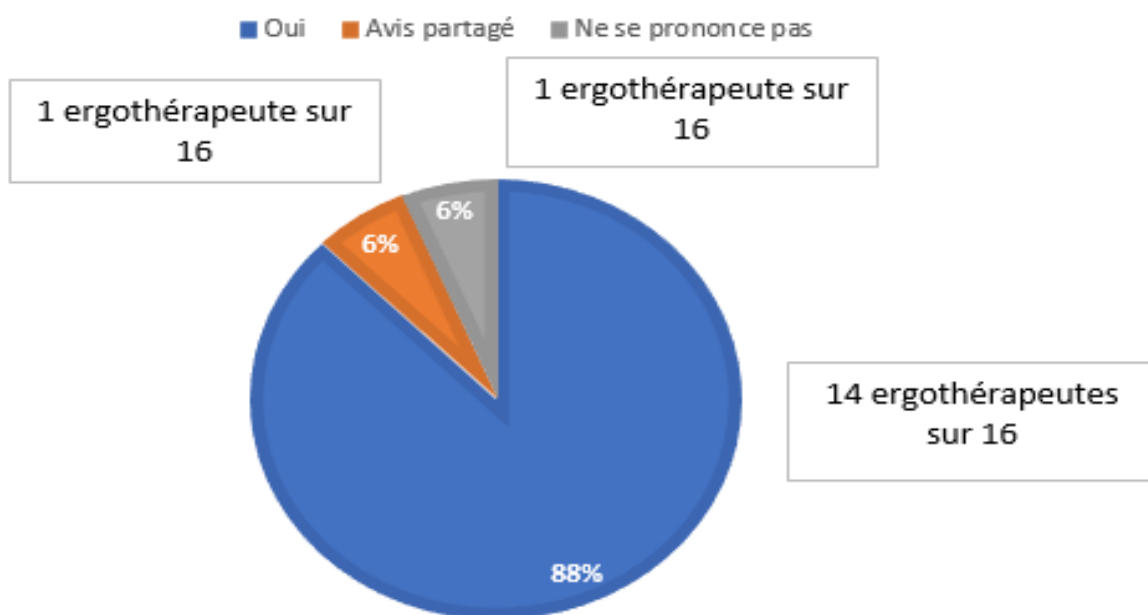


Diagramme 3 : Répartition des avis des ergothérapeutes quant à l'intérêt, pour les patients, de réaliser leurs activités significatives en mises en situations écologiques (n=16)

Ce diagramme démontre le point de vue des ergothérapeutes sur l'intérêt de réaliser les activités significatives en mises en situations écologiques chez les patients.

Les tableaux abordent les principaux termes émergents des ergothérapeutes quant à l'intérêt, pour les patients, de réaliser leurs activités significatives en mises en situations écologiques en structure et dans leur propre environnement

Numéro de question	Emergence des themes	Nombre d'ergothérapeutes	Citations
3. Pensez-vous que la réalisation d'activités significantes en mise en situation écologique a de l'intérêt pour les patients en vue de leur préparation au retour à domicile ? Justifiez votre réponse	• Restriction de participation	6	E2 : « <u>L'évaluation écologique peut être une première approche pour mieux définir les difficultés que pourra rencontrer le patient</u> » E4 : « <u>oui les évaluations sur les lieux de vies nous apportent beaucoup d'informations sur les situations de handicap du patient</u> » E5 : « <u>Oui évidemment rien de tel pour voir les soucis</u> » E12 : « <u>en tant qu'ergothérapeute, cela nous permet de mieux cerner les difficultés des patients</u> » E15 : « <u>oui, cela permet de mettre en avant les difficultés des patients [...]</u> Parfois cela permet également au patient de prendre conscience de ses difficultés » E16 : « <u>elles permettent également aux patients de se rendre compte des difficultés [...]</u> Les évaluations écologiques permettent d'identifier les déficits et incapacités »
	• Confrontation à la réalité	5	E1 : « <u>oui car le patient est en situation réelle</u> » E4 : « <u>oui les évaluations sur les lieux de vie</u> » E5 : « <u>que d'aller dans l'environnement du patient</u> » E9 : « <u>Cela permet aux patients de retrouver des repères connus dans des petites activités</u> » E12 : « <u>le patient se retrouve au sein de son environnement habituel, celui qu'il va retrouver en rentrant chez lui</u> »
	• Mise en évidence des capacités	5	E5 : « <u>et les choses qui se passent bien que d'aller dans l'environnement du patient [...]</u> » E6 : « <u>oui intérêt pour prise de conscience de la capacité à faire</u> » E9 : « <u>parfois de reprendre confiance en leurs capacités</u> » E13 : « <u>réintégration des capacités en milieu écologique</u> » E16 : « <u>Oui, elles permettent d'évaluer les capacités en situation, elles permettent également aux patients de se rendre compte [...] de leurs capacités</u> »
	• Mise en place d'adaptations	4	E2 : « <u>proposer des préconisations en rapport avec son cadre de vie et de ses habitudes antérieures</u> » E5 : « <u>adaptation entres autres</u> » E15 : « <u>et de compenser avant le retour à domicile.</u> » E16 : « <u>Les évaluations écologiques permettent d'identifier [...] les moyens de compensation à mettre en place au domicile.</u> »

Numéro de question	Emergence des themes	Nombre d'ergothérapeutes	Citations
3. Pensez-vous que la réalisation d'activités significantes en mise en situation écologique a de l'intérêt pour les patients en vue de leur préparation au retour à domicile ? Justifiez votre réponse	• Transferts d'acquis	3	E11 : « <u>tout prend son sens pour le patient [...] lui permet de transférer ensuite ses acquis dans sa vie quotidienne</u> » E12 : « <u>translation des acquis de la rééducation est donc facilité.</u> » E13 : « <u>oui. Stimulation des acquis</u> »
	• Orientation de la rééducation	3	E4 : « <u>et les axes de rééducation qu'il reste à travailler pour que le RAD se déroule au mieux</u> » E12 : « <u>d'apporter une réponse la plus pérenne qu'il soit.</u> » E15 : « <u>et d'adhérer plus facilement à la rééducation.</u> »
	• Evaluations écologiques protocolisées	2	E2 : « <u>La notion d'activité signifiante dans le cadre de l'évaluation ne me semble pas forcément en rapport avec les habitudes du patient puisque la plupart des évaluations sont déjà préconstruites. [...] elle a plus d'intérêt pour le thérapeute que pour le patient car ce n'est pas lui qui a orienté le type d'activité à proposer</u> » E4 : « <u>Par contre les évaluations avec des protocoles spécifiques ne permettent pas toujours d'inclure des activités significantes</u> »
	• Réassurance	2	E5 : « <u>réassurance etc etc</u> » E16 : « <u>permettant une réassurance avant le retour à domicile.</u> »
	• Motivation	1	E6 : « <u>pour la motivation de la personne</u> »
4. Pensez-vous que la réalisation d'activités significantes en mise en situation écologique par les patients, dans leur environnement propre, leur permet de prendre conscience de leurs capacités et incapacités ? Expliquez votre réponse	• Utilité de l'évaluation	1	E14 : « <u>Oui. La réalisation d'activités significantes en évaluation écologique permet aux patients de comprendre l'intérêt de l'évaluation. Aussi, il s'impliquera davantage car l'objectif final est le retour à domicile.</u> »
	• Limitations d'activités	10	E1 : « <u>car la personne est confrontée à ses [...] incapacités dans une situation qu'elle maîtrise</u> » E2 : « <u>identifier ses difficultés et comprendre comment ses difficultés vont impacter la réalisation d'activités plus complexes.</u> » E5 : « <u>soit en les mettant face à la réalité</u> » E6 : « <u>permet de les mettre face à leurs limites</u> » E7 : « <u>au contraire en échec fait naître la prise de conscience</u> »

Numéro de question	Emergence des themes	Nombre d'ergotherapeutes	Citations
4. Pensez-vous que la réalisation d'activités significantes en mise en situation écologique par les patients, dans leur environnement propre, leur permet de prendre conscience de leurs capacités et incapacités ? Expliquez votre réponse	• Aptitudes à faire	8	<p>E8 : « <u>Ainsi, j'ai pensé à plusieurs reprises, réaliser les mêmes activités mais à domicile. Les fois où j'ai pu le mettre en œuvre, le patient n'avait pas d'autres choix que de constater ses difficultés</u> »</p> <p>E11 : « <u>cela leur permet de prendre conscience</u> »</p> <p>E12 : « <u>permet de confronter le patient à ses difficultés, qu'il imagine parfois minimales</u> »</p> <p>E14 : « <u>Mais en réalité et en situation concrète, il peut se rendre compte plus facilement [...] de ses incapacités.</u> »</p> <p>E16 : « <u>de pouvoir identifier les [...] incapacités en comparant avec leurs habitudes de vie.</u> »</p>
	• Non conscience des troubles de la pathologie	6	<p>E1 : « <u>car la personne est confrontée à ses capacités [...] dans une situation qu'elle maîtrisait</u> »</p> <p>E2 : « <u>chaque patient a besoin d'une temporalité qui lui est propre pour prendre conscience</u> »</p> <p>E5 : « <u>parfois dans les deux sens soit en les valorisant</u> »</p> <p>E6 : « <u>au contraire de les encourager en leur montrant ce qu'ils sont capables de faire</u> »</p> <p>E7 : « <u>Les mettre devant leurs réussites au domicile [...] fait naître la prise de conscience</u> »</p> <p>E11 : « <u>cela leur permet de prendre conscience</u> »</p> <p>E14 : « <u>Mais en réalité et en situation concrète, il peut se rendre compte plus facilement [...] de ses capacités</u> »</p> <p>E16 : « <u>de pouvoir identifier les capacités et [...] en comparant avec leurs habitudes de vie.</u> »</p>
	• Emergence de doutes face au retour à domicile	2	<p>E4 : « <u>oui s'ils n'ont pas pu l'expérimenter avant</u> »</p> <p>E7 : « <u>Souvent, ils ne sont jamais retournés dans leur domicile depuis leur départ précipité du jour de l'AVC. Ils ont donc souvent soit de grosses appréhensions</u> »</p>

Numéro de question	Emergence des themes	Nombre d'ergotherapeutes	Citations
4. Pensez-vous que la réalisation d'activités significantes en mise en situation écologique par les patients, dans leur environnement propre, leur permet de prendre conscience de leurs capacités et incapacités ? Expliquez votre réponse	• Notion de repères	2	<p>E14 : « <u>Le patient a des repères chez lui qu'il n'a pas dans une structure. Lors des séances de rééducation, le patient s'imagine pouvoir reprendre ses activités à son domicile.</u> »</p> <p>E16 : « <u>Le fait d'être dans leur environnement permet aux patients de retrouver ses repères, ses habitudes de vie</u> »</p>
	• Facteurs externes	1	<p>E2 : « <u>Le cadre (environnement propre) peut jouer un rôle mais aussi l'environnement humain (attitude des proches qui en surprotégeant peuvent empêcher l'utilisation des capacités, ou pallier aux incapacités)</u> »</p>
	• Mise en place d'aides techniques	1	<p>E11 : « <u>pouvoir justifier d'aides techniques et ou humaines</u> »</p>

3. Analyse des résultats

3.1. Evocation des activités significantes

Chaque patient présente des activités significantes, dont le sens leur est spécifique. Certaines activités se révèlent être des loisirs pour certains patients. Pour d'autres, elles ont un sens parce qu'elles sont reliées à leur environnement professionnel ou aux actes essentiels de leur vie quotidienne. L'un d'entre eux utilise internet « pour regarder des vidéos » et « garder des contacts » pour son travail (P1).

Une autre précise qu'elle aime « *lire et ça je peux toujours [...]* » et qu'elle apprécie « *le tricot* », tout comme la natation (P2). Elle met également en évidence l'écriture seulement pour « *signer les papiers importants ou euh ... remplir des documents* » (P2). Le dernier patient dit prendre « *plaisir à aller faire des courses* » au marché, converser avec les commerçants, ou encore aller à la piscine (P3). Deux patients présentent une activité signifiante en commun, telle que les déplacements ou encore la mobilité. En effet, un patient affirme qu'il aime « *vraiment bien bouger* » et se « *déplacer* » (P1) et une autre patiente dit aimer la marche, car elle fait de la randonnée.

Chaque patient affirme avoir évoqué leurs activités signifiantes avec l'ergothérapeute, au cours de séances de rééducation. Par ailleurs, deux patients précisent que cette évocation s'est faite « *naturellement* » (P1) et « *au fur et à mesure* » (P2). Elle peut se faire en milieu de prise en charge, comme le souligne (P1) « *je dirai que c'était en milieu de prise en charge* » et (P3) « *ça fait trois mois que j'ai eu mon AVC [...] un mois un mois et demi après être arrivé ici* », autant qu'en fin de prise en charge, comme le suggère (P2) « *à la fin oui oui à la fin. Oui parce que au début ça ne voulait rien dire et j'arrivais à rien faire* ».

3.2. Réalisation des activités signifiantes en mises en situations écologiques

Cinq ergothérapeutes pensent que la réalisation d'activités signifiantes en mises en situations écologiques a de l'intérêt pour les patients en phase préparatoire de retour à domicile, car elle leur permet de se confronter à la réalité. Les patients se réapproprient leur environnement habituel (E5, E12) et leurs lieux de vie (E4), dans lesquels ils retrouvent « *des repères connus dans des petites activités* » (E9). Ils se retrouvent confrontés à de réelles situations (E1). La réalisation d'activités signifiantes en évaluations écologiques protocolisées ou en mises en situations d'activités écologiques est un moyen efficace pour orienter la rééducation, comme le soulignent trois ergothérapeutes. Elle fournit des éléments essentiels sur les « *axes de rééducation qu'il reste à travailler pour que le RAD se déroule au mieux* » (E4) et permet « *d'apporter une réponse la plus pertinente qu'il soit.* » (E12). De plus, cette réalisation permet aux patients « *d'adhérer plus facilement à la rééducation.* » (E15).

Cinq ergothérapeutes évoquent l'intérêt de la réalisation d'activités signifiantes en mises en situations écologiques pour mettre en évidence les capacités des patients. En effet, elle leur permet de prendre « *conscience de la capacité à faire* » (E6), « *parfois de reprendre confiance en leurs capacités* » (E9) et la mise en situation leur permet « *également aux patients de se rendre compte [...] de leurs capacités* » (E16). La réalisation des activités signifiantes est un moyen de réintégrer les aptitudes en milieu écologique (E13) et d'observer les éléments qui se déroulent pour le mieux (E5).

L'intérêt de la réalisation des activités signifiantes en mises en situations écologiques est de mettre en évidence la restriction de participation des patients, comme le soulignent six ergothérapeutes. Trois estiment que les mises en situations écologiques peuvent être une « *première approche pour mieux définir les difficultés que pourra rencontrer le patient* » (E2), « *apportent beaucoup d'informations sur les situations de handicap du patient* » (E4) et « *permettent d'identifier les déficits et incapacités* » (E16). Deux affirment qu'en tant que professionnels de santé, la mise en situation écologique permet de cerner davantage les difficultés des patients (E12), de les mettre en avant (E15) et de voir les soucis apparents (E5). C'est aussi un moyen pour le patient « *de prendre conscience de ses difficultés* » (E15) et de s'en rendre compte (E16).

La motivation de la personne (E6) est également un élément mis en évidence dans l'intérêt de la réalisation d'activités signifiantes en mises en situations écologiques par un ergothérapeute. Au même titre que la motivation, l'intérêt réside dans le fait qu'il permet « *une réassurance avant le retour à domicile.* » (E16). En réalisant leurs activités signifiantes, les patients comprennent davantage l'intérêt et l'utilité de ces mises en situations écologiques, ce qu'il leur permet de s'impliquer davantage dans la préparation de leur retour à domicile (E14).

3.3. Emergence de la prise de conscience des capacités et incapacités

De nombreuses activités, ayant du sens pour les patients, leur permettent de prendre conscience de leurs capacités et incapacités. La pâtisserie, activité nécessitant la coordination bimanuelle et la gestion de tâches simultanées, a été un véritable déclic pour un patient. Elle lui a permis de se rendre compte qu'il était en capacité de réaliser des actes complexes, comme il le souligne « *je me suis rendu compte que je pouvais et que j'étais capable* » (P1). Par ailleurs, les gestes essentiels de la vie courante, comme « *se brosser les dents ou se raser seul* » (P1) lui ont également permis de prendre conscience de ses capacités résiduelles. Il a pu accéder à « *une espèce de libération* » (P1). Concernant une seconde patiente, réaliser un trajet pour faire des courses lui a permis de se rendre compte que, malgré une fatigabilité importante, marcher était toujours possible, comme elle le précise « *j'avais réussi trois cents mètres j'étais heureuse mais j'étais fatiguée [...] j'ai vu que j'en étais capable* » (P2). Il en va de même pour la préparation de la cuisine. Néanmoins, la réalisation de courses lui a fait comprendre « *quand même que les courses c'est compliqué* » (P2), au même titre que la descente du bus, comme elle le souligne « *descendre de bus par contre ça me pose encore problème mais bon ... il suffit de faire des essais.* » (P2). Pour le dernier patient, la réalisation d'un gâteau et d'une omelette lui a permis de comprendre qu'il était capable de « *faire des gâteaux et même des choses simples à manger* » (P3), bien que la cuisine ne soit pas une de ses activités signifiantes, comme il le suggère « *c'est vrai que le gâteau c'est pas un truc que j'ai l'habitude de faire* » (P3).

Par ailleurs, la sortie dans un parc et la réalisation de courses l'ont conforté dans l'idée selon laquelle il était encore capable de se déplacer, comme il le souligne « *j'étais content parce que ça s'est bien passé* » (P3).

Dix ergothérapeutes appuient les propos des patients, lorsqu'ils évoquent l'identification et la prise de conscience des limitations d'activités lors de la réalisation des activités significatives en mises en situations écologiques par les patients, dans leur propre environnement ou non. En effet, dans leur environnement habituel les patients sont mis « *face à la réalité* » (E5), ce qui « *permet de les mettre face à leurs limites* » (E6). C'est dans ces conditions que le patient peut « *identifier ces difficultés et comprendre comment ces difficultés vont impacter la réalisation d'activités plus complexes.* » (E2). En d'autres termes, le patient n'a pas d'autre choix que de constater ses difficultés (E8), « *qu'il imagine parfois minimales* » (E12). En situation concrète et maîtrisée par les patients, ces derniers sont confrontés à leurs incapacités et peuvent s'en rendre compte plus facilement (E1, E14). La réalisation de leurs activités significatives dans leur propre milieu, lors d'une mise en situation écologique leur permet d'« *identifier les [...] incapacités en comparant avec leurs habitudes de vie.* ». La mise en « *échec fait naître la prise de conscience* » (E7, E11) de ses incapacités.

Huit ergothérapeutes confirment également les propos des patients. En effet, ils évoquent l'identification et la prise de conscience des aptitudes et capacités des patients, au cours de la réalisation de leurs activités significatives en mises en situations écologiques, dans leur environnement ou non. En « *situation concrète, il peut se rendre compte plus facilement [...] de ses capacités* » (E14), les identifier en comparant avec ses habitudes de vie (E16) et s'y confronter (E1). En étant face à leurs aptitudes et leurs réussites chez eux, la prise de conscience naît. (E7, E11). Par ailleurs, « *chaque patient a besoin d'une temporalité qui lui est propre pour prendre conscience* » (E2). Les ergothérapeutes évoquent aussi l'importance de valoriser les patients (E5) en mises en situations écologiques et « *de les encourager en leur montrant ce qu'ils sont capables de faire* » (E6).

La prise de conscience des capacités et incapacités, lors de la réalisation des activités significatives en évaluations écologiques protocolisées ou en mises en situations d'activités écologiques permet également de mettre en place et justifier d'aides techniques et humaines adaptées selon les besoins des patients (E11).

3.4. Pratiques de mises en situations écologiques

Chaque patient a réalisé des mises en situations d'activités écologiques selon des objectifs spécifiques et leurs activités significatives. Un d'entre eux a réalisé une évaluation écologique protocolisée.

Parmi les trois, l'un a pratiqué une mise en situation sortie extérieure au cinéma en ayant pris le bus en réponse au déplacement, qui est une des activités qui a du sens pour lui, comme il le précise « *cette question de mobilité c'est important pour moi, pouvoir se déplacer seul dans la ville c'est important vraiment pour ma vie future* » (P1). Il a également réalisé une mise en situation préparation d'une galette des rois et de gâteaux en pâtisserie. La dernière mise en situation d'activité écologique correspondait tout à fait à ses attentes (P1). Une autre a effectué une mise en situation sortie au magasin pour faire les courses, malgré que « *faire la cuisine n'est pas aussi important pour moi, mais il faut bien manger tous les jours [...] je peux comprendre qu'on nous le fasse travailler en mise en situation.* » (P2). Cependant, cette mise en situation d'activité écologique lui a permis de réaliser une de ses activités signifiantes, comme elle le précise « *le fait d'aller faire des courses ça me fait marcher et comme je l'ai dit je suis une grande marcheuse, donc j'étais très contente.* » (P2). Elle a également réalisé une mise en situation préparation d'une tarte aux pommes (P2), bien qu'elle n'affectionne pas particulièrement la cuisine. Le dernier patient a pratiqué deux mises en situations sorties extérieures en courses et dans un parc en réponse à ses habitudes de vie. Celui-ci a également réalisé une évaluation écologique protocolisée à deux reprises, telle que l'EFFE. Néanmoins, la cuisine ne fait pas partie de ses activités signifiantes, comme il le suggère « *la cuisine pas trop parce que j'en faisais pas beaucoup* » (P3), mais a ajouté que « *c'est pas mal de faire ça parce que maintenant je sais que je suis capable de faire des trucs basiques à manger* » (P3).

Alors que cinq ergothérapeutes réalisent des mises en situations écologiques avec les patients à leur domicile, onze d'entre eux n'en pratiquent pas. Les patients attestent ces propos. Ils affirment ne pas avoir pratiqué d'évaluations écologiques protocolisées ou des mises en situations d'activités écologiques à leur domicile, soit parce que le logement n'est pas accessible (P1, P3), soit par manque de temps (P2), ou encore pour raison de location d'appartement (P3). Néanmoins, ils auraient souhaité en réaliser pour de nombreuses raisons. L'une d'elles consiste à la mise en place d'aides techniques, comme le suggèrent (P1) « *ce serait plus pour valider des points de sécurité [...] chez moi ce serait pour valider des aides techniques. [...] il faut absolument adapter le domicile* », (P2) « *m'aider à me rendre compte de ce que j'étais capable de faire ou pas avec euh ... quelques aides techniques.* » et (P3) « *ça aurait été pour véritablement tester les adaptations que l'on me proposerait* ». En effet, les mises en situations écologiques permettent de mettre en place des adaptations, comme le précisent trois ergothérapeutes « *proposer des préconisations en rapport avec son cadre de vie et de ses habitudes antérieures* » (E2) et des adaptations (E5), afin de compenser avant le retour à domicile définitif. Elles permettent d'identifier des « *moyens de compensation à mettre en place au domicile.* » (E16).

Par ailleurs, une patiente aurait souhaité que l'ergothérapeute mette en avant ses éventuelles incapacités et capacités à son domicile au moyen d'une mise en situation écologique, bien que l'on « *retrouve vite les gestes du quotidien bon avec quelques difficultés* » (P2). Quatorze ergothérapeutes s'accordent à affirmer que la réalisation d'activités signifiantes en mises en situations écologiques par les patients et dans leur propre environnement leur permet de prendre conscience de leurs capacités et incapacités. Enfin, un patient aurait apprécié en pratiquer pour « *repandre confiance en ce que je pourrai être capable de faire ou pas* » (P3), afin de « *retrouver petit à petit mes habitudes* » (P3).

Deux ergothérapeutes évoquent la notion des repères, en particulier lorsque les patients sont en structure. Comme le souligne (E14), « *Le patient a des repères chez lui qu'il n'a pas dans une structure.* ». C'est pourquoi le « *patient s'imagine pouvoir reprendre ses activités à son domicile.* » (E14). Par ailleurs, l'environnement propre du patient lui permet de retrouver ses repères au même titre que ses habitudes de vie (E16). Cette notion a un impact sur la prise de conscience des aptitudes et des déficiences chez les patients.

Une évaluation écologique protocolisée et préconstruite ne permet pas forcément de réaliser les activités signifiantes spécifiques du patient. En effet, un ergothérapeute affirme que « *la notion d'activité signifiante dans le cadre de l'évaluation ne me semble pas forcément en rapport avec les habitudes du patient puisque la plupart des évaluations sont déjà préconstruites.* » (E2). Un second ergothérapeute souligne également que « *les évaluations avec des protocoles spécifiques ne permettent pas toujours d'inclure des activités signifiantes* » (E4).

3.5. Risques d'altération de la prise de conscience des capacités et incapacités

L'ensemble des patients évoquent différentes préoccupations quant à la préparation de leur retour à domicile. Pour l'un d'entre eux, « *c'est vraiment les transferts ... les transferts du lit au siège enfin au fauteuil et du fauteuil à lit [...]* » (P1), d'autant plus que son « *logement n'est pas adapté par rapport aux handicaps* » (P1). Une seconde évoque « *la lourdeur des portes* » (P2), ainsi que le sol glissant en carrelage de sa salle de bain (P2). Le dernier affirme être locataire de son appartement, mais avoir « *lâché le bail* » (P3). Ces divers éléments sont sources d'importantes appréhensions chez les patients. Deux ergothérapeutes mettent également en évidence l'émergence de doutes quant à la préparation du retour à domicile. En effet, les patients ne « *sont jamais retournés dans leur domicile depuis leur départ précipité du jour de l'AVC. Ils ont donc souvent soit de grosses appréhensions* » (E7). Cependant, la prise de conscience des capacités et incapacités peut émerger, à partir du moment où ils n'ont pas pu expérimenter leurs activités signifiantes auparavant (E4).

Six ergothérapeutes évoquent que la prise de conscience des capacités et incapacités des patients, dès lors qu'ils réalisent leurs activités significatives en mises en situations écologiques, ne peut se faire si ces derniers n'ont pas conscience de leurs troubles liés à l'AVC. En effet, les patients ont « *souvent [...] au contraire un déni de leurs séquelles.* » (E7) et sont certains que tout se déroulera pour le mieux à leur domicile (E8). Néanmoins, l'anosognosie est un trouble cognitif (E14) qui peut altérer la prise de conscience (E13). Deux ergothérapeutes parmi les six affirment que la prise de conscience des capacités et incapacités naît « *à condition qu'ils ne soient pas anosognosiques* » (E4, E10).

Un ergothérapeute met un point d'honneur à affirmer que de nombreux facteurs externes peuvent entraver cette prise de conscience. En effet, le « *cadre (environnement propre) peut jouer un rôle mais aussi l'environnement humain (attitude des proches qui en surprotégeant peuvent empêcher l'utilisation des capacités, ou pallier aux incapacités)* » (E2).

DISCUSSION

1. Interprétation des résultats

Les patients interviewés et les ergothérapeutes questionnés, lors de cette enquête, affirment des éléments de la partie théorique, qui consistent à démontrer que la réalisation des activités significantes en évaluations écologiques et mises en situations d'activités écologiques permet au patient de prendre conscience de ses capacités et incapacités. Ceci me permet également de faire le lien avec mon cadre conceptuel et d'ouvrir mon thème de travail sur de nouvelles réflexions.

1.1. Activités significantes en ergothérapie

Tout d'abord, les résultats me permettent de constater que les patients présentent des habitudes de vie en lien avec leur profession, leurs loisirs, leurs passions, ou encore leurs nécessités de la vie quotidienne. Elles sont liées à leurs intérêts personnels, leurs expériences et à leurs habitudes de vie. Ces activités illustrent la théorie de l'activité de LEONTIEV. Outre les reconnaissances sociale et professionnelle, elles rythment leur vie quotidienne. Les ergothérapeutes privilégient les activités significantes des patients (TOWNSED, POLATJKO, 2008, cité par MEYER S., 2013), car elles leur permettent de recréer un lien avec leur environnement proche et de restaurer leurs dimensions physique, psychologique, intellectuelle et sociale. Selon eux, elles permettent de réintégrer leurs aptitudes en milieu écologique, dans le cadre de la préparation de leur retour à domicile. En réalisant à nouveau leurs habitudes de vie, les patients se confrontent à de réelles situations, qui facilitent le transfert de leurs acquis et la prise de conscience de leurs capacités et incapacités.

L'enquête atteste que les patients s'entretiennent avec les ergothérapeutes pour aborder leurs activités significantes. Néanmoins, certains patients ne mentionnent pas leurs habitudes de vie. Les différents outils d'évaluation, les bilans et les entretiens sont des moyens essentiels à l'ergothérapeute pour déterminer les activités significantes des patients. La durée et l'organisation de la prise en charge rythment la mise en place de ces moyens. En procédant ainsi, ces professionnels de santé proposent des mises en situations écologiques adaptées aux besoins et habitudes de vie des patients. C'est une étape et un moyen transitoire entre l'établissement de prise en charge et le retour à domicile.

1.2. Mises en situations écologiques et capacités et incapacités

Les résultats démontrent que les mises en situations d'activités écologiques sont davantage pratiquées par rapport aux évaluations écologiques protocolisées. En effet, ces évaluations impliquent une formation spécifique, comme l'explique PONCET F. (2015), excepté le TEM. Or, j'ai pu remarquer que plusieurs ergothérapeutes n'ont pas suivi cette formation.

Par conséquent, ils ne peuvent les mettre en place avec leurs patients. En outre, celles-ci requièrent du temps, de l'organisation et nécessitent que les emplois du temps des ergothérapeutes et des patients soient en accord. J'ai également constaté que des ergothérapeutes réalisent des évaluations écologiques en structure, alors qu'elles devraient se dérouler dans le propre environnement du patient, en raison de la durée et de l'aménagement de la prise en charge et du fonctionnement de la structure. Dans le cas où les évaluations écologiques protocolisées ne sont pas réalisables, ces professionnels de la santé mettent en place des mises en situations d'activités écologiques, qui sont moins coûteuses en temps et en organisation.

L'enquête atteste que l'ensemble des patients affirment avoir pris conscience de leurs capacités et incapacités lors de la réalisation de mises en situations d'activités écologiques et d'une évaluation écologique protocolisée en structure, mettant en jeu leurs habitudes de vie. Il s'agit d'une étape nécessaire dans la préparation de leur retour à domicile. En effet, les patients identifient, analysent et se confrontent à leurs aptitudes, prédispositions et réductions partielles dans l'accomplissement des tâches. De nombreux ergothérapeutes évoquent également l'idée selon laquelle la prise de conscience des capacités et incapacités, chez les patients, naît de la confrontation à leurs aptitudes et restriction de participation en mises en situations écologiques. Cette opération psychologique s'opère dès lors qu'ils repèrent leurs situations de handicap et réussites, selon une temporalité qui leur est propre. Par ailleurs, l'encouragement et la valorisation des ergothérapeutes envers les patients favorisent l'analyse et la prise de conscience de leurs capacités et incapacités en évaluations écologiques protocolisées ou en mises en situations d'activités écologiques. La mise en place d'aides humaines et techniques est d'autant plus justifiée, lorsqu'elle s'avère nécessaire face aux difficultés. DEVOS L., TAILLEFER C. et PONCET F. (2014) expliquent effectivement que la mise en situation écologique met en évidence le besoin en types d'aides humaines et techniques.

Selon les résultats, plusieurs ergothérapeutes s'accordent à affirmer que les patients prennent davantage conscience de leurs capacités et incapacités, dès lors qu'ils réalisent leurs activités significatives en mises en situations écologiques au sein de leur environnement. En effet, les confronter à la réalité et à leurs propres repères leur permet d'identifier leurs réductions partielles physiques et/ou psychiques et leurs aptitudes à faire leurs activités ayant du sens pour eux. Les efforts quant aux capacités d'adaptation sont moins sollicités au domicile du patient. Les interactions entre l'homme et son environnement permettent également aux patients de se rendre compte de leurs besoins en adaptation et en réassurance pour faciliter la reprise de leurs habitudes de vie.

Néanmoins, j'ai noté que l'ensemble des patients et plusieurs ergothérapeutes confirment qu'aucune évaluation écologique protocolisée ou mise en situation d'activité écologique n'est réalisée à domicile.

Bien que l'ensemble des patients auraient souhaité en réaliser, il est difficile de les mettre en place en raison de plusieurs facteurs. L'état de santé du patient, un domicile non adapté aux situations de handicap du patient, un logement n'appartenant pas au patient, la durée et organisation de la prise en charge du patient et le fonctionnement de la structure sont un ensemble d'éléments, qui peut influencer la réalisation de mises en situations écologiques à domicile.

1.3. Lien entre activités significantes et mises en situations écologiques

Les évaluations écologiques protocolisées sont des mises en situations préconstruites, qui permettent de quantifier la marge de progression des patients et imposent une ou plusieurs activité(s) spécifique(s). Les résultats témoignent que celles-ci peuvent être significantes pour certains patients, ou n'avoir aucun sens pour d'autres, car ce ne sont pas eux qui orientent le type d'activités à proposer. Par conséquent, j'ai constaté que les patients peuvent réaliser des activités non significantes en mises en situations écologiques. Face à ces activités non volontairement choisies et ne faisant pas partie de leurs habitudes de vie, certains peuvent être tenus en échec. Il en revient aux ergothérapeutes d'adapter cette activité à leurs capacités et d'y intégrer un cadre rassurant. Or, la mise en échec permet la prise de conscience de leurs capacités et incapacités. Face à leurs difficultés et inquiétudes, le rôle de l'ergothérapeute réside dans la proposition d'adaptations spécifiques au cours de la prise en charge.

Bien que certaines mises en situations écologiques ne soient pas en lien avec les activités significantes des patients, leur réalisation apparaît parfois indispensable en raison des actes nécessaires de leur vie courante et de leur situation familiale. Dans ce cas, les mises en situations d'activités écologiques non protocolisées ni évaluées peuvent être réalisées en complément d'évaluations écologiques protocolisées. Elles permettent aux patients de réaliser l'ensemble de leurs habitudes de vie et activités significantes au sein de la structure d'hospitalisation ou dans leur propre environnement.

1.4. Limites de la prise de conscience des capacités et incapacités

L'enquête démontre que les patients évoquent de nombreuses et différentes préoccupations, dès lors qu'ils se projettent dans leur retour à domicile, comme en témoigne PARE C. (2015). Ceci peut altérer la prise de conscience de leurs capacités et incapacités. En effet, leurs appréhensions respectives résident dans la confrontation à leur vie quotidienne. Ils devront mobiliser leurs capacités d'autonomie et d'indépendance, tout en faisant face à leurs éventuelles incapacités. D'autant plus que les repères entre la structure d'hospitalisation et leur domicile ne sont pas les mêmes. Le retour à domicile est un objectif primordial pour l'ensemble des équipes médicale et paramédicale. L'équipe soignante prépare cette étape, afin qu'elle ne représente pas une rupture soudaine avec la structure de soin et que les patients ne la perçoivent pas comme une épreuve éprouvante ou un échec.

D'après les résultats, plusieurs ergothérapeutes affirment que l'anosognosie est un facteur altérant la prise de conscience des aptitudes et difficultés rencontrées, lors de la réalisation des activités significatives. Cette absence de conscience de la pathologie et des déficits est un trouble neurologique très fréquent chez les patients victimes d'un AVC hémisphérique droit. L'anosognosie entrave l'intégration des informations et altère la prise de conscience des capacités et incapacités. DUMAS C. (2001) explique que les troubles attentionnels liés à l'AVC ne permettent pas au patient de prendre conscience des erreurs commises au cours de la réalisation d'une tâche. De ce fait, l'anosognosie influence la prise de conscience des capacités et incapacités des patients, lorsqu'ils réalisent leurs activités significatives en évaluations écologiques protocolisées ou en mises en situations d'activités écologiques dans un environnement proche ou dans leur propre milieu.

L'enquête met en évidence que le cadre de vie des patients impacte également cette opération psychologique. En effet, la surprotection des proches d'un patient atteint d'un AVC est une attitude rencontrée fréquemment. Or, celle-ci altère la prise de conscience des capacités résiduelles et contribue à mettre davantage en évidence les limitations d'activités dans la réalisation des habitudes de vie. En effet, la famille a davantage tendance à pallier rapidement aux incapacités et capacités de son proche. C'est pourquoi, la sortie est conforme à un plan d'action, qui intègre à la fois le patient, ainsi que son entourage.

2. Retours sur la problématique et hypothèse

Ce mémoire d'initiation à la recherche consiste à travailler autour de la problématique suivante :

DANS QUELLE MESURE LES MISES EN SITUATIONS ÉCOLOGIQUES EN ERGOTHÉRAPIE FAVORISENT-ELLES LA PRÉPARATION D'UN RETOUR A DOMICILE DE L'ADULTE VICTIME D'UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL ?

Suite à cette problématique, l'hypothèse suivante a été élaborée :

La réalisation d'activités significatives en mises en situations écologiques permet au patient victime d'un AVC de prendre conscience de ses capacités et incapacités.

Les résultats de cette enquête et leur analyse attestent que la réalisation des activités ayant du sens pour les patients en mises en situations écologiques a de l'intérêt dans la préparation de leur retour à domicile.

Il est validé que les mises en situations écologiques sont des moyens déterminants dans le cadre de la préparation du retour à domicile des patients. En effet, les ergothérapeutes mettent en pratique des évaluations écologiques protocolisées et des mises en situations d'activités écologiques au cours de la période de réadaptation dans la prise en charge. Les patients sont en situations de vie réelle, car ils réalisent leurs activités significatives, mais également des activités non significatives dès lors que le cadre du retour à domicile le nécessite.

Au cours de la réalisation des activités significatives en évaluations écologiques protocolisées ou des mises en situations écologiques, la prise de conscience des capacités et incapacités chez les patients victimes d'un AVC est avérée. Cette prise de conscience naît de la confrontation, l'identification et l'analyse de leurs aptitudes et situations de handicap pendant les mises en situations réalisées. Cependant, les ergothérapeutes rapportent que l'anosognosie entrave grandement cette prise de conscience chez les patients et renforce davantage les appréhensions face au retour à domicile. Par ailleurs, l'attitude surprotectrice de la famille est un facteur altérant cette prise de conscience, puisqu'elle intervient systématiquement dans la réalisation des habitudes de vie de son proche.

L'hypothèse selon laquelle la réalisation d'activités significatives en mises en situations écologiques permet au patient victime d'un AVC de prendre conscience de ses capacités et incapacités est partiellement validée dans le cadre de cette enquête. En effet, dès lors que le patient est atteint d'anosognosie et que les proches adoptent une attitude surprotectrice, l'opération psychique à l'origine de la prise de conscience est altérée.

LIMITES ET INTERETS DE CETTE RECHERCHE

1. Limites

Au cours de mon enquête, je n'ai pas réussi à m'entretenir avec des patients ayant réalisé des mises en situations écologiques récentes. De ce fait, il est probable que les patients ne se souviennent pas spécifiquement de leur déroulé et de ce qu'ils ont pu ressentir au cours de la réalisation. Il est alors possible que certains éléments déterminants aient manqué pour l'approfondissement de l'analyse de mes résultats.

Par ailleurs, je ne suis pas parvenue à interviewer des patients étant déjà retournés au moins une fois à leur domicile. En effet, il aurait été intéressant de recueillir leurs propos, car ils auraient fait part de leurs perceptions sur le sujet avec davantage de recul, par rapport aux patients hospitalisés à temps plein. Il est probable que ces patients auraient apporté de nouveaux éléments de recherche, contribuant à enrichir mon travail.

Le temps dont je disposais n'était également pas suffisant pour pouvoir m'entretenir avec des patients ayant d'importants troubles de l'initiative, en lien avec des troubles des fonctions exécutives. En effet, j'ai pu constater les limites de la réalisation des activités signifiantes en mises en situations écologiques, dès lors qu'ils sont atteints de ces troubles. Bien que les patients anosognosiques étaient exclus de mon enquête, je me suis rapidement rendue compte qu'il aurait été intéressant de m'entretenir avec eux, pour pouvoir recueillir leur perception sur leur prise de conscience de leurs capacités et incapacités. Ceci m'aurait permis d'ouvrir de nouveaux champs de recherches sur une prise en charge plus spécifique de l'ensemble de ces patients.

De plus, les patients interviewés provenaient tous de la même structure d'hospitalisation. Par conséquent, leur perception était propre au fonctionnement du même établissement. Il aurait été intéressant d'interroger des patients dans d'autres établissements, afin de recueillir leur propos suivant une prise ergothérapique différente.

La taille des échantillons recueillis n'est également pas représentative de l'ensemble des expériences des patients et de la pratique ergothérapique. Pour les questionnaires en ligne, deux relances ont été nécessaires envers chaque adresse mail obtenue au préalable, afin d'obtenir un échantillon de réponses suffisamment représentatif. C'est pourquoi, cette partie expérimentale ne permet pas de généraliser les faits perçus.

2. Intérêts

Ce mémoire de fin d'études m'a initié et sensibilisé à la démarche de l'initiation à la recherche. Il m'a permis d'adopter un raisonnement rigoureux et structuré, afin de mettre en évidence les données propices à mon thème de travail.

En outre, la démarche de recherche permet de poser un regard critique sur la pratique ergothérapique. Cette remise en question est bénéfique dans l'amélioration de cette pratique professionnelle et dans la prise en charge des personnes.

D'un point de vue théorique, mon travail m'a permis d'enrichir mes connaissances sur l'AVC et sur la pratique ergothérapique s'articulant autour de la préparation du retour à domicile des patients. Par ailleurs, j'ai pu approfondir mes savoirs sur les mises en situations écologiques et la pratique des activités signifiantes. Le projet de sortie nécessite une préparation et une prise en charge spécifique. Il a donc été intéressant de mener une réflexion autour de la réalisation d'activités signifiantes en mises en situations écologiques dans le cadre de la préparation du retour à domicile. Ce travail m'a également permis de développer la collaboration entre l'équipe interprofessionnelle et les familles des patients, qui est une notion fondamentale dans la pratique en ergothérapie et dans l'accompagnement à long terme de la personne. D'un point de vue méthodologique, ce travail m'a aidé dans la rédaction d'idées et dans la réalisation d'une enquête, qui nécessite une réflexion spécifique dans les questionnements et les paramètres qui l'influencent.

En outre, le fait de mener une démarche de recherche est intéressant, car cela nous permet de constater le décalage existant entre la théorie et la réalité du terrain. Dans le cadre de mon sujet, je pensais que les évaluations écologiques protocolisées étaient plus fréquemment réalisées par rapport aux mises en situations d'activités écologiques. Or, l'enquête a démontré le contraire sur mon échantillon. Par ailleurs, je pensais également que les mises en situations d'activités écologiques étaient considérées comme des évaluations. Cependant, très peu de littérature en parle comme telles.

Ce mémoire d'initiation à la recherche m'a permis de concrétiser mon apprentissage au cours de ces trois années de formation et de comprendre davantage la pratique ergothérapique, lors de certaines situations de stage auxquelles j'ai été confrontée.

CONCLUSION

L'AVC est une pathologie traumatisante et de forte probabilité. Ce dysfonctionnement du corps humain a un impact global sur la vie quotidienne du patient, tant les déficiences associées sont nombreuses. Lors de son parcours de soin, l'intervention d'une équipe interprofessionnelle est essentielle pour un accompagnement à long terme. La préparation du retour à domicile est une étape primordiale dans sa prise en charge. Elle requiert la collaboration entre l'ensemble des équipes médicale et paramédicale, le patient et sa famille. L'ergothérapeute figure parmi les professionnels de la santé, qui joue un rôle déterminant dans l'élaboration du projet de sortie du patient. L'utilisation du MDH-PPH 2 lui permet d'identifier les facteurs personnels, environnementaux et les habitudes de vie du patient. Ce professionnel paramédical travaille de plus en plus à partir des activités signifiantes du patient, car l'activité est le fondement de la pratique ergothérapique. La préparation du retour à domicile est source d'importantes appréhensions tant pour le patient que pour sa famille. Pour l'équipe interprofessionnelle, c'est un objectif primordial. Lors de cette préparation, l'ergothérapeute met en place des évaluations écologiques protocolisées et des mises en situations d'activités, qui illustrent la réalisation des activités signifiantes et non signifiantes du patient au cours de la phase de réadaptation. Elles sont adaptées à ses besoins et attentes spécifiques.

Ce mémoire d'initiation à la recherche a pour problématique :

DANS QUELLE MESURE LES MISES EN SITUATIONS ÉCOLOGIQUES EN ERGOTHÉRAPIE FAVORISENT-ELLES LA PRÉPARATION D'UN RETOUR A DOMICILE DE L'ADULTE VICTIME D'UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL ?

L'hypothèse déduite est :

La réalisation d'activités signifiantes en mises en situations écologiques permet au patient victime d'un AVC de prendre conscience de ses capacités et incapacités.

Les mises en situations écologiques permettent au patient de se confronter à la réalité et de retrouver ses repères. En procédant ainsi, il identifie ses aptitudes et situations de handicap, afin de prendre conscience de ce qu'il est capable de faire ou non, dans le cadre de la préparation de son retour à domicile. Cependant, les appréhensions et préoccupations du patient face à son retour à domicile, la présence d'anosognosie, ou encore la surprotection de sa famille sont des facteurs qui peuvent entraver la prise de conscience de ses capacités et incapacités. Par conséquent, l'hypothèse selon laquelle la réalisation d'activités signifiantes en mises en situations écologiques permet au patient victime d'un AVC de prendre conscience de ses capacités et incapacités est partiellement validée.

Ce mémoire d'initiation à la recherche m'a permis d'ouvrir et d'élargir de nouvelles réflexions à partir de mon thème de travail. En effet, j'ai constaté que la mise en situation écologique est un moyen motivationnel dans la prise en charge du patient, dès lors qu'elle met en œuvre des activités en lien avec ses besoins et plaisirs. La motivation permet son engagement dans les activités qu'il entreprend. Il s'agit d'un élément déterminant dans le cadre de la préparation de son retour à domicile, en particulier lorsque la prise en charge est rythmée par des objectifs et des buts spécifiques. En tant qu'ergothérapeute, il me paraît essentiel de travailler à partir de la motivation des patients et de réfléchir à des stratégies de stimulation et de maintien de cet engagement dans l'activité, en équipe interprofessionnelle. Cependant, il arrive qu'un patient doit faire le deuil de sa vie passée, tant les séquelles de l'AVC sont persistantes. Evoquer ses habitudes de vie peut être source de dépression et aller à l'encontre du processus motivationnel. C'est pourquoi, il est essentiel de faire preuve d'une écoute attentive et active tout au long de sa prise en charge. En effet, le patient sera probablement amené à élaborer un nouveau projet de vie et de nouvelles habitudes de vie.

Il me semble que la restauration de l'estime du patient est en corrélation avec la prise de conscience de ses capacités et incapacités, dans le cadre de la préparation du retour à domicile. Actuellement, il n'existe pas d'échelle permettant de mesurer la restauration de l'estime chez les patients. Or, il serait intéressant d'élaborer un outil permettant de la mesurer. Ceci permettrait à l'ensemble des professionnels de la santé de recueillir plusieurs données, sur la façon dont les patients se perçoivent lors de cet état de prise en charge. Par ailleurs, cette échelle permettrait d'optimiser la collaboration interprofessionnelle, qui est un élément déterminant dans l'accompagnement du projet de sortie du patient.

Pour ma part, la prescription de séjours en appartement thérapeutique serait un moyen thérapeutique bénéfique pour les patients, dans le cadre de la préparation de leur retour à domicile. Il s'agit d'un lieu de vie transitoire, où les patients peuvent de nouveau et progressivement retrouver un rythme de vie quotidienne, tout en conservant un cadre rassurant. Par ailleurs, un appartement thérapeutique permet de mettre les patients en mises en situations écologiques permanentes, ce qui est véritablement intéressant. En effet, je pense que ces séjours permettraient de réduire le taux d'échecs des retours à domicile post-AVC. Ils seraient également un moyen de pallier à la faible réalisation de mises en situations écologiques au domicile du patient.

Ce mémoire d'initiation à la recherche m'amène à poursuivre ce thème de travail dans le cadre de l'exercice de ma profession, afin de poser un regard critique sur ma pratique et d'explorer l'ensemble de mes réflexions au plus près des patients.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ouvrages

AZOUVI P., BUSSEL B., *Rééducation de l'hémiplégie vasculaire : actes des 16e entretiens de l'Institut Garches*, Ed. Frison-Roche, 2004, 182 pages

BLANCHET A., GOTMAN A., *L'entretien : L'enquête et ses méthodes*, Ed. Armand Collin (2^e édition), 2010, 128 pages

BOUSSER M.-G., *AVC : en rattraper et y échapper : Mieux comprendre la maladie*, Ed. Le Muscadier, 2017, 128 pages

CAIRE J.-M., *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*, Ed. De Boeck Supérieur, 2008, 354 pages

DEPELTEAU F., *La démarche d'une recherche en sciences humaines, De la question de départ à la communication des résultats*, Ed. Deboeck supérieur, 2010, 417 pages

DE MORANS A., *Pratique de la rééducation neurologique*, Ed. Elsevier Masson, 2010, 408 pages

DUMAS C., *Syndrome frontal, anosognosie et ergothérapie*, In *Expérience en ergothérapie : quatorzième série*, Ed. Montpellier : Sauramps médical, 2001, 244 pages

EVOLA R., *Manuel d'enquête par questionnaire en Sciences sociales expérimentales*, Ed. Publibook, 2013, 184 pages

MOREL-BRACQ M.C., TROUVE E., OFFENSTEIN E., QUEVILLON E., RIGUET K., HERNANDEZ H., UNG Y., GRAS C., *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ? 3e assises d'ergothérapie*, Ed. De Boeck Supérieur, 2015, 342 pages

HIRSCH E., *Traité de bioéthique III – Handicaps, vulnérabilités, situations extrêmes*, Ed. Erès, 2014, 680 pages

LE BLANC G., *L'invisibilité sociale*, Ed. Presses Universitaires de France – PUF, 2009, 208 pages

Le BRETON F., *Accident vasculaire cérébral et médecine physique et de réadaptation : Actualités en 2010 (French édition)*, Ed. Springer, 2010, 110 pages

MEYER S., *De l'activité à la participation*, Ed. De Boeck Supérieur, 2013 274 pages

MINO J.C., DOUGUET F., GISQUET E., *Accidents Vasculaires Cérébraux Quelle médecine face à la complexité*, Ed. Les Belles Lettres, 2015, 192 pages

MOREL-BRACQ M.C., *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*, Ed. De Boeck Solal, 2009, 174 pages

MOREL-BRACQ M.C., TROUVE E., OFFENSTEIN E., QUEVILLON E., RIGUET K., HERNANDEZ H., UNG Y., GRAS C., *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ? 3^{ème} assise d'ergothérapie*, Ed. De Boeck Supérieur, 2015, 342 pages

MOREL-BRACQ M.C., *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*, Ed. De Boeck Supérieur, 2017, 261 pages

MORIN. C. et al, *Le retour à domicile après un accident vasculaire cérébral Guide pour le patient et sa famille*. Ed. De John Libbey EUROTEXT, 2009, 183 pages

MORON P., *L'ouverture de la conscience et le chemin de la connaissance de soi*, Ed. Baudelaire, 2017, 432 pages

PARE C., *La tragédie d'un AVC : Un parcours empreint de détermination*, Ed. Edilivre, 2015, 60 pages

PIBAROT I., *Une ergologie : des enjeux de la dimension subjective de l'activité humaine*, Ed. De Boeck Supérieur, 2013, 200 pages

PIERCE D., *la science de l'occupation pour l'ergothérapie*, Ed. De Boeck Supérieur, 2016, 364 pages

PRADAT-DIEHL P., PESKINE A., *Evaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne*. Ed. Springer-Verlag, Paris, 2006, 162 pages

SEVE-FERRIEU N., *Neuropsychologie corporelle, visuelle et gestuelle du trouble de la rééducation*, numéro 33, Ed. Masson, 1995, 176 pages

TROUVE E., *Agir sur l'environnement pour permettre les activités*, Ed. De Boeck Supérieur, 2016, 664 pages

WOLSKI-QUERE M., *Réussir médecine, pharmacie, dentaire*, Ed. L'étudiant, 2008, 191 pages

Articles périodiques, revues

BEZANSON C., *Les accidents vasculaires cérébraux*, Revue francophone d'orthoptie, Ed. Elsevier, 2016, Volume 9 (2), pages 63-67

COEUR-LARREUR M., MALIFARGE D., LEFEBVRE S., *Des difficultés de sortie du centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelles... au projet de vie. Quel accompagnement en ergothérapie pour trouver le sens de la sortie ?* Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation, 2010, Volume 30 (1), pages 25-31

DAVIET J.-C., *Facteurs prédictifs du devenir fonctionnel et du retour à domicile après un premier accident vasculaire hémisphérique*, Annales de réadaptation et médecine physique, 2006, Volume 49, pages 49-56

DEVOS L., TAILLEFER C., PONCET F., *Guide à la pratique de l'évaluation de la situation de handicap des personnes cérébrolésées*, 2013 révisé en 2014, 67 pages

http://www.crftc.org/images/paac/Guide_a_la_pratique_de_l_evaluation_de_la_situation_de_handicap_des_personnes_cerebroleseees.pdf

Consulté le 22/01/18

FOUGEYROLLAS P., *Conjuguer ouvertures des possibles au temps de l'incertitude*, Journal du développement humain, handicap et changement social, 2011, Volume 19 (1), pages 15-24

ORSONNEAU C., *Potentiel thérapeutique d'activités signifiantes et significatives et réalité virtuelle*, Ergothérapie (HS), 2009, pages 5-52

PETRILLI S., DURUFLE A., NICOLAS B., PINEL JF., KERDONCUFF V., GALLIEN P., *Hémiplégie vasculaire et retour à domicile*, Annales de réadaptation et de médecine physique, 2002, Volume 45, pages 69-76

CHEVIGNARD M., TAILLEFER C., PICQ C., PONCET F., PRADAT-DIEHL P., *Évaluations écologiques du syndrome dysexécutif : un défi de taille pour l'ergothérapie*, La Lettre de médecine physique et de réadaptation, Ed. Springer-Verlag, 2009, Volume 25 (2), pages 88-98

https://www.researchgate.net/publication/226436198_Evaluations_ecologiques_du_syndrome_dysexecutif_un_defi_de_taille_pour_l%27ergotherapie

Consulté le 19/01/18

SEVE - FERRIEU N. *Bilan écologique, classique : quelle complémentarité en ergothérapie ?* Journal d'ergothérapie, 1998, Volume 20 (2), pages 72-78

TROUVE E., CAIRE J.M., DECHAMBRE D., HEDDEBAUT S., KALFAT H., REHLING T., LEFEVERE G., PELE G., PONCET F., DUFOUR C., PALU M., *Données probantes en ergothérapie*, ANFE, Mars 2017

http://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/ANFE_Donn%C3%A9es%20probantes%20en%20ergoth%C3%A9rapie_Mars%202017.pdf

Consulté le 15/12/17

Mémoire

MOREL-BRACQ M.C., *Analyse d'activité et problématisation en ergothérapie, Quelle place peut prendre la problématisation et en particulier la construction du problème dans la formation à l'analyse d'activité en ergothérapie, en relation avec l'analyse de pratique ?* mémoire de fin d'études 2006, 78 pages

<https://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/mc-morel-bracq.pdf>

Consulté le 23/02/18

Rapports, recommandations, conférence

ANAES, SOFMER, *Conférence de consensus, Sortie du monde hospitalier et retour à domicile d'une personne adulte handicapée sur les plans moteurs et/ou neuropsychologique*, Cité des sciences et de l'industrie, Paris la Villette, 2004

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Sortie_monde_hospitalier_long.pdf

Consulté le 04/05/17

ANAES, *Retour au domicile des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral (AVC)*, 2003

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/AVC_Retour_Recos.pdf

Consulté le 10/05/17

ANAES, *Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral - Aspects médicaux - Recommandations pour la pratique clinique*, Septembre 2002

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_2006_10_27_20_02_3_927.pdf

Consulté le 09/09/17

ANAES, *Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral - Aspects médicaux - Recommandations pour la pratique clinique*, Juin 2002

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/avc_param_351dical_recommandations_version_2006.pdf

Consulté le 09/09/17

ANAES, *Prise en charge diagnostic et traitement immédiat de l'accident ischémique transitoire de l'adulte, synthèse des recommandations*, Mai 2004

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ait_recos_2006.pdf

Consulté le 13/01/18

ANAES, SOFMER, Conférence de consensus, *Sortie du monde hospitalier et retour à domicile d'une personne adulte handicapée sur les plans moteur et/ou neuropsychologique*, Septembre 2004, Cité des Sciences et de l'Industrie, Paris La Villette

<http://www.agatea.org/LMA/RTH003.pdf>

Consulté le 10/09/17

ANAES, Conférence de consensus, *sortie du monde hospitalier et retour au domicile d'une personne adulte évoluant vers la dépendance motrice ou psychique*, textes des recommandations, décembre 2004

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Sortie_monde_hospitalier_eco.pdf

Consulté le 09/09/17

ANAES, *Prise en charge initiale des patients atteints d'accident vasculaire cérébral*, Ed. Elsevier Masson, 2005, 102 pages, Haute Autorité de Santé

ENOTHE, *Vocabulaire de l'occupation*, Conférence ENOTHE, 2003

http://enothe.eu/Wordpress%20Documents/Galway/Conf%C3%A9rence%20ENOTHE2016_05_03%20french%20version.pdf

Consulté le 21/02/18

HAS, *Référentiel d'auto-évaluation des pratiques professionnels en massokinésithérapie, évaluation fonctionnelle de l'AVC*, Janvier 2006

<https://www.has->

sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Evaluation_%20fonctionnelle_%20AVC_ref.pdf

Consulté le 10/09/17

HAS, *Évaluation des pratiques professionnelles, Rapport de l'expérimentation nationale audit clinique ciblé appliqué à la préparation de la sortie du patient hospitalisé*, Juin 2006

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/psp_-_rapport_final.pdf

Consulté le 10/09/17

HAS, *Recommandations pour la pratique clinique, Massokinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile Argumentaire*, 2005

<https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations.pdf>

Consulté le 20/05/17

SOFMER, SFNV, SFGG, *Orientation des patients atteints d'AVC Conférence d'Experts avec Audition Publique*, Mulhouse, 2008

https://www.sofmer.com/download/sofmer/Reco_Orientation_AVC%20_texte_court.pdf

Consulté le 20/05/17

YELNIK A.P., JOSEPH P.A., RODE G., LE MOINE F., *Les Parcours de soins en MPR du patient après AVC, contribution au chemin clinique et à la consultation bilan*, Haute Autorité de Santé, 2012

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-11/4_avc_sofmer_ayelnik.pdf

Consulté le 23/10/17

Sites internet:

<http://www.franceavc.com>

Consulté le 20/07/17

<http://www.anfe.fr>

Consulté le 2007/17

<https://www.inserm.fr>

Consulté le 2007/17

http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/fr

Consulté le 14/08/17 et le 21/02/18

[www.cnsa.fr/documentation/plan_actions_avc - 17avr2010](http://www.cnsa.fr/documentation/plan_actions_avc_-_17avr2010)

Consulté le 10/09/17

www.stopavc.fr

Consulté le 22/09/17

www.cndp.fr

Consulté le 02/10/17

www.ripph.qc.ca/fr

Consulté le 02/10/17

<http://solidarites-sante.gouv.fr>

Consulté le 05/10/17

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr>,

L'état de santé de la population en France, Rapport 2017. Site du Ministère des solidarités et de la santé Consulté le 05/10/17

<http://invs.santepubliquefrance.fr>

BEH- Bilan Epidémiologique Hebdomadaire

Article // Article : *L'accident vasculaire cérébral en France : patients hospitalisés pour avc en 2014 et évolutions 2008-2014* *Stroke in France : patients hospitalized for stroke in 2014, and trends between 2008 and 2014*

Article // Article : *Mortalité par accident vasculaire cérébral en France en 2013 et évolution 2008-2013* *Stroke mortality in France in 2013, and trends between 2008-2013*

Consulté le 05/10/17

<http://www.france-traumatisme-cranien.fr>

Quatre outils quantifiés d'évaluation écologique

Consulté le 07/10/17

<http://aphasie.fr>

Fédération Nationale des Aphasiques de France

Consulté le 01/01/18

<http://dictionnaire.academie-medecine.fr>

Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine

Consulté le 01/01/18

<http://www.neuromedia.ca>

Consulté le 01/01/18

<http://www.chu-nantes.fr>

Consulté le 01/01/18

<http://orthophonie.ooreka.fr>

Consulté le 01/01/18

<http://www.larousse.fr>

Consulté le 01/01/18 ; 28/01/18

<https://www.docvadis.fr>

Rencontres Inter-régionales de Médecine Physique et de Réadaptation 12ème journée du Réseau RESPEC-CL-PACA

Consulté le 29/01/18

<http://www.esen.education.fr/conseils/recueil-de-donnees/operations/construction-des-outils-de-recueil/entretien/>

Consulté le 05/02/18

<http://www.esen.education.fr/conseils/recueil-de-donnees/operations/construction-des-outils-de-recueil/entretien/exemples/exemple-4/>

Consulté le 05/02/18

<http://www.esen.education.fr/conseils/recueil-de-donnees/operations/construction-des-outils-de-recueil/entretien/exemples/exemple-2/>

Consulté le 05/02/18

<http://www.esen.education.fr/conseils/recueil-de-donnees/operations/construction-des-outils-de-recueil/questionnaire/>

Consulté le 06/02/18

http://intranet.ilmh.be/learning/courses/PSY212/document/Construction_d_un_questionnaire.htm

Consulté le 10/02/18

<http://www.cnrtl.fr/definition/conscience>

Consulté le 05/05/18

<http://collaborationinterprofessionnelle.ca/fiches/ordre-ergotherapeutes-quebec/>

Consulté le 17/05/18

SOMMAIRE DES ANNEXES

<u>ANNEXE I</u> : Glossaire	I
<u>ANNEXE II</u> : Modèle du Développement Humain - Processus de Production de Handicap 2	IV
<u>ANNEXE III</u> : Test des Errances Multiples	V
<u>ANNEXE IV</u> : Evaluation des Fonctions Exécutives en Ergothérapie	VI
<u>ANNEXE V</u> : Profil des Activités de Vie Quotidienne	VII
<u>ANNEXE VI</u> : Profil des Activités Instrumentales de Vie Quotidienne	IX
<u>ANNEXE VII</u> : Grille d'entretien destinée aux patients	X
<u>ANNEXE VIII</u> : Verbatim de l'entretien 1 sur 3	XI
<u>ANNEXE IX</u> : Guide du questionnaire destiné aux ergothérapeutes	XVI
<u>ANNEXE X</u> : Tableau récapitulatif des réponses fermées au questionnaire destiné aux ergothérapeutes	XIX
<u>ANNEXE XI</u> : Réponses aux questions ouvertes au questionnaire destiné aux ergothérapeutes	XXI

ANNEXE I

Glossaire

- **AIT** = Accident Ischémique Transitoire
- **ANAES** = Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- **ANFE** = Association Nationale Française des Ergothérapeutes
- **ARS** = Agence Régionale de la Santé
- **AVC** = Accident vasculaire cérébral
- **CHU** = Centre Hospitalier Universitaire
- **CNRTL** = Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales
- **EHPAD** = Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- **ENOTHE** = European Network Occupational Therapy in Higher Education
- **HAS** = Haute Autorité de Santé
- **INSERM** = Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
- **MDH** = Modèle de Développement Humain
- **MPR** = Médecine Physique et de Réadaptation
- **OMS** = Organisation Mondiale de la Santé
- **PPH** = Processus de Production de Handicap
- **MDH-PPH 2** = Modèle de Développement Humain-Processus de Production de Handicap 2
- **SOFMER** = Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation
- **SSR** = Soins de Suite et de Réadaptation
- **UNV** = Unité Neuro Vasculaire

- **Acalculie** = Incapacité pour un individu de calculer et de reconnaître des chiffres.
- **Accident Vasculaire Cérébral** = Résultat de l'arrêt de la circulation sanguine dans le cerveau, causé lorsqu'un vaisseau sanguin éclate ou est bouché par un caillot. Dysfonctionnement d'origine artérielle ou veineuse.
- **Anosognosie** = Incapacité du malade à prendre conscience de la maladie dont il est atteint.
- **Aphasie** = Trouble du langage suite à une lésion cérébrale, pouvant entraîner des difficultés pour parler, comprendre, lire et écrire.
- **Apraxie** = Trouble acquis de la réalisation intentionnelle des gestes finalisés, non explicable par une atteinte sensori-motrice élémentaire, une anomalie de la coordination, une altération de l'attention ou de la vigilance, un affaiblissement intellectuel important, ni par une perturbation de la compréhension secondaire à une aphasie.
- **Hémianopsie Latérale Homonyme** = Amputation du champ visuel temporal au niveau de l'œil homolatéral et du champ nasal du côté opposé, liée à une lésion des voies optiques rétinchiasmatiques.
- **Hémiasomatognosie** = Perte de conscience d'une partie plus ou moins importante d'un hémicorps, que le patient ne reconnaît plus comme sienne.
- **Héminégligence** = Personne en incapacité ou éprouvant des difficultés à détecter des objets ou des événements situés à sa gauche.
- **Hémi-parésie spastique** = Réduction de la motricité d'une moitié du corps d'origine neurologique, associée à une résistance à la mobilisation passive du membre en fonction de l'augmentation de la vitesse de mobilisation du membre et de son degré d'étirement.
- **Hémi-parésie hypotonique** = Réduction de la motricité d'une moitié du corps d'origine neurologique, associée à une réduction de la force de contraction du muscle, lors de la mobilisation passive du membre.

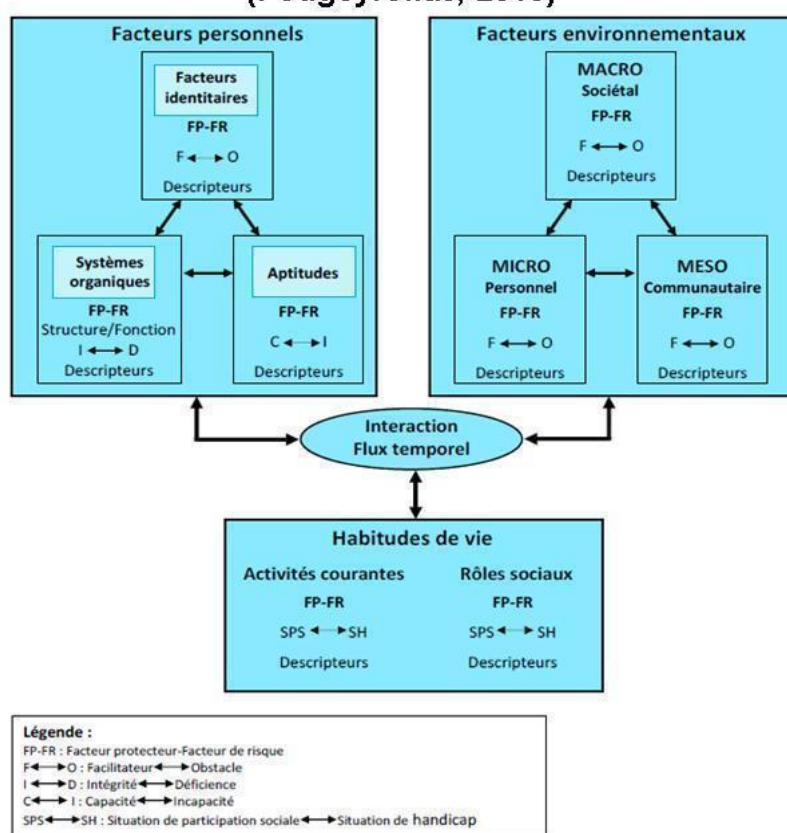
- **Hémiplégie** = Perte plus ou moins complète de la motricité volontaire dans une moitié du corps.
- **Hypoesthésie** = Diminution d'un ou des différents types de sensibilité.
- **Paresthésie** = Trouble de la sensibilité qui se traduit par une sensation spontanée mais non douloureuse (fourmillement, picotement).
- **Syndrome dysexécutif** = Atteinte des fonctions exécutives qui sont les capacités cognitives d'un individu lui permettant de développer et de planifier un comportement dirigé vers un but.

ANNEXE II

Modèle du Développement Humain -

Processus De Production du Handicap 2

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



ANNEXE III

Test des Errances Multiples

Tâches et consignes :

Voici la liste des achats à effectuer :

- 1 croissant
- 1 pomme
- 1 paquet de café
- Le journal du jour
- 1 ticket de métro

Pendant que vous effectuez vos achats vous devez obtenir les renseignements suivants :

- La coupe de cheveux homme la moins chère
- Le prix de 10 roses
- Le prix de 4 photos d'identité
- Quelle est la ville de France la plus froide ce matin ?

Vous inscrirez ces informations sur une carte postale que vous enverrez à la personne qui vous accompagne à l'adresse indiquée.

ANNEXE IV

Evaluation des Fonctions Exécutives en Ergothérapie

Consignes pour l'activité :

Vous devez réaliser :

- Un gâteau au chocolat
- Une omelette pour deux personnes

La recette du gâteau se trouve dans ce classeur, vous devez la suivre scrupuleusement. Vous disposez de la cuisine d'ergothérapie ainsi que de tous les ustensiles et ingrédients nécessaires (l'examineur montre où ils se trouvent sur les plans de travail). Vous devrez laisser la cuisine dans l'état où vous l'avez trouvée en entrant. Nous resterons avec vous dans la cuisine tout au long de l'activité, mais nous ne pourrons pas vous aider. Vous devrez vous comporter comme si vous étiez seul. Prévenez-nous quand vous aurez terminé.

ANNEXE V

Profil des Activités de Vie Quotidienne

Dimensions et activités évaluées :

- Personnel
 - Hygiène
 - Faire sa toilette
 - Prendre soin de son apparence
 - S'acquitter de son hygiène excrétrice
 - Habillage
 - Mettre ses vêtements et ses chaussures
 - Alimentation
 - Prendre un repas
 - Santé
 - Respecter sa diète et sa médication

- Domiciliaire
 - Repas
 - Préparer un repas léger
 - Préparer un repas chaud
 - Entretien
 - Faire le ménage quotidien
 - Faire le ménage hebdomadaire
 - Entretien des vêtements

- Communautaire
 - Déplacements
 - Se déplacer à l'extérieur
 - Utiliser les transports en commun
 - Conduire une voiture
 - Utilisation des services
 - Faire des courses
 - Téléphoner pour une information

- Gestion financière
 - S'acquitter d'une facture
 - Utiliser un guichet automatique
 - Faire un budget
- Structuration temporelle
 - Respecter un rendez-vous

ANNEXE VI

Profil des Activités Instrumentales de Vie Quotidienne

Activités évaluées :

- Section 1
 - Une invitation à déjeuner
 - Mettre ses vêtements extérieurs
 - Se déplacer à l'extérieur
 - Faire des courses
 - Préparer un repas chaud
 - Prendre un repas avec des invités
 - Ranger après le repas

- Section 2
 - Obtenir un renseignement
 - Faire un budget

L'ergothérapeute se rend chez le sujet à l'heure où est habituellement effectuée l'activité.

ANNEXE VII

Grille d'entretien destinée aux patients

Thème 1 – Faire connaissance avec le / la patient(e)

- 1) Quel âge avez-vous ?
- 2) A quel âge avez-vous déclaré votre AVC ?
- 3) Dans quel type de structure êtes-vous pris en charge ?
- 4) Avez-vous une hémiplégie droite ou une hémiplégie gauche ?
- 5) Etes-vous droitier ou gaucher ?

Thème 2 – Evoquer les activités significatives du / de la patient(e)

- 1) Quelles sont les activités qui ont le plus d'importance pour vous ?
- 2) Avez-vous (aviez-vous) évoqué ces activités avec l'ergothérapeute ?
- 3) A quel moment de la prise en charge avez-vous (aviez-vous) évoqué ces activités ?

Thème 3 - Préparer le retour à domicile du / de la patient(e)

- 1) Quelles préoccupations avez-vous (aviez-vous) par rapport à votre retour à domicile ?
- 2) Comment avez-vous (aviez-vous) pris conscience de vos capacités et incapacités au cours de la prise en charge globale de rééducation ?
- 3) Réalisez-vous (Avez-vous réalisé) des évaluations écologiques au sein de votre structure de prise en charge ? Pouvez-vous me dire lesquelles ?
- 4) Les évaluations écologiques sont-elles (ont-elles été) en lien avec les activités qui ont le plus d'importance pour vous ?
- 5) Ces évaluations écologiques vous permettent-elles (vous ont-elles permis) de restaurer une estime de vous-même (de prendre conscience de vos aptitudes et situations de handicap, *selon la réponse 2*)) dans le cadre de votre retour à domicile ?
- 6) Réalisez-vous (Avez-vous réalisé) des évaluations écologiques, mettant en jeu les activités qui ont le plus d'importance pour vous, à votre domicile, en présence d'un ergothérapeute ?
- 7) Si oui : Qu'est-ce que cela vous apporte (vous a apporté) dans le cadre de la préparation de votre retour à domicile ? Si non : Souhaiteriez-vous (Auriez-vous souhaité) en réaliser chez-vous ? Qu'est-ce que cela vous apportera (vous aurez apporté) dans le cadre de la préparation de votre retour à domicile ?
- 8) Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

ANNEXE VIII

Verbatim des entretiens destinés aux patients

Entretien (1/3) – Durée : 25 min

« Je vous remercie d'avoir accepté de passer l'entretien. Acceptez-vous que je puisse enregistrer notre échange, afin de retranscrire en totalité les informations que vous allez me fournir ? Mon sujet de mémoire porte sur le rôle de l'ergothérapeute dans la préparation du retour à domicile. Je m'intéresse spécifiquement à la réalisation des activités qui ont le plus d'importance pour vous en évaluation écologique, c'est-à-dire des évaluations où l'ergothérapeute vous demande de réaliser une activité comme si vous étiez seule et dans un environnement le plus proche du votre. L'entretien va se dérouler suivant trois thèmes, que je vous indiquerai au fur et à mesure et dans lesquels je vous poserai quelques questions. »

1) Quel âge avez-vous ?

- *« J'ai soixante-sept ans euh je viens d'avoir soixante-sept ans. »*

2) A quel âge avez-vous déclaré votre AVC ?

- *« A soixante-sept ans, je l'ai eu au mois de janvier euh ... il y a un mois et demi. »*

3) Dans quel type de structure êtes-vous pris en charge ?

- *« Un service SSR je crois. »*

4) Avez-vous une hémiplégié droite ou une hémiplégié gauche ?

- *« J'ai une hémiplégié droite. »*

5) Etes-vous droitier ou gaucher ?

- *« Droitière ... et c'est bien ça qui m'embête par rapport à mon hémiplégié. »*

1) Quelles sont les activités qui ont le plus d'importance pour vous ?

- *« Ah bah l'ergo ... tout toute façon la kiné ça c'est hyper important bon l'APA et le kiné j'associe ça ensemble euh l'ergothérapie où je remanie de toutes petites pièces et euh ... l'orthophonie aussi pour apprendre à ... à apprendre à reparler mais à revoir les gestes du visage pour articuler mieux ... enfin on a fait pas mal de tests et de jeux c'était super intéressant, donc euh voilà tous les quatre.*

- *Ce dont vous me parlez concernant la rééducation ... est ce que dans votre quotidien il y a des activités que vous aimez faire et auxquelles vous tenez ?*

- *Ah bah oui j'aime beaucoup marcher, je suis randonneuse mais ça je ne vais pas pouvoir reprendre normalement euh ... Dans Paris normalement je fais tout à pied ...*

bon des fois je prends le métro et je reviens à pied mais euh on aime aussi aller dans les parcs avec mon ami.

- *Je comprends que vous adorez marcher et que cette activité est très importante pour vous.*
- *Oui oui vraiment mais aussi avant je je faisais de la natation donc si pas beaucoup en ce moment ... c'est d'ailleurs là où j'ai eu mon AVC ... j'aime lire et ça je peux toujours euh au début non je pouvais pas mmm sinon euh ... j'aime le tricot fin voilà j'aime tout. Mais par contre la cuisine pas trop, en plus j'ai une toute petite cuisine qui me permet pas d'avoir une multitude de plats euh non pas vraiment. »*

2) Avez-vous évoqué ces activités avec l'ergothérapeute ?

- *« Euh ... oui on en a parlé. En tout cas, on a parlé de la cuisine puisque j'ai fait un repas. Il y a aussi l'écriture qu'on a parlé mais c'est peut-être un peu tôt, fin ... je me demande si c'est pas un peu tôt, que je devrais le travailler en hôpital de jour ... j'en parlerai avec l'ergo et puis ... voilà.*
- *L'écriture est une activité qui a du sens pour vous ?*
- *Ah bah oui ne stresse que pour signer les papiers importants ou euh ... remplir des documents, mais bon j'en reparlerai avec l'ergo. Là j'écris de la main gauche c'est plus c'est moins joli. Bon euh ... moi je veux récupérer ma main droite.*
- *Si je comprends bien, vous aimez particulièrement marcher, faire du tricot, nager et l'écriture est un élément important que vous souhaitez vivement travailler ?*
- *Oui voilà ... mais écrire c'est vraiment pour le côté administratif.*
- *Dans quel cas les avez-vous évoqués ?*
- *On en a parlé pendant des exercices de rééducation comme ça ... c'est venu au fur et à mesure. »*

3) A quel moment de la prise en charge avez-vous évoqué ces activités ?

- *« Euh ... à la fin oui oui à la fin. Oui parce que au début ça ne voulait rien dire et j'arrivais à rien faire j'arrivais pas à monter le bras, j'arrivais pas à tenir quelque chose alors que euh ... là maintenant je tiens et il faut que j'y pense pour la faire travailler et j'espère vraiment que je vais récupérer. »*

1) Quelles préoccupations avez-vous par rapport à votre retour à domicile ?

- *« Mmmm euh ... j'en ai parlé l'accès à mon appartement est tout à fait fin prévu donc c'est parfait. Il y a peut-être la lourdeur des portes mais je vais m'entraîner demain au début c'était un problème mais là non, peut-être que je peux pousser facilement. Euh ... quant à chez moi j'ai une douche anti-dérapante il y a juste le carrelage bon je vais mettre un tapis antidérapant et puis ça ira ou je prendrai mes chaussures de douche.*

- *D'accord et par rapport à vos activités de vie quotidienne comme la cuisine, la toilette ou même les déplacements, vous avez des appréhensions face à ça ?*
- *Euh non la toilette y a jamais eu de soucis euh ... faire la cuisine ça va être simple parce que je vais me faire livrer et puis bon j'ai un ami qui me demande pas de faire des plats sophistiqués donc euh ... on va manger très simplement et les déplacements non non ... ça ne pose pas spécialement de problème parce que je recommence à remarquer bien même si c'est fatiguant. »*

2) Comment avez-vous pris conscience de vos capacités et incapacités au cours de la prise en charge globale de rééducation ?

- *« Euh bah au début on ne peut pas faire grand chose on n'oublie parce que c'est bien confortable ici tout est prévu et pendant longtemps j'ai pas voulu sortir ... ma première sortie dehors oh mon dieu que j'ai tremblé parce que euh ... les pavés sont toujours obliques les passages pour piétons faut aller vite ... maintenant ça va mieux mais faut pas ... je crois que faut pas sortir trop tôt.*
- *Le fait d'être parvenue à sortir et à constater que finalement ça s'est plutôt bien passé, ça vous a aidé à vous dire que vous étiez capable ?*
- *Oui oui tout à fait mais euh je me rends compte quand même que les courses c'est compliqué c'est pas évident à faire pour moi euh ... le trajet bah je crois que au début j'avais réussi trois cents mètres j'étais heureuse mais j'étais fatiguée donc euh maintenant ça va mieux. Monter dans le bus ça ça me pose pas de problème descendre de bus par contre ça me pose encore problème mais bon ... il suffit de faire des essais mais il faut du temps.*
- *Y a-t-il d'autres activités qui vous ont permis de prendre conscience que vous étiez capable ou pas de réaliser des choses ?*
- *Euh oui parce que on a fait de la cuisine et j'ai marché sans canne très longtemps. Etant donné qu'on piétine, on ne peut pas utiliser la canne. Et c'est vrai que je pensais pas à ça mais j'étais fatiguée parce que j'ai épluché des pommes et je suis restée debout longtemps euh ... j'ai dû arriver à dix heures et demi jusqu'à treize heure à couper des pommes pour faire une tarte aux pommes et pour rester debout j'y suis arrivée j'ai vu que j'en étais capable mais alors ... ça était terrible. »*

3) Réalisez-vous des évaluations écologiques au sein de votre structure de prise en charge ?

- *« Par écologique, j'entends des mises en situation où vous réalisez des activités de vie quotidienne dans un environnement qui est proche du votre, c'est-à-dire comme si vous étiez seule.*

- *Oui oui j'en ai réalisé bah du coup la réalisation de la tarte aux pommes et puis on est sortie aussi au magasin faire des courses euh ... ça s'est bien passé parce que y a tout le trajet à faire et j'avais peur le matin parce que le matin quand je suis mal réveillée j'ai peur de mal marcher mais euh ... je pense que j'ai marché à un bon rythme. Dans le magasin bon c'est le fait de pas sentir si les pommes étaient molles ou mûres qui m'a gênée mais sinon pour porter ça était parce que y a le caddie ... remarque ce n'est pas facile avec une canne mais ça va j'y arriverai ... surtout que j'ai le temps car je suis à la retraite.*
- *Si je comprends bien ce que vous m'avez dit les mises en situation se résument à la réalisation de la tarte aux pommes et faire les courses, tout en vous permettant de vous déplacer et de marcher à l'extérieur ?*
- *Oui voilà, après je sors la semaine prochaine donc euh ... je ne pense pas en réaliser d'autres. »*

4) Les évaluations écologiques sont-elles en lien avec les activités qui ont le plus d'importance pour vous ?

- *« Oui ... le fait d'aller faire des courses ça me fait marcher et comme je l'ai dit je suis une grande marcheuse, donc j'étais très contente. Après c'est vrai que de se retrouver face à des marcheurs qui vont bien ou même les visiteurs de l'hôpital ça montre que l'on perd vite mais bon ... c'est comme ça. C'est pour ça que de faire des essais comme j'ai fait avec l'ergo c'est important ... parce que ça permet de comprendre que finalement on peut faire comme les autres qui sont de l'autre côté du mur ... même si on le fait plus lentement. Après par contre faire la cuisine n'est pas aussi important pour moi, mais il faut bien manger tous les jours.*

Donc euh ... je peux comprendre qu'on nous le fasse travailler en mise en situation.

- *Oui effectivement, bien que vous aimez marcher il est vrai aussi que aller faire des courses est très important à travailler parce que c'est un acte que l'on réalise régulièrement.*
- *Oui c'est vrai que l'on peut difficilement s'en passer. »*

5) Ces évaluations écologiques vous permettent-elles de restaurer une estime de vous-même dans le cadre de votre retour à domicile ?

- *« Oui oui mais après tout est une estime de soi ... enfin c'est une question de confiance en soi pas une estime de soi. Mais euh ... c'est hyper important mais c'est pas au premier essai le deuxième ça va mieux le troisième ça ira mieux ... le premier quand c'est la découverte euh ... on est paniqué et puis en plus si on se rend compte que l'on est pas capable de faire bah ... ça aide pas forcément mais bon on trouve des astuces. En tout cas moi je me laisse pas abattre et puis je poserai la canne je travaillerai avec mon bras gauche et ... j'ai le temps*

et faut prendre le temps. Par exemple aller faire ses courses à neuf heures du matin parce que y a moins de monde donc euh ... voilà on trouvera des astuces.

- *Je crois comprendre que le fait d'avoir réussi à réaliser certaines activités vous a aidé à prendre confiance en vos aptitudes et en vous. Je crois comprendre aussi que face à vos difficultés vous essayez et vous poursuivez le travail.*
- *Oui oui oui comme je l'ai dit faut prendre le temps, mais oui oui la confiance en soi est hyper importante surtout avec ce genre de handicap. »*

6) Réalisez-vous des évaluations écologiques, mettant en jeu les activités qui ont le plus d'importance pour vous, à votre domicile, en présence d'un ergothérapeute ?

- *« Non non. Depuis mon hospitalisation je suis retournée deux fois à domicile pour une journée mais je n'en ai pas fait chez moi. Y avait mon compagnon et pour une journée je n'ai pas trop bougé. J'ai repris mes marques au fur et à mesure.*
- *Souhaiteriez-vous en réaliser chez-vous ?*
- *Euh oui un moment j'y ai pensé mais bon on n'a pas trop eu le temps mais maintenant que ça va mieux je pense que c'est pas la peine. Mais oui quand même au début j'ai demandé à l'ergo.*
- *Qu'est-ce que cela vous apportera dans le cadre de la préparation de votre retour à domicile ?*
- *Et bah qu'elle me montre ce qui n'est pas évident chez moi et effectivement peut-être encore plus m'aider à me rendre compte de ce que j'étais capable de faire ou pas avec euh ... quelques aides techniques. Mais bon ... comme j'y suis retournée depuis j'ai vu et c'est mon chez moi donc je connais. On retrouve vite les gestes du quotidien bon avec quelques difficultés mais ... on les retrouve. »*

7) Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

- *« Je remercie beaucoup les équipes parce que elles font un boulot formidable et que je l'ai déjà dit tout le monde est très gentil et souriant personne n'est négatif, tout le monde dit bonjour à tout le monde y compris les secrétaires ... et ça c'est hyper important surtout pour les gens qui ne sont pas très bien. Et apparemment c'est euh ... c'est le patient qui est le point central euh qui est important et c'est hyper important même c'est un confort moral. Quelqu'un qui dirait quelque chose de négatif ça a un impact important. Moi j'ai connu un hôpital où je me faisais crier dessus parce que j'étais en pyjama parce que je n'allais pas assez vite alors que là non ... tout est fait pour nous. Il y a une bonne ambiance et c'est jeune, donc euh ... ça fait du bien.*
- *D'accord, tout est noté. Je vous remercie beaucoup de m'avoir accordé cet entretien. »*

ANNEXE IX

Guide du questionnaire destiné aux ergothérapeutes

Rubrique 1 sur 3



Questionnaire à destination d'ergothérapeutes

Bonjour,

Je me permets de prendre contact avec vous, car j'effectue mon enquête de mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie, auprès de patients adultes ayant fait un Accident Vasculaire Cérébral, en phase de préparation de retour à domicile. En effet, je souhaiterais connaître votre perception, quant à la réalisation d'activités significatives en mises en situations écologiques et leur prise de conscience de leurs capacités et incapacités.

Ce questionnaire se compose de 11 questions. Il ne vous prendra que quelques minutes.

Toute réponse sera utilisée uniquement dans le cadre de mon mémoire de fin d'études et sera anonyme.

En vous remerciant de votre participation.

1. J'accepte de répondre à ce questionnaire dans le cadre d'un mémoire en ergothérapie et que toutes réponses restent anonymes ? *

- OUI
- NON

Rubrique 2 sur 3

Généralités

Description (facultative)

1. Quelle est votre tranche d'âge ?

- 20 à 30 ans
- 30 à 45 ans
- plus de 45 ans

2. Combien d'années d'expérience avez-vous, en tant qu'ergothérapeute ?

Réponse courte

.....

⋮

3. Dans quel(s) type(s) d'établissement(s) travaillez-vous actuellement ?

Réponse courte

.....

4. Combien d'années d'expérience avez-vous dans votre actuelle structure de travail ?

Réponse courte

.....

5. Depuis combien de temps travaillez-vous avec les adultes victimes d'Accidents Vasculaires Cérébraux ?

Réponse courte

.....

Rubrique 3 sur 3



Pratique ergothérapique et retour à domicile

Description (facultative)

⋮

1. Parmi les propositions suivantes, avez-vous déjà réalisé ces évaluations écologiques ?

	OUI	NON
Test des Errances Multiples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluation des Fonctions Exécutives en Ergothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profil des Activités de Vie Quotidienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profil des Activités Instrumentales de Vie Quotidienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Réalisez-vous des mises en situations écologiques à domicile avec les patients ?

OUI

NON

3. Pensez-vous que la réalisation d'activités significatives en mise en situation écologique a de l'intérêt pour les patients en vue de leur préparation au retour à domicile ? Justifiez votre réponse

Réponse longue

4. Pensez-vous que la réalisation d'activités significatives en mise en situation écologique par les patients, dans leur environnement propre, leur permet de prendre conscience de leurs capacités et incapacités ?

OUI

NON

Sans opinion

Expliquez votre réponse

Réponse longue

5. Pensez-vous qu'une mise en situation écologique, mettant en jeu les activités significatives des patients, permet de restaurer l'estime d'eux-mêmes, dans le cadre de la préparation de leur retour à domicile ? Justifiez votre réponse

Réponse longue

ANNEXE X

Tableau récapitulatif des réponses fermées au questionnaire destiné aux ergothérapeutes

Ergothérapeutes	1. Quelle est votre tranche d'âge ?	2. Combien d'années d'expérience avez-vous, en tant qu'ergothérapeute ?	3. Dans quel(s) type(s) d'établissement(s) travaillez-vous actuellement ?	4. Combien d'années d'expérience avez-vous dans votre actuelle structure de travail ?	5. Depuis combien de temps travaillez-vous avec les adultes victimes d'Accidents Vasculaires Cérébraux ?	1. Parmi les propositions suivantes, avez-vous déjà réalisé ces évaluations écologiques ?	2. Réalisez-vous des mises en situations écologiques à domicile avec les patients ?	4. Pensez-vous que la réalisation d'activités significatives en mise en situation écologique par les patients, dans leur environnement propre, leur permet de prendre conscience de leurs capacités et incapacités ?
E1	20 à 30 ans	4 ans	SSR neurologique	3 ans	4 ans	TEM-NON EFEE-NON PAVQ-OUI PAIVQ-OUI	OUI	OUI
E2	Plus de 45 ans	34 ans	Service MPR	34 ans	34 ans	TEM-NON EFEE-OUI PAVQ PAIVQ	NON	OUI/NON
E3	30 à 45 ans	10 ans	Hôpital public	4 ans	10 ans	TEM-NON EFEE-OUI PAVQ-OUI PAIVQ-NON	NON	OUI
E4	20 à 30 ans	3,5 ans	SSR hôpital	3 ans	3 ans	TEM-OUI EFEE-NON PAVQ-OUI PAIVQ-NON	OUI	OUI



Thème : Généralités



Thème : Pratique ergothérapique et retour à domicile

TEM – Test des Errances Multiples

EFEE – Evaluation des Fonctions Exécutives en Ergothérapie

PAVQ – Profil des Activités de Vie Quotidienne

PAIVQ – Profil des Activités Instrumentales de Vie Quotidienne

Ergothérapeutes	1. Quelle est votre tranche d'âge ?	2. Combien d'années d'expérience avez-vous, en tant qu'ergothérapeute ?	3. Dans quel(s) type(s) d'établissement(s) travaillez-vous actuellement ?	4. Combien d'années d'expérience avez-vous dans votre actuelle structure de travail ?	5. Depuis combien de temps travaillez-vous avec les adultes victimes d'Accidents Vasculaires Cérébraux ?	1. Parmi les propositions suivantes, avez-vous déjà réalisé ces évaluations écologiques ?	2. Réalisez-vous des mises en situations écologiques à domicile avec les patients ?	4. Pensez-vous que la réalisation d'activités significatives en mise en situation écologique par les patients, dans leur environnement propre, leur permet de prendre conscience de leurs capacités et incapacités ?
E5	20 à 30 ans	5 ans	EHPAD SSR	1 ans	3 ans	TEM-NON EFEE-OUI PAVQ-OUI PAIVQ-OUI	NON	OUI
E6	Plus de 45 ans	0,5 ans	CHRU	0,5 ans	0,5 ans	TEM-NON EFEE-NON PAVQ-NON PAIVQ-NON	NON	OUI
E7	30 à 45 ans	12 ans	Service neurologique SSR neuro-gériatrique d'un centre hospitalier	3 ans	12 ans	TEM-OUI EFEE-OUI PAVQ-OUI PAIVQ-OUI	OUI	OUI
E8	30 à 45 ans	13 ans	CHRU	2 ans	6 ans	TEM-NON EFEE-OUI PAVQ-OUI PAIVQ-OUI	NON	OUI



Thème : Généralités



Thème : Pratique ergothérapique et retour à domicile

TEM – Test des Errances Multiples

EFEE – Evaluation des Fonctions Exécutives en Ergothérapie

PAVQ – Profil des Activités de Vie Quotidienne

PAIVQ – Profil des Activités Instrumentales de Vie Quotidienne

Ergothérapeutes	1. Quelle est votre tranche d'âge ?	2. Combien d'années d'expérience avez-vous, en tant qu'ergothérapeute ?	3. Dans quel(s) type(s) d'établissement(s) travaillez-vous actuellement ?	4. Combien d'années d'expérience avez-vous dans votre actuelle structure de travail ?	5. Depuis combien de temps travaillez-vous avec les adultes victimes d'Accidents Vasculaires Cérébraux ?	1. Parmi les propositions suivantes, avez-vous déjà réalisé ces évaluations écologiques ?	2. Réalisez-vous des mises en situations écologiques à domicile avec les patients ?	4. Pensez-vous que la réalisation d'activités significantes en mise en situation écologique par les patients, dans leur environnement propre, leur permet de prendre conscience de leurs capacités et incapacités ?
E9	30 à 45 ans	16 ans	SSR locomoteur et neurologique	15 ans	15 ans	TEM EFEE-OUI PAVQ-OUI PAIVQ-OUI	OUI	OUI
E10	30 à 45 ans	10 ans	Centre rééducation	9 ans	9 ans	TEM-OUI EFEE-OUI PAVQ-NON PAIVQ-NON	NON	OUI
E11	30 à 45 ans	14 ans	MPR	4 ans	14 ans	TEM-OUI EFEE-OUI PAVQ-NON PAIVQ-NON	OUI	OUI
E12	20 à 30 ans	3 ans	SSR Neuro	2 ans	3 ans	TEM-OUI EFEE-OUI PAVQ-OUI PAIVQ-NON	NON	OUI



Thème : Généralités



Thème : Pratique ergothérapique et retour à domicile

TEM – Test des Errances Multiples

EFEE – Evaluation des Fonctions Exécutives en Ergothérapie

PAVQ – Profil des Activités de Vie Quotidienne

PAIVQ – Profil des Activités Instrumentales de Vie Quotidienne

Ergothérapeutes	1. Quelle est votre tranche d'âge ?	2. Combien d'années d'expérience avez-vous, en tant qu'ergothérapeute ?	3. Dans quel(s) type(s) d'établissement(s) travaillez-vous actuellement ?	4. Combien d'années d'expérience avez-vous dans votre actuelle structure de travail ?	5. Depuis combien de temps travaillez-vous avec les adultes victimes d'Accidents Vasculaires Cérébraux ?	1. Parmi les propositions suivantes, avez-vous déjà réalisé ces évaluations écologiques ?	2. Réalisez-vous des mises en situations écologiques à domicile avec les patients ?	4. Pensez-vous que la réalisation d'activités significantes en mise en situation écologique par les patients, dans leur environnement propre, leur permet de prendre conscience de leurs capacités et incapacités ?
E13	30 à 45 ans	11 ans	CHU	4 ans	En contact ponctuel	TEM-OUI EFEE-OUI PAVQ-NON PAIVQ-NON	NON	Sans opinion
E14	20 à 30 ans	3,5 ans	Centre de réadaptation et de rééducation fonctionnelle	2 ans	2 ans	TEM-NON EFEE-NON PAVQ-NON PAIVQ-NON	NON	OUI
E15	20 à 30 ans	3 ans	SSR Neurologie	3 ans	3 ans	TEM-OUI EFEE-OUI PAVQ-NON PAIVQ-NON	NON	OUI
E16	30 à 45 ans	7 ans	SSR	3 ans	7 ans	TEM-OUI EFEE-NON PAVQ-OUI PAIVQ-NON	NON	OUI



Thème : Généralités



Thème : Pratique ergothérapique et retour à domicile

TEM – Test des Errances Multiples

EFEE – Evaluation des Fonctions Exécutives en Ergothérapie

PAVQ – Profil des Activités de Vie Quotidienne

PAIVQ – Profil des Activités Instrumentales de Vie Quotidienne

ANNEXE XI

Réponses aux questions ouvertes au questionnaire destiné aux ergothérapeutes

3. Pensez-vous que la réalisation d'activités significatives en évaluation écologique a de l'intérêt pour les patients en vue de leur préparation au retour à domicile ? Justifiez votre réponse

E1 : « oui car le patient est en situation réelle »

E2 : « L'évaluation écologique peut être une première approche pour mieux définir les difficultés que pourra rencontrer le patient et proposer des préconisations en rapport avec son cadre de vie et de ses habitudes antérieures. Par contre la notion d'activité significative dans le cadre de l'évaluation ne me semble pas forcément en rapport avec les habitudes du patient puisque la plupart des évaluations sont déjà préconstruites. En ce sens, elle a plus d'intérêt pour le thérapeute que pour le patient car ce n'est pas lui qui a orienté le type d'activité à proposer »

E3 : « oui »

E4 : « oui les évaluations sur les lieux de vies nous apportent beaucoup d'informations sur les situations de handicap du patient et les axes de rééducation qu'il reste à travailler pour que le RAD se déroule au mieux. Par contre les évaluations avec des protocoles spécifiques ne permettent pas toujours d'inclure des activités significatives »

E5 : « Oui évidemment rien de tel pour voir les soucis et les choses qui se passent bien que d'aller dans l'environnement du patient. Adaptation entre autres, réassurance etc etc »

E6 : « oui intérêt pour prise de conscience de la capacité à faire, pour la motivation de la personne »

E7 : « Oui, il faut mettre les patients en situation. Les patients qui ont eu un AVC doivent être pris en charge en ergo en réadaptation au plus vite »

E8 : « OUI, mais cependant pas toujours réalisables dans les faits, problématique liée aux restrictions de la structure à sortir les patients de nos locaux »

E9 : « Cela permet aux patients de retrouver des repères connus dans des petites activités et parfois de reprendre confiance en leurs capacités »

E10 : « oui »

E11 : « oui, je pense que c'est là que tout prend son sens pour le patient et que ça lui permet de transférer ensuite ses acquis dans sa vie quotidienne »

E12 : « oui, le patient se retrouve au sein de son environnement habituel, celui qu'il va retrouver en rentrant chez lui. La translation des acquis de la rééducation est donc facilitée. De plus, en tant qu'ergothérapeute, cela nous permet de mieux cerner les difficultés des patients et donc d'apporter une réponse la plus pertinente qu'il soit. »

E13 : « oui. Stimulation des acquis, réintégration des capacités en milieu écologique »

E14 : « *Oui. La réalisation d'activités signifiantes en évaluation écologique permet aux patients de comprendre l'intérêt de l'évaluation. Aussi, il s'impliquera davantage car l'objectif final est le retour à domicile.* »

E15 : « *oui, cela permet de mettre en avant les difficultés des patients et de compenser avant le retour à domicile. Parfois cela permet également au patient de prendre conscience de ses difficultés et d'adhérer plus facilement à la rééducation.* »

E16 : « *Oui, elles permettent d'évaluer les capacités en situation, elles permettent également aux patients de se rendre compte des difficultés mais aussi de leurs capacités, permettant une réassurance avant le retour à domicile. Les évaluations écologiques permettent d'identifier les déficits et incapacités et les moyens de compensation à mettre en place au domicile.* »

4. Pensez-vous que la réalisation d'activités signifiantes en évaluation écologique par les patients, dans leur environnement propre, leur permet de prendre conscience de leurs capacités et incapacités ? Expliquez votre réponse

E1 : « *car la personne est confrontée à ses capacités ou incapacités dans une situation qu'elle maîtrisait* »

E2 : « *oui et non, tout dépend de quelle étape de parcours se trouve le patient, et chaque patient a besoin d'une temporalité qui lui est propre pour prendre conscience, identifier ses difficultés et comprendre comment ses difficultés vont impacter la réalisation d'activités plus complexes. Le cadre (environnement propre) peut jouer un rôle mais aussi l'environnement humain (attitude des proches qui en surprotégeant peuvent empêcher l'utilisation des capacités, ou pallier aux incapacités)* »

E4 : « *oui s'ils n'ont pas pu l'expérimenter avant. Par contre non pour les personnes anosognosiques* »

E5 : « *parfois dans les deux sens soit en les valorisant soit en les mettant face à la réalité* »

E6 : « *permet de les mettre face à leurs limites ou au contraire de les encourager en leur montrant ce qu'ils sont capables de faire* »

E7 : « *Souvent, ils ne sont jamais retournés dans leur domicile depuis leur départ précipité du jour de l'AVC. Ils ont donc souvent soit de grosses appréhensions soit au contraire un déni de leurs séquelles. Les mettre devant leurs réussites au domicile ou au contraire en échec fait naître la prise de conscience* »

E8 : « *Je suis souvent confrontée à des personnes qui rapportent que chez elle, tout ira pour le mieux. Ainsi, j'ai pensé à plusieurs reprises, réaliser les mêmes activités mais à domicile. Les fois où j'ai pu le mettre en œuvre, le patient n'avait pas d'autres choix que de constater ses difficultés* »

E10 : « *à condition qu'ils ne soient pas anosognosiques - plus de repères et de comparaison de leurs capacités actuelles avec leurs capacités antérieures* »

E11 : « *cela leur permet de prendre conscience mais également de pouvoir justifier d'aides techniques et ou humaines* »

E12 : « *Cela permet de confronter le patient à ses difficultés, qu'il imagine parfois minimales du type "là je n'y arrive pas mais quand je serai chez moi ça ira, c'est différent* »

E13 : « *selon présence ou pas anosognosie doute sur la prise de conscience (à revoir avec littérature disponible)* »

E14 : « *Le patient a des repères chez lui qu'il n'a pas dans une structure. Lors des séances de rééducation, le patient s'imagine pouvoir reprendre ses activités à son domicile. Mais en réalité et en situation concrète, il peut se rendre compte plus facilement (ou non en fonction des troubles cognitifs) de ses capacités et de ses incapacités. »*

E16 : « *Le fait d'être dans leur environnement permet aux patients de retrouver ses repères, ses habitudes de vie et de pouvoir identifier les capacités et incapacités, notamment en comparant avec leurs habitudes de vie. »*

ABSTRACT

Among lifestyle habits significant activities occupy a determining place. In stroke patients the performance of significant activities is an essential part of their rehabilitation to prepare their return home. These significant activities are all the more beneficial when they are carried out in ecological situations. The aim of the study is to find out whether patients become aware of their abilities and disabilities when they perform their meaningful activities in ecological situations. It also explores the point of view and the feeling of occupational therapists about the achievement of significant patient activities in ecological settings. Sixteen occupational therapists were contacted by email to complete an online multiple choice questionnaire. Three patients were interviewed in their room in a sub-acute care unit. The analysis of this study showed that the patients talk with their occupational therapist about their significant activities. In addition, the performance of significant activities in ecological situation enable the patients to confront and to identify their abilities and their restriction of participation. Consequently this study showed the patients' awareness of their abilities and disabilities in ecological situation. However the results suggest decisive elements cause the lack of patients' awareness of their abilities and disabilities : anosognosia, concerns about return home and a overprotective attitude of patients' family. The patients are encouraged to talk about their lifestyle with their occupational therapist to perform them in ecological situation and become aware of their abilities and disabilities. It can have a better approach of their return home.

Key words : Stroke, return home, ecological situation, significant activity, occupational therapy

RESUME

Les activités significatives occupent une place déterminante dans les habitudes de vie. Chez les patients victimes d'un AVC, la réalisation d'activités significatives est un élément essentiel dans leur prise en charge en vue de la préparation de leur retour à domicile. Ces activités significatives sont d'autant plus bénéfiques lorsqu'elles sont réalisées en mises en situations écologiques. L'objectif de l'enquête est de savoir si les patients prennent conscience de leurs capacités et incapacités lorsqu'ils réalisent leurs activités significatives en mises en situations écologiques. L'enquête explore également le point de vue et sentiment des ergothérapeutes au sujet de la réalisation d'activités significatives pour les patients en mises en situations écologiques. Seize ergothérapeutes ont été contactés par mail pour remplir un questionnaire à choix multiples en ligne. Trois patients ont été interrogés dans leur chambre dans le service SSR. L'analyse de cette étude a montré que les patients parlent avec leur ergothérapeute de leurs activités significatives. De plus, la réalisation d'activités significatives en mises en situations écologiques permet aux patients de se confronter et d'identifier leurs capacités et leur restriction de participation. En conséquence, cette étude a montré que les patients prennent conscience de leurs capacités et incapacités en mises en situations écologiques. Cependant, les résultats suggèrent que des éléments déterminants altèrent la prise de conscience de leurs capacités et incapacités : anosognosie, inquiétudes concernant le retour au domicile et attitude surprotectrice de la famille des patients. Les patients sont encouragés à parler de leurs habitudes de vie avec leur ergothérapeute pour les réaliser en mises en situations écologiques et prendre conscience de leurs capacités et incapacités. Cela leur permet d'avoir une meilleure appréhension du retour à domicile.

Mots clés : AVC, Retour à domicile, mise en situation écologique, activité significative, ergothérapie